

# Psychologie & Soziologie (GK1)

## Grundlagen

### Diverse Begriffe

- **AAM:** Angeborener Auslösemechanismus auf bestimmte Schlüsselreize hin (z.B. beim Saugreflex).
- **Adaption:** Verminderte Wahrnehmung eines Reizes (Reaktionsabschwächung) bei längerer Exposition.
- **Aggravation:** Absichtliche, zweckorientierte Verstärkung tatsächlicher Symptome (keine Simulation!).
- **Agnosie:** Reize können trotz korrekter Erkennung nicht in einen sinnvollen Kontext gebracht werden.
- **Alterspyramide:** Aufstellung der Bevölkerung nach Alter und Geschlecht.
- **Amnesie:** Organisch bedingter Gedächtnisverlust, retrograd (vor dem Trauma) oder anterograd (nach dem Trauma).
- **Androgynie:** Vermischung von geschlechtlichen Wesenszügen in der Entwicklung der Geschlechtsrolle.
- **Attributierung:** Finden von Ursachen beobachteter Ereignisse um zukünftig besser damit umgehen zu können.
- **Ausbalancierung:** Variation der Reihenfolge von Testaufgaben in einem Experiment zu Minderung systematischer Fehler.
- **Beziehungskommentar:** Inhaltswechsel zum Beziehungsaspekt beim Beantworten einer Frage.
- **Burnout-Syndrom:** Erschöpfung durch psychomentele und emotionale Belastungserfahrungen, insb. wenn berufliche Anforderungen (besonders in Sozialberufen) z.B. infolge geringer Erfolgsrate nicht persönlich bewältigt werden können (Distress).
- **Depression:** Durch die Trias negative *Selbsteinschätzung*, Sicht der *Umwelt* und *Zukunft* gekennzeichnete Persönlichkeitsstörung, Frauen sind doppelt so häufig wie Männer betroffen.
- **Dissimulation:** Absichtliches Verbergen (herunterspielen) vorhandener Symptome.
- **Durchschnittliche Lebenserwartung:** Sterbeziffer x 1000 / Gesamtbevölkerung; die aus **Sterbetaflen** ablesbare Lebenserwartung kann als Bezug zur Errechnung der Restlebensjahre unter einer Erkrankung verwendet werden.
- **Effektgesetz (Thorndike):** Belohnung verstärkt eine Reiz-Reaktions Verknüpfung, Bestrafung hemmt sie.
- **Erwerbstätige:** Personen mit steuerpflichtigem Einkommen.
- **Fehler erster Art ( $\alpha$ ):** Verwerfen einer richtigen Hypothese.
- **Fehler zweiter Art ( $\beta$ ):** Annehmen einer falschen Hypothese.
- **Fourastié-Gesetz:** Der Personalbedarf eines Sektors sinkt mit dem Grad der Industrialisierung.
- **Furcht (Realangst):** Angst durch begründete, jedoch nicht akute Bedrohung.
- **Generationen-Mobilität:** Änderung des sozialen Staus einer Gesellschaft innerhalb einer (Intra-G-M) oder zweier (Inter-G-M) Generationen.
- **Geschlechtsproportion:** Numerisches Verhältnis von Männern und Frauen innerhalb eines Beobachtungszeitraumes.
- **Gesetz der grossen Zahl:** Ein statistisches Merkmal tritt mit erhöhter Anzahl der Messungen deutlicher hervor.
- **Gruppenkohäsion:** Identifikation von Individuen mit einer Gruppe (Zusammengehörigkeitsgefühl).
- **Habituation:** Ausbleiben einer Reaktion auf einen wiederholt dargebotenen identischen Reiz.
- **Halo-Effekt (Überstrahlungsfehler):** Unbewusste *Übertragung* beobachteter Merkmale, wobei andere Merkmale übersehen werden (Übersehen von Krankheiten bei gesund aussehenden Personen durch Generalisierung).
- **Hawthorne-Effekt:** Beeinflussung eines Experimentes durch die Kenntnis des Teilnehmers, dass ein Experiment stattfindet.
- **Iatrogene Störungen:** Störungen die erst durch eine Therapie entstehen, z.B. iatrogene Fixierung auf den Arzt, wodurch rein funktionelle Krankheiten durch Vermittlungsfehler zu chronischen Krankheiten „gepflegt“ werden.
- **Individualspezifität (ISR):** Ein Individuum reagiert auf unterschiedliche Reize mit derselben Reaktion.
- **Interaktionismus:** Erklärung der Verhaltensentwicklung sowohl durch Umwelteinflüsse (→ Situationismus) als auch durch persönliche Erfahrungen.
- **Inzidenz:** Auftreten eines Ereignisses innerhalb eines bestimmten Zeitraumes.
- **Karharsishypothese:** Widerlegte Hypothese (Heckhausen), dass Aggression durch Abreaktion gemindert werden könne, da die folgende Entspannung ein positiver Verstärker der Aggression ist.
- **Kollusion:** Geheimes Einverständnis.
- **Konfabulation:** Füllen von Gedächtnislücken durch fantasievolle Verknüpfung vorhandener Inhalte.
- **Kontraktionsgesetz:** Negative Korrelation gesellschaftlicher Entwicklung und Familiengröße (Geburtenrate sinkt).
- **Kontrast-Effekt:** Übertriebene Wahrnehmung von Unterschieden durch direkten Vergleich ohne Maßstab.
- **Kontrollüberzeugung:** Bestimmte Vorkommnisse werden der eigenen Person (internale K.) oder Umwelteinflüssen zugeschrieben (externale K.).
- **Leerlaufhandlung:** Ohne sichtbare auslösende Reize, durch Triebstau, auftretende Reaktion.
- **Malthus-Gesetz:** Die Bevölkerungsentwicklung ist nicht primär von der Nahrungsmittelmenge abhängig.
- **Milde-Effekt:** Überpositive Bewertung durch Vermeidung vermeintlicher Härte; Gegenteil **Härte-Effekt**.
- **Mobilität:** Vertikal = Sozialschicht-Wechsel, horizontal = Räumliche Wanderung.
- **Morbidität:** Häufigkeit des Auftretens von Krankheiten in einem bestimmten Zeitraum (vgl. Prävalenz).
- **Motivationspezifität:** Die Reaktion eines Individuums auf verschiedene Reize ist von der aktuellen Motivation abhängig.
- **Narkolepsie:** Minutenlanger Schlafzwang mit Muskelatonie am Tag.

- **Nettoreproduktionsziffer (NRZ):** Anzahl der von gebärfähigen Frauen (bezogen auf 100.000) einer Generation geborenen Töchter, ein Faktor von 1 bedeutet eine gleichbleibende Geburten-/Sterberate.
- **Null-Hypothese:** In einem Vergleich wird kein Unterschied im Ergebnis erwartet.
- **Panikattacke:** Anfallsartige Angst mit vegetativen Symptomen ohne Situationsbezug.
- **Placeboeffekt:** Objektiv nachweisbare Wirkungen ohne materielle Ursache, die auf Erwartungshaltungen beruhen.
- **Polaritätsprofil/semantisches Differential** (Osgood, Tannenbaum): Polare Einordnung (nicht↔sehr) von Begriffen.
- **Prävalenz und Inzidenz:** Aktueller Bestand und Neuauftreten von Ereignissen (z.B. Erkrankungen).
- **Primacy-Effekt** (Ersteindruck): Bei mehreren aufeinanderfolgenden Beobachtungen wird die erste als massgeblich betrachtet.
- **Prompting:** Direktes Herbeiführen eines Verhaltens durch Manipulation → Verstärkung (z.B. Bewegungsabläufe).
- **Reaktanz:** Widerstand gegen Einschränkungen (Trotzreaktion).
- **Reizspezifität** (SSR-stimulus specific response): Ein Umweltreiz löst bei verschiedenen Individuen immer dieselbe Reaktion aus.
- **Relatives Risiko:** Verhältnis einer bestimmten Exposition (z. B. Rauchen) zu einer Erkrankungswahrscheinlichkeit.
- **Resilienz:** Die von gesundheitsfördernden/gefährdenden Faktoren abhängige Prädisposition für Krankheiten.
- **Rigidität:** Festhalten an bestehenden Verhaltensformen, die Steigerung ist die **Perseveration**. Kann im Rahmen hirnorganischer Erkrankungen als dauernde Wiederholung von Begriffen vorkommen.
- **Rosenthal-Effekt:** Vorgeifende Beeinflussung durch eine Erwartungshaltung → Selbsterfüllende Prophezeiung.
- **Situationismus:** Individuelles Verhalten wird v.a. auf Umwelteinflüsse zurückgeführt, zu dieser Richtung gehören der **Behaviorismus** (Watson 1913) und die **Reflexlehre** (Pawlow 1927).
- **Soziale Anomie:** Handeln entgegen bestehender sozialer Normen, das sanktioniert wird.
- **Time-out:** Indirekte Bestrafung durch Entfernen von Verstärkern und verstärkenden Situationen (Erziehungstechnik).
- **Übersprungshandlung:** Gleichstarke Aktivierung zweier Triebe führt zur Auslösung einer 3. Reaktion.
- **Unehelichenquote:** Anteil unehelich geborener an der Gesamtgeburtenszahl.
- **Wahrnehmungsabwehr** (perceptual defense): Verlängerung der Reaktionszeit bei unangenehmen oder tabuisierten Reizen ohne zwangsweise Beeinflussung des Inhalts.
- **Yerkes-Dodson-Regel:** Zusammenhang zwischen Aktivierung und Leistung, wobei mittlere Aktivationsgrade eine optimale Reizverarbeitung (Lernen) bewirken, das Aktivierungsoptimum sinkt mit steigender Anforderung.
- **Zeigarnik-Effekt:** Unerledigte Handlungen können besser als erledigte eingepägt werden, da mit Beginn einer Handlung ein hemmender Spannungsbogen aufgebaut wird, der erst mit Erledigung aufhört.
- **Zentraler-Tendenz-Effekt:** Neigung eher die mittleren Werte einer Skala zu bevorzugen.
- **Zustandsangst** (state-anxiety): Durch eine konkrete Bedrohung hervorgerufene, vorübergehende Angst.

