
Psychologie

1. Methodische Grundlagen

1.1 Verhaltens- und Selbstbeurteilung

1.1.1 Beobachtung und Beurteilung

Beobachtung ist die absichtliche, aufmerksam-selektive Art des Wahrnehmens, die ganz bestimmte Aspekte auf Kosten der Bestimmtheit von anderen beachtet. Sie meint ein Urteilen darüber, ob ein bestimmter Sachverhalt vorliegt oder nicht. Beurteilung verlangt eine Einschätzung darüber, wie stark ausgeprägt ein bestimmter Sachverhalt ist. Es handelt sich auch um eine Beurteilung, wenn der Sachverhalt (wie z.B. Angst) aus bestimmten Anzeichen erschlossen werden muß.

Formen der Beobachtung und Beurteilung:

- Teilnehmende Beobachtung: der Beobachtende ist an dem sozialen Prozeß, der beobachtet wird, beteiligt
- Fremdbeobachtung bzw. -beurteilung: der Beobachtende ist nicht an dem sozialen Prozeß, der beobachtet wird, beteiligt
- Selbstbeobachtung bzw. -beurteilung: eine Person macht Aussagen über ihr Erleben und Verhalten; dies wird bei Persönlichkeitstest und Anamnesefragebögen verwendet

Es gibt zwei Beurteilungsskalen:

- Relative Beurteilungsskalen: zwei oder mehr Beurteilungsgegenstände werden bezüglich der Ausprägung des interessierenden Merkmals verglichen („wo tut es mehr weh?“); Bsp.: Paarvergleich, Rangreihenbildung
- Absolute Beurteilungsskalen: es soll angegeben werden, wie stark ein bestimmtes Merkmal ausgeprägt ist („schwach“ <-> „stark“); Bsp.: mehrstufige Schätzskala; Summenwertskala

1.1.2 Systematische Beobachtungs- und Beurteilungstendenzen

- Halo-Effekt: die Gesamtbeurteilung wird durch einen zumeist unkontrollierten Eindruck beeinflusst (braungebrannter Patient)
- Kontrastfehler: ein wahrgenommener Gegensatz beeinflusst die Beurteilung (Kontrast zwischen zwei Probanden oder auch zwischen Proband und Beobachter)
- Projektionsfehler: persönliche Eigenschaften werden auf den Probanden projiziert
- Mildefehler: besonders bei ihm sympathischen Personen tendiert der Beobachter zu einer eher positiven Beurteilung
- Bevorzugung mittlerer Skalenstufen: der Beobachtende vermeidet extreme Urteile
- Logischer Fehler: es wird ein unüberprüfter Zusammenhang zwischen zwei Merkmalen hergestellt (Dicke sind gesellig)
- Reihenfolge-Effekt: der erste (Primary-Effekt) und der letzte (Recency-Effekt) Eindruck sind häufig maßgebend für die Beurteilung

- Reaktivität: Beeinflussung des Beurteilungsobjekts durch die Beobachtung selber
- Rosenthal-Effekt: Sonderfall der Reaktivität: Einstellungen und Erwartungen des Beobachters beeinflussen die Versuchsperson und damit das Versuchsergebnis

1.1.3 Antworttendenzen bei der Selbstbeurteilung

- Symptomtoleranz: Empfindungen wie z.B. Schmerz können abhängig sein von Geschlecht, sozialer Schicht oder dem Kulturkreis
- Mitteilungsfähigkeit: Sprachbarrieren durch unterschiedliche Nationalität oder mangelnde Artikulationsfähigkeit (z.B. bei Kindern)
- Mitteilungsbereitschaft
- Simulation und Dissimulation: je nach erwünschter Konsequenz werden Symptome vorgetäuscht oder geleugnet
- Soziale Erwünschtheit: den meisten Patienten fällt es leichter, Beschwerden anzugeben, die gesellschaftlich akzeptiert sind, bzw. deren Mitteilung sozial erwünscht ist

1.1.4 Validierung von Anamnese und Persönlichkeitsfragebogen

Validität: Gültigkeit von Tests (siehe 1.3); Überprüfung, ob auch das beurteilt wird, was beurteilt werden soll; die Überprüfung geschieht durch Vergleich verschiedener Beobachtungen

Reliabilität: Zuverlässigkeit der Beobachtung; notwendige Voraussetzung für Validität

1.2 Interview und Befragung

Interview: mündliche Datenerhebung

Befragung: schriftliche Datenerhebung; wird aber auch als Überbegriff für Datenerhebung verwendet

Exploration: Erfassung einer individuellen Lebensgeschichte

Anamnese: spezielle Form der Exploration, klinische Befragungsform, die die Vorgeschichte einer gegenwärtigen Symptomatik zu eruieren sucht

Qualitatives oder hermeneutisches Interview: die gelieferten Daten bedürfen einer Auslegung

Funktionen des ärztlichen Interviews:

- Information
- Interaktion (Vertrauensverhältnis schaffen)
- Integration der Informationen in eine Gesamtdiagnose
- therapeutische Funktion (im Sinne des Sich-Aussprechens)
- beratende Funktion

Beeinflussung anamnestischer Daten:

- Interviewer: Umgang mit dem Befragten, Art der Aufzeichnung und Auswertung der Daten, Geschlecht, Attraktivität, soziale Rolle...
- Befragter: Selbstbeurteilung
- Anamnese-Situation

1.2.1 Interviewstile

Direktiver Interviewstil: der Arzt übernimmt die Führung des Interviews und lenkt den Inhalt und den Verlauf des Gesprächs durch zielgerichtete (meist geschlossene) Fragen, Unterbrechungen, Nachfragen und Wertungen

Nondirektiver Interviewstil: der Arzt verhält sich zurückhaltend, er ermöglicht dem Patienten (z.B. durch offene Fragen) für ihn wichtige Sachverhalte anzusprechen

Auswirkungen	Direktiver Interviewstil (+/-)		Nondirektiver Interviewstil (+/-)	
auf den Arzt	direkte Information; rasche Hypothesenüberprüfung	Gefahr der diagnostischen Einengung	breite Streuung der Information	zeitlicher Aufwand; Einfluß unkontrollierter Interviewereffekte
auf den Patienten	Hilfe bei Verbalisierung	Einschränkung der Äußerungsmöglichkeiten und der Übernahme von Mitverantwortung an der Behandlung	Motivierung; Abbau von Spannungen; Zufriedenheit mit Arzt	
auf das Ergebnis	Vorteile hinsichtlich der Gütekriterien	Problem der Bedeutungs-äquivalenz der Fragen für Arzt und Patient	besonders geeignet für subjektive Inhalte	mangelnde Quantifizierbarkeit; Notwendigkeit der nachträglichen Kategorienbildung

1.2.2 Standardisierungsgrade von Interviews

man unterscheidet

- nicht standardisiert (freies Gespräch)
- teilstandardisiert (Interviewleitfaden)
- standardisiert (Fragebogen)

1.2.3 Frageformen

Offene Fragen: gestatten dem Befragten, frei und ohne Einschränkung zu antworten (Nachteil: Zeitaufwand)

Geschlossene Fragen: lassen nur bestimmte Antwortmöglichkeiten zu; man unterscheidet:

- **dichotomische Fragen:** zwei Antwortalternativen (z.B. ja - nein)
- **Katalogfragen:** mehr als zwei Antwortalternativen
- **Suggestivfragen:** dem Befragten wird in der Formulierung der Frage die Richtung der Beantwortung nahegelegt

1.3 Tests

1.3.1 Definition

Ein Test ist ein wissenschaftliches Routineverfahren zur Untersuchung eines oder mehrerer empirisch abgrenzbarer Persönlichkeitsmerkmale mit dem Ziel einer möglichst quantitativen Aussage über den relativen Grad der individuellen Merkmalsausprägung.

- Routine bedeutet zumindest teilweise standardisiert
- das Testergebnis macht keine absolute Aussage über das Merkmal
- die einzelnen Testaufgaben werden als Items bezeichnet

1.3.2 Ziel der Standardisierung

Standardisierte Bedingungen gewähren eine gewisse Objektivität der Testergebnisse (siehe 1.3.5). Durch die Standardisierung wird ein Test auch eindeutig interpretierbar.

1.3.3 Normierung von Tests

Am Beginn der statistischen Auswertung steht der Testrohwert. Die Normierung dient der Umwandlung der Rohwerte in Standardwerte, man vergleicht ihn mit Ergebnissen einer geeigneten Bezugsgruppe.

- Äquivalenznorm: das individuelle Testergebnis wird mit der durchschnittlichen Leistung einer bestimmten Gruppe beschrieben (intelligent wie ein 10jähriges Kind)
- Variabilitätsnorm: das individuelle Testergebnis wird auf einen vorher festgelegten Mittelwert mit festgelegter Standardabweichung bezogen:

-
- z-Norm (=Standardnorm): MW=0; SA=1
 - IQ-Norm: MW=100; SA=15
 - Stanine-Skala: MW=5; SA= 2
 - Prozentrang: MW=50%; SA≈34,1% bei Normalverteilung
-

Aus Standardabweichung und Reliabilitätskoeffizient errechnet sich der Standardmeßfehler, der möglichst klein sein sollte.

1.3.4 Testverfahren

Abhängig von Ziel und Zweck des Tests kennt man in der Psychologie verschiedene Testarten, z.B.:

- Leistungstests: Intelligenztests, Konzentrationsleistungstests, Entwicklungstests
- Persönlichkeitstests:
 - Psychometrische Tests: messen den relativen Ausprägungsgrad bestimmter Persönlichkeitsmerkmale und zeichnen sich durch hohe Objektivität aus (z.B. Freiburger Persönlichkeitsinventar)
 - Projektive Tests: der Proband kann Gefühle, Gedanken und Assoziationen zu Testmaterial zum Ausdruck bringen. Der Vorteil ist, daß auch unbewußte Merkmale erfaßt werden können,

der Nachteil ist mangelnde Objektivität, Reliabilität und Validität (Bsp: [Rorschach-Test](#) mit symmetrischen Tintenklecksen)

1.3.5 Gütekriterien der klassischen Testtheorie

Die Klassische Testtheorie fordert von einem Test drei sog. Gütekriterien:

1. [Objektivität](#): Unabhängigkeit des Testergebnisses vom Testleiter; eine möglichst hohe Objektivität läßt sich erreichen durch Standardisierung der Tests
2. [Reliabilität](#): Zuverlässigkeit, ob der Test auch das mißt, was er messen soll; kann überprüft werden durch:
 - [Retest](#): Testwiederholung nach einem bestimmten Zeitabstand mit der gleichen Untersuchungsgruppe
 - [Paralleltest](#): Durchführung eines ähnlichen Tests mit der gleichen Untersuchungsgruppe
 - [Testhalbierung](#): man teilt den Test in zwei Hälften und wertet sie unabhängig voneinander aus
3. [Validität](#): Gültigkeit, ob der Test auch das Merkmal mißt, für dessen Erfassung er entwickelt wurde (bestimmt ein Intelligenztest wirklich Intelligenz oder lediglich Rechenfähigkeit, Gedächtnisleistung...?)
 - [Kriterienbezogene Validität](#): die Testergebnisse werden mit gegenwärtigen oder zukünftigen Kriterien verglichen
 - [Übereinstimmungsvalidität](#): das Testergebnis wird in bezug gesetzt zu einem anderweitig bestimmten Kriterium, das sich bereits als gültig erwiesen hat
 - [Vorhersagevalidität](#): das Testergebnis wird mit dem vorhergesagten Ergebnis verglichen (z.B. Mediziner-test: wird mit den späteren Studienleistungen verglichen)
 - [Inhaltsvalidität](#): die Testaufgaben sind offensichtlich für das zu untersuchende Merkmal repräsentativ (Gedächtnisleistungstest)
 - [Konstruktvalidität](#): aus den im Test gezeigten Verhaltenweisen können Rückschlüsse gezogen werden auf ein Konstrukt, das nicht direkt beobachtet werden kann

Die Objektivität ist die notwendige Voraussetzung für die Reliabilität, die wiederum notwendig Voraussetzung für die Validität ist. Beide sind aber nicht hinreichend für die Validität, d.h. ein Test der sich als objektiv und reliabel erwiesen hat muß nicht zwangsläufig eine hohe Validität haben.

1.3.6 Kritik an psychologischen Tests

- ein Test liefert nur eine Momentaufnahme und sagt nichts über die Veränderungsmöglichkeiten einer Person aus
- Testergebnisse sind verfälschbar und können trainiert werden
- Scheingenauigkeit: eine Person mit IQ 108 muß nicht intelligenter sein als eine Person mit IQ 106
- bei vielen Tests ist die Validität problematisch

1.4 Experiment

Im psychologischen Experiment werden zur Prüfung von Kausal (weil...deshalb) - und Konditional (wenn...dann) - hypothesen unter kontrollierten Bedingungen bestimmte Erlebens- und / oder Verhaltensreaktionen durch spezifische Reize ausgelöst und beobachtet bzw. gemessen. Die Hypothesen werden dabei entweder verifiziert oder falsifiziert.

Hauptkriterien des Experiments sind:

- Willkürlichkeit: absichtliche und planmäßige Auslösung bestimmter Erlebens- und / oder Verhaltensreaktionen unter kontrollierten Bedingungen (Auswahl von Person, Ort, Zeit...)
- Wiederholbarkeit: mit Personen der statistisch gleichen Population, nicht mit den gleichen Personen, da Lerneffekt
- Variierbarkeit: gezielte Veränderung von Variablen zur systematischen Beobachtung ihrer Effekte

1.4.1 Operationalisierung

Durch die Operationalisierung wird eine Arbeitsbasis für das Experiment hergestellt. Es wird festgestellt, durch welche empirisch meßbaren Variablen der Forschungsgegenstand der zu überprüfenden Hypothese eindeutig erfaßt werden kann.

