

Was ist VERHALTENS- THERAPIE?

Benjamin
Ließmann



Ein unterhaltsames Erklärbuch für Umherirrende
im Psychotherapie-Dschungel

Inhalt

Einleitung	7
1. Welle der Verhaltenstherapie	
Behaviorismus	8
Klassische Konditionierung	12
Systematische Desensibilisierung	17
Flooding	23
EMDR	32
Virtuelle Realität	34
Aversionstherapie	40
Entspannungsverfahren	47
Operante Konditionierung	52
Aktivitätenaufbau	56
Training sozialer Fertigkeiten	62
Erklärungsversuche	73
Funktionalität	80
2. Welle der Verhaltenstherapie	
Kognitive Therapie	84
Kognitive Umstrukturierung	91

A – B – C	100
Gesprächsführung	106
Kognitionen erobern die VT	115

3. Welle der Verhaltenstherapie

Achtsamkeit & Co.	122
Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR)	124
Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT)	127
Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP)	131
Schematherapie	134
Acceptance and Commitment Therapy (ACT) ...	137

Zu Besuch beim Therapeuten

Therapeuten à la carte	140
Diagnostik	146
Die Suche nach der Erklärung	153
Therapie-Ziele	157
Interventionen	161
Wie finde ich einen Therapieplatz?	163
Die Zukunft der Verhaltenstherapie	173

Leseprobe

Flooding

Beim Nachfolger von systematischer Desensibilisierung handelt es sich ebenfalls um eine Konfrontationstechnik zur Behandlung von Ängsten. Das therapeutische Mittel beim Flooding besteht im Gegensatz zum Vorgänger darin, das Angsterleben vorübergehend maximal zu steigern.

Wenn Patienten mitgeteilt wird, dass die empfohlene Therapie darin besteht, die allergrößten Ängste direkt zu konfrontieren, blicken Verhaltenstherapeuten oft in entsetzte, ungläubige Gesichter, die auszudrücken scheinen: „Das ist doch jetzt ein Witz, oder?“ Unter Verhaltenstherapeuten ist man sich oft uneinig, ob es besser ist, die Katze gleich aus dem Sack zu lassen, oder wie ein Verkaufsprofi zunächst ausgiebig die Vorteile der neuen Waschmaschine zu schildern, bevor man dem nun heißgemachten Kunden den schockierenden Preis verrät.



Typischer Gesichtsausdruck während der Aufklärung, worum es beim Flooding gehen soll.

Die grundsätzliche Vorgehensweise bei Flooding ist es, das Objekt einer Phobie bzw. eine phobische Situation aufzusuchen, jegliche Sicherheits- und Vermeidungsstrategien zu unterlassen, und sich dem Angsterleben völlig hinzugeben. Ziel ist, dass die Angst irgendwann von selbst wieder abklingt, obwohl man sich noch in der Konfrontation befindet. Weiterhin

soll durch diese Vorgehensweise erreicht werden, dass die Angst beim nächsten Mal weniger stark ansteigt, bis sie dann nach weiteren Wiederholungen nahezu völlig ausbleibt.

Die therapeutische Idee ist hier, einen Effekt zu nutzen, den Psychologen „Habituation“ oder „Reaktionsermüdung“ nennen. Der menschliche Körper kann eine Stressreaktion nur eine begrenzte Zeit aufrechterhalten. Irgendwann beginnt der Parasympathikus, Symptome wie Herzrasen, Schwitzen oder Schwindel wieder herunterzufahren. Durch das natürliche Abklingen der Angst soll erreicht werden, dass sich die Reaktionsbereitschaft auf das konfrontierte Angstobjekt dauerhaft verringert.

Nach der zehnten Achterbahnfahrt kreischen vermutlich auch Sie nicht mehr ganz so laut wie beim ersten Mal.

Ein weiterer angestrebter Wirkmechanismus ist die sogenannte „kognitive Neubewertung“, auch „Realitätsprüfung“ genannt. Das bedeutet, dass Konfrontation mit einer Angstsituation dazu führen soll, die Gefährlichkeit hinterher als geringer einzuschätzen. Ein Beispiel:

Agoraphobie ist die diagnostische Bezeichnung für die Angst vor einer ganzen Reihe unterschiedlichster Situationen: Zugfahrten, Menschenmengen, riesige Kaufhäuser wie IKEA, zum Friseur gehen, und vieles mehr. Im Extremfall verlassen Menschen ihr eigenes Haus kaum noch. So verschieden die Situationen erscheinen mögen, haben sie doch etwas Entscheidendes gemeinsam: überall ist eine spontane Flucht erschwert. Im Zug muss bis zur nächsten Haltestelle gewartet werden, um herauszukommen. Mitten in einer großen Menschenmenge – z.B. bei einem Open-Air-Konzert – kann man sich oft nur im Schneckentempo herausdrängeln. In einem IKEA kann der Ausgang Lichtjahre entfernt sein, wenn Sie die Abkürzungen in diesem Labyrinth nicht kennen. Und beim Friseur ist der Ausgang zwar meist nah – aber mit Lockenwicklern im Haar mittendrin urplötzlich abubrechen und vor dem verdutzten Stylisten wegzulaufen, erscheint vielen als eine ebenso große Hürde, wie eine räumliche Distanz.

