

1. Alkoholabhängigkeit

1.1 Unter Dipsomanie versteht man ein(e)(en)

- (A) bestimmte Störung der Hypophysenfunktion infolge von Hypophysenerkrankungen
- (B) Symptom einer Zwischenhirnstörung aufgrund verschiedener Ursachen
- (C) in Abständen auftretenden Drang, Alkohol zu sich zu nehmen
- (D) vermehrte Kauflust bei der manischen Verstimmung die zu hoher Verschuldung führen kann
- (E) (obsoletes) Synonym für weibliche Homosexualität

1.2 Bestimmte Prägnanztypen des Alkoholismus (nach Jellinek) zeigen folgende charakteristische Merkmale:

- 1) Beim Alpha-Typ besteht nur zeitweilig psychische Abhängigkeit, kein Kontrollverlust, die Fähigkeit zur Abstinenz ist erhalten.
- 2) Beim Beta-Typ handelt es sich um übermäßigen, aber nicht regelmäßigen Alkoholkonsum (Typ des Wochenendtrinkers)
- 3) Beim Gamma-Typ besteht Kontrollverlust, doch sind Perioden vollständiger Abstinenz möglich.
- 4) Delta-Alkoholiker können den Alkoholkonsum in Kontrolle halten, sind aber unfähig zur Abstinenz.

- (A) nur 1 und 2 sind richtig
- (B) nur 2 und 3 sind richtig
- (C) nur 1, 2 und 3 sind neblig
- (D) nur 1, 3 und 4 sind richtig
- (E) 1-4 = alle sind richtig

1.3 Ordnen Sie dem Trinkverhalten (Liste 1) den jeweiligen Alkoholiker-Typus (nach Jellinek) aus Liste 2 zu:

Liste 1

1.3 Konflikttrinken ohne Kontrollverlust. Fähigkeit zur Abstinenz

1.4 kontinuierlicher, relativ rauscharmer Konsum mit körperlicher Abhängigkeit, ohne Kontrollverlust

Liste 2

(A) Alpha-Typus

(B) Beta-Typus

(C) Gamma-Typus

(D) Delta-Typus

(E) Epsilon-Typus

1.5 Beim sogenannten Epsilon-Alkoholismus (nach Jellinek) handelt es sich um

(A) die häufigste Form der Alkoholabhängigkeit

(B) fortwährendes, aber rauscharmes Trinken

(C) periodisches Trinken (Dipsomanie)

(D) das charakteristische Endstadium der Alkoholabhängigkeit

(E) regelmäßiges Trinken mit Kontrollverlust (und Toleranzerhöhung)

1.6 Bei welcher der folgenden Formen des Alkoholismus (nach Jellinek) fehlt die Fähigkeit zur Abstinenz obwohl kein Kontrollverlust besteht?

- (A) Alpha-Alkoholismus
- (B) Beta-Alkoholismus
- (C) Gamma-Alkoholismus
- (D) Delta-Alkoholismus
- (E) Epsilon-Alkoholismus

1.7 Delta-Alkoholismus (nach Jellinek) ist vor allem gekennzeichnet durch:

- (A) Kontrollverlust
- (B) Unfähigkeit zur Abstinenz
- (C) episodische Alkoholexzesse (Dipsomanie)
- (D) Erleichterungstrinken mit Erregungszuständen
- (E) unregelmäßiges gelegentliches Trinken ("Wochenendtrinker")

1.8 Zur Prodromalphase des Alkoholismus gehört nach Jellinek:

- (A) Toleranzverlust
- (B) verlängerte Rausche
- (C) heimliches Trinken
- (D) Kontrollverlust nach Trinkbeginn
- (E) auffallendes Selbstmitleid

1.9 Welche Aussage trifft **nicht** zu?

Im Delirium tremens finden sich folgende typische Phänomene:

- (A) vermehrte Suggestibilität
- (B) systematisierter Wahn
- (C) optische Halluzinationen
- (D) vegetative Störungen
- (E) Bewusstseinsstörung

1.10 In bezug auf das psychopathologische Bild und die Entstehung deliranter Syndrome sind folgende Aussagen zutreffend:

- (1) Optische (oft szenische) Halluzinationen sind häufig.
- (2) Auch Akoasmen kommen vor.
- (3) Die Patienten sind in der Regel zeitlich und örtlich orientiert.
- (4) Delirante Syndrome beim Alkoholismus sind relativ häufig durch plötzliche und unkontrollierte Abstinenz ausgelöst.

- (A) nur 1 und 2 sind richtig
- (B) nur 1 und 4 sind richtig
- (C) nur 2 und 3 sind richtig
- (D) nur 1, 2 und 4 sind richtig
- (E) 1-4 = alle sind richtig

1.11 Ein 34jähriger Mann wird nach Sturz vom Baugerüst mit Rippenserien- und Wirbelkörperfrakturen in die Chirurgie eingeliefert. Am zweiten Tag nach der stationären Aufnahme wird er unruhig nestelt am Bettzeug; er ist kaum noch im Bett zu halten, da er seine Situation offenbar verkennt.

Welches der genannten Krankheitsbilder liegt hier am wahrscheinlichsten vor?

- (A) beginnende Katatonie
- (B) Morbus Alzheimer
- (C) beginnendes Alkoholdelir
- (D) Wernicke-Enzephalopathie
- (E) psychisch-reaktiv ausgelöste Psychose

1.12 Beim Alkoholdelir kommt es häufig zu:

- (1) Hyperhidrosis
- (2) Pleozytose im Liquor cerebrospinalis
- (3) szenischen Halluzinationen

- (A) nur 3 ist richtig
- (B) nur 1 und 2 sind richtig
- (C) nur 1 und 3 sind richtig
- (D) nur 2 und 3 sind richtig
- (E) 1-3 = alle sind richtig

1.13 Welche Aussage trifft **nicht** zu?

Zu den typischen Phänomenen beim Alkoholdelir zählen:

- (A) Personenverkennungen
- (B) vermehrte Suggestibilität
- (C) Denksperre
- (D) Schreckhaftigkeit
- (E) Tachykardie

1.14 Welche Aussage trifft **nicht** zu?

Zu den typischen Merkmalen des Alkoholdelirs zählen:

- (A) zeitliche Desorientiertheit
- (B) akustische Halluzinose
- (C) ständige Nestelbewegungen
- (D) örtliche Desorientiertheit
- (E) Erhöhung der Körpertemperatur

1.15 Das Delirium tremens

- (1) ist insgesamt seltener als die Alkoholhalluzinose
- (2) ist u. a. gekennzeichnet durch szenische Halluzinationen
- (3) findet sich nicht selten schon als Folge eines einmaligen exzessiven Alkoholgenusses

- (A) nur 1 ist richtig
- (B) nur 2 ist richtig
- (C) nur 1 und 2 sind richtig
- (D) nur 2 und 3 sind richtig
- (E) 1-3 = alle sind richtig

1.16 Welche der folgenden Aussagen über das Bild der typischen Alkoholhalluzinose treffen zu?

- (1) Eine ausgeprägte Bewusstseinstörung fehlt.
- (2) Akustische Halluzinationen bei paranoid-ängstlicher Gemüthsstimmung sind charakteristisch.
- (3) Eine sinn- und zwecklose stereotype Leerlaufmotorik (Nesteln, Fadenziehen) ist charakteristisch.
- (4) Eine Alkoholhalluzinose dauert in der Regel nicht länger als Stunden.

- (A) nur 1 und 2 sind richtig
- (B) nur 2 und 3 sind richtig
- (C) nur 1, 2 und 3 sind richtig
- (D) nur 1, 3 und 4 sind richtig
- (E) 1-4 = alle sind richtig

1.17 Welche der folgenden Aussagen über das Erscheinungsbild der Alkoholhalluzinose trifft/treffen zu?

- (1) Typisch sind akustische Halluzinationen.
- (2) Trotz der Bezeichnung Halluzinose treten in der Regel primäre Wahnerscheinungen - nicht nur abgeleiteter Wahn - stärker hervor als Halluzinationen.
- (3) Eine Bewusstseinsstrübung als Voraussetzung für die Entstehung der Halluzinose ist fast immer nachweisbar.

- (A) nur 1 ist richtig
- (B) nur 3 ist richtig
- (C) nur 1 und 2 sind richtig
- (D) nur 1 und 3 sind richtig
- (E) nur 2 und 3 sind richtig

1.18 Ein Patient, von dem ein langjähriger Alkoholabusus bekannt ist, berichtet, seit mehreren Tagen Stimmen zu hören, die ihn bedrohen. Es seien viele und sehr laute Stimmen, so als ob das ganze Dorf, in dem er wohne, sich versammelt habe. Aus Angst, dass man ihn totschlagen wolle, wage er kaum noch die Wohnung zu verlassen und verstecke sich vor seinen Feinden.

Welches Krankheitsbild kommt am wahrscheinlichsten in Betracht?

- (A) paranoid-halluzinatorische Schizophrenie
- (B) Alkohol-Delir
- (C) Alkohol-Halluzinose
- (D) sensitiver Beziehungswahn
- (E) Angstneurose

1.19 Das Bild der Alkoholhalluzinose ist vor allem gekennzeichnet durch

- (A) optische Halluzinationen
- (B) Desorientiertheit
- (C) akustische Halluzinationen
- (D) Bewusstseinsstrübung
- (E) Suggestibilität

1.20 Bei einem Alkoholkranken treten plötzlich akustische Halluzinationen in Form von Stimmen auf, die ihn - zum Teil im Chor - beschimpfen und ihm Böses androhen.