Ziel der Operationalisierung ist das Max-kon-Min-Prinzip:

- Effekte der UV maximieren
- Einfluß von IV auf AV kontrollieren
- unsystematische Zufallsvariation der AV minimieren

1.4.2 Variablen

Unabhängige Variable (UV): wird durch Versuchsleiter willkürlich eingesetzt und systematisch variiert
Abhängige Variable (AV): beschreibt den Effekt, der in Abhängigkeit von der UV registriert wird; $AV = f(UV)$

Intervenierende Variable (IV): Störvariable, die ebenfalls auf die AV einwirkt, jedoch schwer kontrolliert werden kann

Kann die Variation der AV eindeutig auf die Manipulation der UV zurückgeführt werden, so spricht man von einem hohen Maß interner Validität. Lassen sich die Befunde auf andere Situationen übertragen spricht man von externer Validität.

1.4.3 Fehler und Fehlerkontrolle im Experiment

Man unterscheidet systematische und zufällige (unsystematische) Fehler:

- Zufällige Fehler: natürliche Variabilität der Reaktionen der Versuchsperson; läßt sich minimieren durch eine große Anzahl an Werten
- Systematische Fehler: ergeben sich aus Fehlern bzw. Schwächen des Untersuchungsdesigns; können nicht durch große Anzahl an Werten minimiert werden

Kontrollmethoden:

- Parallelisierung: zwei Gruppen mit dem gleichen relevanten Merkmal werden getrennt untersucht (Gleichverteilung)
- Randomisierung: zufällige Verteilung der Vpn auf die Gruppen
- Blindversuch: das Ziel des Experiments ist der Vpn unbekannt
- Doppelblindversuch: das Ziel des Experiments ist sowohl der Vpn als auch dem Versuchsleiter unbekannt

1.4.4 Skalentypen

Die AV kann durch verschiedene Skalentypen erfaßt werden:

- **Nominalskala:** sie nimmt nur eine bewertungslose Klassifizierung vor (Geschlecht, Blutgruppe, Familienstand...)
- **Ordinalskala:** auch als Rangskala bezeichnet; hier werden Einteilungen in größer-kleiner oder besser-schlechter vorgenommen, wobei über die Abstände der Merkmalswerte keine Aussage gemacht wird (sehr traurig, traurig, weder noch, unbeschwert, sehr unbeschwert)
- **Intervallskala:** die Abstände der Skalenelemente sind gleich groß, ein Nullpunkt kann willkürlich festgelegt werden (Temperatur, IQ)
- **Verhältnisskala:** es besteht ein absoluter Nullpunkt; daher kann man die einzelnen Merkmalsausprägungen miteinander in Verhältnis setzen

1.5 Felduntersuchung

Ziel der Felduntersuchung ist es, Aussagen darüber zu machen, wie sich der Mensch in seiner sozialen und materiellen Umwelt verhält, auch wenn er nicht Gegenstand einer Untersuchung ist, was er tut, wenn kein Versuchsleiter ihn direkt oder indirekt beeinflusst, und was ihn veranlaßt, es zu tun.

Ein **Feld** ist definiert als das natürliche Milieu oder der soziale Lebensspielraum, in dem sich das Forschungsobjekt aufhält und bewegt.

Bestandteile der Felduntersuchung:

- die Probanden wissen nichts von der Untersuchung oder kennen das an ihnen Untersuchte nicht
- es wird ein nicht-reaktives Meßverfahren verwendet
- sich natürlich ergebende Veränderungen werden als UV aufgefaßt
- die Untersuchung wird dort durchgeführt, wo sich die Probanden natürlicherweise befinden
- der Untersucher manipuliert die Untersuchungsbedingungen mehr oder weniger stark

Feldbeobachtung: Forscher verfolgt das Geschehen, verändert es aber nicht aktiv

Feldexperiment: der Forscher verändert eine UV

Eine Laboruntersuchung weist in der Regel eine größere **interne Validität** auf (Veränderung der AV wirklich durch Veränderung der UV), eine Felduntersuchung dagegen weist eine höhere **externe Validität** auf (generalisierbare Aussagen der Studie auf die Praxis).

1.5.1 Methoden der Stichprobengewinnung

Zur Auswahl der für die Fragestellung geeigneten Untersuchungseinheit gibt es drei Möglichkeiten:

- **Einzelfallstudie:** Untersuchung, bei der individuelle Charakteristika erforscht werden (auch von Organisationsstrukturen und Kulturen); interessierende Merkmale lassen sich **qualitativ** erfassen
- **Stichprobenuntersuchung:** eine Stichprobe läßt sich formulieren als eine Auswahl verschiedener Elemente aus der **Grundgesamtheit** aller Elemente, die durch ein oder mehrere gleiche Merkmale gekennzeichnet sind. Bei der Untersuchung zählt die Verteilung eines bestimmten Merkmals (z.B. Cholesterinwerte) in der Grundgesamtheit. Die Stichprobenuntersuchung bietet so bei relativ geringem Kosten- und Zeitaufwand die Möglichkeit, generalisierbare Aussagen über die Grundgesamtheit zu treffen.

Zur Gewinnung der Stichprobe gibt es zwei Möglichkeiten:

1. Zufallsstichprobe: für die Elemente der Grundgesamtheit besteht Chancengleichheit hinsichtlich der Aufnahme in die Stichprobe
 - einfache Zufallsauswahl: z.B. jedes k-te Element
 - geschichtete Zufallsauswahl: auch stratifizierte Z.; die Grundgesamtheit wird zunächst in bestimmte Schichten geteilt (z.B. Altersgruppen); die Zufallsauswahl erfolgt dann aus der jeweiligen Schicht, wodurch die Stichprobe repräsentativer wird
 - Klumpenstichprobe: die Untersuchungseinheiten werden aus bereits vorhandenen Gruppierungen (Klumpen) ausgewählt (z.B. Krankenhausstation)
 - Nachteile der Zufallsstichprobe:
 - kann zu groß und zu kostenintensiv werden, wenn sie repräsentativ sein soll
 - einige der Versuchspersonen verweigern die Teilnahme an der Untersuchung
2. Quotenstichprobe: dem Untersucher werden Quoten vorgegeben (z.B. alle Frauen unter 1,70m), innerhalb derer er sich frei entscheiden kann, wen er in die Stichprobe aufnimmt
 - Nachteile der Quotenstichprobe:
 - nicht immer objektiv
 - die Zahl der Verweigerer wird nicht erfaßt
3. Totalerhebung: bietet die größte Zuverlässigkeit, da sie die gesamte Grundgesamtheit erfaßt; es gibt also kein Generalisierungsproblem mehr
 - Nachteil der Totalerhebung:
 - hoher zeitlicher und finanzieller Aufwand

1.5.2 Quer- und Längsschnittuntersuchung

Querschnittsuntersuchung: zu einem bestimmten Zeitpunkt werden verschiedene Gruppen (z.B. Altersgruppen) jeweils einmal auf das gleiche Merkmal hin untersucht

- Vorteil:
 - es kann sehr schnell auf die Entwicklung bestimmter Merkmale geschlossen werden
- Nachteile:
 - durch Veränderungen in der Grundgesamtheit kann die Vergleichbarkeit der Stichproben in Frage gestellt werden
 - es kann zur Vermischung von Alters- und Generationseffekten kommen
 - über die Entwicklung der einzelnen Individuen kann keine Aussage gemacht werden

Längsschnittuntersuchung: eine Untersuchungseinheit wird mehrmals zu verschiedenen Zeitpunkten untersucht

- Vorteil:
 - es lassen sich intraindividuelle Entwicklungen feststellen
- Nachteile:
 - die Größe der Stichprobe kann abnehmen durch Verweigerung oder Tod
 - Testungseffekte: das Wissen um den Test, der Übungseffekt aus vergangenen Tests und ein eventueller Motivationsverlust können die Untersuchung beeinflussen
 - es kann zur Vermischung von Alters- und Erhebungszeitpunkteffekten kommen

- die einzelnen Untersuchungen werden vielleicht nicht von dem gleichen Forscher ausgewertet

1.5.3 Individualdaten und Aggregatdaten

Individualdaten werden aus der Untersuchung von Individuen gewonnen und beziehen sich ausschließlich auf diese.

Aggregatdaten werden ebenfalls aus der Untersuchung von Individuen gewonnen. Durch die Bildung von Durchschnittswerten zieht man dann aber Rückschlüsse auf das Kollektiv.

1.5.4 Korrelationsuntersuchungen

Um zu untersuchen, ob bestimmte Merkmale miteinander zusammenhängen, berechnet man den Korrelationskoeffizienten. Dieser Koeffizient kann Werte zwischen -1 und $+1$ annehmen. Bei einem positiven Wert verhalten sich die Merkmalsausprägungen direkt proportional zueinander; negative Werte lassen auf eine indirekte Proportionalität schließen. Besteht kein linearer Zusammenhang, nimmt der K. den Wert 0 an.

Der K. hat nur beschreibende Funktion; ob er für die Grundgesamtheit signifikant ist, muß erst noch geprüft werden. Dazu muß der K. eine bestimmte Signifikanzgrenze überschreiten, die von der Größe der Stichprobe abhängt.

2. Psychophysiologie

2.1 Aktivations- und Bewußtseinszustände

2.1.1 Streß

Stressoren sind Faktoren, die eine Streßreaktion auslösen. Sie können physischer, sozialer und psychischer Natur sein. Ob ein bestimmter Reiz zum Stressor wird, hängt von der Interaktion zwischen der Reizkonstellation und der davon betroffenen Person ab.

physische Stressoren: Lärm, Kälte, Hitze, Schmerz, sensorische Überflutung bzw. Deprivation, Einschränkung elementarer Bedürfnisse

psychosoziale Stressoren: Lebensereignisse (Tod, Trennung, Umzug, Kündigung...), Lebensverhältnisse, Diskriminierung, Prüfungs- und Wettkampfsituationen, Erfolglosigkeit

Merkmale eines potentiellen Stressors:

- Art
- Stärke
- Dauer
- Zeitpunkt

Merkmale der Person:

- physische Konstitution
- Persönlichkeit

- sozialer Rückhalt
- Erfahrungen mit dem Stressor
- Bewertung der Situation

primäre Bewertung: bestimmend für Qualität und Intensität der emotionalen Reaktion; Bewertung des Wohlbefindens

- Schädigung bzw. Verlust: bereits eingetretenes Ereignis
- Bedrohung
- Herausforderung

sekundäre Bewertung: Prüfung der persönlichen und sozialen Ressourcen, den aktuellen Stressor zu bewältigen; Bewertung der Bewältigungsprozesse

Anforderungen aus der Umwelt und/oder der Innenwelt eines Individuums führen dann zu **Stress**, wenn sie nach Einschätzung der betreffenden Person deren Möglichkeiten, die gegebene Konstellation zu bewältigen, auf die Probe stellen oder gar übersteigen.

Stressreaktion:

- **Körper:** „Fight or Flight“ => Aktivierung des Sympathikus und des neuroendokrinen Systems; bereitgestellte Ressourcen werden häufig nicht verbraucht => Organschäden
- **Emotionen:** subjektive Gespanntheit und Erregtheit; negative Gefühle dominieren
- **Gedanken:** Überlegung der Konsequenzen des Stressors
- **Verhalten:** Leistungsbeeinträchtigungen, Gereiztheit, Aggressivität, auch Drogenmißbrauch, Suizid

Stressbewältigung:

- **Stressorbezogen:** Verhalten auf die bedrohliche Situation einstellen oder diese verändern
- **Stressreaktionsbezogen:** psychophysische Effekte mindern

Effektive Stressbewältigungsstrategien sollten beide Funktionen erfüllen.

2.1.2 Schmerz

Schmerz ist ein unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis, das mit aktueller oder potentieller Gewebsschädigung verknüpft ist oder mit Begriffen einer solchen Schädigung beschrieben wird.

Kritik an der Definition:

- Schmerzempfinden ist nicht gleich Schmerzleiden (Schmerzgrenze)
- Masochismus
- Aspekte von akutem und chronischem Schmerz

Nozizeption: Weiterleitung und Verarbeitung schädigender Reize (Noxen), die von speziellen Sensoren (Nozizeptoren) registriert werden.

Schmerz und Nozizeption sind nicht gleichzusetzen. Nicht jede Reizung von Nozizeptoren ist mit Schmerz verbunden, nicht jedem Schmerz muß eine Noxe zugrunde liegen.

Komponenten des Schmerzerlebens:

- **sensorisch-diskriminative Komponente:** Lokalisation, Dauer, Intensität, Qualität

- **affektiv-motivationale Komponente:** negativer, aversiver Affekt (Einschätzung der Bedrohlichkeit, Einleiten einer Schonhaltung)
- **kognitiv-evaluativer Aspekt** (Vergleiche mit früheren Schmerzerfahrungen, Analyse der Schmerzbedeutung)

Schmerzreaktionsmuster:

Reaktionsebene	Reaktionsanteil
subjektiv-psychologisch	offen: z.B. Klagen, Stöhnen, Weinen verdeckt: Gedanken, Gefühle, Vorstellungen bezogen auf den erlebten Schmerz
motorisch-verhaltensmäßig	muskuläre Reaktion: Reflexe, Veränderung der Ausdrucksmotorik
physiologisch-organisch	Erregung der Nozizeptoren, Ausschüttung von Schmerzstoffen wie Serotonin

Schmerzcharakteristik:

- **Oberflächenschmerz:**
 - Primärschmerz: stechend-hell
 - Sekundärschmerz: dumpf
- **Tiefenschmerz:** dumpf
- **Eingeweideschmerz:** dumpf

Man spricht auch vom dualen Charakter des Schmerzerlebnisses:

- **epikritischer Oberflächenschmerz:** hell, gut lokalisierbar, wenig affektbetont
- **protopathischer Tiefenschmerz:** dumpf, schlecht lokalisierbar, quälend

Schmerzmessung (Algesimetrie):

Es gibt keine monotone Beziehung zwischen der Größe einer Verletzung und der empfundenen Schmerzintensität. Das Erleben von Schmerz wird immer auch durch affektive und kognitive Prozesse begleitet, auch der aktuelle Wachheitsgrad, die Erwartungshaltung und die Stimmungslage spielen eine Rolle bei der Schmerzempfindung.