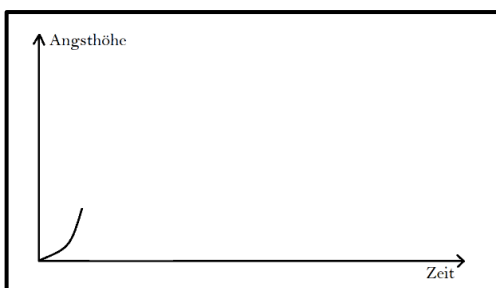
Und nun die entscheidende Frage: warum denken Menschen mit diesen Ängsten so viel über das Flüchten nach? Welche Gefahr scheint

subjektiv zu drohen, so dass die Sorge um Fluchtmöglichkeiten zu einem zentralen Thema im Leben werden kann?

Menschen mit Agoraphobie haben in Wirklichkeit natürlich keine Angst vor schwedischen Möbelhäusern oder Hair-Stylisten. Sondern sie haben Angst davor, eine Panikattacke zu bekommen, und in so einem Fall nicht weglaufen zu können. Was aber nun ist an einer Panikattacke derart bedrohlich, dass dieses Thema das gesamte Leben dominieren kann? Jeder hat hier seine ganz persönliche Katastrophen-Vorstellung. Viele fürchten, sie könnten bei einer Panikattacke in Ohnmacht fallen. Andere sind besorgt, ein Schlaganfall oder Herzinfarkt könne dabei auftreten. Und auch ungewöhnliche Ideen kommen vor: z.B., durch eine Panikattacke die Selbstkontrolle zu verlieren, schreiend umherzurennen, und anschließend für den Rest des Lebens in einer Gummizelle der nächsten Psychiatrie zu landen.

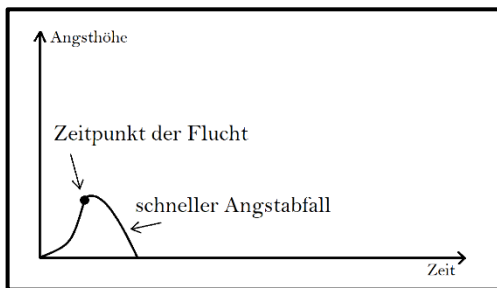
Die persönliche Schlussfolgerung all dieser Vorstellungen lautet: eine Angstattacke muss unter allen Umständen verhindert bzw. gestoppt werden. Da meist die Erfahrung gemacht wird, dass die Symptome nach einer Flucht wieder verschwinden, wird der offene Fluchtweg im Kopf zu einer potentiell lebensrettenden Angelegenheit. Jede Sekunde Flucht-Verzögerung hingegen wird in der Vorstellung zu einem Risiko für das Wahrwerden der befürchteten Katastrophe.

Wie kommt Menschen auf solche Ideen? Das wird nachvollziehbar, wenn man sich vergegenwärtigt, was Menschen während einer Angstattacke wiederholt erleben:



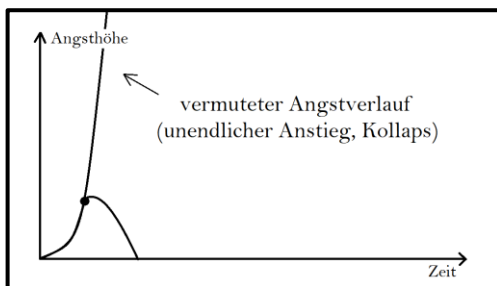
Oh Gott! Was passiert hier?

Zunächst wird bemerkt, dass plötzlich Angst ansteigt. Typische Symptome: Schwindel, Herzrasen, Schwitzen, Unruhe, etc. Es wird immer mehr und mehr.



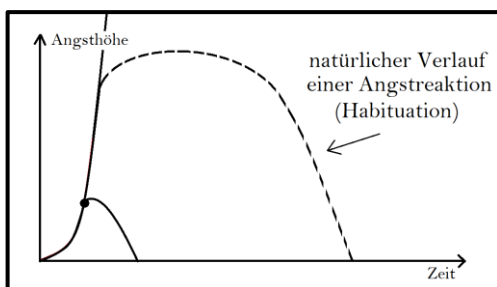
Und Tschüss!

Nach Flucht aus der Situation verschwinden die Symptome wieder rasch. Ein häufiges Fazit: Flucht hilft.



Kopfkino

Aber eine Frage bleibt dabei immer unbeantwortet: was wäre wohl passiert, wäre man dageblieben? Da die Symptome immer heftiger wurden, liegt die Idee nah, dass das vielleicht immer schlimmer geworden wäre - bis hin zum völligen Kollaps.



Die Erfahrungslücke

Und hier die Erfahrung, die durch das Flüchten stets verpasst wird: Angst steigt nicht unendlich an, sondern erreicht ein Maximum. Die Symptome werden immer schwächer. Die Katastrophe findet nicht statt.

Sich auf das Experiment einzulassen, maximale Angst ohne Flucht und Vermeidung zuzulassen, und Habituation real zu erleben, kann verloren gegangenes Vertrauen in den eigenen Körper und die eigene Sicherheit wiederherstellen. Ärzte, Psychologen, Freunde und alle Selbsthilfe-Ratgeber der Welt können zwar oft gute Argumente liefern, warum bestimmte Befürchtungen unbegründet sind, und eine physiologische Angstreaktion völlig ungefährlich ist - aber nichts kann so überzeugend sein, wie die eigene, konkrete Erfahrung. Und genau das ist mit „kognitiver Neubewertung“ gemeint.