## Instinkthandlungen

Die artspezifischen Instinkthandlungen sind angeboren und müssen daher nicht erlernt werden, sie laufen in einer bestimmten Reihenfolge ab:

Aufbau einer Triebspannung → Appetenz (Suchverhalten) → Auffinden des Schlüsselreizes → AAM (Auslösemehanismus) → Endhandlung.

## Kontingenz

Der Zusammenhang zwischen gelerntem **Verhalten** und **Konsequenz** wird als Kontingenz bezeichnet, es können verschiedene Formen unterschieden werden:

- **Wechselseitige Kontingenz:** Das eigene Verhalten wird situationsgemäß an das anderer angepasst, z.B. in Diskussionen.
- **Pseudokontingenz:** Es wird nur vordergründig auf das Verhalten anderer eingegangen, z. B. Aneinandervorbeireden.
- **Asymmetrische Kontingenz:** Es wird von anderen verlangt sich dem eigenen Verhalten anzupassen (Lehrer-Schüler, Arzt-Patient etc.)
- **Reaktive Kontingenz:** Die Kommunikation wird durch Äusserlichkeiten bestimmt (small-talk).

Kontingenz kann durch Konditionierung beeinflusst werden (Verstärkerpläne mit kontinuierlicher oder intermittierender Verstärkung).

## Kognitive Dissonanz (Festinger)

Die kognitive Dissonanz beschreibt ein freiwilliges Verhalten, das trotz Zweifel an dessen Richtigkeit gezeigt wird (z.B. Drogenkonsum trotz Kenntnis der Folgen). Der innere Widerspruch wird bevorzugt durch den Versuch bestehende Einstellungen einander anzupassen (**Verleugnen** oder **Verfälschen** bestehender Informationen sowie die **Aufnahme** neuer Informationen) reduziert (z.B. Verharmlosung von Drogen oder Verdrängung der Folgen), als durch eine **Verhaltensänderung** (Stopp des Drogenkonsums wegen Kenntnis der Folgen).

## Intelligenz (abstrakte Problemlösung und Bewältigung neuer Situationen)

- **Multiple-Faktoren-Modell** (Thurstone): Intelligenz wird durch 7 verschieden zu bewertende Einzelfaktoren beeinflusst (Sprachverständnis, Wortflüssigkeit, Rechengewandtheit, Raumvorstellung, Auffassungsgabe, assoziatives Gedächtnis, logische Schlussfolgerung). Erfassung mit dem IST-Test (Standardabweichung 10).

- **Generalfaktoren-Theorie** (Spearman): Strukturmodell, nach dem Intelligenz durch einen Generalfaktor  $g$  und einen aufgabenspezifischen Faktor ( $s_x$ ) beeinflusst wird. Erfassung mit dem HAWIE-Leistungstest (Standardabweichung 15).
- **Anlage-Umwelt-Modell**: Versuch den Anteil erlernter und erworbener Intelligenz zu erfassen (Untersuchungen an getrennt aufgewachsenen eineiigen Zwillingen).

Die aktuelle Intelligenzleistung wird mit Tests erfasst, ein IQ von 100 entspricht bis zum Jugendalter dem Altersdurchschnitt (nach Stern 1912), eine bessere Angabe ist der Abweichungs-IQ (nach Wechsler) von der Leistung einer Bezugsgruppe (Alter, Geschlecht). Es wird stets zwischen rein statischem **hypothetischem Konstrukt** (nicht direkt beobachtbar) und **beobachtbarer Leistung** unterschieden.

## EEG

- **Wachzustand (angespannt)**:  $\beta$ -Wellen (13-30Hz, niedrige Amplitude).
- Wachzustand (entspannt):  $\alpha$ -Wellen (8-12.9Hz).
- **Einschlafphase**:  $\theta$ -Wellen (4-7.9HZ), Komplexe aus mehreren Wellen (Schlafspindeln), K-Komplexe.
- **Tiefschlaf**:  $\delta$ -Wellen (0.5-3.9Hz, hohe Amplitude).

## Schlaf

Der Schlaf wird in 4 **Non-REM** Stadien („**orthodoxer Schlaf**“ mit langsamen Augenbewegungen = SEM), in denen sich die  $\alpha$ -Wellen (8-13Hz = Wachzustand) zu  $\delta$ - (SWS=Slow-wave-sleep)-Wellen (1-3Hz, Tiefschlaf) verlangsamen und die REM-Phasen (25%) eingeteilt. Die 4-5 **REM-Phasen** („**paradoxe Schlaf**“) pro Nacht ähneln dem Stadium 1 ( $\theta$ -Wellen, 4-7Hz, niedrige Amplitude), zeigen jedoch schnelle Augenbewegungen (rapid eye movements) und durch klonische Spastiken unterbrochene vollständige Muskelatonie mit variabler Herz- und Atemfrequenz. Die REM-Phasen (in denen am intensivsten geträumt wird) nehmen in der 2. Nachthälfte an Länge zu, aber insgesamt mit dem Alter ab.

Bei einer Verkürzung der Gesamtschlafzeit (partieller Schlafentzug) bleibt die Tiefschlafzeit (Stadien 3,4) gleich lang, bei totalem Schlafentzug fehlt diese Erholungsphase jedoch, was zu reversiblen Wahrnehmungs- und Verhaltensstörungen führt (wache REM-Episoden). Ein selektiver REM-Schlaf-Entzug führt in der Wachzeit zu labiler Hyperaktivität; das Nachholen entzogenen Schlafes ist jedoch nie vollständig (nur ca. 30%) wobei zuerst der Tiefschlaf nachgeholt wird und erst danach der REM-Schlaf (Rebound=Erhöhung des REM-Anteils).

## Kommunikation

Austausch von Informationen über die Beziehung zu einem bestimmten Objekt zwischen Sender und Empfänger z.T mit Appellfunktion (Erwartung an den Empfänger). Neben der *verbalen* (Linguistik und Paralinguistik, d.h. Art der Sprache) werden insb. *emotionale* Informationen nonverbal (Gestik, Mimik) übermittelt, ebenso hat das Nichtsprechen einen Informationsgehalt.

Nach Watzlawick kann die Kommunikation in eine Inhalts- (bewusste Information) und Beziehungsebene (Beziehung zum Empfänger) gegliedert werden. Eine Diskrepanz zwischen Inhalts- und Beziehungsebene führt zu **paradoxer Kommunikation**, die sich als **Doppelbindung** in einer Beziehungsfalle (ein abhängiger Empfänger kann die Widersprüchlichkeit nicht wahrnehmen) äussern kann.

## Soziale Normen und Rollen

Soziale Normen kommen als **präskriptive Normen** (gesellschaftliche Erwartungen) und **statistische Normen** (empirische Verhaltensweisen) einer **Gruppe** (nicht jedoch zwangsläufig eines Kulturkreises) vor. Primärgruppen werden v.a. durch emotionale Bindungen (z.B. Familie) zusammengehalten, Sekundärgruppen durch andere Faktoren (z. B. Berufsgruppe).

*Ideale* Normen definieren subjektiv erwünschte Verhaltensregeln die von allen Mitglieder einer Gruppe eingehalten werden müssen (Erwartungshaltung), *statistische* Normen werden durch ihr häufiges Vorkommen in der Gruppe definiert und *funktionelle Normen* gehören zum normalen Verhaltenrepertoire einer Gruppe (z. B. bestimmter Berufe).

Bei Nichteinhaltung von Normen kommt es zu *Sanktionen* (**äußere Kontrolle**) und persönlichen *Schuldgefühlen* (**innere Kontrolle**, eigene Moral) was die *Verhaltenskonvergenz* fördert; die Geltung einer Norm kann am Ausmass negativer Sanktionen überprüft werden.

Das erlernte komplexe System aus Anschauungen, Meinungen und Überzeugungen wird als kognitive und affektive **Einstellung** bezeichnet.

Extrem starre soziale Ausprägungen (Merkmalsgeneralisierung und Kategorisierung) werden als **Stereotype** bezeichnet, die sich im Rahmen der Identifikation von Gruppenmitgliedern untereinander (Autostereotypen) oder an anderen (Heterostereotypen) entwickeln können. Eine Wertung anhand dieser Gruppenideale führt zur Bildung von **Vorurteilen** über Personenn die nicht dieser Gruppe angehören.

Die Gesamtheit der (durch Normen geregelten) Verhaltenserwartungen wird als **Rolle** bezeichnet, wobei an informelle Rollen weniger feste Erwartungen als an formelle Rollen (Arzt, Richter, Polizist etc.) geknüpft sind.

Die Fähigkeit zur Auseinandersetzung mit der eigenen Rolle wird als **Rollendistanz** bezeichnet, zu einem **Intra-Rollenkonflikt** kann es kommen, wenn unvereinbare Rollenerwartungen aus verschiedenen sozialen Systemen gestellt werden (z .B. Fachgutachten über Kollegen), ein **Inter-Rollenkonflikt** beschreibt die Zugehörigkeit zu zwei Rollen, die verschiedenen sozialen Systemen angehören (z.B. Arzt, der Verwandte behandelt).

Mit dem Begriff Devianz werden Verhaltensweisen bezeichnet, die nicht mit den sozialen *Normen* (**primäre Devianz**, Non-Konformität) oder der *Rollenzuweisung* (verhaltensfestigende **sekundäre Devianz**, Dissozialität) übereinstimmen.