Die klinische Schmerzmessung erfolgt meist anhand von Skalierungsmethoden. Die gebräuchlichsten Verfahren sind:

- **Adjektivskala:** meist werden 5-7stufige Skalen benutzt (schmerzfrei-leicht-mäßig-stark-unerträglich)
- **numerische Skala:** Werte von beispielsweise 0 (keine Schmerzen) bis 10 (unerträglich)
- **visuelle Analogskala (VAS):** farbliche Darstellung, analog der numerischen Skala

Die Schwelle für Schmerzempfindungen wird durch Angst, Depression, Inaktivität usw. herabgesetzt, durch Ablenkung, Befundbesserung, Kontrollierbarkeit des Schmerzes usw. heraufgesetzt. Das individuelle Schmerzverhalten hängt auch ab von früheren Erfahrungen und durch **soziokulturelle und familiäre Erziehungsprozesse** vermittelte Lernvorgänge.

Schmerzsozialisation:

- Modellernen durch Beobachtung und Nachahmung v.a. von Eltern
- Unterschiede zwischen kulturellen und ethnischen Gruppierungen: Nord-Süd-Gefälle bei Schmerzäußerung; fernöstliche Fakire
- geschlechtsspezifische Differenzen: höhere Schmerztoleranzschwelle bei Männern
- Angst, speziell Erwartungsangst; das Ausmaß der Schmerzerwartung bestimmt die Intensität des Schmerzerlebens; angstbedingte Anspannung kann auch zu Schmerz führen; Teufelskreis: Angst-Anspannung-Schmerz

Schmerzkontrolle

- Das Bewußtsein kann nicht mehr als 100 bit/s gleichzeitig verarbeiten. So kann man durch Ablenkung den Schmerz für begrenzte Zeit „vergessen“
- Ein zweiter, weniger unangenehmer Schmerz kann einen starken Schmerz überdecken
- Wirkung körpereigener Endorphine; ihre Produktion steigt bei hoher Belastung, Streß und durch Placebos

Schmerzen	akuter Schmerz	chronischer Schmerz
Funktion	Warnfunktion	meist keine Warnfunktion
Dauer	Sekunden bis Max. Wochen	mind. 3 bzw. 6 Monate
Lokalisierbarkeit	gut umschreibbar	große Areale betroffen
vegetative Aktivierung	vorhanden	nicht vorhanden
ZNS-Reaktion	im EEG beobachtbar	nicht zu beobachten
Ursache	bekannt und therapierbar	unbekannt oder schwer therapierbar
Behandlung	akute Behandlung, medizinische Intervention	langfristige Behandlung, psychologische Intervention
Behandlungsziele	Schmerzfreiheit	Schmerzlinderung

Merkmal	organischer Schmerz	psychogener Schmerz
Schmerzlokalisierung	eindeutig	unklar
Affekte des Patienten	passend	inadäquat
Zeitdimension	eindeutige Präsenz bzw. Fehlen	dauernd da
Abhängigkeit von Willkürmotorik	vorhanden	fehlt
Reaktion auf Medikamente	pharmakokinetische plausibel	nicht verständlich
Schmerz und mitmenschliche Beziehung	unabhängig davon	damit verbunden
Schmerzschilderung	Bild paßt	Bild inadäquat
Betonung der Ursache	psychische betont	organische betont
Sprache	einfach, klar	intelligenzlerisch, Ärztejargon
Affekte des Arztes beim Zuhören	ruhig, aufmerksam	Ärger, Langeweile, Hilflosigkeit, Lächeln

Das Schmerzfolgenmodell von Fordyce: Chronifizierung von Schmerzverhalten

nozizeptiver Input => Schmerzerleben => Schmerzreaktion <=> Umweltkonsequenzen

operantes Konditionieren: positive Verstärkung z.B. durch Aufmerksamkeit, negative Verstärkung: Wegfall ungeliebter Tätigkeiten

3. Emotion und Motivation

3.1 Emotion

Emotionen sind subjektive Gemütsbewegungen, deren Komponenten auf verschiedenen Beschreibungsebenen dargestellt werden können:

- **Kognitive Komponenten:** Emotionen als Ergebnis einer wertenden Einschätzung äußerer und innerer Ereignisse, d.h. einer subjektiven Erkenntnistätigkeit
- **Physiologische Komponenten:** Erregung (Sympathikus – Parasympathikus), Freisetzung von Stresshormonen
- **Expressiv-behaviorale Komponenten:** z.B. Mimik, Sprechgeschwindigkeit, Körperhaltung

3.1.1 Klassifikation

- **Gefühlsregungen im engeren Sinne:** akute seelische Empfindungen wie Trauer, Eifersucht, die die Bewußtseinslage beeinflussen, sogar beherrschen können
- **Erlebnistönungen:** emotionale Begleiterscheinungen aktueller Erfahrungen und kognitiver Bewußtseinsinhalte (Lust – Unlust)
- **Stimmungen:** diffuse, länger anhaltende, die gesamte Befindlichkeit im engeren Sinne eines Zumuteseins kennzeichnende Grundtönungen (Ängstlichkeit, gute Laune); kein bezug auf Personen, Dinge und Ereignisse

Charakteristika von Emotionen:

- Lust – Unlust
- Spannung – Lösung: eine Spannung erzeugt Handlungsimpulse
- Erregung – Beruhigung

3.1.2 Messung der Qualität und Intensität von Gefühlszuständen

Es muß unterschieden werden zwischen zeitlich überdauernden (Eigenschaften) und variablen (aktuelle Stimmungen) Befindlichkeiten. Bei der sprachliche Beschreibung von Gefühlen kann es hilfreich sein, sich den Unterschied zwischen **Denotation** (inhaltliche Bedeutung) und **Konnotation** (Erlebnistönung, die bei dem Begriff mitschwingt) klarzumachen. Unterschiedliche Konnotationen können zu Kommunikationsproblemen führen. Wichtig bei der Messung von Gefühlszuständen ist auch, daß zunächst eine **Intimitätsschranke** überwunden werden muß.

3.1.3 Ausdruck von Emotionen

Entwicklung von Emotionen: das Neugeborene verfügt zunächst nur über eine Emotion: allgemeine undifferenzierte Erregung. Ab dem dritten Monat lassen sich Lust- bzw. Unlustempfindungen differenzieren.

Vor allem der **Gesichtsausdruck** kann Gefühlszustände widerspiegeln. Universell sind die Mimiken von Freude, Trauer, Angst, Wut, Ekel und Überraschung. Das spontane Ausdrucksverhalten kann bei Emotionen durch gelernte Motive überlagert werden, da der Emotionsausdruck auch **soziale Funktion** hat.

3.1.4 Physiologische Erregung der Emotionalität

Schachter und Singer wiesen nach, daß ein und derselbe meßbare physiologische Zustand mit gänzlich unterschiedlichen emotionalen Empfindungen einhergehen kann, je nachdem, welche weiteren Hinweisreize die betreffende Person zur kognitiven Klärung ihrer eigenen Erregtheit heranzieht. Nach Auffassung von Schachter und Singer kommen Emotionen durch Interaktion autonomer Erregung mit einem **kognitiven Faktor**, nämlich der subjektiven Kausalerklärung dieser Erregung zustande. Man muß so unterscheiden zwischen der physiologisch meßbaren Erregtheit und der damit einhergehenden emotionalen Erlebnisqualität. Bisher gibt es keine überzeugenden Belege, daß autonom-physiologische Erregung überhaupt eine notwendige Bedingung für das Zustandekommen eines emotionalen Zustandes sei.

Über das **Biofeedback**-Verfahren lassen sich körperbezogene Behandlungen ermöglichen. Psychophysische Reaktionen werden dem Patienten bewußt gemacht, so daß er gezielt versuchen kann, diese zu kontrollieren. Grundlage ist das Prinzip der operanten Konditionierung (positiver Verstärker).

Das Experiment von Schachter und Singer:

H1 : liegt eine physiologische Erregung vor, für die es momentan keine Erklärung gibt, wird der momentane Gefühlszustand vom Individuum entsprechend den seinerseits verfügbaren Kognitionen etikettiert

H2 : ist physiologische Erregung vorhanden und gleichzeitig eine angemessene Erklärung dafür gegeben, setzt seitens der betreffenden Person keine Suche nach anderen Erklärungen ein; auch werden keine alternativen Erklärungen von ihr übernommen

H3 : liegen zwar emotionsinduzierende Kognitionen, aber keine physiologische Erregung vor, nimmt der Betreffende keine spezifische Emotion wahr

H4 : unter gleichen kognitiven Rahmenbedingungen hängt das Ausmaß der jeweils empfundenen Emotionen von dem Erregungszustand ab, den das Individuum bewußt bei sich wahrnimmt

UV1 : Adrenalin vs. Placebo

UV2 : Information über Nebenwirkungen

UV3 : Euphorie oder Ärger (sozialer Kontext)

AV1 : Selbsteinschätzung Euphorie-Ärger

AV2 : Verhaltensmerkmale Euphorie-Ärger

AV3 : physiologischer Parameter: Pulsfrequenz

3.2 Systematische Ansätze der Motivationsanalyse

3.2.1 Ethologischer Ansatz

Tierisches und menschliches Verhalten haben gemeinsame phylogenetische Wurzeln, und zwar in angeborenen instinktiven Verhaltensmustern und –tendenzen, die sich über Mutation und Selektion adaptiv erwiesen haben. Individuelle Erfahrung überformt angeborene Verhaltenstendenzen, angeborene Verhaltenstendenzen bestimmen mit, was individuell erfahren wird.

Methoden der Ethologien (vergleichende Verhaltensforschung):

- Beobachtung und Beschreibung des Verhaltens einer Spezies in ihrem natürlichen Lebensraum
- Attrappenversuche und Aufzucht unter Erfahrungsentzug (Kasper-Hauser-Versuche): angeboren oder erworben ?
- Untersuchung und Vergleich des Verhaltens von Naturvölkern in der Humanethologie: gemeinsame Verhaltensmuster ?

Komponenten des Instinktverhaltens:

Trieb => Triebspannung => Appetenzverhalten => Schlüsselreiz => angeborener Auslösemechanismus => Orientierungsbewegung => Endhandlung

Als **Trieb** wird die selbst- und arterhaltende Energie bezeichnet, welche zur Befriedigung eines Bedürfnisses drängt (Sexualtrieb, Freßtrieb). **Triebspannung** staut sich auf, bis die passende Instinkthandlung durchgeführt ist.

Appetenzverhalten ist das durch die Triebspannung verursachte Suchverhalten, welche das Auffinden von Schlüsselreizen wahrscheinlicher macht.

Schlüsselreize sind die Merkmale einer Reizsituation, die eine spezifische Instinkthandlung auslösen (Kindchenschema ruft Schutz- und Pflegegefühle hervor). **Übernormale Schlüsselreize** sind übertreffend in ihrer Merkmalsausprägung die Schlüsselreize in der natürlichen Umgebung, und werden bevorzugt. Auch **Attrappen**, die eine Ähnlichkeit mit dem Schlüsselreiz haben, können Endhandlungen auslösen.

Der **angeborene Auslösemechanismus** löst bei genügender Triebspannung und bei Darbietung des Schlüsselreizes die Instinkthandlung aus.

Die Instinkthandlung setzt sich zusammen aus Orientierungs- und Endhandlung. Die **Endhandlung** konsumiert Triebenergie. **Orientierungsbewegungen** sind alle Bewegungen, die, nachdem der AAM entblockt ist, die Voraussetzungen dafür schaffen, daß die Endhandlung durchgeführt werden kann.

Wenn sich Triebspannung anstaut, und keine Schlüsselreize gefunden werden, kann eine Endhandlung im Extremfall ohne Schlüsselreiz als **Leerlaufhandlung** ablaufen (z.B. unwillkürliche Samenergüsse bei jungen Männern).

Wenn zwei unvereinbare Triebe gleichzeitig stark aktiviert sind und nicht befriedigt werden können, kann es zu Übersprunghandlungen kommen, die einen Teil der bereitgestellten Energie verbrauchen (Konflikt zwischen Angriff und Flucht).

Instinkt ist ein hierarchisch geordneter nervöser Mechanismus, der auf bestimmte einstimmende, auslösende und richtende Reize – sowohl innere wie auch äußere – anspricht und auf diese Reize mit koordinierten Bewegungen antwortet, die zur Erhaltung des Individuums und der Art beitragen.

Prägung ist definiert als relativ rascher und weitgehend lösungsresistenter Erwerb von Verhaltensweisen während einer biologisch determinierten sensiblen Phase, ohne daß der Erwerb auf Verstärkung beruht.

3.2.2 Psychoanalytischer Ansatz

Motivation und Emotion können nach Freud **unbewußt, vorbewußt** (unbewußt, kann aber bewußtgemacht werden) oder **bewußt** sein.

Das Verhalten ist nach Freud triebbestimmt, **Triebe** liefern die Energie für seine Ausführung. Sie äußern sich psychisch als Wünsche und Verlangen. Die Reduktion der **Triebspannung** wird als lustvoll erlebt.

Strukturmodell siehe 5.1.1

Angst und Angstbewältigung

- **Realangst**: reale Bedrohung (Furcht)
- **neurotische Angst**: Konflikt zwischen ES und ÜBER-ICH bzw. Umwelt und ÜBER-ICH
- **Angstabwehr**: vorbewußte ICH-Prozesse der Angstbewältigung
- **Abwehrmechanismen**: Reaktionen bei der Angstabwehr
- **Verdrängung**: vollständige Abwehr von Konflikten durch das ICH (unvollständige Abwehr kann u.a. zu Freudschen Versprechern führen)
- **Sublimierung**: ICH-Funktion, die den Triebimpuls durch Umlenken auf gesellschaftlich akzeptierte kulturelle Ziele erfolgreich der Realität anpaßt.