In verhaltenstherapeutischen Praxen wird vor der Durchführung von Flooding überprüft, ob irgendein Gesundheitsrisiko besteht, wie z.B. eine schwere Herzerkrankung. Im äußerst seltenen Fall, wo das zutrifft, werden dann statt Flooding andere Behandlungsmethoden eingesetzt.

Weiterhin werden vor Beginn der Konfrontation sämtliche Befürchtungen besprochen, die zur Verunsicherung beitragen, ob da nicht doch irgendwo ein Risiko existiert. Besteht am Ende Einigkeit darüber, dass es letztlich nur die eigene Angst ist, der man sich stellt, dann braucht man nur noch einen Termin, und schon kann es losgehen.

Flooding ist heute so etwas wie das Markenzeichen der Verhaltenstherapie. Es gilt dort als eine so fundamentale Behandlungsmethode, wie das Bohren und Füllen eines kariösen Zahns in der Zahnarzt-Praxis. Und es ist auch diejenige Methode, die in den Leitlinien zur Behandlung vieler Angststörungen heute offiziell empfohlen wird. Eine aktuelle Befragung von niedergelassenen Verhaltenstherapeuten deutet allerdings darauf hin, dass Konfrontationstherapie in VT-Praxen heute gar nicht so oft angewendet wird, wie man es vermuten könnte. Die befragten Therapeuten gaben an, die Methode nur bei weniger als der Hälfte ihrer Angstpatienten eingesetzt zu haben.¹

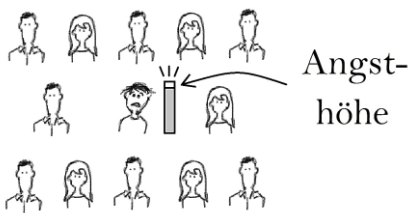
¹ Hoyer, J. & Pittig, A., „Exposition aus Sicht niedergelassener Verhaltenstherapeutinnen und Verhaltenstherapeuten“

in: *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 46 (2017)

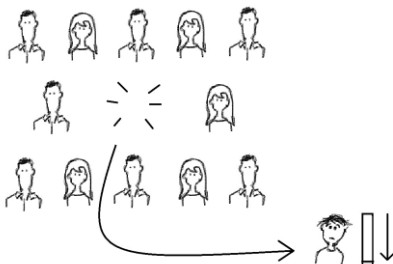
Erklärungsversuche




Wie haben sich Verhaltenstherapeuten der ersten Welle die Entstehung psychischer Erkrankungen erklärt? Das orientierende Denkschema im Behaviorismus war ja vor allem die klassische und operante Konditionierung. Als Erklärung für Angststörungen wurde insbesondere der Prozess „negative Verstärkung“ populär. Ein Beispiel:




Ein Student mit Agoraphobie bekommt im überfüllten Hörsaal der Uni plötzlich eine Angstattacke. Der Drang, zu gehen, steigt enorm an. Er hat nun die Wahl: sitzen bleiben oder dem Impuls nachgeben?



Wenn er sich entscheidet, aus dem Hörsaal zu verschwinden, wird sich die Angstattacke danach mit hoher Wahrscheinlichkeit schnell abschwächen. Denn die Angst-situation wurde verlassen, und ein als sicher empfundener Ort aufgesucht.

Belohnung : 

Erhalt der
Belohnung durch : 



Verhaltenstendenz

Im Denkschema operanter Konditionierung entspricht dieser Vorgang einer negativen Verstärkung des Fluchtverhaltens.

Die verschwindende Angst ist dabei die indirekte Belohnung. Das Fluchtverhalten ist das, was zur Belohnung führte.

Der Effekt: die Wahrscheinlichkeit steigt, auch beim nächsten Mal auf Angst mit Flucht zu reagieren. Oder anders gesagt: der innere Drang, zu flüchten, wird beim nächsten Mal noch stärker sein.

Ein Ausweg aus der Angststörung besteht dieser Theorie zufolge darin, aufkommenden Fluchtimpulsen nicht nachzugeben - sich also nicht mit der Aussicht auf schnelle Erleichterung ködern zu lassen, zum Preis einer Chronifizierung des Problems. Sollten Sie allerdings in der Stadt einer wütenden Herde ausgebüchster Zirkus-Elefanten begegnen, dann folgen Sie bitte weiterhin Ihrem natürlichen Instinkt, und rennen. Die Unterscheidung zwischen echter Gefahr, und Angstgefühlen ohne Real-Bedrohung, ist für die Bewältigung einer Phobie von entscheidender Bedeutung.

Beachten Sie, dass das Modell negativer Verstärkung eher die Aufrechterhaltung einer Angststörung beschreibt, aber die ursprüngliche Entstehung nicht so gut erklärt. Also: warum wird ein Ort wie ein Hörsaal, der im bisherigen Leben als völlig harmlos galt, plötzlich zu einer phobischen Räumlichkeit?

Kognitive Therapie

Was aber ist denn nun eigentlich eine „Kognition“? Verhaltenstherapeuten verstehen unter diesem Sammelbegriff all das, was im Kopf herumspukt: Gedanken, Vorstellungen, Überzeugungen, Ideen, Bewertungen, Vermutungen, Erinnerungen, Zukunftsprognosen, das Selbstbild, Fantasie, Lebensphilosophie, Informationsverarbeitung, Hinwendung von Aufmerksamkeit, Ratio, Moral, etc. Begriffe für die Inhalte unserer Innenwelt gibt es unzählige.