Dieses Syndrom spricht am wahrscheinlichsten für ein(e)(en)

- (A) zusätzlich bestehende Schizophrenia simplex
- (B) beginnendes Delir
- (C) pathologischen Rausch
- (D) Alkoholhalluzinose
- (E) komplizierten Rausch

1.21 Akustische Halluzinosen mit Hören von zahlreichen Stimmen bedrohlichen Inhalts (Sprechchöre) deuten in diagnostischer Hinsicht vor allem hin auf

- (A) wahnhafte Personenverkenning bei Schizophrenie
- (B) eine Alkoholpsychose
- (C) Simulation
- (D) eine paranoide Psychose bei Schwerhörigkeit
- (E) eine posttraumatische Psychose

1.22 Alkoholhalluzinose und Alkoholdelir unterscheiden sich voneinander durch

- (1) die relative Harmlosigkeit des Delirs gegenüber der Alkoholhalluzinose bezüglich der akuten Lebensgefahr
- (2) das häufigere Auftreten von akustischen Halluzinationen bei der Alkoholhalluzinose
- (3) das weitgehende Fehlen vegetativer Symptome beim Delir

- (A) nur 2 ist richtig
- (B) nur 3 ist richtig
- (C) nur 1 und 2 sind richtig
- (D) nur 2 und 3 sind richtig
- (E) 1-3 = alle sind richtig

1.23 Die Alkoholhalluzinose unterscheidet sich vom Alkoholdelir durch

- (1) das häufigere Auftreten von optischen Halluzinationen bei der Alkoholhalluzinose
- (2) das wesentlich geringere Auftreten vegetativer Symptome bei der Alkoholhalluzinose
- (3) das rasche Abklingen der Alkoholhalluzinose bei sinkendem Alkoholspiegel

- (A) nur 1 ist richtig
- (B) nur 2 ist richtig
- (C) nur 1 und 2 sind richtig
- (D) nur 2 und 3 sind richtig
- (E) 1-3 = alle sind richtig

1.24 Der sogenannte "Eifersuchtswahn" bei Alkoholkranken ist durch folgendes gekennzeichnet:

- (1) Er zeigt sich überwiegend bei Männern
- (2) Maßlosigkeit der entsprechenden Beschuldigungen
- (3) optische Halluzinationen

- (A) nur 2 ist richtig
- (B) nur 1 und 2 ist richtig
- (C) nur 1 und 3 sind richtig
- (D) nur 2 und 3 sind richtig
- (E) 1-3 = alle sind richtig

1.25 Chronischer Alkoholabusus führt **am wenigsten** wahrscheinlich zu:

- (A) Polyneuropathie
- (B) Kleinhirnvorderlappenatrophie
- (D) Zervikaler Myelopahtie
- (C) Abduzensparese
- (E) Großhirnrindenatrophie

1,1 C
1,2 E
1,3 A
1,4 D
1,5 C
1,6 D
1,7 B
1,8 C
1,9 B
1,10 D
1,11 C
1,12 C
1,13 C
1,14 B
1,15 B
1,16 A
1,17 A
1,18 C
1,19 C
1,20 D
1,21 B
1,22 A
1,23 B
1,24 B
1,25 C

2. Sexualstörungen, Sexualabweichungen

2.1 Welche Aussage trifft **nicht** zu?

Folgende Konfliktbereiche sind psychodynamisch häufig von Bedeutung bei der sexuellen Impotenz beim Mann:

- (A) Bestehenbleiben starker Gefühlsbindung an einen Elternteil
- (B) latente Aggressivität gegenüber der Frau
- (C) unbewusster Gebärneid des Mannes gegenüber der Frau
- (D) Selbstunsicherheit infolge mangelnder männlicher Identitätsfindung
- (E) unbewusste Straf- und Beschädigungsängste

2.2 Die Ejaculatio praecox zählt man in der Sexualmedizin üblicherweise zum Bereich der

- (A) sexuellen Funktionsstörungen
- (B) sexuellen Identitätsstörungen
- (C) sexuellen Perversionen
- (D) Störungen der sexuellen Orientierung
- (E) sexuellen Deviationen

2.3 Welche der folgenden Aussagen zu sexuellen Funktionsstörungen des Mannes trifft **nicht** zu?

- (A) Sexuelle Funktionsstörungen beobachtet man unter der Therapie mit Antidepressiva.
- (B) Eine Ejaculatio praecox ist so gut wie immer organisch bedingt.
- (C) Psychisch bedingte Erektionsstörungen sind sehr oft Folge unbewusster neurotischer Partnerkonflikte.
- (D) Zur Behandlung sexueller Funktionsstörungen ist eine Paar-Therapie besonders geeignet.
- (E) Sexuelle Funktionsstörungen finden sich im Rahmen depressiver Phasen der Zykllothymie.

2.4 Die Impotentia erectionis des Mannes kann auf folgender Ursache (folgenden Ursachen) beruhen:

- (1) Unsicherheit hinsichtlich der eigenen männlichen Identität
- (2) Diabetes mellitus
- (3) Wirkung von Neuroleptika
- (4) Wirkung von Antiandrogenen
- (5) chronischer Alkoholismus

- (A) nur 1 ist richtig
- (B) nur 1, 4 und 5 sind richtig
- (C) nur 1, 2, 4 und 5 sind richtig
- (D) nur 2, 3, 4 und 5 sind richtig
- (E) 1 – 5 = alle sind richtig

2.5 Die Impotentia satisfactionis ist definiert als:

- (A) Unfähigkeit, die Partnerin sexuell zu befriedigen
- (B) Unfähigkeit zur Kohabitation
- (C) erektive Impotenz
- (D) Zeugungsunfähigkeit trotz unauffälligem sexuellem Vollzug
- (E) Keine der Aussagen (A) - (D) trifft zu.

2.6 Welche der Aussagen über sexuelle Störungen treffen zu?

- (1) Sexuelle Funktionsstörungen sind häufig seelisch bedingt.
- (2) Das kennzeichnende Merkmal der Impotentia satisfactionis ist die Zeugungsunfähigkeit.
- (3) Die Ejaculatio retardata geht oft mit psychischer Verstimmung einher.

- (A) nur 3 ist richtig
- (B) nur 1 und 2 sind richtig
- (C) nur 1 und 3 sind richtig
- (D) nur 2 und 3 sind richtig
- (E) 1-3 = alle sind richtig

2.7 Welches ist die häufigste und charakteristische Ursache der Impotentia generandi des Mannes?

- (A) Ejaculatio praecox
- (B) Rückenmarksleiden
- (C) Störung der Spermiogenese
- (D) Partnerkonflikt
- (E) Perversion

2.8 Das Thema "Penis captivus" ist vor allem von Bedeutung in folgendem Bereich:

- (A) sexuelle Funktionsstörungen
- (B) sexuelle Identitätsstörungen
- (C) männliche Angstphantasien
- (D) Perversionen
- (E) Sexualdelinquenz

2.9 Ein 54-jähriger Mann klagt über Abnahme der Potenz. Er habe früher 2-3mal pro Nacht Geschlechtsverkehr mit seiner Partnerin durchgeführt. Jetzt gelinge ihm ein zweiter Sexualakt im Anschluss an einen ersten nicht mehr.

Als Grund kommen in Betracht:

- (1) Ablehnung durch die Partnerin
- (2) Diabetes mellitus
- (3) altersentsprechende Refraktärzeit
- (4) depressive Verstimmung
- (5) Einnahme von niederpotenten Neuroleptika

- (A) nur 2 und 5 sind richtig
- (B) nur 1,2 und 4 sind richtig
- (C) nur 1,3 und 4 sind richtig
- (D) nur 2,3 und 5 sind richtig
- (E) 1-5 = alle sind richtig

2.10 Welche Aussage trifft **nicht** zu?

Folgende Konfliktbereiche sind psychodynamisch häufig von Bedeutung bei funktionellen Sexualstörungen bei Frauen:

- (A) unbewusste Strafangst wegen Übertretung eines verinnerlichten Sexualtabus
- (B) Nichtakzeptieren der eigenen Geschlechtsrolle bei problematischer Beziehung zur eigenen Mutter
- (C) Bestehen bleiben starker Gefühlsbindung an den Vater
- (D) unbewusste Vorstellung vom Mann als aggressiv und ausbeuterisch
- (E) unbewusster Kinderwunsch in Identifikation mit der eigenen Mutter

2.11 Unter Dyspareunie versteht man:

- (A) Schmerzen bei der Frau im Genitalbereich beim Sexualverkehr
- (B) Häufung von Situationen der Kollusion in der ehelichen Beziehung
- (C) männliche Impotenz aus psychischer Ursache
- (D) Kontraktion des M. bulbocavernosus und des M. levator ani bei Penetrationsversuch
- (E) vorzeitiger Samenerguss (vor Erreichen des Orgasmus beim Mann)

2.12 Welche der folgenden Aussagen beschreibt am zutreffendsten den Vaginismus?

- (A) geringe oder völlig aufgehobene sexuelle Triebstärke bei der Frau aufgrund psychischer Ursachen
- (B) der Frau ist es nicht möglich - trotz ansonsten ungestörtem Geschlechtsverkehr - vaginalen Orgasmus zu erreichen
- (C) unwillkürliche Kontraktion der Beckenbodenmuskeln als Reaktion auf den Versuch zur Immissio penis
- (D) Aufgrund klitoraler Unerregbarkeit ist für die Frau ein Orgasmus lediglich durch Stimulation der Vagina erreichbar
- (E) Fehlbildung der Vagina bei klassischen Fällen von Intersexualität