### Arztrolle und Patientenrolle (Parsons 1951)

Die formelle Rolle des Arztes ist nach Parsons durch 5 Merkmale beschreibbar, die jedoch in der Realität kaum erfüllt werden kann (und im Hinblick auf „Gefühlskälte“ auch nicht sollte):

1. **Affektive Neutralität** unabhängig von persönlichen Gefühlen (Zu-/Abneigung).
2. **Universalismus**, gleiche Behandlung aller Gruppen.
3. **Funktionale Spezifität**, die Rolle ist nur gegenüber dem Patienten definiert.
4. **Uneigenützige Einstellung** (Altruismus/Kollektivitätseinordnung).
5. **Kompetenzerwartung** (self-efficacy).

Das „exklusive Eingriffsrecht in den Körper anderer Menschen“ (Siegrist) wird bei Parsons nicht erfasst.

Die Patientenrolle umfasst:

1. Den Patienten trifft keine Schuld/Verantwortung an der Erkrankung.
2. Kooperationswillen gegenüber dem Arzt.
3. Schnellstmögliche Gesundung.
4. Befreiung von Rollenverpflichtungen (deviantes Verhalten wird toleriert)

### Sozialisation und soziale Schichtung

Die Sozialisation (Einwachsen in die Gesellschaft) verläuft in 2 Phasen, in der **primären Sozialisation** (0-3a) entwickeln sich v.a. innerhalb der Familie grundlegende soziale Normen, mit dem Eintritt in die öffentlichen Bildungseinrichtungen (Kindergarten, Schule, Ausbildung...) ab dem 3. Jahr beginnt die **sekundäre Sozialisation** mit der Identifikation der Geschlechtsrolle (phallisch-ödpale Phase) und der Ausbildung des Über-ichs durch Verinnerlichung gesellschaftlicher Normen (6-stufiges Modell nach Kohlberg).

Dabei lässt sich eine schichtspezifische Erziehungstendenz feststellen: Kinder der **sozialen Unterschicht** werden durch physische Sanktionen von Verhaltenskonsequenzen eher zu Gehorsam und Anpassung, Kinder der **sozialen Mittelschicht** durch psychische Sanktionen (Liebesentzug) zu Selbständigkeit und Zukunftsorientierung erzogen. Auch die Kommunikationsweise lässt einen Rückschluss auf die soziale Schicht zu: Während sich die soziale Unterschicht des **restringierten Sprachcodes** (einfache Grammatik, Verwendung kollektiver Standardausdrücke) bedient, wird von der Mittelschicht der **elaborierte Sprachcode** (komplexe Satzstrukturen, grösserer Wortschatz) verwendet.

Durch Statusmerkmale erfolgt eine soziale Wertung (**Status**) und Einordnung in Schichten mit fließendem Übergang. Den *zugeschriebenen* Status erhält man ohne eigenes Zutun (Geschlecht, soziale und ethnische Herkunft), den *erworbenen* Status (Ausbildung, Beruf) muss man sich selbst erarbeiten.

Die Einteilung in soziale Schichten erfolgt nach den *Schichtindikatoren* **Beruf, Einkommen** und **Bildung**, wobei eine Person bei den einzelnen Indikatoren verschiedenen Schichten angehören kann (z.B. Hauptschulabschluss aber hohes Einkommen) wobei im **multiplen Schichtindex** die Summe der Einzelindikatoren gebildet wird. Das Abweichen der einzelnen Indikatoren voneinander wird als **Statusinkonsistenz** bezeichnet und tritt besonders in der Mittelschicht auf.

### Stufenmodell der moralischen Entwicklung (Kohlberg 1964)

Nach Kohlberg verläuft die moralische Entwicklung in 6 nacheinanderfolgenden Stufen, welche in die **präkonventionelle** (1-2), **konventionelle** (3-4) und **postkonventionelle Stufe** (5-6) eingeteilt werden:

1. **(2-5a) Lust-Schmerz Orientierung**, Bestrafung und Gehorsam (heteronome/fremdbestimmte Moral).
2. **(6-9a) Kosten-Nutzen Orientierung**, moralisches Handeln durch Belohnung (naiv-instrumentell).
3. **(10-11a) Braves-Kind Orientierung**, gewinnen von Anerkennung/vermeiden von Kritik.
4. **(12-20a) Gesetz und Ordnung Orientierung**, persönliches Handeln in Beziehungen folgt Regeln (soziales Gewissen).
5. **(21-34a) Ethische Orientierung**, sozialverträgliche individuelle Rechte.
6. **(35a) Kosmische Orientierung** (Transzendenz), universelle, soziale Grenzen überschreitende Grundsätze.

### Stufenmodell der psychosozialen Entwicklung (Erikson 1979)

1. **Urvertrauen/misstrauen (0-1.5a)**: Vertrauen in sich selbst und soziales Umfeld; Störung → oberflächliche Emotionalität.
2. **Autonomie (1.5-3a)**: Verständnis für die Wirkung eigener Handlungen; Störung → Kontrollzweifel (Scham, Zweifel).
3. **Initiative (3-6a)**: Entwicklung von Kreativität und des Selbstwertgefühls; Störung → Schuldgefühle.
4. **Pubertät (6a)**: Entwicklung von sozialer und intellektueller Kompetenz; Störung → Minderwertigkeit.
5. **Adoleszenz (Jugend)**: Konflikt zwischen Identität und Rolle; Störung → mangelndes Selbstbewusstsein.
6. **Junges Erwachsenenalter**: Entwicklung der Bindungsfähigkeit (Intimität); Störung → Isolierung.
7. **Mittleres Erwachsenenalter**: Entwicklung des Sinnes für Gesellschaft und Familie (Generativität); Störung → mangelnde Zukunftsorientierung (Stagnation).
8. **Hohes Erwachsenenalter**: Entwicklung von Ganzheitlichkeit und Zufriedenheit mit dem Leben (Ich-Integrität); Störung → Verzweiflung.

## Orientierungsreaktion

Reflexartig auftretende Reaktion des gesamten Organismus auf eine veränderte Umweltsituation zur Steigerung der Aufmerksamkeit ähnlich einer Alarmreaktion:

- Desynchronisation im EEG mit  $\alpha$ -Blockade (Unterbrechung durch wachtypische  $\beta$ -Wellen).
- Sinkender Hautwiderstand durch erhöhte Schweißsekretion.
- Erhöhter Skelettmuskeltonus.
- Erhöhte Sensitivität.
- Tachykardie, Hyperventilation, periphere Vasokonstriktion.

## Generelles Adaptionssyndrom (Seyle 1952)

Beschreibung der typischen unspezifischen physiologischen Reaktionen auf Stressoren in 3 Stadien:

1. **Alarmreaktion:** Erhöhter Sympathikotonus und Katecholamin/ACTH-Ausschüttung.
2. **Resistenzstadium:** Erhöhung des Kortisol- und Glukosespiegels → erhöhte Stressresistenz aber geringere Belastbarkeit gegenüber neuen Anforderungen.
3. **Erschöpfungsstadium:** Stresswiderstand ist gebrochen, nur kurze Energiemobilisierung ist möglich. Risiko für bleibende Organschäden.

## Life-Events

Life-events sind **kritische Ereignisse** positiver oder negativer Art, die eine Neuordnung des Lebens verlangen (z.B. Tod eines Angehörigen, Geburt von Nachwuchs). Je **unvorhersehbarer** diese Ereignisse sind (z. B. Unfall), desto grösser ist der damit verbundene Stress. Eine misslungene Anpassung an die neue Situation erhöht das Risiko von Erkrankungen.

## Prävention

Vorausschauende Vermeidung von Gesundheits-Folgeschäden:

1. **Primärprävention:** Herabsetzung von Ersterkrankungen (Impfung, Verbot gesundheitsgefährdender Stoffe).
2. **Sekundärprävention:** Verminderung der Chronifizierung bestehender Erkrankungen (Screening).
3. **Tertiärprävention:** Verhinderung von Folgeschäden bestehender Erkrankungen (Reha, Entwöhnung, Rezidivprophylaxe).

Das Mass der (psychischen-, physischen-, sozialen) Einschränkung durch eine Erkrankung wird als **funktionaler Status** bezeichnet, als **Gesundheitserwartung**, die verbleibende, erwartete Anzahl von Restlebensjahren (bei Nichtauftreten schwerer Erkrankungen).

## Health-Belief-Model

Beschreibung von Faktoren, die ein präventives Verhalten begünstigen: **Subjektive Gefährlichkeit** und **eigene Gefährdung** durch eine Krankheit, subjektive **Effektivität** der Präventionsmassnahmen und das Verhalten hemmende **Barrieren** (Kosten/Nutzen, Lust am Risiko, z.B. bei Drogen). Objektive Therapiemöglichkeiten und soziale Aspekte gehören nicht zum health-belief-model.

## Krankheitsverhalten (Siegrid)

Das typische Krankheitsverhalten kann in 5 Phasen eingeteilt werden:

1. Wahrnehmung und Bewertung von Symptomen
2. Rollenentlastung durch Übernahme der **Krankenrolle**. Ursachensuche und Entscheidung zu einer Behandlung (Selbstmedikation) beginnend mit der Laieneätiologie (Bekannte) → halbprofessioneller Beratung (Apotheke) → Arzt.
3. Einstieg in das medizinische Versorgungssystem (Aufsuchen eines Arztes).
4. Übernahme der **Patientenrolle** (→ Compliance).
5. Aufgabe der Patientenrolle mit der Genesung.