Wenn jemand bemerkt, wie nervös ich bin, wird er mich für einen Loser halten.

$$2 + 2 = 5$$

Ob meine Freundin wohl sauer wird, wenn ich an ihrem Geburtstag zum Pokerspielen gehe?

Was bin ich fett geworden!
Ich sollte mehr Sport machen.

Eine Bitte abzulehnen ist ein extrem asoziales Verhalten.

Kognitionen?
So ein Blödsinn!

Meist werden Kognitionen zur besseren Veranschaulichung als ausformulierte Sätze dargestellt. Gemeint ist damit aber nicht, dass diese im realen Alltags-Denken auch auf diese Weise wahrgenommen werden. Wer hat schon den kompletten Satz im Kopf: „Ich gehe lieber nicht über die Schnellstraße, denn ich könnte von einem Auto überfahren werden“, während er an der Straßenseite auf das Ampel-Grün für Fußgänger wartet? Dennoch kann dieser Gedanke Teil dessen sein, was unser instinktives Verhalten im Straßenverkehr steuert. Kognitionen finden nicht unbedingt als „innere Stimme“ statt, vorgelesen wie von einem Hörbuch-Sprecher. Es sind mentale Ereignisse, von denen man vielleicht nur sagen kann, dass sie dem eigenen Erleben in einer unmittelbaren und nur schwer zu beschreibenden Weise begegnen. Für die Psychologie sind es vor allem hypothetische Konstrukte, die ein Verhalten erklären sollen. Die Existenz von Kognitionen kann man nicht wirklich beweisen, weswegen sie ja auch bei den Behavioristen nicht sonderlich beliebt waren. Allerdings: die meisten Menschen würden wohl aus der eigenen Lebenserfahrung heraus intuitiv zustimmen, dass Gedanken existieren. Wer das bezweifelt, müsste erklären, wie er ohne Gedanken zu genau dieser Schlussfolgerung gelangt ist.

Für die Psychologie waren Kognitionen vor allem deswegen von großem Interesse, weil sie dort als Auslöser von Emotionen gelten. Stimmen Sie dieser Ansicht zu? Lassen Sie uns ein wenig über dieses Thema philosophieren.

Fragt man jemanden spontan nach seiner Meinung, wie denn Gefühle entstehen, wird üblicherweise etwas Bedenkzeit benötigt. Kurz darauf wird dann meist folgende Antwort vorgeschlagen: Gefühle entstehen im Gehirn. Das ist vermutlich richtig - insbesondere der Gehirnbereich „limbisches System“ soll mit Gefühlen zusammenhängen, hört man oft von Neurowissenschaftlern. Aber ist das eine ausreichende Erklärung? Denn: woher weiß das limbische System, dass es jetzt bitte einmal eine Portion „Schamgefühl“ produzieren soll?

Wann kommt es zu einer Emotion? Die Lebenserfahrung legt nahe, dass Gefühle meist während oder nach bestimmten Ereignissen entstehen: Wut während oder nach einem Streit, Freude nach dem Erhalt eines

Kompliments, oder Angst, wenn ein großer Hund knurrend den Weg versperrt. Tatsächlich wirkt es so, als ob Ereignisse tatsächlich ganz direkt die jeweilige Emotion verursachten. Das drückt sich auch in der Sprache aus: „Meine Schwiegermutter hat mich am Wochenende zur Weißglut getrieben, weil sie wieder so gehässig war.“ oder „Ich war enttäuscht von meinem Freund, weil er mich nicht wie versprochen angerufen hat.“ Entstehen Gefühle also direkt durch Ereignisse?

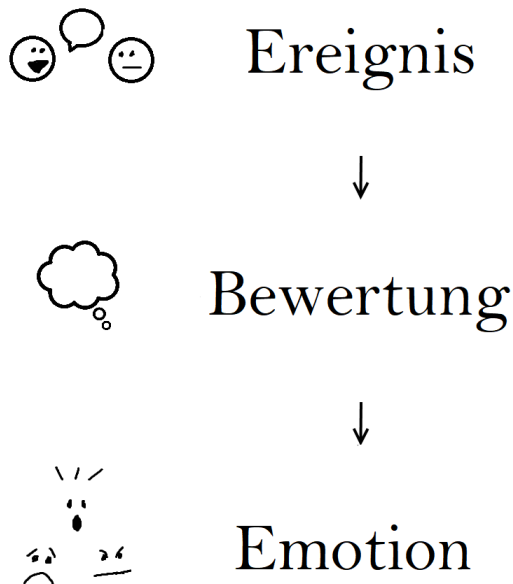
Diese Idee mag auf den ersten Blick plausibel erscheinen, hat aber ein paar Schwachstellen: zum einen sind direkt stattfindende Ereignisse gar nicht notwendig, um Gefühle zu provozieren. Auch die Erinnerung an den Streit, das Kompliment, den Hund, die Schwiegermutter oder den nicht erfolgten Anruf kann ausreichen, um sich entsprechend zu fühlen. Aber noch wesentlich entscheidender: Gefühle können auch durch Ereignisse ausgelöst werden, die überhaupt nicht in der Realität stattgefunden haben, also rein der Vorstellung entspringen. Z.B. kann eine Ehefrau rasende Eifersucht beim Gedanken empfinden, ihr Mann habe eine Affäre mit der neuen Arbeitskollegin, und die beiden vergnügten sich gerade im Hotelzimmer. Und alleine die Fantasie im Vorfeld einer mündlichen Abschlussprüfung, im entscheidenden Moment einen Blackout zu erleiden und gnadenlos durchzufallen, kann bei Studenten Angst und Übelkeit erzeugen. Auslöser scheint hier eher das zu sein, was man gerne mal als „Kopfkino“ bezeichnet – Vorstellungen über eine mögliche Realität.