2.13 Im Rahmen der Therapie bei Vaginismus ist/sind indiziert:

- (1) Vaginaldilatation in Narkose
 - (2) systematische Desensibilisierung
 - (3) Masters-Johnson-Therapie
-
- (A) nur 1 ist richtig
 - (B) nur 1 und 2 sind richtig
 - (C) nur 1 und 3 sind richtig
 - (D) nur 2 und 3 sind richtig
 - (E) 1-3 = alle sind richtig

2.14 Die Masters-Johnson-Therapie ist indiziert zur Behandlung von:

- (1) Homosexualität
- (2) Vaginismus
- (3) psychogener Erektionsstörung
- (4) Nymphomanie

- (A) nur 1 und 4 sind richtig
- (B) nur 2 und 3 sind richtig
- (C) nur 3 und 4 sind richtig
- (D) nur 1, 2 und 3 sind richtig
- (E) 1-4 = alle sind richtig

2.15 Die Masters-Johnson-Therapie ist

- (A) eine symptomorientierte Paartherapie sexueller Funktionsstörungen
- (B) eine psychoanalytisch orientierte Paartherapie
- (C) ein psychoanalytisch orientiertes familientherapeutisches Verfahren
- (D) ein kombiniertes medikamentös-psychotherapeutisches Verfahren zur Behandlung sexueller Störungen
- (E) eine symptomorientierte Verhaltenstherapie der sexuellen Perversionen

2.16 Welche der Aussagen über die Therapie bei Sexualstörungen treffen zu?

- (1) Bei Patientinnen mit Vaginismus ist häufig eine Hymenektomie indiziert.
- (2) Bei Frigidität der Frau ist im allgemeinen eine hormonelle Behandlung erforderlich.
- (3) Bei impotenten Patienten ist im allgemeinen die Verordnung eines Testosteronpräparates erforderlich.

- (A) Keine der Aussagen 1-3 ist richtig.
- (B) nur 1 ist richtig
- (C) nur 2 ist richtig
- (D) nur 3 ist richtig
- (E) nur 1 und 3 sind richtig

2.17 Bei der Behandlung von Sexualstörungen haben - von den nachfolgend genannten - folgende 2 die günstigste Prognose:

- (1) Ejaculatio praecox
 - (2) Masochismus
 - (3) Vaginismus
 - (4) Transsexualität
-
- (A) nur 1 und 2 sind richtig
 - (B) nur 1 und 3 sind richtig
 - (C) nur 1 und 4 sind richtig
 - (D) nur 2 und 3 sind richtig
 - (E) nur 2 und 4 sind richtig

2.18 Welche der Aussagen hinsichtlich abweichenden sexuellen Verhaltens von Männern treffen zu?

- (1) Unter Fetischismus versteht man das Zeigen der entblößten männlichen Genitalien vor Frauen oder Kindern mit oder ohne gleichzeitige Masturbation.
 - (2) Bei der Pädophilie richtet sich der Trieb per definitionem ausschließlich auf Knaben (nicht auf Mädchen).
 - (3) Die „Unzucht mit Kindern“ als kriminalistischer Tatbestand kommt überzufällig häufig bei psychoorganisch veränderten senilen Männern vor.
-
- (A) Keine der Aussagen 1-3 ist richtig.
 - (B) nur 2 ist richtig
 - (C) nur 3 ist richtig
 - (D) nur 1 und 3 sind richtig
 - (E) nur 2 und 3 sind richtig

2. 19 Welche der folgenden Aussagen über sexuelle Deviationen trifft **nicht zu**?

- (A) Beim Voyeurismus erfolgt die sexuelle Befriedigung charakteristischerweise mit Hilfe von dem anderen Geschlecht zugehörigen Gegenständen (Teile der Kleidung, usw.).
- (B) Exhibitionismus gehört zu den häufigsten kriminalistischen Tatbeständen auf dem Gebiet des Sexualstrafrechts.
- (C) Geschlechtsverkehr zwischen Mutter und leiblichem Sohn wird als Inzest bezeichnet.
- (D) Die homosexuelle Beziehung von erwachsenen Männern mit Knaben bezeichnet man auch als Päderastie.
- (E) Haben zwei leibliche Geschwister (Bruder und Schwester) miteinander Geschlechtsverkehr, so fällt dies unter den Begriff Inzest.

2.20 Welche der Aussagen über sexuelle Störungen treffen zu?

- (1) Masturbation mit Überwertigkeit gegenüber dem normalen sexuellen Vorgang kann in Einzelfällen den Charakter einer sexuellen Störung bekommen.
- (2) Pathologisches, heimliches - sexuell motiviertes - Beobachten des sexuellen Vollzuges anderer bezeichnet man als Voyeurismus.
- (3) Unter Nekrophilie versteht man die sexuell motivierte Lust am Töten.

- (A) nur 1 ist richtig
- (B) nur 1 und 2 sind richtig
- (C) nur 1 und 3 sind richtig
- (D) nur 2 und 3 sind richtig
- (E) 1-3 = alle sind richtig

2.21 Welche Aussage(n) über Exhibitionismus trifft (treffen) zu?

- (1) Exhibitionismus geht meist mit Minderbegabung einher.
- (2) Exhibitionisten haben - außerhalb ihrer exhibitionistischen Handlungen - in der Regel keine heterosexuellen Kontakte.
- (3) Exhibitionisten neigen sehr häufig auch zu Vergewaltigungen.

- (A) Keine der Aussagen trifft zu.
- (B) nur 2 ist richtig
- (C) nur 3 ist richtig
- (D) nur 1 und 2 sind richtig
- (E) nur 2 und 3 sind richtig

2.22 Welche der Aussagen über die als Exhibitionismus bezeichnete Störung trifft/treffen zu?

- (1) Es handelt sich oft um Persönlichkeiten, die im allgemeinen gehemmt und schüchtern sind.
- (2) Exhibitionismus tritt häufig bei Epileptikern auf.
- (3) Exhibitionismus ist durch Psychotherapie in aller Regel nicht beeinflussbar.
- (4) Exhibitionismus wird im allgemeinen durch operative Kastration behandelt.

- (A) nur 1 ist richtig
- (B) nur 1 und 3 sind richtig
- (C) nur 3 und 4 sind richtig
- (D) nur 1, 3 und 4 sind richtig
- (E) 1-4 = alle sind richtig

2.24 Unter Päderastie versteht man:

- (A) sexuelle Beziehung von erwachsenen Männern zu Knaben
- (B) alle Arten der unphysiologisch gesteigerten Sexualität bei Kindern
- (C) die Kindesmisshandlung durch psychisch gestörte Erwachsene, die nicht Eltern des Kindes sind
- (D) die homosexuellen Handlungen von Kindern oder Jugendlichen miteinander, die sämtlich jünger als 14 Jahre sind
- (E) die gemeinsamen gegengeschlechtlichen sexuellen Handlungen von Kindern oder Jugendlichen, die miteinander verwandt sind.

2.25 Wie lautet die Bezeichnung für die Sexualdeviation, welche durch eine triebhafte sexuelle Neigung zu Kindern beiderlei Geschlechts gekennzeichnet ist?

- (A) Hermaphroditismus
- (B) Nymphomanie
- (C) Transsexualismus
- (D) Sodomie
- (E) Keine der Aussagen (A) - (D) trifft zu.

2.26 Die Diagnose einer sexuellen Perversion lässt sich häufig - wenn auch nicht in jedem Fall - erhärten durch:

- (A) Nachweis einer Vermehrung flacher Theta-Wellen im Temporallappenbereich im EEG.
- (B) Nachweis einer Vermehrung des freien Testosterons im Plasma.
- (C) Nachweis einer XXY Chromosomen-Anomalie.
- (D) Nachweis einer Hyperplasie im Ventromedialkern des Hypothalamus.
- (E) Keine der Aussagen (A) - (D) trifft zu.

Folgende Angaben beziehen sich auf die Aufgaben Nr. 2.29 und 2.30

Bei der Anamneseerhebung bei einem 23jährigen, bislang erfolgreichen, angestellten Geschäftsmann, der wegen eines beruflichen Konflikts die psychotherapeutische Beratung aufgesucht hat, stellt sich heraus, dass sein Arbeitgeber ihn wegen seiner Homosexualität unter Druck gesetzt hat und versucht, ihn aus der Firma zu drängen. Der männlich wirkende Patient lebt seit längerer Zeit mit einem gleichgeschlechtlichen Partner zusammen und dieses hatte im Betrieb Anstoß erregt.

2.29 Welche Diagnose lässt sich hinsichtlich des sexuellen Verhaltens des Patienten am ehesten treffen?

- (A) Nothomosexualität
- (B) Neigungshomosexualität
- (C) Pseudohomosexualität
- (D) Entwicklungshomosexualität
- (E) Transsexualität

2.30 Welche der folgenden Maßnahmen kommt am wahrscheinlichsten in Betracht?

- (A) situative Beratung
- (B) Psychoanalyse
- (C) Hypnose
- (D) Biofeedback
- (E) Suggestivtherapie

2.31 Typisch für den Transvestitismus ist/sind:

- (1) Neigung, Kleidung des anderen Geschlechts zu tragen.
 - (2) Zumeist bestehen sexuelle Kontakte zu Homosexuellen.
 - (3) Frauen sind häufiger vertreten als Männer.
-
- (A) nur 1 ist richtig
 - (B) nur 1 und 2 sind richtig
 - (C) nur 1 und 3 sind richtig
 - (D) nur 2 und 3 sind richtig
 - (E) 1-3 = alle sind richtig

2.32 Beim Transvestitismus handelt es sich per definitionem um

- (A) eine besondere Form homoerotischen Verhaltens
- (B) ein Depersonalisationsphänomen, wie es bei schizophrenen Psychosen, aber auch bei Neurosen. vor kommt
- (C) die unkorrigierbare Gewissheit, dem anderen Geschlecht anzugehören und mit den äußeren Geschlechtsmerkmalen des anderen Geschlechts versehen zu sein
- (D) den ausschließlichen Wunsch, durch operative oder medikamentöse Maßnahmen Eigenschaften des anderen Geschlechts zu erwerben
- (E) Keine der Aussagen (A) - (D) trifft zu.