Es hängt von der **ICH-Stärke** ab, ob Konflikte bewältigt werden können oder abgewehrt werden müssen.

Neurotische Symptombildung ist das Ergebnis unvollständiger Angstabwehr. **Konversion** als neurotisches Symptom ist z.B. eine funktionelle Störung motorischer, sensibler oder sensorischer Prozesse. Beim Auftreten vegetativer Störungen (z.B. der Magen-Darm-Funktion) spricht man von **Somatisierung**. Personen, die zu neurotischer Symptombildung neigen, bezeichnet man als **Neurosestrukturen**. Personen mit einem sehr schwachen Abwehrsystem bezeichnet man als **Borderline-Personlichkeiten** (hohe Suizidgefahr).

3.3 Spezifische Emotionen und Motivationen

3.3.1 Angst

Akute Angst läßt sich als ein Zustand gesteigerter Erregung verbunden mit Beengung- und Verzweiflungsgefühlen beschreiben, die mit zahlreichen körperlichen Symptomen (sympathische Aktivierung) einhergehen kann. Der Mensch befindet sich gefühlsmäßig in einem Stadium der Blockiertheit, die sich auf der kognitiven (Gedankenkreisen) und verhaltensmäßigen (Handlungsblockade) äußern.

Bei der wissenschaftlichen Erfassung von Angst muß man drei Komponenten berücksichtigen:

- **kognitiv-bewertende** Komponente
- **motorisch-nonverbale** (verhaltensmäßige Komponente)
- **physiologisch-erregende** Komponente

Chronische Ängste (Phobien, Angstneurosen) sind persistierende, wiederkehrende Erregungsabläufe, die die normalen Lebensfunktionen und Alltagsabläufe in der Regel stark beeinträchtigen.

Funktion der Angst:

- im positiven Fall erhöhte Aufmerksamkeit durch Sympathikus-Aktivierung (im negativen Fall Aufmerksamkeitseinengung, Reaktionsblockade)

Unterschied zwischen Angst und Furcht:

- Gegenstandsbezogenheit: Furcht bezieht sich auf reale Gefahr, während bei Angst die Gefahrenquelle nicht genau bestimmt werden kann
- Aktionstendenz: mit Furcht ist Flucht verbunden, bei Angst ist jede Aktionstendenz zunächst gehemmt (Suchstadium)

Angst ist der kognitiven Theorie zufolge das Ergebnis komplexer Bewertungsprozesse:

- Situationsbewertung
- Reaktionsbewertung
- Neubewertung

Angstbewältigung (Coping):

- vigilante Bewältigung: Suche nach Informationen über die Gefahrenquelle
- repressive Bewältigung: verhaltensmäßige und mentale Abschottung von allen Hinweisen auf die Gefahrensignale

Chronische Ängste:

- Agoraphobie: Angst vor weiten Plätzen
- Klaustrophobie: Angst vor engen, geschlossenen Räumen
- Sozialängste: beziehen sich auf Gegenwart anderer Menschen oder auf zwischenmenschliche Kommunikation
- hypochondrische Ängste: richten sich auf ein für die Person wichtiges Organ
- Verletzungsphobie
- Schul- bzw. Kindergartenphobie
- Tierphobien

- Angstneurose: durch diffuse, frei flottierende Angst gekennzeichnet; sie tritt spontan, scheinbar ohne jeglichen Bezug auf

3.3.2 Ärger und Aggressivität

Ärger ist ein grundlegender Gefühlszustand menschlicher Wesen, dessen Ausdrucks- und Erlebensform nach entsprechenden Untersuchungen interkulturell nahezu identisch ist. Unter Aggression versteht man ein Verhalten, das mit dem Ziel ausgeführt wird, einen Organismus oder Organismusersatz zu schädigen.

Aggressivität bezeichnet die erschlossene, relativ überdauernd erscheinende Bereitschaft zu aggressivem Handeln.

Ärger kann Voraussetzung für aggressives Handeln sein.

Theorien zu Aggression und Ärger:

- Biologische Ansätze: Erklärung durch hirnpfysiologische, genetische oder endokrinologische Gegebenheiten
- Psychologische Ansätze:
 - Triebbestimmung: monokausale Erklärung mit Hilfe eines angeborenen Aggressionstrieb
 - Frustrations-Agressions-Hypothese: jede Frustration führt zu Aggression, jeder Aggression geht eine Frustration voraus
 - soziale Lerntheorie: Aggressionsverhalten wird durch Konditionierung und Modellernen erworben
 - Katharsishypothese: aggressives Verhalten vermindert den Drang zu weiteren Aggressionen (Abreaktion); Kritik: längerfristig wird Aggressivität verstärkt, wenn sie zu Erfolg führt

3.3.3 Sexualität

Funktionen der Sexualität:

- Reproduktionsfunktion
- Lustfunktion
- Sozialfunktion
- Kommunikation

Der sexuelle Reaktionszyklus nach Masters und Johnson:

- Erregungsphase: die Erregung ist noch leicht störfähig; Erregung von Herzfrequenz und Blutdruck, Erektion, Lubrikation der Vagina
- Plateauphase: erst von dieser Phase ist der Orgasmus möglich; eine gestörte Erregung flaut langsam ab
- Orgasmusphase: primär Vasokongestion (unwillkürlich), sekundär Myotonie
- Rückbildungsphase: bei der Frau Möglichkeit zu multiplen Orgasmen

Sexuelle Motivation: Wunsch, sexuelle Erregung und Lust zu erfahren

Hormonelle Einflüsse:

- beim Mann v.a. Androgeneinfluß: Mangel führt zu Verminderung der sexuellen Erregbarkeit und zu beeinträchtigter Fähigkeit zu sexuellen Phantasien

- bei der Frau steigern Androgene die Libido; Östrogenmangel reduziert die weibliche Erregbarkeit und Erlebnisfähigkeit

Sexualverhalten:

Die Formen des Sexualverhaltens sind beim Menschen v.a. durch Lernprozesse erworben. Für die menschliche Sexualität spielt auch die emotionale Verbundenheit, die Liebe in der Paarbeziehung eine wichtige Rolle.

Sexuelle Deviationen:

Partneraspekt: (Homosexualität), Pädophilie, Sodomie, Fetischismus

Praktikaspekt: Exhibitionismus, Voyeurismus, Sadismus, Masochismus

Sexuelle Funktionsstörungen:

	Erregungsphase	Orgasmusphase
Frau	Vaginismus (Scheidenkrampf); Dyspareunie	Anorgasmie; Dyspareunie
Mann	Erektionsstörungen	Ejaculatio praecox; Ejaculatio retardata

Psychogene Störungen:

- psychische Krankheiten
- übersteigerte Erwartungshaltung
- Versagensängste

Somatogene Störungen:

- Psychopharmaka
- Erkrankungen

Das PLISSIT-Modell:

P Permission: Der Arzt gibt zu erkennen, daß er für sexuelle Fragen offen ist

LI Limited Information: Der Arzt gibt relevante Informationen über das Thema

SS Specific suggestions: Der Arzt gibt direkte Ratschläge und Anweisungen

IT Intensive Therapy: Stufe der eigentlichen Behandlung

Die beiden letzten Stufen erfordern spezialisierte sexual- und psychotherapeutische Kompetenz.

3.3.4 Scham

Scham ist eine menschliche Unlustreaktion, die sich häufig auf die Verletzung der Intimsphäre bezieht daneben aber auch andere soziale Bereiche (Ansehen, Geltung, Erfolg...) betreffen kann. Grundlage der Scham ist das Bewußtsein, durch bestimmte Handlungen oder Äußerungen **sozialen Erwartungen** nicht entsprochen bzw. gegen wichtige Normen und **Wertvorstellungen** verstoßen zu haben.

Subjektive Empfindungen der Scham: Peinlichkeit, Befangenheit, Demütigung, Ausgeliefertsein

Verhalten bei Scham: Abwenden von Gesicht und Blick, Erröten, Verstummen, Stottern

Bei der Entstehung von Scham werden von Erziehungspersonen vorgegebene Maßstäbe verinnerlicht

Konsequenzen für den Arzt:

- Verhalten erklären
- Intimsphäre nur insoweit berühren, wie es notwendig ist
- empathisch auf Schamreaktionen eingehen und evtl. vorwegnehmen
- mit den Angaben, die dem Patienten peinlich sind, empathisch und wertschätzend umgehen

3.3.5 Trauer

Trauer ist eine unlustbetonte Emotion, die, abhängig von der Intensität zu körperlichen Erscheinungen führen kann, wie z. B. Weinen. Oft entsteht Trauer als Reaktion auf einen realen oder antizipierten Verlust.

Die Trauer spielt sich auf verschiedenen Ebenen ab:

- Subjektives Erleben: Gefühle, veränderte Wahrnehmungen und Gedanken, auch körperliche Beschwerden
- verändertes Verhalten
- Hormon- und Immunsystem: Sympathikus-Aktivierung (verstärkte Adrenalin- und Cortisolausschüttung); suppressive Wirkung auf Immunsystem
- Interpersonal und sozial: sozialer Status, soziale Kontakte

Psychoanalytische Theorie: Trauer ist eine aktive Leistung des ICH; Libido muß vom betrauten Objekt abgezogen werden

Ethologische Bindungstheorie: es kann nur trauern, wer sich gebunden hat; drohende Verluste steigern das Bindungsverhalten

Modell zum Verlauf der Trauerreaktion:

- Initiale Phase: Schock, Gefühle der Betäubung
- Akute Trauerphase:
 - Phase der Sehnsucht
 - Phase der Desorganisation/Verzweiflung
- Ablösephase

Konzept der Traueraufgaben:

- Aufgabe 1: den Verlust als Realität akzeptieren (Initiale Phase)
- Aufgabe 2: den Trauerschmerz erfahren: der Schmerz muß durchgearbeitet werden; Vermeidung verzögert Trauervorgang, kann zu Depression führen (Akute Trauerphase)
- Aufgabe 3: Sich anpassen an eine Umwelt, in der der Verstorbene fehlt (Ablösephase)
- Aufgabe 4: Emotionale Energie abziehen und in eine andere Beziehung investieren (Ablösephase)

Pathologische Reaktionen nach Verlustereignissen:

- Kummer-Effekt: erhöhte Mortalität in der Zeit nach dem Verlust: Herzkrankheiten, Infektionskrankheiten, Suizid und Unfälle

- **chronische Trauer:** fehlende Zukunftsperspektiven, Widerstand gegenüber Veränderungen der Affekte des Trauernden
- **fehlende Trauer:** dafür häufig körperliche Beschwerden
- **Depression:** Selbstwertgefühl wird stark beeinträchtigt, Schuldgefühle; Depression wird von Trauer unterschieden: Depression ist oft ohne bewußten Verlust, der Anlaß kann geringfügig sein

Risikofaktoren für pathologische Reaktionen:

- **Todesumstände:** besonders bei unerwartet auftretenden Todesfällen
- **Soziale Begleitumstände:** sozialer Status, soziale Integration
- **Art der Beziehung zum Verstorbenen:** ängstlich-abhängige oder ambivalent-konfliktbeladene Beziehung
- **Merkmale des Hinterbliebenen**

Trauer nach Lindemann

- akute Trauer ist ein fest umrissenes Syndrom mit psychischer und somatischer Symptomatologie
- dieses Syndrom kann unmittelbar nach einer Krise oder aber verzögert auftreten; es kann in übersteigter Form vorhanden sein oder scheinbar fehlen
- anstelle des typischen Syndroms kann es zu verzerrten Krankheitsbildern kommen, die jeweils einen bestimmten Aspekt des Trauer-Syndroms darstellen
- mit angemessenen therapeutischen Techniken können diese Zerrbilder erfolgreich in eine normale Trauerreaktion mit anschließender Verarbeitung des Verlusts übergeführt werden

Begegnung mit Trauernden nach Rogers:

- Einführendes Verstehen (Empathie, Förderung der Selbstexploration)
- Echtheit/Selbstkongruenz (Vertrauensbildung)
- Emotionale Wärme/Wertschätzung (bedingungsloses Akzeptieren)

3.3.6 Hilflosigkeit und Resignation

Das Konzept der Selbstaufgabe von Engel und Schmale

Das zentrale Thema der **psychosomatischen Medizin** sind psychische Faktoren, die dem Beginn einer körperlichen Erkrankung vorausgehen oder die körperliche Erkrankung verschlechtern. Man unterscheidet spezifische und unspezifische Faktoren. Spezifische Faktoren sind bedeutsam für bestimmte Kategorien somatischer Erkrankungen, unspezifische Faktoren wirken sich auf den Verlauf der verschiedenartigsten Störungen aus.

Engel und Schmale sprechen von dem Komplex „**giving up – given up**“ als unspezifischem Faktor, wobei das „given up“ der Endzustand einer Phase des „giving up“ ist, die durch ein Versagen der Abwehrmechanismen und der bisher wirksamen Mittel, Befriedigung zu erlangen, eingeleitet wird.

Im Gefühlszustand der **Selbstaufgabe** wird entweder Hilflosigkeit oder Hoffnungslosigkeit überwiegen:

- **Hilflosigkeit:** die Person ist der Auffassung, daß andere Menschen ihr helfen könnten, sie selbst ist aber außerstande, hilfreiche Beziehungen zu aktivieren.
- **Hoffnungslosigkeit:** die Person glaubt, daß sie Hilfe von außen gar nicht nutzen könne und daß sie einer solchen Hilfe gar nicht würdig sei.

Typische Auslösemechanismen für den Komplex „giving up – given up“ sind **tatsächliche, drohende oder phantasierte Verlusterlebnisse**.

Selbstaufgabe begünstigt somatische Erkrankungen, ist aber weder notwendige noch hinreichende Bedingung für sie.