Das letzte Puzzlestück unseres kleinen Gedankenspiels: die gleichen Ereignisse können zu sehr unterschiedlichen Gefühlsregungen führen. Der Eine fühlt sich nach dem völlig missglückten Tinder-Date niedergeschlagen, frustriert, und meldet sich auf der Arbeit für eine Woche krank. Der Andere erlebt keine inneren Zerwürfnisse, und verabredet sich fröhlich gleich mit der Nächsten. Das gleiche Ereignis - zwei verschiedene Reaktionen. Wie das? Es sieht so aus, als ob hier etwas persönliches bei den jeweiligen Männern dafür gesorgt hat, dass sich anschließend völlig unterschiedliche Gefühle entwickelten.

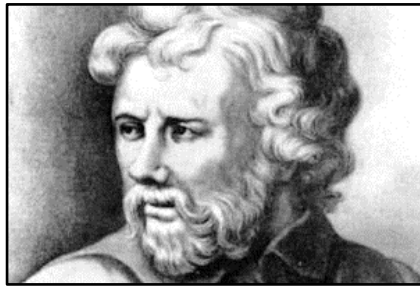
Aus Sicht der kognitiven Psychologie besteht das „Persönliche“ hier darin, dass die beiden Männer das Missglücken ihrer Verabredung ganz

unterschiedlich bewerten. Der letztlich Frustrierte interpretiert das Geschehene vielleicht als Beweis für die eigene Unzulänglichkeit und Unattraktivität, gibt sich selbst die Schuld für das „Date-Desaster“, und sucht nach eigenen Fehlern. Vielleicht schlussfolgert er sogar daraus, auch zukünftig chancenlos auf dem Partnermarkt zu sein. Der letztlich Unbeeindruckte dagegen denkt sich vielleicht etwas wie: „Entweder es passt bei Dates, oder es passt nicht. Hier hat es halt nicht gepasst.“ Oder er vergegenwärtigt sich, dass auch ihm selbst vieles an der Dame nicht so gut gefallen hat, wie z.B. das ständige Überprüfen des eigenen Instagram-Accounts während des gemeinsamen Essens.

Die kognitive Theorie zur Entstehung von Emotionen lautet ganz allgemein etwa so: der Mensch interpretiert ständig die Welt um sich herum. Ereignisse bekommen erst durch ihre Bewertung eine subjektive, persönliche Bedeutung. Und die entscheidet dann über Art und Intensität der ausgelösten Gefühle.



In hunderten Praxen kognitiver Verhaltenstherapeuten werden Sie das eingerahmte Zitat des antiken Philosophen Epiktet finden, der scheinbar schon vor ca. 2000 Jahren auf diese Idee gekommen war. Ein echter Klassiker verhaltenstherapeutischer Praxisraum-Dekoration.










„Nicht die Dinge selbst beunruhigen die Menschen,
sondern die Vorstellungen von den Dingen.“

(Epiktet, 50-138 n. Chr.)

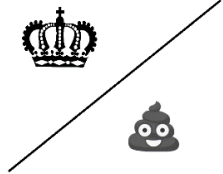
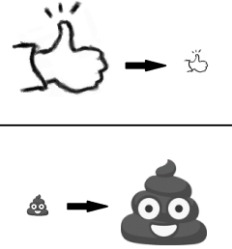

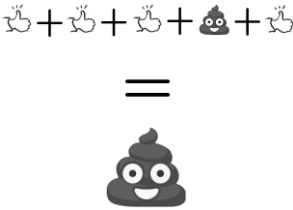


An dieser Stelle eine kurze Warnung zu einer häufigen Verwirrung, die bei Gesprächen über dieses Thema auftritt. In der deutschen Sprache ist es üblich, dass man Gedanken mit der Formulierung „das Gefühl haben“ ausdrückt. Z.B. könnte jemand sagen: „Ich habe das Gefühl, dass es heute regnen wird.“ Aus kognitionspsychologischer Sicht ist das allerdings gar kein Gefühl, sondern eine Kognition (eine Meinung zur Entwicklung des Wetters). Eine Emotion kann hier natürlich noch zusätzlich auftreten – z.B., wenn Sie für den Abend eine große Grillparty geplant haben, die durch den Regen zu platzen droht.

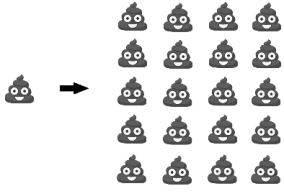


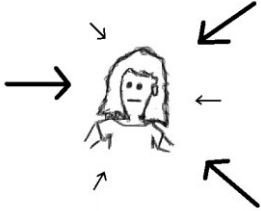
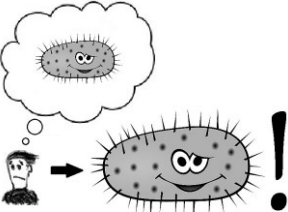
Auf der nächsten Seite finden Sie ein paar weitere Beispiele, wie unterschiedliche Bewertungen zu unterschiedlichen Gefühlen führen können.