2.33 Beim Transsexualismus handelt es sich um

- (A) das ausschließliche Verlangen nach Tragen der Kleider des anderen Geschlechts
- (B) eine normale Durchgangsphase bei der Entwicklung der Sexualität
- (C) ein Synonym für Homosexualität
- (D) das Verlangen nach Wechsel der Geschlechtszugehörigkeit
- (E) eine spezielle sexuelle Funktionsstörung

2.34 Unter Transsexualismus versteht man:

- (A) eine besonders feminine Verhaltensweise männlicher Homosexueller
- (B) eine Übergangsphase in der kindlichen Sexualentwicklung
- (C) eine Form devianten Sexualverhaltens, die häufig in sog. „Sittlichkeits-Verbrechen“ einmündet
- (D) eine bestimmte angeborene Störung mit gegengeschlechtlichem Erscheinungsbild von Gonaden und äußeren Geschlechtsmerkmalen.
- (E) Keine der Aussagen (A) - (D) trifft zu

2.35 Welche der folgenden Aussagen über die Therapie beim Transsexualismus bei Männern trifft zu?

- (1) Eine Personenstandsänderung ist laut Gesetz in der Bundesrepublik Deutschland unter bestimmten Bedingungen zulässig.
- (2) Die Entwicklung der sexuellen Selbstidentität wird angestrebt.
- (3) Applikation von Östrogenen ist in aller Regel kontraindiziert.

- (A) nur 2 ist richtig
- (B) nur 3 ist richtig
- (C) nur 1 und 2 sind richtig
- (D) nur 2 und 3 sind richtig
- (E) 1-3 = alle sind richtig

2.1 C
2.2 A
2.3 B
2.4 E
2.5 E
2.6 C
2.7 C
2.8 C
2.9 E
2.10 E
2.11 A
2.12 C
2.13 D
2.14 B
2.15 A
2.16 A
2.17 B
2.18 C
2.19 A
2.20 B
2.21 A
2.22 A
2.23 A
2.24 A
2.25 E
2.26 E
2.27 E
2.28 E
2.29 B
2.30 A
2.31 A
2.32 E
2.33 D
2.34 E
2.35 C

3. Suizid

3.1 Welche der folgenden Angaben über die Häufigkeit von Suizidtoten in der Bundesrepublik Deutschland trifft am ehesten zu?

- (A) Schätzungsweise ist die Zahl der Suizidtoten gleich hoch wie die Zahl der Suizidversuche.
- (B) Nur etwa jede 100. Suizidhandlung führt zum Tode des Betroffenen.
- (C) Die Anzahl der Suizidtoten pro Jahr entspricht annähernd etwa der Zahl der jährlichen Verkehrstoten.
- (D) Die Häufigkeit von Suizidtoten ist in allen Altersgruppen etwa gleich.
- (E) Die Anzahl jährlicher Suizidtoter überschreitet die Zahl 10.000 nicht.

3.2 Welche der folgenden Aussagen über den zahlenmäßigen Anteil der beiden Geschlechter bei Todesfällen durch Suizid trifft zu?

- (A) Beide Geschlechter sind gleich häufig vertreten.
- (B) Das männliche Geschlecht ist deutlich häufiger vertreten als das weibliche.
- (C) Das weibliche Geschlecht überwiegt geringfügig gegenüber dem männlichen.
- (D) Das weibliche Geschlecht ist sehr viel stärker vertreten als das männliche.
- (E) Das Geschlechterverhältnis kehrt sich mit zunehmendem Alter um.

3.3 Die höchste Suizidrate findet sich in der folgenden Altersgruppe (bezogen auf die Bundesrepublik Deutschland):

- (A) 15-20 Jahre
- (B) 20-30 Jahre
- (C) 30-40 Jahre
- (D) 40-50 Jahre
- (E) älter als 60 Jahre

3.4 Welche der folgenden Aussagen zur Suizidhäufigkeit treffen zu?

- (1) Männer zeigen statistisch gesehen eine höhere Suizidrate als Frauen.
 - (2) Suizid zählt bei jungen Erwachsenen um das 20. Lebensjahr zu den häufigsten Todesursachen.
 - (3) Die Suizidgefährdung wird ab dem 60. Lebensjahr mit zunehmendem Alter statistisch gesehen kontinuierlich geringer.
-
- (A) nur 1 ist richtig
 - (B) nur 1 und 2 sind richtig
 - (C) nur 1 und 3 sind richtig
 - (D) nur 2 und 3 sind richtig
 - (E) 1-3 alle sind richtig

3.6 Welche der Aussagen über Suizid und Suizidversuch treffen zu?

- (1) Wer einen Suizidversuch begangen hat, begeht einen zweiten Suizidversuch in der Regel nicht mit der gleichen Methode.
 - (2) Ledige begehen häufiger Suizidversuche als Verheiratete.
 - (3) Männer wählen durchschnittlich „aggressivere“ Suizidtechniken als Frauen.
 - (4) Bei vollendeten Suiziden finden sich gehäuft Suizidanten mit psychotischer Erkrankung in der Vorgeschichte.
 - (5) Bei medikamentösem Suizidversuch - insbesondere bei Jugendlichen - lässt sich der "Ernst der Tötungsabsicht" an der verwendeten Dosis und der Art des Medikamentes meist nicht ablesen.
-
- (A) nur 1, 2 und 4 sind richtig
 - (B) nur 2, 3 und 5 sind richtig
 - (C) nur 3, 4 und 5 sind richtig
 - (D) nur 2, 3, 4 und 5 sind richtig
 - (E) 1-5 alle sind richtig

3.7 Welche der folgenden Aussagen zur Suizidalität trifft/treffen zu?

- (1) Nur weniger als 10% der Selbstmörder geben vor der Suizidhandlung Signale (verbale Andeutungen etc.).
- (2) Bei angekündigtem Selbstmord oder bei Verdacht auf Suizidneigung sollte man mit dem Betreffenden dieses Thema ansprechen.
- (3) Der Versuch abzuschätzen, ob bei einem Patienten Suizidgefahr vorliegt, ist grundsätzlich ein vergebliches Unterfangen

- (A) nur 1 ist richtig
- (B) nur 2 ist richtig
- (C) nur 3 ist richtig
- (D) nur 1 und 2 sind richtig
- (E) nur 1 und 3 sind richtig

3.10 Welche Aussage trifft **nicht** zu?

Es gibt Gruppen von Menschen, die aufgrund bestimmter Merkmale bzw. Auffälligkeiten besonders suizidgefährdet sind (sogen. Risikogruppen).

Hierzu gehören folgende Gruppen:

- (A) endogen Depressive
- (B) Schizophrene
- (C) Hausfrauen mit Kindern im Kleinkindalter
- (D) Alkoholsüchtige
- (E) alte Menschen mit hirnorganischem Psychosyndrom

3.11 Welche der folgenden Umstände sind bei einem Patienten, der sich nach der Trennung von seinem Ehepartner in einer akuten Lebenskrise befindet, als das Suizidrisiko erhöhend zu berücksichtigen?

- (1) frühere Selbstmordversuche des Patienten
 - (2) eine endogen depressive Erkrankung des Patienten
 - (3) eine zunehmende Abkapselung und Isoliertheit von anderen Menschen
 - (4) eine Abhängigkeit von Alkohol oder Drogen
-
- (A) nur 1 und 3 sind richtig
 - (B) nur 2 und 3 sind richtig
 - (C) nur 1, 2 und 3 sind richtig
 - (D) nur 1, 2 und 4 sind richtig
 - (E) 1-4 alle sind richtig

3.12 Welche beiden der aufgeführten Personengruppen haben ein besonders hohes Risiko hinsichtlich Tod durch Suizid?

- (1) Suchtkranke
 - (2) an chronischem Rheumatismus Erkrankte
 - (3) Mädchen im Alter zwischen 12. und 14. Lebensjahr
 - (4) Menschen mit zylothymen Psychose
-
- (A) nur 1 und 2 sind richtig
 - (B) nur 1 und 3 sind richtig
 - (C) nur 1 und 4 sind richtig
 - (D) nur 2 und 3 sind richtig
 - (E) nur 2 und 4 sind richtig

3.13 Zu den Risikofaktoren für Selbstmordversuch gehören, statistisch gesehen:

- (1) Ehescheidung
 - (2) männliches Geschlecht
 - (3) Arbeitslosigkeit
-
- (A) nur 1 ist richtig
 - (B) nur 2 ist richtig
 - (C) nur 1 und 3 sind richtig
 - (D) nur 2 und 3 sind richtig
 - (E) 1-3 alle sind richtig

3.15 Welche der Aussagen über die Prävention von Suizidhandlungen trifft/treffen zu?

- (1) Das Ansprechen von Suizidalität ist zu empfehlen bei Patienten mit endogener Depression.
 - (2) Wichtig ist bei Suizidgefährdeten die genaue Erhebung der Anamnese bezüglich früherer Suizidversuche.
 - (3) Bei labilen Patienten ist in der Regel die prophylaktische Gabe von Tranquilizern erforderlich.
-
- (A) nur 1 ist richtig
 - (B) nur 1 und 2 sind richtig
 - (C) nur 1 und 3 sind richtig
 - (D) nur 2 und 3 sind richtig
 - (E) 1-3 alle sind richtig

3.17 Vor einer Suizidhandlung lässt sich häufig eine bestimmte Konstellation bzw. Abfolge situativer und dynamischer Faktoren beobachten (sogen. präsuizidales Syndrom nach Ringel).