Die Theorie der gelernten Hilflosigkeit von Seligman

Eine Person, die eine Situation als nicht kontrollierbar wahrnimmt, entwickelt die Erwartung, daß die Situation auch in Zukunft nicht kontrollierbar sein wird. Aus dieser Erwartung heraus entstehen

Hilflosigkeitsdefizite:

- **Emotionales Defizit:** Angst, Depression
- **Motivationales Defizit:** Passivität
- **Kognitives Defizit:** die Person wird ihre Möglichkeiten, in anderen Situationen Kontrolle auszuüben nicht oder schlechter erkennen.

In der reformulierten Fassung der Theorie von der gelernten Hilflosigkeit nimmt die Art und Weise, in der sich die Betroffenen unkontrollierbare Ereignisse erklären, einen zentralen Platz ein:

- **Attributionsdimension:**
 - **Ursprung:** internale oder externale Attribuierung (Ursache bei sich selbst oder bei anderen/anderem)
 - **Wirkungsdauer:** stabile oder variable Attribuierung
 - **Wirkungsbreite:** globale oder spezifische Attribuierung
- **Attributionsstil:** Tendenz, sich positive und negative Ereignisse über die Zeit hinweg stabil in ähnlicher Weise zu erklären (**Pessimistische Attribuierung**)
 - **persönliche Hilflosigkeit:** internale Attribuierung negativer Ereignisse (=> Depression, Verminderung des Selbstwertgefühls)
 - **universale Hilflosigkeit:** externale Attribuierung negativer Ereignisse (=> evtl. Depression, z.B. **Burn-out-Syndrom**)

Internale/externale Kontrollüberzeugungen: Überzeugung, wer oder was ein Geschehnis kontrollieren kann. Eine Krankheit wird am besten verarbeitet bei externaler Attribuierung und internaler Kontrollüberzeugung.

Optimismus: generalisierte Erwartung eines Menschen, daß die Dinge, die in der Zukunft geschehen, für ihn positiv ausfallen

Selbstwirksamkeitserwartung: Glaube eines Menschen, daß ein bestimmtes Verhalten einen bestimmten Effekt hat, verbunden mit dem Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten, mit diesem Verhalten diesen Effekt zu erzielen.

Hoffnung: positiver emotionaler Zustand, der auf einem Gefühl der Kraft und einem Gefühl der Gewißheit dafür basiert, mit welchen Mitteln und auf welchen Wegen persönliche Ziele mit Erfolg erreicht werden können

gelernte „Resourcefulness“: Tendenz, bei der Lösung von Verhaltensproblemen Selbstkontrollstrategien anzuwenden

4. Lernen

4.1 Lernen

Unter **Lernen** versteht man die Änderung des Verhaltens oder der Verhaltensmöglichkeiten aufgrund von Erfahrung. Nach Kanfer sind Verhaltensänderungen abhängig von **Stimuli**, **Konsequenzen**, **Organismusbedingungen** und **Kontingenzen**.

Respondentes Verhalten erfolgt auf einen Stimulus (z.B. Reflex). Respondentes Verhalten wird durch **klassisches Konditionieren** verändert.

Operantes Verhalten erfolgt auf Konsequenzen. Operantes Lernen wird auch als **Lernen am Erfolg** bezeichnet. Ist eine Verhaltensänderung abhängig von Verhaltenskonsequenzen, so spricht man von **operantem Konditionieren**.

Organismusbedingungen sind beispielsweise Ermüdung, Hunger...

Kontingenzen meinen die Art des Zusammenhangs zwischen Verhalten und Konsequenz.

4.1.1 Klassische Konditionierung

Prinzipien des Klassischen Konditionierens:

- **Nicht-konditionierte Reize** lösen reflexhaft eine nicht-konditionierte Reaktion aus (**respondentes Verhalten**). **Neutrale Reize** bewirken eine **Orientierungsreaktion**. Bei wiederholter Darbietung des neutralen Reizes zeigt sich eine **Habituation**.
- Neutrale Reize (Ratte) können mit nicht-konditionierten Reizen (furchterregender Gong) assoziiert werden und erhalten die Qualität von **konditionierten Reizen**, d.h. sie lösen konditionierte Reaktionen (Furcht) aus.
- Optimale Lernbedingungen bestehen, wenn der neutrale Reiz kurz vor dem nicht-konditionierten Reiz einsetzt und beide Reize gleichzeitig enden.
- Die Stärke der konditionierten Reaktion wächst i.d.R. mit zunehmender Zahl der gemeinsamen Darbietungen von neutralem Reiz und nicht-konditioniertem Reiz. Bleibt der nicht-konditionierte Reiz aus, kommt es zu einer allmählichen **Extinktion** (Löschung) der konditionierten Reaktion. Nach Pausen tritt bei erneutem Auftreten des nicht-konditionierten Reizes eine **spontane Erholung** der konditionierten Reaktion auf.
- Ein zweiter neutraler Reiz kann, wenn er mit dem ersten gekoppelt auftritt, ebenfalls die konditionierte Reaktion hervorrufen (**Konditionierung höherer Ordnung**).
- Ähnliche Reize (Pelzmantel) wie die konditionierten können ebenfalls die konditionierte Reaktion hervorrufen.

4.1.2 Lernen am Erfolg

Prinzipien des operanten Konditionierens:

- **Operantes Verhalten** bezeichnet eine Aktivität, die spontan im Organismus entsteht, also nicht die Reaktion auf einen Reiz ist. Operantes Verhalten wird in seiner Auftretenswahrscheinlichkeit durch die **Konsequenzen** bestimmt, die ihm nachfolgen.
- **Verstärkung und Bestrafung:**
 - **positive Verstärkung:** eine als positiv empfundene Konsequenz setzt ein;
 - **negative Verstärkung:** eine als negativ empfundene Konsequenz lässt nach;

- **Bestrafung durch Verstärkerentzug**: unterdrückt ein Verhalten, indem belohnende Reize beseitigt werden;
- **Bestrafung durch aversive Konsequenzen**: unterdrückt ein Verhalten durch eine negativ erlebte Konsequenz (Schmerz)
- **Primäre Verstärker** befriedigen vitale Bedürfnisse (Hunger, Sex)
- **Sekundäre Verstärker** sind durch Prozesse **klassischer Konditionierung** erlernt worden, haben also ursprünglich keine verstärkende Wirkung (Geld, Lob)
- **Kontingenz**: Bedingungen, unter denen auf ein Verhalten eine Konsequenz folgt.
- Wird ein operantes Verhalten nicht mehr verstärkt, kommt es zu einer **Extinktion** dieses Verhaltens
- **Verhaltensformung**: um ein komplexes Verhaltensmuster zu erlernen, erweist es sich als günstig, das Verhalten in Teilelemente zu gliedern und diese einzeln zu verstärken. Anschließend wird die Verstärkung nur dann gegeben, wenn die Teilelemente kombiniert werden.
- **Reizdiskrimination**: Verhalten, das in Anwesenheit eines bestimmten Reizes verstärkt wird, tritt gehäuft unter diesem Reiz auf, bei einem anderen Reiz nicht. Diskriminative Reize generalisieren ähnlich wie konditionierte Reize bei der klassischen Konditionierung
- Je intensiver der Verstärker ist und je näher er zeitlich dem Verhalten folgt, desto größer ist seine verstärkende Wirkung

Operantes Konditionieren in der Medizin:

- Compliance wird durch negative Verstärkung (Besserung) gefördert
- Biofeedback
- Fordyce-Modell: Chronifizierung von Schmerz(verhalten)

Die von Kanfer entwickelte Verhaltensgleichung muß um die **Personenvariablen** erweitert werden. Dazu zählt v.a. die Informationsverarbeitung.

4.1.3 Lernen am Modell

Verhalten wird nur dann beobachtet, gespeichert und aktiviert, wenn eine Person dazu motiviert ist. **Motivationen** entstehen durch die Erwartung, die Informationsverarbeitung werde zu als positiv bewerteten Konsequenzen führen. Das **Lernen am Modell** meint die Aneignung neuer Verhaltensweisen oder Änderung schon bestehender Verhaltensmuster durch die Beobachtung des Verhaltens anderer Individuen. In das Modellernen sind **operante Lernprozesse** integriert, da das neue Verhalten eine Rückmeldung erfordert.

Der Lernprozeß wird begünstigt, wenn das Modell

- für den Beobachter attraktiv ist
- ein Verhalten zeigt, das die Möglichkeiten des Beobachters nicht übersteigt
- für sein Verhalten belohnt wird (**stellvertretende Bekräftigung**)

Das Modellernen kann als Medium der **Sozialisation** beschrieben werden.

4.1.4 Lernen durch Eigensteuerung

Nach Bandura entwickelt sich die **Selbststeuerung des Verhaltens** in drei Stufen:

1. das Kind übernimmt Verhaltensweisen von anderen (**Lernen am Modell**)

2. die Umwelt reagiert nach dem Prinzip der **operanten Konditionierung** mit externen Sanktionen (Belohnungen, Bestrafungen)
3. die Personen belohnen bzw. bestrafen sich selbst und werden von Fremdkontrolle unabhängig

Verhalten wird nicht nur durch erfahrene Konsequenzen, sondern auch durch erwartete Konsequenzen bestimmt.

5. Persönlichkeit

5.1 Persönlichkeitsmodelle

5.1.1 Psychoanalytische Persönlichkeitsmodelle

Die Psychoanalyse Sigmund Freuds kennt zwei Modelle der Persönlichkeit, ein strukturelles und ein topographisches.

Strukturelles oder Instanzen-Modell:

Freud unterscheidet drei Instanzen:

- **ES:** enthält alles Vererbte und konstitutionell Festgelegte, v.a. die Triebe (Sexual- und Todestrieb). Außerdem enthält es alles vom ICH ins Unbewußte verdrängte wie Wünsche und Erinnerungen. Alle Anteile des ES sind **unbewußt**. Das ES folgt dem Lustmodell, ist ohne Moral und unabhängig von den Gesetzen der Logik und von Zeit und Raum. Vom ES gesteuerte Vorgänge werden als **Primärprozeß** bezeichnet.
- **ICH:** entsteht aus dem ES; vermittelnde Struktur, die Konflikte zwischen ES, ÜBER-ICH und der Umwelt zu regulieren versucht; so kontrolliert es die Triebbedürfnisse des ES (Realitätsprinzip = **Sekundärprozeß**); das ICH ist teilweise **bewußt**, teilweise **vorbewußt**
- **ÜBER-ICH:** bildet sich im Zuge der Sozialisation aus dem ICH (ca. 3. Lebensjahr); es entspricht weitgehend dem Gewissen (Schuld- und Schamgefühle); enthält gesellschaftliche Gebote und Verbote; Konflikte zwischen ES und ÜBER-ICH sind unausweichlich; das ÜBER-ICH enthält internalisierte Vorbilder; Anteile des ÜBER-ICH sind teilweise **bewußt**, teilweise **vorbewußt**

Topographisches Modell

es gibt drei psychische Qualitäten:

- **bewußt:** wird subjektiv klar erlebt
- **vorbewußt:** ICH und ÜBER-ICH (kann durch Nachdenken und Erinnern ins Bewußte gehoben werden)
- **unbewußt:** das gesamte ES; nur indirekt, z.B. über Träume, Symptome, Versprecher, zugänglich

Charakterologie: übermäßige oder nicht ausreichende Befriedigung in einer psychosexuellen Entwicklungsphase führt zur Fixierung auf diese Phase (siehe 6.1)

- **orale Phase** => Mensch der ständig viel von anderen fordert leicht aufgibt und enttäuscht ist
- **anale Phase** => Ordnungsliebe, Pedanterie, Sparsamkeit, Geiz, Eigensinn, Trotz
- **phallische Phase** => Selbstbewußtsein, impulsives, energisches Auftreten
-

6. Entwicklung

6.1 Entwicklungspsychologische Methoden und Modelle

Die Entwicklungspsychologie befaßt sich mit Veränderungen des Verhaltens und Erlebens unter besonderer Berücksichtigung des Lebensalters.

Die traditionellen Methoden der Entwicklungspsychologie sind die Querschnitt- und die Längsschnittuntersuchung (siehe 1.5.2).

- Reifung: ein Entwicklungsprozeß wird überwiegend durch Erbanlagen determiniert
- Lernen: hierbei spielen Umweltfaktoren eine entscheidende Rolle; der Begriff faßt Erfahrung, Beobachtung und Übung zusammen

Die Abgrenzung des Einflusses von Erbanlagen und Umwelt wird v.a. durch Verwandtschaftsuntersuchungen untersucht, sie kann auch durch interkulturelle Vergleiche erforscht werden.

Entwicklungstheorien lassen sich nach zwei Hauptkriterien klassifizieren:

- angenommene Bedingungen von Entwicklungsprozessen: Entwicklung ist ein Ergebnis der Interaktion von Reifungs- und Lernprozessen
- erfaßte Entwicklungsdimension

Kognitive Theorie nach Piaget:

Die kognitive Entwicklung vollzieht sich in mehreren Phasen:

- Sensomotorisches Stadium (1.+2. Lebensjahr): das Kind erkennt den Zusammenhang zwischen Sensorik und Motorik
- Voroperationales Stadium (2.-7. Lebensjahr): das Kind begreift, daß die Existenz von Gegenständen unabhängig von seiner Aufmerksamkeit sind (Objektpermanenz). Diese kognitive Leistung beinhaltet die Fähigkeit zur symbolischen Repräsentation. Das Denken kann noch nicht mehrere Aspekte gleichzeitig erfassen
- Konkret-operationales Stadium (7.-11. Lebensjahr): Fähigkeit, logische Operationen durchführen zu können; Erkennen von Einzelgegenständen als Teil einer Gesamtmenge
- Formal-operationales Stadium (ab 12 Jahre): Fähigkeit, in abstrakten Begriffen zu denken und systematisch Kategorien zu bilden

Psychoanalytische Theorie nach Freud:

In der Theorie Freuds steht die Entwicklung des Sexualtriebs im Mittelpunkt. Im Rahmen seiner psychosexuellen Entwicklung durchläuft der Mensch drei Phasen:

- orale Phase: Kontakt zur Umwelt überwiegend durch Lippen- und Mundregion (=> später übermäßiger Alkoholgenuß)
- anale Phase: Kind gewinnt Kontrolle über seine Darmschließmuskeln (=> bei strenger Sauberkeitsentwicklung kommt es zur Ausbildung eines zwanghaften Verhaltens)
- phallische (ödipale) Phase: die Bedeutung der Genitalien gelangt in den Vordergrund; Ödipuskomplex: unbewußte sexuelle Wünsche in bezug auf gegengeschlechtlichen Elternteil und Rivalität bis Todeswünsche gegenüber gleichgeschlechtlichem Elternteil und Angst vor diesem

(Kastrationsangst); Ausweg: Identifikation mit dem Rivalen; dieser Vorgang ist essentiell für die Übernahme der Geschlechtsrolle und die Ausbildung des ÜBER-ICH.