Ereignis	Bewertung	Emotion
Vogel kackt auf Windschutzscheibe 	„Das hat der mit Absicht gemacht.“	WUT auf den Vogel
Vogel kackt auf Windschutzscheibe 	„Sogar die Vögel scheißen auf einen Typ wie mich.“	WUT auf sich selbst
Arbeitskollege grüßt nicht 	„Der mobbt mich.“ „Wird mein Arbeitstag jetzt die Hölle?“	ANGST
Arbeitskollege grüßt nicht 	„Hat mich nicht gesehen.“	keine emotionale Reaktion
Hübsche Frau lächelt 	„Die steht auf mich. Ich hab's aber auch drauf.“	FREUDE
Hübsche Frau lächelt 	„So eine wird sich nie für mich interessieren.“ „Bloß nicht hinsehen, sonst wird's peinlich.“	ANGST SCHAM
Hübsche Frau lächelt 	„Ich brauch noch Butter, Milch, Frischkäse, und später muss ich dann noch zur Post.“	keine emotionale Reaktion

Kognitive Fehler

nach BECK

<h2>Schwarzweiß-Denken</h2> <p>Dinge werden in eine von 2 gegenteiligen Kategorien eingeteilt, z.B. „voller Erfolg“ vs. „völliges Versagen“, „echter Kerl“ vs. „Schwächling“, usw.</p>	
<h2>Abwertung des Positiven</h2> <p>Eigene Erfolge werden nicht gezählt, sondern als Selbstverständlichkeiten abgewertet. Die Dinge, die nicht gut laufen, zählen dafür doppelt und dreifach als Beweis der eigenen Unzulänglichkeit.</p>	
<h2>Mentales Filtern</h2> <p>Ein einzelnes Detail wird mit besonderer Aufmerksamkeit beachtet. Anderes wird ausgeblendet. Trotz großem Applaus:</p> <p> „Während meines Vortrags sind 2 Personen gegangen. Mein Vortrag war also stinklangweilig.“</p>	
<h2>Katastrophisierung</h2> <p>Deutliche Überschätzung der Folgen eines Ereignisses.</p> <p> „Wenn jemand meine Ängste bemerkt, werde ich in die Psychiatrie zwangseingewiesen. Ich werde das Sorgerecht für meine Kinder verlieren.“</p>	

<h2 style="text-align: center;">Übergeneralisierung</h2> <p>Aus einem einzelnen Ereignis werden unzulässige Schlussfolgerungen gezogen. Ein Flirtversuch ist gescheitert ➡</p> <p>☁ „Ich werde niemals eine Frau finden.“</p>	
<h2 style="text-align: center;">Willkürliches Schlussfolgern</h2> <p>Fixierung auf eine ganz bestimmte Interpretation eines Geschehens, ohne Alternativen zu bedenken. Partner möchte keinen Sex ➡</p> <p>☁ „Er ekelte sich vor mir, und ist nur noch aus Mitleid mit mir zusammen.“</p>	<p>1 + 1 = </p>
<h2 style="text-align: center;">Etikettierung</h2> <p>Selbstzuweisung stark verallgemeinernder Begriffe. Prüfung nicht bestanden ➡</p> <p>☁ „Ich bin ein Versager.“</p>	
<h2 style="text-align: center;">Personalisierung</h2> <p>Die Ursache für Ereignisse wird alleinig in der eigenen Person gesehen. Andere Einflüsse werden ausgeblendet. Chef ist unfreundlich ➡</p> <p>☁ „Ich provoziere ihn dazu.“</p>	
<h2 style="text-align: center;">Emotionale Beweisführung</h2> <p>Die eigenen Gefühle werden als Beweis für die Richtigkeit einer Annahme gesehen.</p> <p>☁ „Ich habe Angst, also bin ich objektiv in Gefahr.“</p>	

Diagnostik

Ein Verhaltenstherapeut ist im Verlauf der ersten Gespräche auf der Suche nach ganz bestimmten Informationen, und wird Ihnen entsprechende Fragen stellen. Wichtig ist für ihn vor allem die Klärung, welche „Symptome“ vorliegen. Ein Symptom ist eine einzelne, ganz konkrete Beschwerde, wie z.B. „Unfähigkeit, Freude zu empfinden“ oder „starke Angst vor Situationen, wo eine spontane Flucht nicht möglich ist“.

Symptome sind für einen Verhaltenstherapeuten deshalb so wichtig, weil er beabsichtigt, aus den oft komplexen Schilderungen persönlicher Schwierigkeiten eine klare Diagnose abzuleiten. Jede Diagnose hat einen markanten Namen, sowie einen eigenen Buchstaben-Zahlen-Code, wie z.B. F32.0 „leichte depressive Episode“, oder F40.0 „Agoraphobie“. Diagnosen haben den Vorteil, komplizierte Symptom-Kombination in einem einzelnen Begriff zu bündeln.