Welche der folgenden Merkmale zählen dazu'?

- (1) soziale Expansion
- (2) Einengung des seelischen Lebensbereiches
- (3) Suizidphantasien
- (4) Wendung der Aggression gegen sich selbst

- (A) nur 2 und 3 sind richtig
- (B) nur 2 und 4 sind richtig
- (C) nur 3 und 4 sind richtig
- (D) nur 2, 3 und 4 sind richtig
- (E) 1-4 alle sind richtig

3.18 Mögliche Hinweise auf das Bestehen aktueller Suizidalität sind:

- (1) Spielen mit Suizidgedanken
- (2) Selbstmordgedanken. ohne dass schon ein konkreter Plan zur Ausführung der Tat besteht
- (3) Planung eines appellativen Suizidversuchs
- (4) wiederholtes Aussprechen von Suizidgedanken

- (A) nur 1 und 4 sind richtig
- (B) nur 2 und 3 sind richtig
- (C) nur 1. 2 und 3 sind richtig
- (D) nur 2. 3 und 4 sind richtig
- (E) 1-4 alle sind richtig

3.19 Mögliche Hinweise auf ein erhöhtes Suizidrisiko bei einem Patienten, der zu Depressionen neigt, sind:

- (1) Rückzug aus der Realität
 - (2) Unfähigkeit, Kränkungen und Zurückweisungen zu verarbeiten
 - (3) Unfähigkeit, aggressive Regungen nach außen zu richten
 - (4) zunehmende Verminderung des Selbstwertgefühls
-
- (A) nur 1 und 3 sind richtig
 - (B) nur 2 und 4 sind richtig
 - (C) nur 1,2 und 4 sind richtig
 - (D) nur 2, 3 und 4 sind richtig
 - (E) 1-4 alle sind richtig

3.20 Bei der Einschätzung von Suizidalität zählen zu den Kriterien des sog. präsuizidalen Syndroms (nach Ringel):

- (1) sozialer Rückzug
 - (2) nach innen gerichtete aggressive Impulse
 - (3) konkrete Überlegungen, wie der Selbstmord zu vollziehen ist
-
- (A) nur 3 ist richtig
 - (B) nur 1 und 2 sind richtig
 - (C) nur 1 und 3 sind richtig
 - (D) nur 2 und 3 sind richtig
 - (E) 1-3 alle sind richtig

3.21 In welchem Zeitraum besteht - statistisch gesehen - nach einem Suizidversuch das größte Risiko hinsichtlich einer erneuten Suizidhandlung?

- (A) unmittelbar (wenige Tage) nach dem Suizidversuch
- (B) zwischen dem 7. und 10. Tag nach dem Suizidversuch
- (C) in den ersten Monaten nach dem Suizidversuch
- (D) im 3. Jahr nach dem Suizidversuch
- (E) im 5. Jahr nach dem Suizidversuch

3.22 Im Verlauf der Therapie nach erlebnisreaktiv bedingten Suizidversuchen kommen folgende Maßnahmen in Betracht:

- (1) Gesprächspsychotherapie (Rogers)
 - (2) Betreuung durch Beratungsstellen
 - (3) supportive Psychotherapie
 - (4) Gruppentherapie
-
- (A) nur 1 und 4 sind richtig
 - (B) nur 2 und 3 sind richtig
 - (C) nur 1, 2 und 4 sind richtig
 - (D) nur 2, 3 und 4 sind richtig
 - (E) 1-4 alle sind richtig

3.1 C
3.2 B
3.3 E
3.4 B
3.6 D
3.7 B
3.10 C
3.11 E
3.12 C
3.13 C
3.15 B
3.17 D
3.18 E
3.19 E
3.20 E
3.21 C
3.22 E

Allgemeiner Test

1. Klient, seit 6 Monaten in Behandlung wegen Paarproblemen. Kommt zum Termin und verkündet, er wolle, da seine Partnerin ihn verlassen habe, Selbstmord begehen. Was tun Sie?
2. Erklären Sie die suizidale Entwicklung.
3. Das wichtigste Merkmal einer Schizophrenie?
4. Auf der Straße spricht Sie ein alter Bekannter an und erzählt Ihnen unaufgefordert, aufdringlich und lautstark, er habe jetzt endlich die Lösung für Ihre Probleme und wolle das jetzt gleich mit Ihnen im nächsten Café besprechen. Dann zieht er Sie tatsächlich und euphorisch fort. Was vermuten Sie, was tun Sie?
5. Woran erkennen Sie eine Zykllothymie?
6. Wie behandeln Sie die Zykllothymie?
7. Was ist / woran erkennen Sie eine larvierte Depression?
8. Ein Klient, männlich, 32 Jahre alt, befürchtet, er sei „inzwischen Alkoholiker“ geworden. Wie erkennen Sie, ob ein Patient Alkoholiker ist?
9. Wie behandelten Sie einen Gamma-Alkoholiker? Empfehlen Sie eine medikamentöse Therapie?
10. Wie beurteilen Sie Benzodiazepine?
11. Wie wirken Neuroleptika? Wann werden sie verordnet?
12. Wie verordnen Sie Neuroleptika?
13. Eine 34-jährige Patientin berichtet von Globusgefühl, Herzklopfen, Schweißausbrüchen und Angst, vor allem, wenn sie allein in die Stadt geht. Zu Hause ist alles besser, mit ihrem Mann geht es auch. Was vermuten Sie, was tun Sie?
14. Was ist Klaustrophobie? Gehört sie zu den Psychosen? Therapie?
15. Geben Sie eine Prognose über die unbehandelte Entwicklung einer neurotischen Persönlichkeitsveränderung wie einer Klaustrophobie.
16. Nennen Sie einige Beispiele für neurotische Persönlichkeitsstörungen
17. Was ist ein Konversionssyndrom?
18. Eine junge Mutter kommt mit ihrer vierjährigen Tochter in Ihre Praxis und klagt darüber, dass die „nicht essen“ wolle. Was vermuten Sie, was tun Sie?

19. Was ist Anorexia nervosa? Therapie?
20. Ein Patient will nach Hause fahren und landet in einer völlig fremden Stadt. Was ist zu tun?
21. Eine 52jährige Klientin klagt über chronische Schlaflosigkeit. Sie verlangt ein Schlaf-, mindestens aber ein Beruhigungsmittel. Was tun Sie?
22. Erklären Sie den Unterschied zwischen einer Neurose und einer Psychose.
23. Wer ist für die Behandlung 1. einer Psychose 2. eines HOPS zuständig? Mit welchen Mitteln arbeiten sie?
24. Was ist unter einem HOPS zu verstehen?
25. Beschreiben Sie die HOPS im Einzelnen
26. DD Alzheimer, Zerebralsklerose, C-J-S, Demenz.
27. Beschreiben Sie uns einmal ein paar Untersuchungsmethoden, die Ihnen zur Verfügung stehen
28. Können Sie uns eine Klassifizierung der Sexualstörung nennen?
29. Wie können Sie uns diesen Reaktionszyklus beschreiben?
30. Nennen Sie uns ein paar Beispiele für diese Gruppen
31. Welche der genannten Sexualabweichungen sind mit Straftaten verbunden?
32. Erklären Sie uns bitte den Begriff der Transsexualität
33. Beschreiben Sie uns zum Abschluss einmal, mit welchen Psychotherapiemethoden Sie arbeiten wollen.

Mit Antworten

1. Klient, seit 6 Monaten in Behandlung wegen Paarproblemen. Kommt zum Termin und verkündet, er wolle, da seine Partnerin ihn verlassen habe, Selbstmord begehen. Was tun Sie?

Auf klinische Unterbringungsmöglichkeit verweisen. Die Suizidankündigung aus der Entschlussphase ist als ernsthaft und daher als Notfall zu beurteilen.

2. Erklären Sie die suizidale Entwicklung.

Die suizidale Entwicklung:

1. Erwägungsphase?
2. Ambivalenzphase.
3. Entschlussphase!

Das präsuizidale Syndrom nach Ringel (die Ringelsche Trias):

1. Einengung des seelischen Lebensbereiches
2. Aggressionshemmung und Autoaggressivität
3. Todesphantasien

3. Das wichtigste Merkmal einer Schizophrenie?

- Leistungsfähigkeit unter dem früher erreichten höchsten Niveau. - Inhaltliches Denken - Formales Denken – Wahrnehmung - Affekt - Selbstgefühl (Ichbewusstsein) - Wille - Beeinträchtigungen der Fähigkeit zur Aufrechterhaltung zwischenmenschlicher Beziehungen und zur Interaktion mit der Außenwelt. – Psychomotorik – Nebenmerkmale

4. Auf der Straße spricht Sie ein alter Bekannter an und erzählt Ihnen unaufgefordert, aufdringlich und lautstark, er habe jetzt endlich die Lösung für Ihre Probleme und wolle das jetzt gleich mit Ihnen im nächsten Café besprechen. Dann zieht er Sie tatsächlich und euphorisch fort. Was vermuten Sie, was tun Sie?