## KHK-Risikotypen (Friedman, Roseman)

Bezüglich der Krankheitsrisiken lassen sich anhaltende Verhaltensweisen trennen, welche Unterschiede in ihrem Risikoverhalten (Sensitization = Hinwendung zu Bedrohungen, Repression = Abwendung von Bedrohungen) aufweisen. Anhand des KHK-Risikos werden z.B. 2 Typen unterschieden:

- **Typ A:** Ehrgeiz, Kontrollbedürfnis, Leistungsorientierung (Anerkennung), Anspannung/Nervosität (...). Besteht keine Kontrollmöglichkeit, so werden die Leistungsreserven aufgebraucht (Dekompensation) was sich in Erschöpfung, Schlaflosigkeit und Depression äussert → steigendes KHK-Risiko durch Unterschätzung der Belastung.
- **Typ B** zeigt eine entgegengesetztes entspanntes Verhalten und hat ein 2-7x geringeres KHK-Risiko.

## Schmerz

Die Intensität von erlebtem Schmerz ist abhängig von der subjektiven Bedrohlichkeit und Kontrollierbarkeit der Ursache, Stimmungslage, Aufmerksamkeitszustand und sozialen/ethischen Normen (insb. Männer/Frauen). Im Gegensatz zur kulturell bestimmten **Schmerztoleranz** ist die **Schmerzschwelle** biologisch bedingt und steigt mit dem Alter. Bereits kleine

Verletzungen können grosse Schmerzen auslösen, die Schmerzintensität kann durch Adjektiv- oder Analogskalen angegeben werden.

Mit der **operanten Schmerztherapie** (Fordyce/Steger 1982) soll das Schmerzempfinden durch verschiedene Faktoren gesenkt werden:

- Ø Beseitigung positiver Konsequenzen (Krankheitsgewinn), z.B. Nicht-Beachtung des Schmerzverhaltens.
- Ø Erhöhung körperlicher Aktivität.
- Ø Verringerung der Schmerzmedikation.

Die **Schmerzverarbeitung** lässt sich in 5 Komponenten unterteilen:

- **Kognitive Komponente:** Bewertung der Bedeutung der nozizeptiven Information (Schmerzbedeutung).
- **Sensorische Komponente:** Auswahl und Analyse relevanter Informationen (Lokalisation, Stärke).
- **Affektive Komponente:** Integration der Informationen und Einschätzung der Bedrohlichkeit.
- **Motorische Komponente:** Reflektorische Schutz- und Fluchtreaktionen.

### Stressbewältigung (Lazarus)

Nach Lazarus werden Stresssituation primär und sekundär kognitiv verarbeitet, bei der **primären Bewertung** wird der Reiz in **günstig, belastend** oder **irrelevant** eingeordnet; bei der **sekundären Bewertung** werden die persönlichen Möglichkeiten Coping-Möglichkeiten abgeschätzt (**problemorientiertes, kognitives** oder **emotionales coping**).

### Abwehr und Coping (Krankheitsbewältigung)

Bei der Auseinandersetzung mit Erkrankungen können 2 Mechanismen unterschieden werden, Abwehr und Coping. Als Abwehr werden die unbewussten Mechanismen der Psychoanalyse zusammengefasst, welche unangenehme Emotionen unterdrücken.

Mit Coping wird die krankheitsbedingte, nach aussen gerichtete **Stressbewältigung** bezeichnet, dazu gehören:

- **Informationssuche.**
- **Direkte/sofortige Handlungen.**
- Fatalismus (**Nichthandeln**).
- Intrapsychische Reaktionen (**Resignation**, Hoffnungslosigkeit).
- **Hilfesuche.**

Nach dem Phasenmodell (Kübler-Ross) verläuft die Bewältigung todbringender Erkrankungen in 5 Schritten:

1. Nichtwahrhabenwollen (Rationalisierung) und Isolierung/Verleugnung mit initialem Schockzustand.
2. Zorn/Aggression.
3. Verhandeln.
4. Depression durch Verlustangst.
5. Zustimmung nach Abfindung mit dem Schicksal.

### Trauerphasen (Bowlby 1983)

1. Betäubung und Abgestumpftheit (ca. 1W).
2. Sehnsucht und Suche nach Verantwortlichen (Monate-Jahre).
3. Deorganisation und Verzweiflung, Depressionsrisiko.
4. Ablösung und Reorganisation mit Neudefinition der eigenen Rolle.

### Compliance

Als **Compliance** wird die Bereitschaft des Patienten an der Therapie mitzuwirken bezeichnet, insb. die Bereitschaft Anordnungen (Medikamenten-Einnahme, Änderung des Lebensstils) zu befolgen. Bei mehr als einem Drittel der Patienten ist jedoch mit **Non-Compliance** zu rechnen, bei Erkrankungen mit leichten Symptomen bei mehr als der Hälfte. Ein entscheidender Faktor zu Erhöhung der Compliance ist eine optimale Arzt-Patient-Interaktion, die auch der „subjektiven Krankheitstheorie“ des Patienten (Attribution) Rechnung tragen muss.

### Psychophysik (Fechner 1860)

Die Psychophysik versucht einen Zusammenhang zwischen subjektivem Empfinden und objektivem Reiz herzustellen und beschäftigt sich v.a. mit dem Schmerzempfinden. Die **Wahrnehmungsschwelle** ist die Grenze, ab der ein Reiz gespürt wird, die **Schmerzschwelle** ist die Reizintensität, ab der Schmerz verspürt wird, die **Toleranzschwelle** beschreibt den Reizwert, ab dem der Versuch abgebrochen werden muss.

In der Psychomotorik wird das messbare antriebsbestimmte Ausdrucksverhalten (Muskelkraft, Zielgenauigkeit ...) einer Person festgestellt, um Antriebsstörungen zu diagnostizieren.

### Kognitive Persönlichkeitstheorie (Piaget)

Die Entwicklung des logischen Denkens verläuft nach Piaget in 5 Reifestadien, die nacheinander bewältigt werden müssen:

1. **Sensomotorische Phase** (0-2a): Erweiterung des angeborenen Verhaltenrepertoires (z.B. Reflexe, Gewohnheiten) und der Objektpermanenz (Existenz nicht im Sichtfeld befindlicher Objekte).

2. Prä-operationales Stadium (egozentrische Phase):
  - a. **Vorbegrifflich-symbolische Phase** (2-4a): Assoziative Verknüpfung von Symbolen mit Gegenständen, Spracherwerb.
  - b. **Anschauliche Phase** (4-7a): Beginn der Bildung dreidimensionaler Begriffe als Relation (gross-klein etc.).
3. **Konkret-operationale Phase** (7-11a): Beginn *reversibler* kognitiver Prozesse und (Schlussfolgerungen, Urteile) und der Invarianz dreidimensionaler Objekte.
4. **Formale-operationale Phase** (12a): Unabhängige Bildung eigener (egozentrischer) Vorstellungen (*Hypothesenbildung*).

Aus dieser Theorie können keine Rückschlüsse zur Persönlichkeitsentwicklung gezogen werden; die Entwicklung wird mit den Begriffen **Assimilation** (Anpassung der Umwelt) und **Akkommodation** (Anpassung des Individuums) beschrieben, Ziel ist das Erreichen eines Gleichgewichts (**Äquilibration**) zwischen beiden Zuständen.

### Empirische Persönlichkeitstheorie / Faktorenanalyse (Eysenck)

Mit der Faktorenanalyse werden „**Items**“ eines psychometrischen Persönlichkeitstests, die gleich beantwortet wurden, rein statistisch zu Gruppen (**Faktoren**) zusammengefasst (empirische Antwortmuster).

Der englische Psychologe **Eysenck** hat dabei verschiedene globale Faktoren eines Persönlichkeitsmodells extrahiert:

- **Extraversion/Introversion**: Geselligkeit, Sorglosigkeit, Soziabilität.
- **Emotionale Labilität/Stabilität** (Neurotizismus): Launenhaftigkeit, Reizbarkeit, Nervosität.
- **Psychozitismus/Realismus**: Realitätsangemessenheit von Ansprüchen.
- **Intelligenz**

### Big-Five Persönlichkeitsmodell (Halverson)

1. **Extraversion/Introversion**: Geselligkeit, Sorglosigkeit, Soziabilität.
2. **Emotionale Labilität/Stabilität** (Neurotizismus)
3. **Gewissenhaftigkeit**: Ethik, Zuverlässigkeit.
4. **Offenheit für Erfahrungen**, inkl. non-Konformismus.
5. **Liebenswürdigkeit**: Einfühlsamkeit, Sympathie.

### Phänomenologische Persönlichkeitstheorie (Lersch 1964)

Unterscheidung der Persönlichkeit in verschiedene **Schichten**, wobei die oberste Schicht für bewusstes Handeln und die unterste Schicht für triebhafte Emotionen verantwortlich ist, basierend auf der Beobachtung eigener Erlebnisse (Phänomene).

### Sozialkognitives Persönlichkeitsmodell (Rotter 1979)

Für alle sozialkognitiven Persönlichkeitsmodelle gilt, das davon ausgegangen wird, das die Persönlichkeitsentwicklung vor allem auf **Lernprozessen** beruht und nicht durch frühkindliche Prägung beeinflusst wird.

Das Verhalten wird als Endprodukt der Lernerfahrungen aus Interaktionen mit Mensch und Umwelt definiert, wobei aktiv **positive Verstärker** aufgesucht werden um den Erfahrungsschatz zu erweitern. Als Verhaltensparameter gelten:

- **Verhaltenspotential**, bedürfnisbefriedigende Reaktion in bestimmten Situationen.
- Erwartungen.
- **Verstärkungswert** bestimmter Konsequenzen.
- Psychologische Situation.

### Kognitive Emotionstheorie (Schachter, Singer)

Nach der kognitiven Emotionstheorie (oder Attributionstheorie) besteht ein emotionales Erlebnis aus der Wahrnehmung des emotionalen Erlebnisses → kognitiver Bewertung (Ausmass der Emotion/Erregung) → peripherer physiologischer Erregung.