Das Feststellen psychischer Erkrankungen basiert auf 2 Diagnostik-Büchern, die fast jeder Verhaltenstherapeut bei sich im Regal stehen hat: „International Classification of Diseases“ (ICD-10) der World Health Organization, und „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ (DSM-5) der American Psychiatric Association. Die Zahlen benennen die aktuelle Auflage. Diese Bücher kann sich übrigens jeder kaufen – greifen Sie also zu, und zeigen Ihren Freunden und Verwandten, welche Merkmale psychischer Störungen Sie bei diesen identifizieren können. Ihr Umfeld wird Sie dafür lieben.

Eines sollte man bei psychiatrischen Diagnosen nie vergessen: was als Krankheit erachtet wird, und was als gesunde Normalität, ist eine von Psychiatern und Psychologen beschlossene Festlegung. Die Entscheider orientieren sich dabei an der Forschung, wie auch am Zeitgeist. Z.B. war Homosexualität bis 1974 im DSM-2 noch als psychische Störung enthalten, verschwand aber mit Erscheinen des DSM-3. Das aktuelle DSM-5 steht in der Kritik, weil in dieser Auflage plötzlich neue Diagnosen für Dinge auftauchen, die vorher noch als normaler Teil des

menschlichen Lebens galten.¹ Beispiele dafür sind die „disruptive Affektregulationsstörung“ (F34.8) für Kinder, die leicht wütend werden, oder die „leichte neurokognitive Störung“ (G31.84) für ältere Leute, die etwas vergesslich sind, aber nicht dement.

Die Diagnostik einer Depression würde nach ICD-10 z.B. folgendermaßen ablaufen: zunächst wird das Vorliegen der einzelnen Depressions-Symptome überprüft, die sich hier in 3 Hauptsymptome und 7 zusätzliche Symptome aufteilen. Um die Diagnose zu vergeben, müssen 2 Wochen lang mindestens 2 Hauptsymptome und einige zusätzliche Symptome auftreten, so dass es insgesamt mindestens 4 Symptome sind.²

HAUPTSYPMTOME



Depressive Stimmung in einem für die Betroffenen deutlich ungewöhnlichen Ausmaß, die meiste Zeit des Tages, fast jeden Tag, im Wesentlichen unbeeinflusst von den Umständen und mindestens zwei Wochen anhaltend.



Interessen- oder Freudeverlust an Aktivitäten, die normalerweise angenehm waren.



Verminderter Antrieb oder gesteigerte Ermüdbarkeit.

¹ Frances, A., „Normal: Gegen die Inflation psychiatrischer Diagnosen“, Köln: Dumont (2013)

² Dilling, H., Freyberger, H. (Hrsg.), „Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen“, Göttingen: Hogrefe

ZUSÄTZLICHE SYMPTOME

Verlust des Selbstvertrauens oder des Selbstwertgefühls.

Unbegründete Selbstvorwürfe oder ausgeprägte, unangemessene Schuldgefühle

Wiederkehrende Gedanken an den Tod oder an Suizid oder suizidales Verhalten

Klagen über oder Nachweis eines verminderten Denk- oder Konzentrationsvermögens, Unschlüssigkeit oder Unentschlossenheit

Psychomotorische Agitiertheit oder Hemmung (subjektiv oder objektiv)

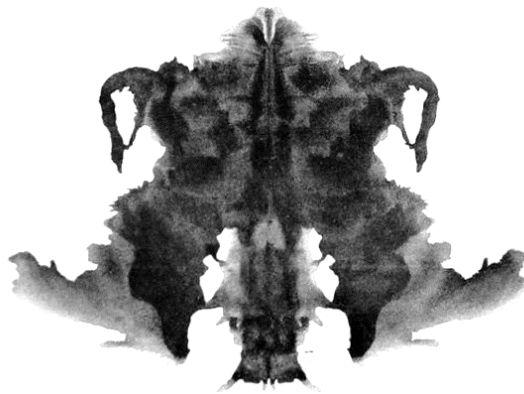
Schlafstörungen jeder Art

Appetitverlust oder gesteigerter Appetit mit entsprechender Gewichtsveränderung

ANZAHL DER SYMPTOME

Der Schweregrad einer Depression (leicht, mittel, schwer) ergibt sich dann aus der Gesamtzahl der Symptome, unter besonderer Berücksichtigung der Zahl der Hauptsymptome. Darüber hinaus gilt es noch einige „Ausschlusskriterien“ zu beachten: z.B., ob es neben Stimmungstiefs auch Phasen übersteigerter Hochstimmung gab, ob Gehirnerkrankungen bekannt sind, oder ob die untersuchte Person Drogen konsumiert. Zum Schluss wird noch der zeitliche Verlauf bewertet: gab es in der Vergangenheit vielleicht schon öfters depressive Phasen, oder ist das Stimmungstief gar ein jahrelanger Dauerzustand? Wenn der Diagnostiker all diese Informationen hat, kann er daraus die passende Diagnose ableiten. Oder aber er kommt zum Ergebnis, dass bei der untersuchten Person die Kriterien für eine psychiatrische Diagnose nicht erfüllt sind.

Für die Diagnostik benutzen Verhaltenstherapeuten auch gerne psychologische Tests. Deren Unterhaltungswert liegt allerdings leider meist weit unter dem der Therapieschulen-Konkurrenz. Zu den Tests, die Sie in VT-Praxen eher nicht antreffen werden, gehört z.B. der berühmte Rorschach-Test. Hier hätte Ihre Aufgabe darin bestanden, zu sagen, was das seltsame Gebilde auf dem Bild hier unten darstellen soll.