Eventuell eine hyperthyme Persönlichkeitsstörung, wahrscheinlicher ist eine manische Phase.

5. Woran erkennen Sie eine Zylothymie?

Manische Episode

- Stimmungslage gehoben, expansiv oder reizbar - berufliche Leistungsfähigkeit, soziale Aktivitäten, Beziehungen beeinträchtigt - gesteigertes Selbstwertgefühl oder Größenideen, - vermindertes Schlafbedürfnis, - Rededrang, Ideenflucht, Ablenkbarkeit, - psychomotorische Unruhe - Beteiligung an Aktivitäten mit Potential unangenehmer Konsequenzen - Sprechweise laut, schnell und schwer zu unterbrechen. - Ideenflucht mit abruptem Wechsel von Thema zu Thema. - gesteigerte Ablenkbarkeit. - übertriebenes Pläneschmieden, Teilnahme an vielen Aktivitäten

Major Depression

- depressive Verstimmung, Verlust von Interesse oder Freude an Aktivitäten. - Veränderung der Leistungsfähigkeit - Appetitstörung, Gewichtsveränderung, Schlafstörung, - psychomotorische Unruhe oder Hemmung, - verminderte Energie, - Gefühl der Wertlosigkeit - Schuldgefühle, - Schwierigkeiten in Denken und Konzentration - Gedanken an den Tod, Suizidideen oder Suizidversuche.

6. Wie behandeln Sie die Zykllothymie?

Gar nicht, da sie zu den Psychosen gehört und in psychiatrische Behandlung überstellt werden sollte. Im Falle des Vorliegens einer depressiven Phase Überprüfung der Notwendigkeit einer Krisenintervention.

7. Was ist / woran erkennen Sie eine larvierte Depression?

Depression bei gleichzeitiger Unfähigkeit der Patienten, ihre depressive Verstimmung als solche zu beschreiben; statt dessen werden Beschwerden verlagert und als körperliche Symptome dargestellt: Herzbeschwerden, Kopfschmerzen, Rückenschmerzen, Verdauungsbeschwerden, Appetit- und Schlafstörungen, gyn. Beschwerden, Störungen der Sexualfunktion. Wahrscheinlich tritt etwa die Hälfte aller depressiven Erkrankungen anfangs larviert auf. Die larvierte Depression ist kein eigenständiges Krankheitsbild, sondern bezeichnet einen auf Depression verdächtigen Zustand, der nosologisch eingeordnet werden muss. Die Pat. sind häufig bei mehreren Ärzten in Behandlung; dd Problem insbesondere für Allgemeinmediziner, Internisten, Gynäkologen u. Chirurgen.

8. Ein Klient, männlich, 32 Jahre alt, befürchtet, er sei „inzwischen Alkoholiker“ geworden. Wie erkennen Sie, ob ein Patient Alkoholiker ist?

Klären, ob drei der neun diagnostischen Kriterien vorliegen:

- (1) Substanz häufig in größeren Mengen oder länger eingenommen.
- (2) Wunsch oder Versuche, Substanzgebrauch zu kontrollieren.
- (3) Viel Zeit für Substanz beschaffen, nehmen, sich von ihr erholen.
- (4) Intoxikation oder Entzug, wenn Erfüllung von Verpflichtungen erwartet wird oder zur körperlichen Gefährdung führt.
- (5) Wichtige Aktivitäten werden aufgegeben oder eingeschränkt.
- (6) Missbrauch trotz Problem, das durch Substanz verursacht wurde.
- (7) Toleranzentwicklung.
- (8) Entzugssymptome.
- (9) Einnahme der Substanz gegen Entzugssymptome.

9. Wie behandelten Sie einen Gamma-Alkoholiker? Empfehlen Sie eine medikamentöse Therapie?

Wenn er sich freiwillig in Behandlung begibt, gibt es die Möglichkeiten der Verhaltenstherapie oder des NLP. Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe ist anzuraten. Wir empfehlen gar keine Therapie, wie wir auch nicht an einen Arzt oder eine Klinik „überweisen“, aber eine Diskussion der medikamentösen Möglichkeiten (Antabus®) verweist auf deren Probleme und enormen Nebenwirkungen.

Entziehung: meist stationär als Entziehungskur bei Abhängigkeit erfolgende kontrollierte Vorenthaltung von Suchtmitteln, die abrupt od. schleichend (cave: epileptoide Anfälle u. Psychosen bei zu raschem Entzug z.B. von Barbituraten) abgesetzt werden; während der E. kann es zum Entzugssyndrom kommen. Auf die E. sollte zur Stabilisierung eine längere Phase der Entwöhnung folgen.

Entwöhnung: 1. (psychiatrisch - psychologische) Therapie bei Abhängigkeit mit dem Ziel, durch psychologische, soziale u. med. Unterstützung die Bindung an das Suchtmittel zu lösen u. durch biographisch sinnvolle Ziele u. Bindungen zu ersetzen; erfolgt je nach Suchtmittel durch Dosisreduzierung od. sofortige Abstinenz, evtl. als stationäre Therapie, danach langfristig ambulant od. in therap. Einrichtungen, möglichst wohnortnah u. unter Einbeziehung von Freunden od. Angehörigen, Selbsthilfegruppen bzw. einer Beratungsstelle. Chronisch Suchtkranke benötigen zudem spez.

Übergangseinrichtungen, betreutes Wohnen u. geschützte Arbeitsplätze, um den Therapieerfolg zu stabilisieren.

10. Wie beurteilen Sie Benzodiazepine?

Psychopharmaka aus der Gruppe der Tranquilizer mit anxiolytischer, sedativer, muskelrelaxierender u. antikonvulsiver Wirkung; Verw.: bei Angst- u. Spannungszuständen, Schlafstörungen.

11. Wie wirken Neuroleptika? Wann werden sie verordnet?

Psychopharmaka mit antipsychotischer, sedierender u. psychomotorisch dämpfender Wirkung; bezogen auf die Wirkungsintensität werden N. in schwache, mittelstarke, starke u. sehr starke N. eingeteilt; Verw.: bei akuter Psychose, Schizophrenie.

12. Wie verordnen Sie Neuroleptika?

Gar nicht, da sie rezeptpflichtig sind.

13. Eine 34-jährige Patientin berichtet von Globusgefühl, Herzklopfen, Schweißausbrüchen und Angst, vor allem, wenn sie allein in die Stadt geht. Zu Hause ist alles besser, mit ihrem Mann geht es auch. Was vermuten, was tun Sie?

Wahrscheinliche eine Klaustrophobie. Mögliche organische Ursachen abklären lassen (Schilddrüse, Nebennieren, Herz, Blutdruck).

14. Was ist Klaustrophobie? Gehört sie zu den Psychosen? Therapie?

Angst vor engen oder überfüllten Räumen, vor allem, wenn keine Fluchtmöglichkeit besteht: Aufzüge, Kaufhäuser, Kinos. Gehört zu den erlebnisreaktiven Persönlichkeitsveränderungen und wird i.A. mit den Methoden der Verhaltenstherapie (Desensibilisierung oder Reizüberflutung) oder der Symptomverschreibung behandelt.

15. Geben Sie eine Prognose über die unbehandelte Entwicklung einer neurotischen Persönlichkeitsveränderung wie einer Klaustrophobie.

Konfliktreaktionen: begrenzt auf z.B. Fahrstühle: - „in dieser Situation“

(Symptom-)Neurosen mit typischen Symptombildungen: erweitert auf Kaufhäuser, Kinos, öffentliche Verkehrsmittel sowie auftreten funktioneller Symptome: - „Chronifizierung und Redundanz“

Charakterneurosen: paranoid-ablehnende Einstellung gegenüber allen Situationen, in denen es physisch oder psychisch eng werden könnte: - „umfassende Störung des Verhaltens und Erlebens mit Tendenz zur Manipulation der Umwelt“

abnorme Persönlichkeitsentwicklungen: Einfluss auf die gesamte Lebensführung mit ausgeprägten Vermeidungstendenzen und ängstlich gewahrten Grenzen: - „ausgeprägt, unflexibel, situativ wenig angepasst“

16. Nennen Sie einige Beispiele für neurotische Persönlichkeitsstörungen

paranoide Persönlichkeitsstörung

schizoid

soziopathisch, antisozial

emotional instabil,

impulsiver Typus: mangelnde Impulskontrolle

Borderline-Typus: Instabilität bezüglich Selbstbild, zwischenmenschlicher Beziehung und Stimmung, polymorph-perverse Sexualität, multiple Phobien

hysterisch (Geltungsbedürfnis)

anankastisch zwanghaft (Bogart in „Die Caine war ihr Schicksal“)

sensitiv selbstunsicher
asthenisch abhängig
hyperthym
depressiv
narzisstisch, exzentrisch, haltlos, unreif, passiv aggressiv

17. Was ist ein Konversionssyndrom?

Konversionsneurose ist körperliche Störung, die durch eine Verschiebung der psych. Energie aus einem ungelösten psych. Konflikt entsteht u. in körperlichen Symptomen symbolhaft zum Ausdruck gebracht wird; Sympt.: z.B. psychogene Krämpfe, Lähmungserscheinungen, Hyperventilation, Globussymptom, hysterische Amaurose (totale Erblindung, bei der inf. Ausfalls sämtlicher optischer Funktionen jegliche Lichtempfindung aufgehoben ist), psychogene Sensibilitätsstörungen, funktionelle Aphonie, Gangstörungen u.a.; vgl. Hysterie, Neurose, Psychosomatik.