### Demografischer Übergang

Der demografische Übergang beschreibt die gesellschaftlichen Veränderungen beim Übergang zur Industriegesellschaft in 5 Phasen:

1. Hohe Geburtenrate, Hohe Sterberate → geringes Bevölkerungswachstum.
2. Hohe Geburtenrate, sinkende Sterberate → steigendes Bevölkerungswachstum (Öffnung der Bevölkerungsschere).
3. Sinkende Geburtenrate, sinkende Sterberate → Umschwungphase mit wieder abnehmendem Bevölkerungswachstum.
4. Sinkende Geburtenrate, konstant niedrige Sterberate.
5. Konstant niedrige Geburtenrate, konstant niedrige Sterberate.

Die Änderungen der Geburtenrate sind abhängig von: Bildung von Kleinfamilien, Einfluss der Religion, Bildung der Kinder, Berufstätigkeit und Kontrazeption.

### Profession (Expertenberuf)

Die Merkmale einer Profession sind:

- **Kollegiale Eigenkontrolle** durch berufspolitische Organisationen (Landesärztekammer etc.).

- **Autonomie** über die Praktiken der Berufsausübung.
- Staatlich kontrolliertes **Monopol** der Leistungsausübung.
- **Einwirkung** auf den Arbeitsinhalt anderer Berufe.
- Beruhend auf an Hochschulen erworbenem **Expertenwissen**.
- In der Regel gehobenes **Einkommen und Ansehen**.
- Vegetative Komponente: Reaktion des autonomen vegetativen Nervensystems.

Die Bewertung einer Berufsgruppe erfolgt nach der **funktionellen Schichtungstheorie** anhand der Bedeutung für die Gesellschaft, die Besetzung hochwertiger Positionen erfolgt durch Motivation mittels Belohnung (Einkommen und Ansehen mit resultierender sozialer Ungerechtigkeit), der Aspekt des freien Wettbewerbs (Ansehen durch eigene Anstrengung) wird dabei jedoch nicht berücksichtigt.

## Soziale Institutionen

Strukturen der sozialen Ordnung, die gesellschaftliche Handlungen (Recht und Sitte) aber kein Verhalten festlegen (Standardisierung), dazu gehören die Institution Ehe, Güterverteilung, Zuordnung von Machtpositionen und die Erziehung.

## Totale Institutionen (Goffman)

Totale Institutionen sind bestimmte Organisationsformen (z.B. Altenheim, Kloster, Gefängnis), in denen ein abgeschlossenes, **formal reglementiertes Leben** nach einem rationalen Plan stattfindet. Dabei ist die räumliche Trennung von Arbeits-, Wohn- und Freizeitbereich aufgehoben und alle Mitglieder der Institution müssen gemeinsam die gleiche Tätigkeit verrichten.

## Wirtschaftssektoren (Fourastié 1949)

Unterscheidung in 3 Sektoren nach dem Technisierungsgrad, wobei mit steigender Technisierung die Erwerbstätigen in weniger technisierte Sektoren verlagert werden:

- **Primärer Sektor:** Mittlerer Technisierungsgrad (Agarwirtschaft), abnehmende Beschäftigtenzahlen.
- **Sekundärer Sektor:** Hoher Technisierungsgrad (Industrie), abnehmende Beschäftigtenzahlen.
- **Tertiärer Sektor:** Geringer Technisierungsgrad (Dienstleistung), steigende Beschäftigtenzahlen.

## Testmethoden

### Schnittmengen

- **Querschnitt:** Daten werden einmalig zu einem bestimmten Zeitpunkt (Prävalenz) in mehreren Gruppen erhoben.
- **Längsschnitt:** Daten werden mit derselben Methode zu verschiedenen Zeitpunkten erhoben. Nachteilig ist die Beeinflussung durch wiederholte Befragung und das Ausscheiden einzelner Teilnehmer.
  - Prospektiv, Verfolgung zukünftiger Ereignisse.
  - Retrospektiv, Betrachtung vergangener Ereignisse.
  - Panelstudie (Sozialwissenschaft, Meinungsforschung)
  - Kohortenstudie (Epidemiologie) mit Teilnehmern, die bestimmte Gemeinsamkeiten (Alter, Geschlecht...) aufweisen.
  - Ex-post-facto Studie, retrospektive Auswirkungen vorhergehender Ereignisse.

Werden Daten für eine bestimmten Zweck gesammelt so handelt es sich um **Primärdaten**, werden bestehende Daten ausgewertet so handelt es sich um **Sekundärdaten**. Werden die gewonnen **Individualdaten** zu Kollektiven zusammengefasst spricht man von **Aggregatdaten** (Einkommengruppen etc.).

### Stichproben

Stichproben stellen eine zufällige, aber repräsentative Auswahl dar:

- **Einfache Auswahl** (Lotterie)
- **Geschichtete Auswahl** aus vorher festgelegten Strata (Untergruppen wie Alter, Geschlecht...).
- **Klumpenauswahl**, Zufallsauswahl innerhalb festgelegter Gruppen (Kliniken, Bezirke...).

Zur Planung einer Stichprobe können die Merkmalsdimensionen im **Quotaverfahren** (gezielte Auswahl) theoretisch so gewählt werden, das keine zufällige Auswahl mehr nötig wäre, in der Praxis muss man sich jedoch auf besonders wichtige Merkmale beschränken.

### Objektivität → Reliabilität → Validität

- **Objektivität:** *Korrelation* gleichzeitiger Auswertungen, erhöhbar durch Standardisierung von Durchführung und Interpretation. Überprüfung durch Korrelation verschiedener Auswerter.
- **Reliabilität/Konsistenz:** Grad der *Genauigkeit* mit der ein zu messendes Merkmal erfasst wird.
  - Retest-Reliabilität: Korrelation der Testergebnisse in einem Wiederholungstest.
  - Paralleltest-Reliabilität: Korrelation der Ergebnisse in einem gleichzeitigen Test.
  - Innere Konsistenz: Korrelation der Einzelteile (Testhalbierung) mit dem Gesamtergebnis eines Tests.
- **Validität:** *Güte* mit der das zu messende Merkmal tatsächlich erfasst wird (prognostische Güte). Überprüfung durch Korrelation mit gesicherten Aussenkriterien (Vorhersage, andere Tests) durch Experten.

## Korrelation

Die Korrelation beschreibt den direkten Zusammenhang zwischen Faktoren. Der **Korrelationskoeffizient**  $r$  (-1 bis +1) bereibt den negativen oder positiven linearen Zusammenhang zwischen den Faktoren, die gemeinsame Varianz der Faktoren ist  $r^2$ . Es besteht **keine kausale Verknüpfung** der Faktoren sondern lediglich ein statistischer Zusammenhang.

## Gauss-Normalverteilung und Prozentrangskala

Die non-lineare **Gauss-Normalverteilung (N)** entspricht einer Glockenkurve, dessen Mittelwert (**M**) einem Prozentrang von 50% entspricht. 68.2% (2x34.1%) aller Messwerte liegen im Bereich einer Standardabweichung (**S**) von +/- 1.

Eine reine **Prozentrangskala** kann ihren Mittelwert jenseits von 50% haben, wobei in dessen Bereich kleine Änderungen des Messwertes durch die non-linearität bereits grosse Änderungen des Prozentranges (et vice versa) bedeuten können, im Randbereich hingegen bewirken selbst grosse Änderungen des Messwertes nur eine geringe Prozentrangänderung.

Mit der Standardabweichung **S** und dem Reliabilitätskoeffizienten **r** lässt sich der Standardmessfehler **SM** berechnen, d.h. dem Anteil an der Abweichung, der durch mangelnde Reliabilität verursacht wird ( $SM=S\sqrt{1-r}$ ). Durch Zuordnung des Testwertes zu einem gültigen Wertebereich (Standardmessfehler SM) erhält man das **Konfidenzintervall** (Vertrauenbereich), was jedoch keine Aussage über die Validität zulässt.

## Systematische Beobachtung

Systematische Beobachtungen müssen als **Experiment** (festgelegte Bedingungen) vorbereitet sein (Gegenteil: Feldstudie) und dienen der zuverlässigen Überprüfung von Hypothesen.

Es wird die Änderung einer willkürlichen **abhängigen Variable** (Ergebnis) von einer festgelegten **unabhängigen Variable** (Versuchsbedingung) registriert und ausgewertet. Dabei müssen **intervenierende Variablen**, welche den Versuchsablauf beeinflussen können, so weit möglich ausgeschaltet werden.

## Systematische Beurteilung

Die systematischen Beurteilungsverfahren werden in relative und absolute Beurteilungen unterschieden:

- **Relative Beurteilung:** Vergleich der relativen Stärke mehrerer Merkmale untereinander (stärker/schwächer)
  - Paarvergleich, z.B. stärkere oder schwächere Schmerzen.
  - Rangreihenbildung, Aufreihung von Merkmalen.
  - Soziometrische Wahlverfahren zur Feststellung von Neigungen.
- **Absolute Beurteilung:** Die Merkmalsausprägungen können auf Skalen genau angegeben werden.

## Skalentypen

- **Nominalskala:** Qualitativ (gleich/ungleich) in beliebiger Reihenfolge (Einordnung in Gruppen wie Geschlecht etc.), Mittelwert = häufigstes Vorkommen (Modalwert).
- **Ordinal-/Rangskala:** Qualitativ (grösser/kleiner, unskaliert), Mittelwert = Median.
- **Intervallskala:** Quantitativ (willkürliche Skalierung) ohne Nullpunkt (Temperatur in C, IQ), arithmetischer Mittelwert.
- **Rational-/Verhältnisskala:** Quantitativ (absolute Skalierung) mit Nullpunkt (SI-Einheiten wie Länge, Gewicht, Anzahl), geometrischer Mittelwert.

## Persönlichkeitstests

In einem **projektiven** Persönlichkeitstest (Entfaltungstest) wird von der Einheit der Persönlichkeit ausgehend mit unstrukturiertem Testmaterial versucht beim Untersuchten eine grosse Bandbreite von Assoziationen und Projektionen auszulösen (Rohrschach-Test).