Werden phasenspezifische Bedürfnisse nicht ausreichend oder übermäßig befriedigt, kann es in späteren Lebensabschnitten zu psychischen Konflikten und Störungen kommen (Fixierung).

Ethologische Theorie nach Bowlby:

Bowlby untersuchte die Entwicklung sozialer Beziehungen. Die körperliche und geistige Entwicklung hängt demnach entscheidend von der Bindung an die Eltern, insbesondere die Mutter, ab.

6.2 Lebensabschnitte

Der menschliche Lebenslauf wird in bestimmte Entwicklungsabschnitte gegliedert. Bestimmte Lebensabschnitte werden als kritisch betrachtet. Zu bestimmten (Alters-) Zeitpunkten hat der Mensch verschiedene Entwicklungsaufgaben. Neben dem Alter spielen bei der Einteilung sog.

Markierereignisse eine Rolle.

An bedeutsamen Ereignissen läßt sich ein Wechsel in der Lebenslage festmachen, zumindest im Bewußtsein des Betroffenen. Lebensereignisse werden zu erinnerungswerten Ereignissen, weil sie der Person eine Veränderung ihres Verhaltens und eine Neuanpassung abverlangen. Um zu beurteilen, ob ein Lebensereignis kritisch ist, muß man folgende Kriterien beachten:

- Person: wichtig sind die Bewältigungsstrategien, die einer Person zur Verfügung stehen (Selbstvertrauen, schwierige Situation als Herausforderung)
- Ereignis: besonders kritische Ereignisse sind jene, die eine hohe negative Valenz, eine geringe Kontrollierbarkeit und eine geringe Vorhersagbarkeit besitzen; auch der Zeitpunkt ist ein wichtiges Merkmal (zu früh – zu spät)
- Umweltkontext: funktionierendes soziales Stützsystem - Isolation

6.2.1 Altern

Ob die Ausgliederung aus dem Berufsleben gut bewältigt wird, hängt u.a. davon ab, ob es sich um die altersgemäße Versetzung in den Ruhestand handelt, oder eine vorzeitige (unerwünschte) Versetzung in den Status des Arbeitslosen oder Frührentners. Längerfristige Anpassungsprobleme resultieren aus der Bedeutung, die die betroffene Tätigkeit für die Person hatte (Selbstachtung, soziale Kontakte). Die Art des Berufs ist jedoch von geringer Bedeutung.

Anpassungsprobleme sind um so geringer,

- je realistischer die Lebensveränderung eingeschätzt wird
- je besser Aktivitäten vorausgeplant sind
- je aktiver man ist
- je besser die soziale Einbindung ist

Schwerwiegende Folgen von physiologischen Leistungsveränderungen sind soziale Isolation und Abhängigkeit von anderen Menschen.

Das hohe Erwachsenenalter ist von Verlustereignissen gekennzeichnet, die das Gefühl vermitteln, daß man das eigene Leben nicht mehr kontrollieren kann. Dies hat Rückwirkungen auf den Gesundheitszustand.

Die Zufriedenheit ist abhängig von der **Verantwortlichkeit**, die den Alten für ihr eigenes Leben zugestanden wird.

7. Soziales Verhalten

7.1 Einstellungen

Einstellungen sind die positiven und negativen Bewertungen eines Objektes durch eine Person, die die Bereitschaft zu einem bestimmten Verhalten gegenüber diesem Objekt beeinflussen. Sie werden als die eigentlichen Verhaltensdeterminanten aufgefaßt, die durch andere Faktoren (intervenierende Variablen) gestört werden.

Einstellungen bestehen aus drei Komponenten:

- **kognitive Komponente:** Wissens-, Glaubens-, und Überzeugungssystem einer Person gegenüber dem Einstellungsgegenstand
- **affektive Komponente:** Gefühle gegenüber dem Einstellungsgegenstand
- **verhaltensmäßige Komponente:** Tendenz für eine Reaktion in spezifischer Weise

7.1.1 Einstellungsänderung

Einstellungsänderungen bedeuten eine Umstrukturierung zumindest einer der drei Komponenten (s.o.).

Einstellungsänderung am Beispiel Rauchen:

Einstellungskomponente	Änderungsbedingung
kognitive K.: Raucher sind stark und unabhängig	Informationen über die Gefahr des Rauchens
affektive K.: Rauchen schafft Entspannung und ein Zugehörigkeitsgefühl	Sublimierung der positiven Erfahrungen durch „gesunde“ Alternativen
Verhaltensk.: das Rauchen selbst	Nichtraucherzonen, Belohnung bei Verzicht

Eine Einstellungsänderung wird häufig als das Ergebnis eines Kommunikations- und Beeinflussungsprozesses, bei dem v.a. drei Merkmale eine Rolle spielen:

- **Kommunikator:** Glaubwürdigkeit des Senders
- **Mitteilung:**
 - zweiseitige Kommunikation (also auch Gegenargumente) i.d.R. effektiver; dies wird durch die **Dissonanztheorie** begründet: eine große Dissonanz der Einstellungen kann bewirken, daß eine Änderung als zu aufwendig und unrealistisch beurteilt wird; bei mittlerer Dissonanz dagegen kann eine schrittweise Änderung erfolgen;
 - zu starke Beeinflussung kann zu **Reaktanz** beim Empfänger führen („jetzt erst recht!“)
- **Empfänger:** zwischen Persönlichkeitsmerkmalen und Beeinflußbarkeit gibt es keinen eindeutigen Zusammenhang; einen Einfluß dagegen haben **Prozeßvariablen** wie Selbstverpflichtung und Aufwendungen, die ein Individuum mit einstellungsdiskrepanten Elementen bringen muß.

Einstellungsänderung von Medizinstudenten:

- Zunahme des Zynismus
- Zunahme des Konservatismus
- Abnahme des Humanitarismus
- Wirkung von Pharmaka wird positiver eingeschätzt

7.1.2 Stereotype

Einstellungen gegenüber sozialen Objekten gehen oft einher mit der Tendenz, **Kategorien** zu bilden und Personen, Gruppen oder Objekte danach zu klassifizieren. Diese Kategorisierungen erleichtern eine erste Orientierung gegenüber sozialen Objekten, über die nur begrenzt Informationen zur Verfügung stehen (**Ökonomisierungsprinzip**). Unterschiede zwischen Objekten verschiedener Klassen werden verstärkt, Objekte innerhalb einer Klasse homogenisiert.

Stereotype lassen sich definieren als vorgefaßte Meinungen über die Persönlichkeit von Mitgliedern einer Gruppe (eigene Gruppe: **Autostereotyp**; fremde Gruppe: **Heterostereotyp**). Kommen wertende, emotionale Elemente hinzu, handelt es sich um **Vorurteile**.

Funktionen von Stereotypen:

- Stereotype helfen, die Komplexität der Welt zu reduzieren.
- Identifikation: Einordnung in eine positiv bewertete Gruppe; Zusammengehörigkeitsgefühl
- Projektion: Schlechter bewertete Eigenschaften werden auf andere Gruppen übertragen; erhöht das Selbstwertgefühl
- Generalisierung: Ausbreitung von Pauschalurteilen und Kategorisierung

Zu den stärksten Einflußfaktoren, die Stereotypisierung begünstigen, gehört der Wettbewerb mit einer Gruppe.

Stereotype sind unter Einbeziehung der drei Einstellungskomponenten nur schwer zu ändern.

Stereotypisierungen können durch Kontakte gemindert werden, wenn:

- der Kontakt zwischen statusgleichen Mitgliedern stattfindet
- ein bestimmtes soziales Klima herrscht, das Kontakte begünstigt
- der Kontakt eng und nicht nur zufällig ist
- der Kontakt angenehm oder belohnend ist
- eine Kooperation in wichtigen Aktivitäten stattfindet
- gemeinsame Ziele entwickelt werden

8. Gesundheits- und Krankheitsverhalten

8.1 Krankheitsmodelle

	<i>Biomedizinisches KM</i>	<i>Biopsychosoziales KM</i>
<u>Krankheit</u>		
Stichworte	Krankheit	Kranksein
Beschreibungen	Krankheit ist eine Abweichung von somatischen Normen mit bestimmten Symptomen	Bei jeder Krankheit wirken somatische, psychische und soziale Faktoren zusammen
Ätiologie/Verlauf	vornehmlich Betrachtung somatischer Ursachen, häufig monokausal	Prinzip der multifaktoriellen Genese: auch soziale und psychische Einflüsse
Diagnostik	somatische Daten	somatische, psychische und soziale Daten
Behandlung	somatisch (medikamentös)	ganzheitliche Behandlung des Menschen
<u>Ärztliches Handeln</u>		
Arztrolle	Halbgott in weiß	Helfender Partner
Gesprächsstil	direktiv, arztzentriert; bei Visite Reden über den Patienten	nondirektiv, patientenzentriert; bei Visite Reden mit dem Patienten
Verantwortung	liegt beim Arzt; Patient in passiver Rolle	liegt mit beim Patienten; Patient in aktiver Rolle

8.2 Krankheitsverarbeitung

8.2.1 Sterben und Tod

Thanatologie: Wissenschaft vom Sterben

Sterbende durchlaufen nach **Kübler-Ross** häufig fünf Phasen, beginnend mit der Mitteilung der Diagnose einer zum Tode führenden Erkrankung:

1. Nicht-Wahrhabenwollen und Isolierung

Zunächst leugnen viele Patienten die Tatsachen. Wenn diese Verleugnung nicht mehr aufrechtzuerhalten ist, kommt es zu einer Isolierung, d.h. zu einer gefühlsmäßigen Trennung von Kenntnis der Diagnose und begleitendem Affekt. Die Patienten wirken sachlich und nicht deprimiert.

2. Zorn

Der Patient ist empört, daß gerade er betroffen ist und empfindet dies als ungerecht. Der Zorn richtet sich gegen Personen in der Umgebung, wie Ärzte, Schwestern, Angehörige...

3. Verhandeln

Es folgt eine Phase des Verhandeln um Aufschub mit Ärzten oder Gott oder dem Schicksal. Der Patient bietet eine Gegenleistung wie Organspende oder Wohlverhalten.

4. Depression

Erst wenn die Erkenntnis der Situation unabweisbar ist, fällt der Patient in eine tiefe Depression.

5. Zustimmung

Am Ende erreicht der Patient eine Phase des Akzeptierens, der Zustimmung.

Kritik an den Beobachtungen von Kübler-Ross:

- die Erkenntnisse beziehen sich v.a. auf Patienten aus einem mittleren bzw. gehobenen sozialen Milieu
- Persönlichkeit und Biographie der einzelnen Patienten werden unzureichend berücksichtigt
- der Einfluß von Erkrankungsverlauf und Art der Behandlung wird nicht berücksichtigt
- die Beobachtungen gelten v.a. Patienten mit einem bestimmten Krankheitsverlauf wie bei Krebskrankheiten

Außerdem muß beachtet werden, daß

- die einzelnen Phasen nicht in einer strengen zeitlichen Reihenfolge verlaufen
- verschiedene Phasen gleichzeitig erlebt werden können
- frühere Phasen jederzeit wiederkehren können

Praktischer Nutzen der Phasenbeschreibungen von Kübler-Ross:

- der Zorn eines Patienten kann verstanden werden
- Depressionen lassen sich eher akzeptieren

Gestaltung des Aufklärungsgesprächs nach Senn:

- Vertrauensverhältnis schaffen
- Abholen, Erfassen des Kenntnisstandes
- Gespräche anbieten
- Taktvoll informieren
- Vergleiche zu anderen Erkrankungen
- Hoffnung offenlassen, ohne Illusionen zu schüren (Ängste lindern, Sozialkontakte aufrechterhalten)
- Angehörige informieren, einbeziehen
- Pflegekräfte gleichsinnig informieren
- Akzeptieren von Verleugnung und Aggression
- Schutz vor übereilten paramedizinischen Maßnahmen (Wundermittel)

Verzögerungsverhalten: Personen, die (krebsverdächtige) Symptome an sich feststellen, unterlassen es oft längere Zeit, einen Arzt aufzusuchen (v.a. bei Rektumkarzinomen).