18. Eine junge Mutter kommt mit ihrer vierjährigen Tochter in Ihre Praxis und klagt darüber, dass die „nicht essen“ wolle. Was vermuten Sie, was tun Sie?

Fragen, seit wann? Seit vier Wochen isst sie schlecht. *Nicht* Anorexie, dafür ist das Kind zu jung. Außerdem kommen Phasen der Appetitlosigkeit bei Kindern vor. Die Vermutung liegt nahe, dass es sich um eine übervorsichtige Mutter handelt. Auf jeden Fall aber an einen Kinderarzt verweisen, um mögliche organische Ursachen abklären zu lassen.

19. Was ist Anorexia nervosa? Therapie?

Anorexia nervosa; auch Pubertätsmagersucht; psychogene Essstörung mit verzerrter Einstellung gegenüber Nahrungsaufnahme (Nahrungsverweigerung bei häufig erhaltenem Appetit), Angst vor Übergewicht, gestörtem Körperschema; [Körperschema n: sog. Orientierung am eigenen Körper; Repräsentation des eigenen Körpers, die durch kinoästhetische, taktile u. optische Reize vermittelt ist] gestörter Körperwahrnehmung u. Krankheitsverleugnung; betrifft v.a. junge Frauen (in westlichen Industrieländern), Altersgipfel zw. dem 10. u. 25.Lj. (geschätzte Prävalenz: 1% weiblicher u. 0,08% männlicher Patienten; Tendenz steigend); Sympt.: Nahrungsvermeidung, starker Gewichtsverlust, u.U. bis zur Kachexie* (Lebensgefahr!), Amenorrhoe, Hypotonie, Hypoglykämie; Verlauf: Letalität ca. 10%; in chronischen Fällen kann die Anorexia nervosa in eine Bulimie übergehen. DD: organische Urs. des Gewichtsverlusts bzw. psychotische Störungen;

Ther.: Gewichtsrekonstruktion (bei lebensbedrohlichen Zuständen evtl. ohne Zustimmung der Pat. u. meist stationär), Psychotherapie, Familientherapie.

20. Ein Patient will nach Hause fahren und landet in einer völlig fremden Stadt. Was ist zu tun?

Wie alt? Orientiert? Name? Ort? Krankheit? Senil? Alzheimer? Drogen? An einen Arzt verweisen.

21. Eine 52jährige Klientin klagt über chronische Schlaflosigkeit. Sie verlangt ein Schlaf-, mindestens aber ein Beruhigungsmittel. Was tun Sie?

Schlafverhalten eruieren. Wir können weder Schlaf- noch Beruhigungsmittel verordnen, nicht einmal rezeptfreie apothekenpflichtige, die ein HP verordnen könnte, wie z.B. Baldrian oder Kavainpräparate. Es ist zwar grundsätzlich möglich, zu sagen, „ich würde in dieser Situation...“, aber gerader bei Schlafstörungen ist eher eine konflikt-

auflösende Beratung indiziert. Möglichkeit der Symptomverschreibung bzw. Schlafentzugtherapie.

22. Erklären Sie den Unterschied zwischen einer Neurose und einer Psychose.
Die Neurose hat zweifelsfrei umwelt- bzw. konfliktbedingte Ursachen. Im typischen Fall frühkindlicher Konflikt, der in bestimmten Auslösesituationen (Versuchungs- und Versagungssituationen) wiederbelebt wird und als Symptom zum Ausbruch gelangt.
Psychose: Noch ungeklärte Ursache(n). Fraglich genetisch - organische, fraglich umwelt- / konfliktbedingte (Teil-)Ursache(n)

23. Wer ist für die Behandlung 1. einer Psychose 2. eines HOPS zuständig? Mit welchen Mitteln arbeiten sie?

1. Psychiater: Psychopharmaka 2. Neurologen: organmedizinische Maßnahmen

24. Was ist unter einem HOPS zu verstehen?

Krankheiten wie:

M. Alzheimer, Zerebralsklerose, Post-apoplektisches Syndrom, Creutzfeld-Jakob-Syndrom, Parkinson, Chorea Huntington = Chorea minor + Persönlichkeitsabbau

Demenz: chronisch progrediente degenerative Veränderungen des Gehirns mit Verlust von früher erworbenen kognitiven Fähigkeiten; Sympt.: zunehmende kognitive Störungen, die insbes. Gedächtnis (v.a. Neugedächtnis), Denken, Urteilsfähigkeit, Intelligenz u. Orientierung betreffen u. häufig mit Beeinträchtigungen im sozialen u. berufl. Umfeld bzw. Veränderungen in der Persönlichkeitsstruktur einhergehen; u.U. psychotische Sympt. (Halluzinationen od. Wahnideen), eine Bewusstseinsstörung liegt i.d.R. nicht vor.

Delir: akuten org. Psychose mit Bewusstseins- u. Orientierungsstörungen, Halluzinationen, vegetativen Störungen, Tremor u. motorische Unruhe; Urs.: z.B. Intoxikationen, Infektionen, Entzugselir, Entzugssyndrom.

Sucht, senile und präsenile organische Psychosen und Psychosyndrome
alkohol-, medikamenten- und drogeninduzierte Psychosen und Psychosyndrome
andere organische Psychosen und Psychosyndrome, z. B. bei Infektionen, Vergiftungen, Stoffwechselerkrankungen usw.

25. Beschreiben Sie die HOPS im Einzelnen

Diese Frage zu beantworten sprengt zur Zeit noch meinen Rahmen. Das gleiche gilt für die nächste Frage. Vielleicht möchten mich Kollegen unterstützen?

26. DD Alzheimer, Zerebralsklerose, C-J-S, Demenz.

.....

27. Beschreiben Sie uns einmal ein paar Untersuchungsmethoden, die Ihnen zur Verfügung stehen

Sie sollten in diesem Zusammenhang die Grundlagen der Untersuchungsmethoden erläutern.

Explorationsmethoden:

Unstrukturierte Befragung - Strukturierte Befragung – Erstinterview - Semistandardisiertes Interview - Standardisiertes Interview

Verhaltensbeobachtung

Physiognomie – Mimik – Phonik - Gestik / Pantomimik – Psychomotorik – Körperhaltung – Gesamteindruck

Anamneseerhebung

Familienanamnese - Weitere Anamnese - Biographische Anamnese, Sozialanamnese - Spezielle Anamnese – Fremdanamnese - Katamnese

28. Können Sie uns eine Klassifizierung der Sexualstörung nennen?

Sexuelle Funktionsstörungen und Sexualabweichungen

Sexuelle Funktionsstörungen sind Störungen im Ablauf des Masters und Johnson beschriebenen Sexuellen Reaktionszyklus

29. Wie können Sie uns diesen Reaktionszyklus beschreiben?

1 Appetenzphase: 2. Erregungsphase: 3. Orgasmusphase: 4. Entspannungsphase:

30. Nennen Sie uns ein paar Beispiele für diese Gruppen

Sexualstörungen

- Verminderte Sexuelle Appetenz, Sexuelle Aversion - Störung der Sexuellen Erregung bei der Frau / beim Mann – Orgasmusstörungen - Ejaculatio Praecox - Dyspareunie - Vaginismus

Sexualabweichungen

- Exhibitionismus – Fetischismus - Frotteurismus - Pädophilie - Sexueller Masochismus, Sexueller Sadismus – Transvestitismus – Transsexualismus – Voyeurismus - Erotophonie; - Nekrophilie; - Partialismus (Aufmerksamkeit ausschließlich auf einen Körperteil); - Sodomie (sexueller Kontakt mit Tieren); - Koprophilie (sexuelle Erregung durch Fäkalien); - Klysmaphilie (sexuelle Erregung durch Klistierspritzen); - Urophilie (sexuelle Erregung durch Urin).

31. Welche der genannten Sexualabweichungen sind mit Straftaten verbunden?

Exhibitionismus, Pädophilie bzw. Päderastie, Nekrophilie, Sodomie. Aus diesem Grunde sind die genannten Paraphilien *nicht* für die psychologische Beratung bestimmt.

In einigen Ländern Europas sind auch Sadismus und Masochismus noch als Straftaten Officialdelikte. Bei uns aber ist der damit möglicherweise verbundene Problembereich einer psychologischen Beratung zugänglich, da sie nicht als Krankheit verstanden werden, sondern ähnlich wie die Homosexualität als eine Normabweichung gelten.

32. Erklären Sie uns bitte den Begriff der Transsexualität

Der Transsexualismus wird heute als körperliche, möglicherweise genetisch determinierte Geschlechtsentwicklung angesehen.

Transsexualität: Entwicklung einer Geschlechtsidentität, die zum somatischen Geschlecht im Widerspruch steht. Transsexuelle sind somatisch eindeutig männlichen bzw. weiblichen Geschlechts, fühlen sich jedoch psych. in jeder Hinsicht dem anderen Geschlecht zugehörig. T. kommt bei beiden Geschlechtern vor. Transsexuelle empfinden sich i.d.R. als heterosexuell, häufig besteht ein erheblicher Leidensdruck.