In einem **psychometrischen** Persönlichkeitstest wird durch standardisierte Fragebögen möglichst objektiv die Ausprägung bestimmter Eigenschaften erfasst (z.B. FPI).

## Soziogramm (Moreno)

Soziometrisches Wahlverfahren, mit dem die sozialen Beziehungen (Antipathien, Gruppenkohäsion, Rangordnung) innerhalb einer Gruppe durch Fragen ermittelt und grafisch dargestellt werden.

## Lernen

### Gedächtnis

Das Gedächtnis dient der *Speicherung* von Informationen im Gehirn, deren Aufbewahrung als *Erfahrung* früherer Lernprozesse und der *Wiedergabe* dieser Informationen. Es kann das **Kurzzeitgedächtnis** (primäres Gedächtnis, Speicherung von ~7 „Chunks“) von **Langzeitgedächtnis** (sekundäres-/tertiäres Gedächtnis) unterschieden werden, in dem weitere Formen differenziert werden:

- Ø **Deklaratives Gedächtnis** (sprachlich kodiert, ab 5a): **Semantisches** (gelerntes Wissen), **episodisches** (situationsabhängig) und **prozedurales** (Verhaltensweise und Fertigkeiten) Gedächtnis.

- Ø **Habitedächtnis:** Gewohnte Handlungsweisen.
- Ø **Autobiografisches Gedächtnis:** Eigene Persönlichkeit.

Der Speicherungsprozess kann in 3 Aspekte gegliedert werden:

- Kodierung: Verschlüsselung sensorischer Informationen als speicherbare Form
- Transfer: Art und Weise der Speicherung der Informationen (Transfer), also die Qualität der Informationsspeicherung, ist abhängig von vorhergehenden Erfahrungen.
  - **Positiver Transfer:** Erhöhung der Gedächtnisleistung.
  - **Negativer Transfer (Retention):** Verfälschung oder Beeinträchtigung der Informationsspeicherung.
- Dekodierung: Wiedergabe der gespeicherten Informationen

Die Gedächtnisleistung ist abhängig von:

- Bedingungen, unter denen die Informationen erworben werden (Umfang, Aufwand, Schwierigkeitsgrad, Zeitdruck/Stress)
- Formale Aspekte des Lernmaterials (Sinnhaftigkeit, Neuheit, Kategorisierbarkeit)
- Persönliche Aspekte des Lernenden (Einstellung zum Inhalt, Leistungsmotivation, Aufmerksamkeit, Ängstlichkeit)

Das Vergessen ist eine Funktion der Zeit und der Sinnhaftigkeit, die sich als Nichtverfügbarkeit oder Veränderung des Inhaltes äußert; wobei bereits nach einer Stunde über 50% und nach 2 Tagen über 80% der neuerlernten Informationen verloren gegangen sind. Das Ausmaß des Vergessen ist von den Faktoren **Wiederholung**, **Interferenz** (proaktive/retroaktive Hemmung) und **Motivation** abhängig. Werden wiederholt identische Reize dargeboten, erfolgt als einfache Lernreaktion eine zunehmende Reaktionsabschwächung (**Habituation**).

## Lernen

Kennzeichnend für alles Lernen im psychologischen Sinn ist die auf der Grundlage des Erlernten zielgerichtete Modifikation des Verhaltens. Tiere lernen vorwiegend durch den Erwerb bedingter (erlernter) Reflexe, beim Menschen überwiegt die aktive Auseinandersetzung mit den Gegebenheiten seiner Umwelt, an die er sein Verhalten anpassen muss.

Bei einem Lernvorgang können auch Verhaltensweise (z.B. Angst) an Reizsituationen (z.B. Orte) gekoppelt werden, wobei die Reaktion später durch ähnliche Reize ausgelöst werden kann (**Reizgeneralisierung**); kann eine Reaktion nur durch einen bestimmten Reiz ausgelöst werden, wird dies **Reizdiskriminination** genannt.

- Response: die Art und Weise mit der auf einen Reiz reagiert wird
- Konsequenzen: qualitative Bewertung einer Reaktion auf einen Reiz

## Klassische Konditionierung (Pawlow)

Ausbildung einer automatisierten Assoziation, wenn auf einen bestimmten neutralen Reiz (z. B. das Ertönen einer Glocke) ein unbedingter Reiz (Futter) folgt, so daß zukünftig die unbedingte Reaktion von beiden ausgelöst wird (Konditionierung höherer Ordnung).

- **Unbedingter Reiz** (UCS – Unconditioned Stimulus): Reiz, der nötig ist, um ein angeborenes Verhalten (unbedingte Reaktion; UCR – Unconditioned Reaction ) auszulösen
- **Neutraler Reiz:** Unspezifischer Reiz, der zu keiner definierten Reaktion führt
- **Bedingter Reiz** (CS – Conditioned Stimulus): Neutraler Reiz, der nach erfolgreicher Konditionierung ein angeborenes Verhalten (CR – Conditioned Reaction) hervorruft

Durch Gegenkonditionierung kommt es zur Löschung (Extinktion) eines erlernten Verhaltens auf einen bedingten Reiz. Klinisch wird die klassische Konditionierung zur Behandlung von Ängsten und Neurosen mittels sukzessiver Desensibilisierung durch konditionierte emotionale Reaktionen (CER) eingesetzt.

Durch Konditionierung von Verhaltensketten kann intelligentes Verhalten vorgetäuscht werden, da der ursprüngliche Stimulus verwischt wird (Belohnung von Zirkustieren nach einem „Kunststück“).

## Operante Konditionierung (Lernen am Erfolg, Thorndike 1913)

Die operante Konditionierung erweitert die klassische Konditionierung, indem die Auftretenswahrscheinlichkeit eines erlernten Verhaltens von den damit verbundenen Konsequenzen beeinflusst wird. Eine Bestrafung ist der Entzug der positiven Konsequenz oder Einsetzen von negativen Konsequenzen. Als **primäre Verstärker** werden Reize bezeichnet, die direkt elementare Bedürfnisse befriedigen, als **sekundäre Verstärker** Lob und Tadel.

- **Positive Verstärkung:** Auf eine bestimmte Verhaltensweise folgt eine positive Konsequenz.
- **Negative Verstärkung:** Auf eine bestimmte Verhaltensweise unterbleibt eine negative Konsequenz (z.B. Suchtverhalten).

Vier-Felder-Schema	Einsetzen	Aufhören
Positive Konsequenz	<b>Positive Verstärkung</b>	Bestrafung (Verstärkungsentzug)
Negative Konsequenz	Bestrafung (aversive Konsequenzen)	<b>Negative Verstärkung</b>

**Kontinuierliches** Lernen führt zu raschem Erfolg, der aber durch **Extinktion** (Abbau der Reiz-Reaktions-Verbindung = Kontingenz) nur von kurzer Dauer ist, der Extinktion entgegen wirkt die Stabilität. **Intermittierend** verstärkte

Verhaltensweisen werden besonders tief eingepägt und daher lösungsresistent (z.B. Aberglaube). Im **Quotenplan** beginnt die Verstärkung nach einer bestimmten *Häufigkeit* des gezeigten Verhaltens, im **Intervallplan** zu einer bestimmten *Zeit* nach der das erwünschte Verhalten gezeigt wird.

**Skinner-Box:** Eine Katze wird in einen Käfig eingesperrt, den sie durch Betätigung eines Hebels öffnen kann. Zuerst zeigt die Katze aggressives ungerichtetes Verhalten, was **zufällig** zur Käfigöffnung führt. Nachdem man das Experiment genügend oft wiederholt hat, öffnet die Katze den Käfig mit **gerichtetem** Verhalten nach kurzer Zeit. Klinisch wird diese Methode zur Änderung bereits bestehender Verhaltensweisen eingesetzt (**shaping**; Verhaltensformung).

### Verhaltenstherapie (Bandura, Wolpe)

Modifikation erlernten Fehlverhaltens durch diesem entgegengesetzte Lernvorgänge, die Therapie wird nach einer vorhergehenden systematischen **Verhaltensanalyse** (in der nicht nach einem Konflikt wie in der Psychoanalyse gesucht wird) geplant. Der Patient muss davon überzeugt sein, dass er sein Verhalten effektiv ändern kann (**Selbstwirksamkeit**):

- Analyse des symptomatischen **Verhaltens**.
- Analyse der das Fehlverhalten auslösenden **Reize** (Motivation).
- Definition des **Zielverhaltens**.
- Überprüfung der **Konsequenzen** aus dem Zielverhalten.

Typische am Lernverhalten ausgerichtete Techniken sind:

- Ø Gegenkonditionierung durch *reziproke Hemmung* inadeguater Verhaltensweisen (nach Wolpe).
  - Ø **Systematische Desensibilisierung**, schrittweise Konfrontation → Angst und Entspannung sind nicht vereinbar.
  - Ø **Implosionsbehandlung**: Maximale Konfrontation in der Vorstellung
  - Ø **Reizüberflutung** (flooding): Maximale Konfrontation in Realsituationen.
- Ø Biofeedback.
- Ø Verhaltensmodelle .

### Lernen am Modell / Modelling (Bandura 1976)

Diese Form des Lernens durch die Nachahmung des Verhaltens (Imitation attraktiver Vorbilder) anderer, spielt v.a. bei der **Sozialisierung** eine wesentliche Rolle. Bei den erlernten sozialen Verhaltensweisen handelt es sich z.B. um den Ausdruck von Emotionen (z.B. Angstverhalten) und die Internalisierung von Werten, Normen und Einstellungen (z.B. kulturelle, schichtspezifische oder gesellschaftlichen Verhaltensregeln). Darüber hinaus werden u.a. auch komplexe motorische Vorgänge (z.B. Binden von Schnürsenkeln) am Modell gelernt. Es lassen sich drei Haupteffekte unterscheiden:

- **Beobachtungseffekt:** Durch Beobachtung wird eine völlig neue Verhaltensweise erlernt (Acquisition).
- **Hemmungs-/Enthemmungseffekt:** Durch Beobachtung wird eine bereits vorhandene Verhaltensweise in ihrer Auftretenswahrscheinlichkeit gesteigert bzw. gehemmt
- **Reaktionserleichternder Effekt:** Auftretenswahrscheinlichkeit einer bereits erlernten Verhaltensweise wird durch unterbleibende Hemmung gesteigert.