Dieses Verhalten wird begünstigt durch

- niedrigen sozialen Status
- geringer Bildungsstand
- schlechte Beziehung zum Arzt

Emotionale Reaktion auf die Diagnose Krebs:

- Angst
- Verleugnung
- Depression (einschl. Schuldgefühle, Suizidalität)
- Ärger

Ärztliche und pflegerische Abwehrreaktionen: Abwehrleistung des ICH

- Vermeidungsverhalten

- Verleugnung
- Überaktivität
- Überidentifikation
- Verkindlichung oder Objektivierung

Burn-out-Syndrom

- Emotionale Erschöpfung
- Depersonalisierung (Gleichgültigkeit)
- Abnahme persönlicher Leistungsfähigkeit

Das Hospiz soll für ein menschenwürdiges Sterben sorgen. Für die hier tätigen Personen bedeutet das:

- Zeit und Bereitschaft zu Gesprächen mit Patient und nahestehenden Personen
- Bezugspersonen in Betreuung miteinbeziehen
- Hinterbliebene weiterhin betreuen
- für eine adäquate Schmerzbehandlung sorgen
- auf unnötige Diagnostik und/oder Therapie verzichten
- den Sterbenden bei der Regelung unerledigter Aufgaben behilflich zu sein
- darauf zu achten, daß immer eine Ansprechperson verfügbar ist
- das Sterben zu Hause ermöglichen
- Betreuung bis zum Tod
- Vertreter unterschiedlicher Disziplinen arbeiten gleichberechtigt zusammen
- meist regelmäßige Supervision

Gründe für die Aufklärung lebensbedrohlich Erkrankter:

- Aufklärungspflicht
- unbewußte Ahnung der Patienten
- Planung der Patienten

8.2.2 Unterstützungssysteme

Selbsthilfegruppen wollen professionelle Hilfen ergänzen und unterstützen. Die entscheidenden Merkmale aller Selbsthilfegruppen sind Selbstbetroffenheit und Handeln in eigener Sache. Ein Risiko dabei ist es, daß die Grenzen der Selbsthilfegruppen nicht akzeptiert werden.

Selbsthilfeorganisationen: bürokratisch organisiert; verfolgen äußere Selbsthilfeziele (Informationsvermittlung, Forschungsförderung, Öffentlichkeitsarbeit, Gesetzesveränderungen); Bsp.: Rheuma-Liga, MS-Gesellschaft

Selbsthilfegruppen: wenig bürokratisiert, arbeiten i.d.R. lokal; Bsp.: Frauenselbsthilfe nach Krebs

Eine besondere Form der Selbsthilfegruppen sind die Gesprächsgemeinschaften aus 6-12 Personen. Diese haben ein klar festgelegtes Setting:

- alle Gruppenmitglieder sind gleichberechtigt
- jeder bestimmt über sich selbst
- jede Gruppe entscheidet selbstverantwortlich
- jeder geht in die Gruppe wegen eigenen Schwierigkeiten

- Gruppenschweigepflicht
- kostenlose Teilnahme

Im Vordergrund stehen dabei das [Kleingruppenprinzip](#), das [Kontinuitätsprinzip](#) und das [Gruppenselbsthilfeprinzip](#) (jeder hilft sich selbst und wird dadurch zu einem Vorbild für die anderen).

9. Arzt-Patient-Beziehung

9.1 Interaktion zwischen Arzt und Patient

9.1.1 Einfluß institutioneller Rahmenbedingungen (ambulant)

Der Erfolg eines Arztbesuches ist vereinfacht abhängig von

- [zeitüberdauernden Personenvariablen](#) von Arzt und Patient:
 - soziodemographische Variablen wie Alter, Bildungsstand, soziale Schicht, soziale Integration
 - Angst
 - allgemeiner Kenntnisstand des Patienten
 - Erwartungshaltungen
 - Einstellung des Arztes zu psychosozialen Problemen
 - Verhaltensstil: arztzentriert-patientenzentriert
 - einführendes Verhalten des Arztes
- [Prozeßvariablen](#)
 - Verbalverhalten: förderlich für die Zufriedenheit des Patienten sind ruhiges Zuhören, offene Fragen sowie ein einführendes Verstehen von seiten des Arztes; der Arzt sollte von sich aus Informationen vermitteln
 - Non-verbales (Mimik, Gestik....) und paraverbales (Lautstärke, Betonung) Verhalten
 - Räumlich-zeitliche Merkmale: müheloser Zugang zur Praxis, beruhigende Atmosphäre, geringe Wartezeiten...

Der Erfolg selbst wird über [Erfolgsvariablen](#) beurteilt:

- Besserung im Gesundheitszustand
- Zufriedenheit
- Verstehen und Behalten der Informationen

Methoden zur Erfassung der verstandenen Informationen:

- Befragung von Patienten
- Direkte Verständnistests
- Allgemeine Kenntnistests
- Verstehen schriftlicher Informationen

Das [Health-Belief-Modell](#) dient der Erklärung und Vorhersage individuellen Gesundheitsverhaltens. In ihm werden Aspekte zusammengefaßt, von denen die Bereitschaft zur Durchführung präventiver Maßnahmen abhängt:

- die Krankheit muß als bedrohlich wahrgenommen werden

- Vorbeugemaßnahmen müssen als wirksam erkannt werden und leicht zu erfüllen sein (Barrieren: Kosten, Zeit...)
- der objektive Schweregrad der Krankheit hat den geringsten Einfluß auf die Inanspruchnahme medizinischer Vorsorgeeinrichtungen

Ein entsprechendes Verhalten wird durch Stimuli externer Art (Zeitschriften, Angehörige...) oder interner Art (Wahrnehmung von Symptomen). Das Verhalten kann gehemmt werden durch ein zu starkes Ausmaß an Angst und Besorgnis.

Das Konzept des „Health Locus of Control“ besagt, daß Personen unterschiedliche Vorstellungen darüber haben, wer oder was Einfluß auf die Gesundheit hat:

- intern: Einflußmöglichkeiten der eigenen Person
- extern-powerful others: Einfluß wichtiger anderer Personen
- extern-fatalism: Einfluß von Schicksal oder Zufall

9.1.2 Einfluß institutioneller Rahmenbedingungen (stationär)

Institutionelle Vereinnahmungen des Patienten:

- psychosoziale Entwurzelung
- Relative Entpersönlichung
- Relative Infantilisierung

Der Patient kommt in einen Routinebetrieb, der ihm hohe Anpassungsleistungen abverlangt:

- abrupter Rollenwechsel
- Unterordnung unter einen kollektiven Tagesablauf
- ständige Präsenz (Untersuchungen)
- Kontaktbegrenzung (zu Freunden, Verwandten)
- Informationsbegrenzung (kurze Visiten)
- Unpersönlichkeit
- hohes Sanktionspotential (Bitten, Beschwerden an Pflegepersonal)

Problem Aufklärungsgespräch:

- die Informationsbedürfnisse der Patienten sind sehr hoch
- das tatsächliche Wissen der Patienten über sie betreffende medizinische Belange ist allgemein unzureichend
- Erinnerungs- und Verständnisschwierigkeiten der Patienten
- bei der Informationsaufnahme spielt auch der emotionale Zustand des Patienten eine Rolle

Problem „Entpersonifizierung“: „Triade struktureller Inhumanität“

- differentialdiagnostische Überlegungen sind stets mit einem gewissen Grad an Distanzierung vom „Objekt“ der Erkenntnis verbunden; Patienten und ihre Symptome werden typisiert und objektiviert
 - auch das therapeutische Handeln läuft routinisiert ab
 - Ärzte und Pflegepersonal treten als zu Positionen typisierte Akteure auf
- Dadurch kommt es zur Vernachlässigung psychosozialer Diagnostik.

Traditionelle Visite vs. patientenorientierte Visite (Ulmer Modell)

Das sog. Ulmer Modell bezieht sich auf eine internistisch-psychosomatische Station der Universität Ulm. Somatische und psychosoziale Gesichtspunkte sollen hier gleichermaßen berücksichtigt werden.

Auswirkungen

	<i>traditionell</i>	<i>Ulmer Modell</i>
Dauer der Visite	3-4 min.	6-7 min. + 3 min. Vorbesprechung
Verteilung der Redeaktivität	Patienten 30 %	Patienten 45 %
Information	implizite Information (der Patient ist gezwungen, Informationen heraushören zu müssen)	mehr reaktive (vom Patienten geleitet) und initiative (vom Arzt ausgehend) Informationen
Gesprächsrichtung	Arzt redet viel zu anderen Teilnehmern der Visite	Arzt redet vorwiegend mit Patient
Initiativen der Patienten	1 Frage pro Visite	3 Fragen pro Visite
Asymmetrische und symmetrische Verbalhandlungen	asymmetrisch	symmetrisch (Antwort den Fragen angemessen)
Informieren der Patienten unabhängig vom Krankheitszustand	bei ungünstiger Prognose noch häufiger asymmetrisch	bei ungünstiger Prognose gleich häufig symmetrisch

Belastungsfaktoren von Patienten auf Intensivstation

- Kommunikationsfehler seitens der Betreuenden
 - Verstärkung der Anonymität des Patienten
 - Kommunikation über statt mit dem Patienten
 - Verunsicherung durch Fachsprache
 - Angstauslösende Äußerungen
- Abwehrmechanismen von Ärzten und Pflegepersonal
 - Zuwendung zu den Apparaten, nicht zum Patienten
 - distanzierter Umgangston
 - Hyperaktivität
- Fehlen von Bezugspersonen
- Fehlende Orientierungshilfen
- Fehlender Tag-Nacht-Rhythmus
- Sensorische Monotonie
- Sensorische Überstimulierung
- Chronischer Schlafentzug
- Lärm- und Lichtbelästigung

Verbesserungsmöglichkeiten:

- Patienten mit Namen ansprechen, eigenen Namen nennen
- Orientierungshilfen bieten über Ort, Zeit, Team
- Behandlung erklären
- Mit dem Patienten reden, nicht über ihn; einfache, verständliche Sprache
- Hoffnung geben; Selbstwertgefühl stützen

9.1.3 Asymmetrie und soziale Distanz

Soziale Distanz zwischen Arzt und Patient:

- Kompetenzgefälle
- Abhängigkeitsgefälle
- Entscheidungsmacht des Arztes (Krankschreibung, Überweisung in stationäre Einrichtung)
- Soziokulturelle Unterschiede der Herkunft und des Lebensstils (betrifft v.a. verbale Kommunikation)

Asymmetrische Verbalhandlungen sind Gesprächsinitiativen, die vom Thema oder von der Person ablenken, das Thema transformieren oder die Antwort in typischer Weise in der Schwebe halten. Die vier am häufigsten gefundenen Typen asymmetrischer Verbalhandlungen sind

- das Nicht-Beachten
- der Adressaten- oder Themenwechsel
- der Beziehungskommentar (der Arzt wandelt eine Frage des Patienten inhaltlich durch seine Antwort um)
- die Mitteilung funktioneller Unsicherheit

9.1.4 Beziehungsdiagnostik und Therapieeffekte

Interaktion: gegenseitige Beeinflussung von Individuen innerhalb von und zwischen Gruppen und die dadurch entstehenden Änderungen des Verhaltens oder der Einstellungen, Meinungen etc.

Problempatient: der Arzt wird an die Grenzen seiner fachlichen Kompetenz geführt:

- schwierige Diagnosefindung in rein organmedizinischem Sinne
- Vermutung einer psychosozialen Ätiologie
- schwierige Beziehung zum Patienten (z.B. Nervensäge)

Double-Bind:

- der schwächere abhängige Partner
- ist inkongruenten paradoxen Mitteilungen ausgesetzt (der Problempatient wird vom Arzt behandelt obwohl dieser ihn gar nicht behandeln will)
- er ist auf die Beziehung angewiesen, kann sie nicht verlassen (infantile Abhängigkeit)

Übertragung: ein Vorgang, bei dem ein Mensch Gefühle, Phantasien, Wünsche, Einstellungen und Reaktionsmuster, die aus seinen früheren Interaktionserfahrungen mit einer bestimmten Bezugsperson stammen, auf eine andere Bezugsperson bezogen wiederholt.

Man kann unterscheiden zwischen positiver Übertragung (freundliche Gefühle), negativer Übertragung (Enttäuschung, Haß) und ambivalenter Übertragung (positive und negative Gefühle stehen gleichzeitig nebeneinander).

Gegenübertragung: zwei Varianten spielen hierbei eine Rolle:

- spezifische Reaktion des Analytikers (Arzt) auf das Übertragungsangebot des Patienten
- Vorgang von seiten des Analytikers, der der Übertragungsreaktion des Patienten in umgekehrter Richtung analog ist.

Placeboeffekt: neben der pharmakochemischen Wirksubstanz hat jedes Medikament noch eine weitere Wirkung, die als Placeboeffekt bezeichnet wird

Die Überprüfung des Placeboeffektes wird üblicher Weise im Doppelblindversuch durchgeführt. Die Placebowirkung geht im wesentlichen auf Erwartungen zurück.

Begünstigt wird der Placeboeffekt durch:

- Art der Erkrankung: v.a. bei der Schmerzbehandlung
- Persönlichkeit des Arztes
- Persönlichkeit des Patienten: v.a. bei ängstlichen und extrovertierten Menschen
- Situative Merkmale: v.a. bei bedrohlichen, belastenden Situationen
- Darreichungsform: v.a. Spritzen, große Tabletten

Iatrogene Fixierung: viele Patienten stehen in der Gefahr, daß sie Symptome besonders beachten, denen der Arzt in auffälliger Weise Aufmerksamkeit geschenkt hat. Der Patient klammert sich noch an Beschwerden und Befunde, selbst wenn diese negativ bestätigt wurden. Daher halten viele Patienten an einer reinen Somatogenese fest, auch wenn ihre Beschwerden überwiegend seelischer Natur sind.

Psychoanalytisches Erstinterview: die Gesprächsgestaltung des Erstinterviews wird weitgehend dem Patienten übergeben. Die Informationen, die der Interviewer dabei erhält, lassen sich klassifizieren in objektive Informationen (Alter, Beruf...), subjektive Informationen (Bewertungen...) und szenische Informationen (spontan sich entwickelnde Beziehungskonstellationen).

Die Balintgruppe hat das Ziel, die Übertragungs-Gegenübertragungsdynamik oder besondere Beziehungsstörungen innerhalb der Arzt-Patient-Beziehung besser zu verstehen.

Kommunikationsmodell von Schulz von Thun: Die 4 Seiten einer Botschaft

- Sachinhalt
- Appell („Was soll ich seiner Meinung nach tun, denken, fühlen?“)
- Beziehung („Wie redet er mit mir, wen glaubt er vor sich zu haben?“)
- Selbstoffenbarung („Was ist das für einer?“)

9.2 Ärztliches Gespräch

9.2.1 Funktionen des ärztlichen Gesprächs

Das ärztliche Gespräch dient der Informationserhebung und der Informationsvermittlung. Durch die Errichtung eines Arbeitsbündnisses wird die Notwendigkeit gemeinsamer Bemühungen zum Ausdruck gebracht. Wird im ärztlichen Gespräch zudem ein Vertrauensverhältnis (aktives Zuhören: Empathie, einführendes Verstehen) geschaffen, ist der Patient eher gewillt, auch persönliche und intime Informationen preiszugeben. Einen großen Anteil hat die Aufklärung, Beratung und Therapieplanung im ärztlichen Gespräch.