33. Beschreiben Sie uns zum Abschluss einmal, mit welchen Psychotherapiemethoden Sie arbeiten wollen.

Wenn Sie hier eine konkrete Antwort geben wollen, sollten Sie einige Grundlagen der genannten Therapieform beschreiben können. Einige Beispiele für Therapiemethoden und eine jeweils kurze Beschreibung. Sie werden bemerken, dass ich die genannten Therapieformen in alphabetischer Reihenfolge vorstelle, es ist also keine Wertung mit den Nennungen verbunden. Die Liste ist nicht vollständig.

Psychotherapie allgemeine Bez. für alle Formen der psychologischen Behandlung von psych. u. psychosomatischen Störungen u. Erkrankungen; Formen: z.B.:

- **Autogenes Training**; konzentrative Selbstentspannung, bei der durch verbale Affirmation das Empfinden von Schwere, Kühle, Wärme, Luftströmung u.ä. eingeübt u. dadurch eine Entspannung herbeigeführt wird; Anw.: u.a. als aktivierende Maßnahme i.R. der sog. kleinen Psychotherapie (z.B. bei psychogenen Störungen, Schlafstörungen, psychovegetativem Syndrom, nicht jedoch bei komplizierten Neurosen) u. als Entspannungsmethode in der Stimmtherapie (bei Stimmstörungen). A.T. kann nach Einübung auch ohne Arzt bzw. Therapeut durchgeführt werden.

- **Bioenergetische Analyse**; Form der Körpertherapie, die von der funktionalen Identität psych. u. somatischer Prozesse u. deren unterschiedlichen energetischen Potential ausgeht. Seelische Störungen finden der b.A. zufolge ihren Ausdruck u.a. in Muskelverspannungen, Körperhaltung u. Körpersprache. Behandlungsziel ist die Auflösung seelischer u. entspr. körperlicher Blockierungen mittels Hingabe an die Welle der Atemströmung u. die Wiederherstellung der Selbsterneuerungskraft der Lebensenergie.

- **Biofeedback**; auf dem Prinzip der Konditionierung aufbauende Meth. der Psychotherapie, bei der Messgrößen vegetativer od. motorischer Funktionen (z.B. Herzfrequenz, Blutdruck, EEG- u. EKG-Signale, Hauttemperatur u. -widerstand, Atemfrequenz u.a.) durch Instrumente aufgezeichnet u. nach Umwandlung in akustische od. optische Signale wahrnehmbar gemacht werden, um sie über eine Steigerung des Körperbewusstseins einer gezielten Einflussnahme durch den Pat. zugänglich zu machen; Anw.: meist in Verbindung mit anderen psychotherapeutischen Verfahren; z.B. bei Migräne, essentieller Hypertonie, neuromuskulären Verspannungszuständen, psychosomatischen Erkrankungen

- **Familientherapie**; Form der Psychotherapie, bei der das System Familie des psychisch erkrankten Pat. in die Behandlung einbezogen wird in der Annahme, dass die Sympt. des Pat. durch pathologische familiäre Verhaltensmuster mitbedingt bzw. stabilisiert werden; Ziel ist die Aufdeckung u. Veränderung best. familiärer Verhaltensmuster; Anw. z.B. in der Psychotherapie bei Kindern u. Jugendlichen.

- **Gesprächspsychotherapie**; 1. i.w.S. jede Form der Psychotherapie auf der Grundlage eines Gesprächs; 2. syn. klientenzentrierte Psychotherapie; im wesentlichen auf C. Rogers zurückgehende Form der Psychotherapie, bei der die Grundhaltung des Therapeuten durch Echtheit, Akzeptanz bzw. Wertschätzung des Klienten u. einführendes Verstehen gekennzeichnet ist. Auf der Grundlage dieser Haltung versucht der Therapeut in nichtdirektiver Weise, (emotionale) Erlebnisse des Klienten zu verbalisieren bzw. konfrontiert diesen mit eigenen Widersprüchen. Ziel der G. ist die Auflösung bestehender Inkongruenzen, wodurch sich beim Klienten u.a. über die Stärkung der Fähigkeit zur Selbstreflexion bzw. durch die eigenständige Lösung von Problemen ein zunehmendes Selbstwertgefühl entwickelt.

- **Gruppenpsychotherapie**; Form der Psychotherapie in einer Gruppe, bei der die Gruppendynamik therap. eingesetzt wird; es gibt geschlossene (feste Mitglieder) u. offene (wechselnde Mitglieder) Gruppen; als G. werden z.B. Gesprächstherapie, Gestalttherapie, Psychodrama u. psychoanalytisch orientierte Methoden durchgeführt. Vgl. Selbsterfahrungsgruppe.

- **Gestalttherapie**; tiefenpsychologische Form der Psychotherapie mit gegenwarts- (Leben im "Hier und Jetzt") u. personenzentriertem (Beziehung "Ich-Du") Ansatz, die über ein ganzheitliches Verständnis von Körper, Geist u. Seele sowie die Betonung von Selbstverantwortung u. Selbstregulationsfähigkeit Blockierungen in Wahrnehmung, Erleben u. Handeln auflösen bzw. vorhandene Potentiale freisetzen will.

- **Hypnose**; Veränderung des Bewusstseins mit Einengung der Aufmerksamkeit, Minderung des Realitätsbezugs u. gesteigerter Suggestibilität, die durch best. Reize (z.B. verbale Suggestion) hervorgerufen werden kann; unterschieden wird zw. einer oberflächlichen H., die dem Wachzustand ähnlich ist, u. einer tiefen, schlafähnlichen H., bei der oft eine posthypnotische Amnesie besteht. Psychotherapeut. Anw. (sog. Hypnotherapie) bei entspr. vorhandener Suggestibilität des Pat. z.B. als symptomgerichtete Ther., Hypnokatharsis (Wiedererleben früherer traumatischer Erlebnisse in H., z.B. bei Neurose), als Heilschlafbehandlung od. Schmerztherapie.
- **Katathymes Bilderleben**; sog. Tagtraumtechnik; auch Symboldrama; tiefenpsychologisch orientierte Form der Psychotherapie, die sich sog. Schlummerbilder (opt. u. akustische Sinnestäuschungen, die spontan in der Einschlafphase auftreten) zunutze macht; nach einleitender Entspannung wird der Pat. durch den Therapeuten ermuntert, innere Bilder entstehen zu lassen, die durch Beschreibungen des Pat. u. gezielte therap. Impulse gemeinsam weiterentwickelt werden; soll eine symbolische Aufarbeitung von (unbewussten) Konflikten, Fehlhaltungen od. neurot. Reaktionsweisen leisten.
- **Logotherapie**; existenzanalytisch orientierte Form der Psychotherapie, die dem Pat. ein Identitäts- u. Zugehörigkeitsgefühl u. einen Sinn des Daseins vermitteln will; als therap. Verfahren wird u.a. die sog. paradoxe Intention angewendet: der Pat. wird aufgefordert, das zu tun bzw. zu wünschen, was bei ihm i.d.R. eine exzessive Angstreaktion auslöst. Ziel ist die Distanzierung von neurot. Angstzuständen im schützenden therap. Rahmen. Vgl. Desensibilisierung, Reizüberflutung.
- **Musiktherapie**; Form der Psychotherapie, bei der die Selbstwahrnehmung durch Anhören von Musik (sog. rezeptive M.) od. Musizieren (sog. aktive M.) verbessert werden soll; Anw. in Zus. mit anderen Formen von Psychotherapie.
- **Sexualtherapie**; Bez. für psychol.-therap. od. beratende Maßnahmen zur Beeinflussung einer sexuellen Funktionsstörung (soweit diese von Betroffenen od. Partnern als behandlungsbedürftig erlebt wird) sowie von abweichendem Sexualverhalten (sofern Leidensdruck, süchtige Entw. bzw. Gefährdung eines Beteiligten bestehen); typische sexualtherapeutische Techniken: Bearbeitung des Körperselbstbildes, selbsterkundende Masturbation, systematische Desensibilisierung von Ängsten in der Partnerschaft, affektives Kommunikationstraining, zeitweises Koitusverbot, Trennungshilfen; u.U. psychotherap. Bearbeitung des zugrundeliegenden Konflikts; häufig in Form einer Paartherapie, da meist eine Beziehungsstörung zugrunde liegt.
- **Soziotherapie**; Bezeichnung für alle Verfahren, mit denen eine Erkrankung durch Veränderung des sozialen Kontexts des Patienten günstig beeinflusst werden soll; dazu gehört u.a. die Einbeziehung der Angehörigen in den therap. Prozess, die Schaffung eines Netzes sozialer Beziehungen u. Wohnungs- u. Arbeitsplatzsicherung bzw. -beschaffung. Bei der Milieuthherapie als Form der S. wird durch Umgebungsveränderung eine positive Wirkung auf die Erkr. angestrebt.
- **Transaktionsanalyse**; Form der Psychotherapie, bei der das Selbsterleben des Klienten u. sein Verhalten gegenüber anderen analysiert wird; Ziel ist die Selbstakzeptanz.
- **Verhaltenstherapie**; aufbauende Form der Psychotherapie, bei der Verhalten als erlernte Reaktion auf eine best. Reizkonstellation (z.B. alltägl. Lebenssituation) verstanden wird; angewandt werden versch. Techniken, z.B. Desensibilisierung, Expositionsbehandlung (vgl. Reizüberflutung), Konditionierung. Die kognitive VT bezieht Elemente der Kognition in den therap. Prozess mit ein u. nutzt die Beeinflussbarkeit von Gedanken, Wahrnehmungen bzw. inneren Einstellungen durch verhaltenstherap. Techniken (z.B. Selbstsicherheitstraining).