Die Entwicklung von der Fremd- zur Selbststeuerung) verläuft in drei Stufen:

1. Übernahme von Verhaltensweise durch Lernen am Modell
2. Die Umwelt reagiert auf das gezeigte Verhalten nach der operanten Konditionierung mit Belohnung oder Sanktion
3. Internalisierung der in Stufe 2 erfahrenen Belohnungen/Sanktionen und eigenständige Bewertung zukünftigen Verhaltens anhand der neuen Werte/Normen. Dies führt nicht unbedingt zum idealen Verhalten, sondern kann zum bewußten Eingehen von Risiken (z. B. Rauchen, übermäßiges Trinken) führen.

### SORKC-Modell (Kanfer)

Modell der Verhaltensanalyse (Verhaltensgleichung) im Rahmen der Diagnostik einer Verhaltenstherapie, in der klassische und operante Konditionierung in einem 5-stufigen Lernvorgang zusammengefasst werden:

1. **Stimulus** (S): Reizsituation, umfasst die verhaltensauslösenden Bedingungen (Innere-, soziale-, Umweltsituation).
2. **Organismus** (O): Persönliche Charakteristika (biologische Eigenschaften, Lernverhalten).
3. **Reaktion** ®: Beobachtetes Antwortverhalten (motorisch, verbal, kognitiv, physiologisch).
4. **Kontingenz** (K): Zeitliche Verhaltensabfolge (Verstärkerauswirkungen).
5. **Konsequenz** ©: Verhaltensabhängigkeit von Erfolg oder Misserfolg (positive/negative Verstärker).

## Störungsmodelle der Psychotherapie

### Neurose

Psychosoziale Persönlichkeitsstörung mit *erhaltenem Realitätskontakt*.

Lebensgeschichtlich bedingt (Abhängigkeit, psychosomatische Störung).

- **Phobien** (Angstneurosen) und **Zwangsneurosen**, ohne Zugrundeliegen einer somatoformen Störung. Grundlage ist die negative Verstärkung von **Vermeidungsverhalten** (Stressreduktion).
- **Konversionsneurose**, Abwehrmechanismus unverarbeiteter Konflikte, der sich als körperliche Reaktion (Krämpfe, Schmerzen) äußert (vgl. Grand-mal Anfall bei Hysterie).

- **Borderline-Störung:** Störung, bei welcher der Realitätsbezug *zum Teil* verloren ist; sie äussert sich v.a. in gestörtem Ich-Erleben und zwischenmenschlichen Beziehungen.

## Psychose

Psychische Krankheit, die auf seelischen, häufig mit Angst- und Horrorvorstellungen einhergehenden Störungen unter *Verlust des Realitätskontaktes* beruht.

- **Schizophrenie**, veränderte Realitätswahrnehmung (v.a. akustische Halluzinationen) bei normalem Bewusstsein. Die „Persönlichkeitsspaltung“ ist eine Sonderform.
- **Autismus**, Rückzug in die eigene Vorstellungswelt und Isolation von der Umwelt.
- **Depression**, affektive Störung mit hohem Suizidrisiko, z.T. manisch (mit gehobener Stimmung) oder melancholisch (mit gedrückter Stimmung).
- **Hirndiffuses Psychosyndrom**, bei dem durch organische Störungen des Gehirns Charakter und kognitive Fähigkeiten verändert sind.
- **Hirnlokales Psychosyndrom**, pathologisch irreversible Schädigung des ZNS durch Tumoren, Traumen, Intoxikation (Korsakow-Syndrom), Infektion (Enzephalitis, Meningitis), Epilepsie, endokrine Störungen (Morbus Addison) u.a., wobei die Intelligenz erhalten sein kann.
- **Exogenes Psychosyndrom** bei frühkindlichem Hirnschaden durch Hypoxie bei der Geburt.
- **Delir** mit Bewusstseinsstörungen, optischen Halluzinationen, Wahnvorstellungen, Reizbarkeit oder Tachykardie; z.B. als Entzugsfolge.
- **Dämmerzustand** (nach Anfällen) mit Desorientiertheit, Amnesie; z.B. bei Epilepsie oder als Folge eines Schädel-Hirntraumas.
- **Durchgangssyndrom**, Gedächtnisstörungen ohne Bewusstseins- und Orientierungsstörung.

## Psychoanalyse (Sigmund Freud)

Freud war ein jüdischer bürgerlicher Intellektueller der im Alter von 4 Jahren mit seiner Familie aus Mähren nach Wien immigrierte. Er studierte Naturwissenschaften (u.a. bei Charcot an der Salpêtière, wo er die Hypnose kennenlernte) und wurde Mediziner. Durch jahrelange Selbstanalyse gelangte er zu seiner Theorie der Abwehrmechanismen auf der sein psychoanalytisches Konfliktmodell basiert.

Die wesentlichen Methoden der Diagnostik des Unterbewusstseins sind die **Traumdeutung** („Königsweg zum Unbewussten“), **freie Assoziation** und **Hypnose** - bewusste Absichten (Intentionen) werden nicht berücksichtigt.

Grundlage ist das aus dem topografischen Modell (1900; Vor-, Unter-, und Bewusstsein) hervorgegangene **Instanzenmodell** (1923) mit 3 „psychischen Inhaltsklassen“:

- **Es** (Lust, Primärprozess): Unbewusste Triebquelle (Tabu), die sich in Träumen äussert.
- **Ich** (Realität, Sekundärprozess): Vermittlung zwischen Realität und Wünschen → Konfliktgefahr.
- **Über-Ich** (Gewissen, soziale Werte): Durch Abwehrvorgänge störrisch (→ Neurosen).

Verdrängte Triebwünsche des *Es* müssen durch Kontrolle des *Über-Ich* zu Konflikten des *Ich* führen, die sich zu psychischen Störungen wie Neurosen entwickeln können. Konflikte werden durch Abwehrmechanismen des *Ich* unterdrückt und äussern sich in Träumen und als Fehlleistungen; Freud hat sich dabei insbesondere mit dem Ödipuskomplex (frühkindliche Sexualentwicklung) beschäftigt. Das Ziel der Psychoanalyse ist die Stärkung des *Über-Ich* und eine Reduktion unbewusster Persönlichkeitsanteile, dabei muss ggf. erst der psychische **Widerstand** des Patienten überwunden werden.

### Psychische Abwehrmechanismen des Ich:

- **Verdrängung:** Verlagerung von Triebwünschen in das Unbewusste (klassischer Es-Über-Ich-Konflikt, „innere“ Verleugnung).
- **Verleugnung:** Nicht-Wahrnehmung äusserer Ereignisse.
- **Verschiebung:** Verlagerung von Emotionen auf unbedrohliche Objekte, z.B. Angst vor dem Vater, Chef etc. („Prügelknaben-Phänomen“) wird nicht an diesen, sondern deren Besitz (Auto) abreagiert.
- **Übertragung:** Stereotype Wiederholung eines (meist frühkindlich) erworbenen Erwartungsverhaltens.
- **Projektion:** Übertragung eigener verdrängter Wünsche auf andere („Sündenbock“, vgl. „Prügelknabe“), eine Wiederholung vorhergehender Erfahrungen auf Bezugspersonen wird als **Übertragung** bezeichnet. In der Interaktion zwischen Arzt und Patient kann es zu **Gegenübertragung** mit möglicher verzerrter Wahrnehmung des Arztes durch Projektion von Erfahrungen auf den Patienten kommen.
- **Identifikation:** Übernahme von Werten eines Idols als Abwehr von Minderwertigkeit.
- **Reaktionsbildung:** Kompensation von Trieben durch entgegengesetztes Verhalten („Reinlichkeitsfimmel“ -> anale Tendenzen).
- **Rationalisierung:** Scheinerklärung von Sachverhalten („verwechseltes Laborergebnis“)
- **Isolierung:** Ablösung von Gefühlen zum Gedankeninhalt bei belastenden Ereignissen.
- **Ungeschehenmachen:** Durch Schuldgefühle ausgelöster Versuch bereits Geschehenes nachträglich auszulöschen, z.B. bei Zwangsneurosen.
- **Sublimierung:** Ablenkung sexueller Triebe auf nichtsexuelle Ziele (kann z. B. kreativitätsfördernd wirken).
- **Reaktionsbildung:** Ausbildung von dem Triebwunsch entgegengesetzten Verhaltensweisen.

- **Konversion:** Ausbildung symbolischer körperlicher Symptome (Somatisierung; insb. bei hysterischen Persönlichkeiten).
- **Regression:** Wiederaufnahme von dem Entwicklungsstadium unangemessenen Verhaltensweisen (z. B. Bettnässen).