Was könnte das nur sein? Die Gag-Antwort: „ein Tintenkleck“ bringt Ihnen hier keinen Schmunzler des Testleiters, sondern eher die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung.

Der Nachteil dieses Tests liegt auf der Hand: die „richtigen“ Antworten gibt's im Internet. Mit denen kann sich auch der Serienkiller als harmloser Biedermann tarnen. Im Bild eben sind Sie übrigens auf der sicheren Seite, wenn Sie „ausgebreitetes Tierfell“ sagen. Während der Test in Deutschland inzwischen nur noch selten eingesetzt wird, ist er in Japan auch heute noch ein großer Hit.¹

Ein weiterer Test, den Sie leider in VT-Praxen kaum zu Gesicht bekommen, ist der Rosenzweig Picture Frustration Test. In diesem sehen Sie Cartoons von Menschen in einer Konfliktsituation. Die Sprechblase der einen Person ist bereits ausgefüllt, die der anderen sollen nun Sie ganz nach Wunsch betexten. Z.B. schimpft in einem der Bilder eine Frau mit ihrem Mann: „Ausgerechnet jetzt hast Du Deine Schlüssel verloren!“ Beide stehen am Auto, und der Mann kramt in seiner Hosentasche. Was lassen Sie diesen nun antworten? Vielleicht ein defensives „Es tut mir ja leid!“, oder ein offensiveres „Wenn Du mich hier verrückt machst, find' ich sie auch nicht schneller!“, oder vielleicht ein ganz forsches: „Das ist nur Deine Schuld, Du dumme Nuss! Weil ich hier stundenlang mit Dir rumlaufen muss!“ Ein äußerst kompliziertes Auswertungsverfahren bewertet danach die Frustrationstoleranz der Testperson.

Das ursprüngliche Bildmaterial stammt noch aus den 50er-Jahren, wodurch so manche Situation nicht mehr ganz zeitgemäß wirkt. Z.B. gibt es da einen Mann in einer Telefonzelle, der durch ein Kommunikations-Problem mit der Telefonvermittlung in eine unangenehme Lage gerät. Falls Sie Lust haben, die Aufgabe mal selber auszuprobieren – auf der nächsten Seite finden Sie ein Motiv mit einer dem Zeitgeist entsprechenden Konflikt-Thematik. Was lassen Sie die rechte Person antworten?

¹ Online-Artikel von Alanna Schubach:

<https://www.theatlantic.com/technology/archive/2015/01/why-the-rorschach-test-is-still-so-big-in-japan/384668/>



Kommen wir nun zu den Tests, die Sie in verhaltenstherapeutischen Praxen mit höherer Wahrscheinlichkeit antreffen werden. Meistens handelt es sich dabei um Fragebögen zur aktuellen Lebenssituation, zur persönlichen Biografie, oder zu Symptomen psychischer Probleme. Sehr verbreitet ist hier z.B. das Beck-Depressions-Inventar (BDI), bei dem Sie bewerten, wie stark 21 psychosomatische Symptome innerhalb der letzten 2 Wochen aufgetreten sind (z.B. Gefühl von Wertlosigkeit). Kamen Sie vor Beginn der Therapie im Test auf 50 Punkte (extrem depressiv), und liegen nun ein halbes Jahr später nur noch bei 3 Punkten, kann ein Verhaltenstherapeut daraus schlussfolgern, dass es Ihnen nun besser geht. Wenn Sie Glück haben, erkennt Ihr Therapeut das allerdings auch ohne psychodiagnostischen Fragebogen.

Zur Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen verwenden Verhaltenstherapeuten gerne den „SKID-II“-Fragebogen. SKID steht dabei für „Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV“. Auch wenn es inzwischen bereits ein DSM-5 gibt, lässt sich der Fragebogen immer noch verwenden. Ihre Aufgabe besteht darin, 117 Fragen wie „Kleiden Sie sich gern sexy, auch wenn Sie zum Beispiel nur zur Arbeit gehen oder Besorgungen machen?“ mit „ja“ oder „nein“ zu beantworten. Bitte seien Sie unbesorgt, wenn Sie bei dieser Frage gerade laut „Aber sicher doch!“ gerufen haben. Um den Verdacht einer „histrionischen Persönlichkeitsstörung“ aufkommen zu lassen, muss noch viel Weiteres bejaht werden. Der Fragebogen ist auch nur der erste Schritt - es folgt ein Interview, bei dem alle „ja“-Antworten dahingehend überprüft werden, ob hier ein Persönlichkeitsstörungs-Kriterium erfüllt wird. Der Knackpunkt dabei ist der große Interpretations-Spielraum beim Beurteiler. Denn das eigentliche Störungs-Kriterium der „sexy Outfit“-Frage lautet: „Verhält sich in Sozialkontakten unangemessen aufreizend bzw. sexuell provokativ“. Welche Dekolleté-Tiefe hier also einer pathologischen Verführungsneigung entspricht, wird von Therapeut zu Therapeut sehr unterschiedlich beurteilt werden. Die Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen beinhaltet trotz festgelegter Kriterien eine hohe Subjektivität, und es kommt häufig zu sich widersprechenden Diagnosen.