Informationserhebung:

- zunächst offene Fragen: „Was führt sie zu mir?“
- dann eingrenzende Fragen: „Wo ist der Schmerz am stärksten?“
 - Alternativfragen: „Ist der Schmerz auf diese Stelle begrenzt oder strahlt er aus?“
 - Katalogfragen: „Wie ist der Schmerz: plötzlich einschließend, gleichmäßig, klopfend?“

- auf keinen Fall Suggestivfragen: „Sie nehmen doch sicher die Tabletten ?“

Informationsvermittlung:

- der Patient muß aufnahmefähig sein
- die Mitteilung muß verständlich sein:
 - gedankliche Klarheit und Übersichtlichkeit
 - einfache Sprache (Vermeidung des Aufbaus von Sprachbarrieren)
 - Anschaulichkeit

Paraverbale und nonverbale Aspekte der Arzt-Patient-Interaktion sind von großem Gewicht:

- Tonfall und zeitliche Abstimmung des Sprechens (Dauer und Häufigkeit von Äußerungen, Pausen...)
- Blickkontakt, Mimik, Gestik
- Körperkontakt bei der körperlichen Untersuchung

Indikation einer Sozialanamnese:

- unklare Befunde
- therapieresistente Symptome
- chronische Verläufe
- Umwelt- und Verhaltenskrankheiten
- Psychosomatische Krankheiten
- psychosoziale Probleme

9.2.2 Dimensionen der Gesprächsführung

Dimensionen fassen einzelne Merkmale zu beschreibender Sachverhalte zu Gruppen von zusammengehörenden, einander ähnlichen Merkmalen zusammen. Dimensionen sind **uni- oder bipolar**.

1. Dimension: Direktivität

Bei der Dimension handelt es sich um eine bipolare Dimension mit den Polen arztzentriert (direktiv) – patientenzentriert (non-direktiv).

direktiv: geschlossene Fragen, Arzt bestimmt Gesprächsthemen, Patient wird unterbrochen, faktenorientiertes Befragen, Diagnose wird nicht erläutert

non-direktiv: offene Fragen, Patient wird zu eigener Darstellung ermutigt, er wird nicht unterbrochen
Ein patientenorientiertes Vorgehen fördert die **Zufriedenheit** und damit die **Compliance** des Patienten.

2. Dimension: Positive Wertschätzung

Dem Patienten als Person soll ein wertschätzende, emotionale Anteilnahme und Zuwendung entgegengebracht werden. Dies erleichtert die Bildung eines **Vertrauensverhältnisses**. Die emotionale Zuwendung läßt sich vor allem aus **nonverbalen** Verhaltensweisen erschließen.

3. Dimension: Selbstkongruenz

Positive Wertschätzung und innere Anteilnahme sollten nicht vorgespielt werden, sie sollten mit der Haltung des Arztes übereinstimmen (-> paradoxe Kommunikation, Kap. 9.2.4).

4. Dimension: Empathie

Empathisch zu sein bedeutet, die Gedanken, Gefühle, Sorgen und Wünsche des anderen möglichst vollständig und zutreffend aufzunehmen und zu verstehen, und dieses Verstehen dem anderen gegenüber auch so zu zeigen, daß dieser es wahrnehmen kann.

Dies fördert die Selbstexploration des Patienten, d.h. er erzählt freier und offener.

5. Dimension: Informationsvermittlung

Zu Informationsvermittlung siehe 9.3.1. Wichtig ist, daß der Arzt die Informationen von sich aus gibt. Dabei ist zu beachten, daß der Patient nicht mit Informationen konfrontiert wird, die er zur Zeit noch nicht verarbeiten kann oder will.

Verbales Konditionieren: Jeder Arzt beeinflusst, ob er will oder nicht, durch seine Art der Gesprächsführung des Gesprächsverhalten des Patienten.

Gute Fragen

- müssen unmißverständlich formuliert sein
- fördern die Bereitschaft des Patienten zu antworten
- erbringen neue Informationen
- sind dem zu erfragenden Sachverhalt angemessen

Regeln der verständlichen Informationsvermittlung:

- Einfachheit
- Gliederung und Ordnung
- Kürze und Prägnanz
- Anregende Zusätze (Beispiele, Modelle)

Gesprächsförderer:

- Ermuntern (verbal oder nonverbal)
- Offenes Nachfragen (Aufmerksamkeit zeigen)
- Wiederholen (signalisieren, daß man zuhört)
- Umschreiben (sinngemäße Wiedergabe)
- Zusammenfassen
- Emotionale Inhalte ansprechen

Gesprächsstörer: Patient fühlt sich nicht verstanden bzw. nicht ernstgenommen => vorzeitiges Ende des Gesprächs

- Bagatellisieren
- Diagnostizieren/Interpretieren (kein vorschnelles „Abstempeln“)
- keine vorschnellen Ratschläge anbieten

Aktives Zuhören:

- Gesprächsbereitschaft zeigen
- Aufmerksamkeit und Anteilnahme signalisieren
- Zusammenfassen
- Gefühlslage rückmelden
- Antworten kurz, lebendig, nicht wertend

Umgang mit dem Thema Nebenwirkungen

- von sich aus Nebenwirkungen ansprechen
- Patienten anregen, die Packungsbeilage zu lesen und diese ggf. erläutern
- dem Patienten vermitteln, er könne sich bei Nebenwirkungen an den Arzt wenden
- dem Patienten versichern, er bekäme ein Alternativpräparat verordnet, wenn Nebenwirkungen auftreten

9.3 Compliance

Compliance kann definiert werden als das Verhältnis eines Istwertes (tatsächliche Therapiedurchführung) zu einem Sollwert (Therapiestandard).

Man unterscheidet drei Arten von Non-Compliance:

- **Intelligente Non-Compliance:** die Therapie wird nicht ausgeführt weil der Patient sie nicht verträgt, weil sie nicht hilft oder sie ihm unverständlich ist
- **Adaptive Non-Compliance:** die Lebensqualität ohne Therapie erscheint höher als mit
- **Beanspruchungs-Non-Compliance:** der Patient ist nicht fähig, die Therapiemaßnahmen durchzuführen

Methoden zur Messung der Compliance:

- direkte Verfahren:
 - Laboruntersuchung von Blutproben u. ä.
 - Beobachtungsmethoden
- indirekte Verfahren:
 - Tablettenzählen
 - Behandlungserfolg prüfen
 - Arzteinschätzung
 - Patientenauskunft (geringste Objektivität)

Ursachen und Determinanten der Non-Compliance:

- **Patientenmerkmale:** einen Einfluß auf die Compliance haben v.a. die Familienverhältnisse des Patienten; ein eindeutiger Zusammenhang zwischen soziodemographischen Merkmalen oder der Intelligenz mit der Compliance ist nicht festzustellen; die Informiertheit des Patienten ist jedoch in vielen Fällen eine notwendige Voraussetzung; die subjektive Einschätzung des Patienten über die Therapieeffizienz kann einen Einfluß auf die Compliance haben, muß aber nicht (Health Belief Model)
- **Krankheitsmerkmale:** es läßt sich kein eindeutiger Zusammenhang stellen zwischen Diagnose und Compliance; eine Häufung von Symptomen kann zu einer Abnahme, eine deutliche Leistungseinschränkung zu einer Zunahme der Compliance führen
- **Behandlungsmerkmale:** die Art der ärztlichen Verordnung steht in Zusammenhang mit der Compliance: je größer die vom Patienten erwartete Verhaltensänderung, desto geringer ist die Wahrscheinlichkeit von compliantem Verhalten; ebenso ist die Befolgungswahrscheinlichkeit um so geringer, je mehr Verhaltenseinsätze des Patienten erforderlich sind; auch lange Behandlungsdauer und lange Wartezeiten haben einen schlechten Einfluß auf die Compliance
- **Merkmale der Interaktion zwischen Arzt und Patient:** diese Merkmale haben den größten Einfluß auf die Compliance; relevant sind v.a. die Kontrollmöglichkeiten des Arztes über den Patienten

- (stationäre oder ambulante Behandlung) und die Zufriedenheit der Patienten mit der medizinischer Betreuung

Kognitive Hypothese der Compliance: das Verstehen und Behalten der Informationen vom Arzt haben einen direkten und über den Weg der Zufriedenheit einen indirekten Einfluß auf die Compliance.

Maßnahmen zur Verbesserung der Compliance:

- Information/Belehrung
- Hinweise/Erinnerung
- Beseitigung von Compliancebarrieren (Verkürzung der Wartezeit, Vereinfachung des Behandlungsplans)
- Maßnahmen zur unmittelbaren Verhaltensänderung (mündliche oder schriftliche Verpflichtung des Patienten)
- verstärkte ärztliche Überwachung
- Maßnahmen des Apothekers (Beratung)

Voraussetzungen zur Complianceverbesserung:

- die gestellte Diagnose ist zutreffend
- die Wirksamkeit der Therapie ist gewährleistet
- Non-Compliance ist mehr oder weniger nachgewiesen
- effektive Maßnahmen zur Complianceverbesserung sind vorhanden
- der Patient kann frei entscheiden, ist informiert und einverstanden

Was kann der Arzt tun, um Compliance zu fördern ?

- Informieren: verständlich, Patienten abholen, wo er steht
- Gewinnen: Mitarbeit des Patienten am Therapiekonzept, auf spezielle Bedürfnisse eingehen
- Erleichtern: einfacher, maßgeschneiderter Therapieplan, Eigeninitiative fördern
- Unterstützen: Gesprächsbereitschaft zeigen, Bezugspersonen einbeziehen, Fortschritte nennen, Loben

Verhaltensmodifikation

- Problem-Verhalten analysieren (z.B. durch Protokollieren)
- Verhaltensänderung planen („Prinzip der kleinen Schritte“)
- erwünschtes Verhalten belohnen

10. Sonstiges

Medizinische Soziologie: Anwendung soziologischer Theorien und Methoden auf das Gesundheitswesen sowie die Phänomene Gesundheit und Krankheit

Medizinische Psychologie: Anwendung von Erkenntnissen und Methoden der Psychologie auf Methoden der Medizin

Die **Medizinische Psychologie** ist jene in Forschung, Praxis und Lehre differenzierte Wissenschaft, die das gesundheits- und krankheitsbezogene Verhalten und Erleben aller Kommunikationspartner im somatischen Bereich des ärztlichen Berufsfeldes sowie den entsprechenden architektonischen und mitmenschlichen Kontext, aber auch die Lehren von Gesundheit und körperlicher Krankheit zum Gegenstand hat.

Psychologie: Wissenschaft vom Verhalten und Erleben des Menschen. Ihr Gegenstand ist das in Erleben und Verhalten differenzierte psychische Leben der Person und dessen Bewußtseins-Unbewußtseins-Modalität

Bewußtsein: Präsenz psychischer Inhalte
Unbewußtsein: Latenz psychischer Inhalte

Funktionsbereiche der Psyche:

- Empfindung
- Wahrnehmung
- Denken
- Lernen
- Emotion
- Motivation
- Handeln/Verhalten

Soziologie: Wissenschaft von der Gesellschaft und dem menschlichen Verhalten einschließlich der Bewußtseinsformen, die teils Gesellschaft ermöglichen, teils durch diese bereits ihr Gepräge erhalten.

Die **Sozialpsychologie** repräsentiert die akzentuierte Gegenüberstellung von Individuum und System, und zwar im Sinne einer Figur-Grund-Vertauschung, nicht einer Trennungslinie

	Kognitivismus	Psychoanalyse	Behaviorismus
Zentraler Untersuchungsgegenstand	Bewußtsein	Triebe und unbewußte Inhalte	äußeres Verhalten (Reaktionen)
Maßgebende Ursachen des Verhaltens	Erkenntnisstrukturen	unbewußte Komplexe, Triebfixierungen	Milieubedingungen (Reize, Verstärker)
Menschenbild	Mensch besitzt Einsicht und Voraussicht, daher Verantwortung und Entscheidungsfreiheit	Mensch ist Gefangener seiner Triebe	Mensch ist voll durch seine Umgebung und seine Treibreize bestimmt
Bevorzugte Untersuchungsmethode	offene Befragung	Suche nach Symbolen des Unbewußten (verbal-nonverbal)	Messung von Reizen und Reaktionen
Bevorzugte Behandlungsmethode	Beratung, Hilfe zur Selbstreflexion	Aufklärung über Komplexe, Verdrängungen	Verhaltensmodifikationen durch Reizkontrolle, Verstärkungspläne

Sozialisation ist ein interaktiver Prozeß lebenslangen sozialen Lernens, bei dem sich die Sozialisatoren gegenseitig beeinflussen.

Praxisfelder der medizinischen Psychologie:

Intermediäre Praxis: Unterstützung von Mitgliedern des medizinischen Personals durch Balintgruppen sowie Fort- und Weiterbildung

Direkte Praxis: unmittelbare Arbeit mit somatisch Erkrankten

Lebensqualität ist bei chronischem Kranksein die individuelle Konstellation aus objektiven Lebensbedingungen und subjektivem Befinden, bezogen auf einen definierten Zeitraum

Es handelt sich um ein **Konstrukt**, d.h. es wird ein Konzept benötigt, das die grundlegenden Komponenten identifiziert und diese meßbar macht.

Komponenten der Lebensqualität:

- physisches
- psychisches
- soziales Befinden
- Funktionsfähigkeit (geistig und körperlich)

Gesundheit: ein Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens, nicht nur die Abwesenheit von Krankheit und Schwäche.