Die Grundlagen von Störungen liegen in der in 5 Phasen eingeteilten kindlichen Persönlichkeitsentwicklung, aus deren Fehlentwicklung die Störungstypen abgeleitet sind:

1. Orale Phase (1a), orale Befriedigung durch in-den-Mund nehmen.  
 Ø **Orale Persönlichkeit:** Personen mit Störung der Triebabfuhr (dominantes Es) und forderndem Verhalten.
2. Anale Phase (2-4a), Auseinandersetzung mit Autoritäten, oft aggressiv (Autonomie, Selbstkontrolle).  
 Ø **Anale Persönlichkeit:** Autoritäre Personen mit zwanghaftem Sauberkeits-/Ordnungsverhalten.
3. Phallische Phase (4-6a), Entwicklung der Geschlechtlichkeit („ödpale Phase“).  
 Ø **Phallische Persönlichkeit:** Personen mit übersteigertem Konkurrenzdenken.
4. Latenzphase (6-11a), Aufschub der Sexualentwicklung (Geschlechtsreife), Entwicklung von Scham und Ekel.
5. Genitale Phase (Pubertät), Unterordnung des Sexualtriebs unter die Fortpflanzungsfunktion.  
 Ø **Genitale Persönlichkeit:** Ich-starke Personen mit ausgeprägter Liebes-, Bindungs- und Arbeitsfähigkeit.

**Ödipuskomplex:** Psychosexuelle Entwicklungsstörung in der *phallischen* Phase (Entdeckung der Geschlechtlichkeit bis 6a) bei der es zur Werbung um den gegengeschlechtlichen Elternteil, bzw. Rivalität mit dem gleichgeschlechtlichen Elternteil kommt.

### Individualpsychologie (Alfred Adler)

Alfred Adler war ein Wiener Zeitgenosse Freuds (jedoch 14 Jahre jünger) und wie dieser Jude, ohne jedoch im strengen Glauben erzogen worden zu sein. Er war vor allem praktischer Arzt der Mittelschicht und wendete sich insbesondere der Pädagogik und Beratung zu. Adlers Theorie basiert auf der Prägung durch Erlebnisse der frühen Entwicklungsphase, ohne dabei wie Freud auf Sexualität fokussiert zu sein. Von ihm wurden Begriffe wie **Minderwertigkeitskomplex**, **Überkompensation**, **Lebensplan** und **kollektives Unbewusstes** geprägt.

Die wichtigsten Konzepte sind:

- **Geltungsbedürfnis** (Machtstreben), das versucht einem (frühkindlichem) Minderwertigkeitsgefühl zu entkommen. Störungen hierbei können sich als Neurosen äußern.
- **Gemeinschaftsgefühl** (erlernter gesellschaftlicher Umgang).

Beherrscht wird die Persönlichkeit vor allem durch seinen Lebensstil und nicht durch Konflikte.

Ziel der Menschen ist es mit sich und seiner Umgebung im Einklang zu stehen. Triebkonflikte kommen in Adlers Theorie nicht vor, die von einem ganzheitlich-optimistischen Menschenbild ausgeht.

### Klientenzentrierte Gesprächstherapie (Carl Rogers)

Ausgehend von Otto Ranks Konzept der Beziehungstherapie entwickelte der Amerikaner Carl Rogers in den 1940ern sein Konzept der **non-direktiven** Therapie, bei der er davon abrückt, dass es allgemeingültige Konzepte der Konfliktlösung gäbe.

Dabei wird von einem **positiven Menschenbild** (Wertschätzung) ausgegangen, der Therapeut soll dem „Klienten“ durch akzeptierendes Zuhören, **empathische** Nachvollziehung der Emotionen des Klienten und **Echtheit** der Zuwendung (**Selbstkongruenz**) lediglich dabei helfen, ein Stadium der Wahrnehmung zu erlangen, aus dem heraus er zur Konfliktlösung aus sich heraus in der Lage ist.

Ursache psychischer Störungen ist eine Diskrepanz zwischen potentieller („Realität“) und tatsächlicher („Subjektivität“) Wahrnehmung; das „Selbst“ dient der Bewertung der Wahrnehmungen. Wahrnehmungen, die nicht mit dem Selbst vereinbar sind, werden verzerrt oder verleugnet und führen dadurch zu psychischen Störungen.

### Verhaltenstherapie (Skinner et al)

Die von Skinner, Lidsley und Salomon in den 1950ern begründete Verhaltenstherapie fusst auf dem *Behaviorismus* (Watson, experimentell beobachtbares Verhalten). Verhalten wird vor allem durch das „**Black-Box**“ Modell ohne Berücksichtigung des inneren Zustandes erklärt.

Die Symptome gestörten Verhaltens sind durch *konditioniertes Verhalten* bei besonderen Umständen, nicht durch Lernprozesse als solche verursacht.

Bei der Therapie wird eine Verhaltensänderung (z.B. systematische Desensibilisierung) angestrebt, daher wird die Verhaltenstherapie insbesondere bei Phobien (aber auch Depression und Zwangs-/Angstneurosen) angewandt.

- **Respondete Konditionierung:** Koppelung von unbedingten (Futter) mit bedingten Reizen (Glocke), wobei der bedingte Reiz die Reaktion (Speichelfluss) des unbedingten auslösen kann. Fehlgeleitete bedingte Reize können demnach die Ursache von *Phobien* („nicht-adaptives Vermeidungsverhalten“) sein.
- **Operante Konditionierung:** Einflussnahme auf Lernen durch Belohnung und Bestrafung.

Als Weiterentwicklung der klassischen Konditionierungstherapie wurde in den 1970ern die **kognitive Verhaltenstherapie** (Ellis, Beck) entwickelt, welche Elemente der Psychoanalyse einbringt (Emotionen des Patienten werden stärker berücksichtigt), wobei das Unbewusste rein formal und nicht im Freudschen Sinne verstanden wird.

**ABC-Theorie** (Ellis): Erfahrungen (Activity) lösen Überzeugungen (Beliefs) aus, die Konsequenzen (Consequences; Gefühle, Verhaltensweisen) bewirken. Fehlgeleitete Überzeugungen können durch Automatisierung zu Verhaltensstörungen führen.

**Depressionsmodell** (Beck): Durch unangenehme Situation ausgelöste negative Reaktionen (Selbstbestrafung, Hoffnungslosigkeit) werden durch negative Gefühlsregungen (Traurigkeit, Angst) verstärkt.

### Gestalttherapie (Frederik und Lore Perls)

Die Gestalttherapie, deren Wurzeln in der Jugendprotestbewegung liegen, ist eine Form der Psychotherapie, die dazu dient durch unbewußt unterdrückte Bedürfnisse ausgelöste Neurosen durch Bewußtwerdung dieser Bedürfnisse zu heilen.

Ursache von Störungen sind Konflikte zwischen der Freiheit des Individuums und dem Gewissen („Introjekt“).

**Kontaktprozess:** Aufnahme oder Blockade neuer Wahrnehmungen (in 4 Stadien), durch das Verlangen der „Figur“ (Handlungsbereitschaft) vor dem „Hintergrund“ (Umweltreize) gesteuert. Ist die Aufnahme neuer Erfahrungen gestört („Kontaktunterbrechung“), kann es zur Neurosenbildung kommen.

Als Diagnose- und Therapiemethode werden Rollenspiele, Gespräche mit Körperteilen u.ä. verwendet.

### Attributionsschema (Heider)

Im Attributionsschema werden Ursachen als Erklärungen für Ereignisse anhand von Personen- (internal) bzw. Umwelteinflüssen (external) gesucht, die bei Unkontrollierbarkeit zu Hilflosigkeit führen:

- **Internal/external:** Keine eigene/fremde Kontrolle der Situation möglich → Persönliche/allgemeine Hilflosigkeit.
- **Stabil/variabel:** Eindeutige/unbekannte Ursache → Chronische/kurze Hilflosigkeit.
- **Global/spezifisch:** Generelle/eindeutige Ursache → Prognostische Hilflosigkeit.

Der pessimistische Attributionstil (bei Depression) ist gekennzeichnet durch die Merkmale internal-global-stabil.???????

Fundamentale Attributionsfehler: Bei der Beobachtung kann es zur **Akteur-Beobachter-Verzerrung** kommen, da verschiedene Beobachter demselben Ereignis möglicherweise andere Ursachen zuordnen (dispositionelle Attribution: Ursachenvermittlung in der seelischen/leiblichen Verfassung des Akteurs) eine Minderung ist durch Perspektivenwechsel und Annahme einer minimalen Konsistenz von Verhaltensschemata möglich.

### Gelernte Hilflosigkeit (Seligmann)

Hemmung selbstgesteuerten Handelns durch Erfahrung der **Unkontrollierbarkeit** von Konsequenzen einer zielgerichteten Aktion (in traumatischen Situationen), auch wenn positive Erfahrungen in ähnlichen Situationen gemacht wurden. Eine Wiederholung der traumatischen Situation führt zur **Hemmung durch Furcht** (analog der Attribution) mit erhöhtem Katecholaminspiegel, die unüberwunden zu **Depression** (nicht jedoch Aggression) führen kann. Das Konzept wurde aus Konditionierung von Hunden mit Elektroschoks abgeleitet.

Eine Ausweitung des Konzeptes auf das Ausbrechen organischer Erkrankung nach Selbstaufgabe und Aufgegebenfühlen (giving up – given up) durch Hoffnungslosigkeit einer Besserung wurde durch die Psychosomatiker Engel und Schmale vorgenommen.

### Appetenz und Aversion (Lewin, Miller)

Aus dem Verhältnis von Appetenz (Annäherungstendenz) zu Aversion (Vermeidungstendenz) lassen sich 4 Grundformen intrapsychischer Konflikte ableiten:

- **Appetenz-Appetenz-Konflikt:** Bei Entscheidung zwischen 2 gleichzeitig angestrebten unvereinbaren Zielen.
- **Aversions-Aversions-Konflikt:** Bei Entscheidung zwischen 2 gleich unangenehmen Alternativen.
- **Ambivalenzkonflikt:** Entscheidung in Situationen von denen man gleichzeitig angezogen und abgestoßen ist.
- **Doppelter Ambivalenzkonflikt:** 2 Alternativen die jeweils sowohl anziehend als auch abstoßend sind. (In der Ethnologie wird mit Appetenz ein Suchverhalten bezeichnet!).