

Was ist VERHALTENSTHERAPIE?

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.

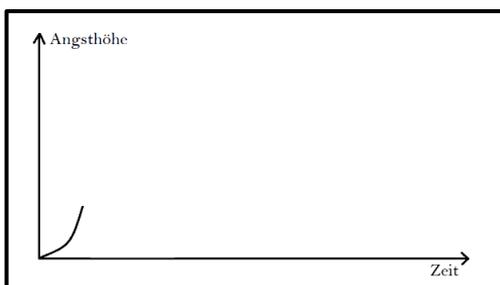
Und nun die entscheidende Frage: warum denken Menschen mit diesen Ängsten so viel über das Flüchten nach? Welche Gefahr scheint

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.

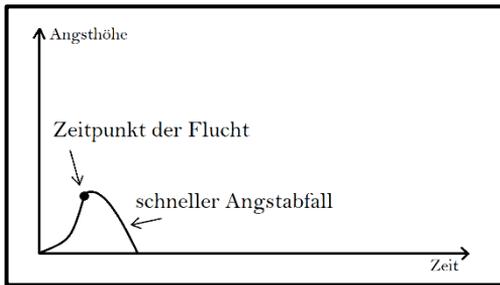
Die persönliche Schlussfolgerung all dieser Vorstellungen lautet: eine Angstattacke muss unter allen Umständen verhindert bzw. gestoppt werden. Da meist die Erfahrung gemacht wird, dass die Symptome nach einer Flucht wieder verschwinden, wird der offene Fluchtweg im Kopf zu einer potentiell lebensrettenden 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:



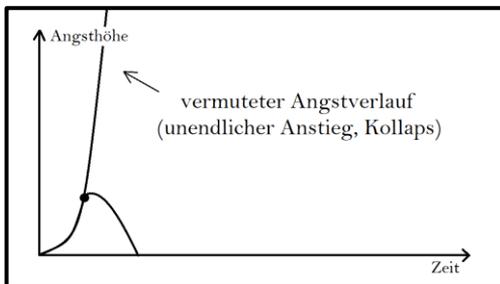
Oh Gott! Was passiert hier?

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



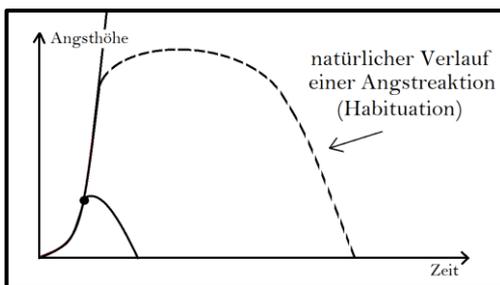
Und Tschüss!

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

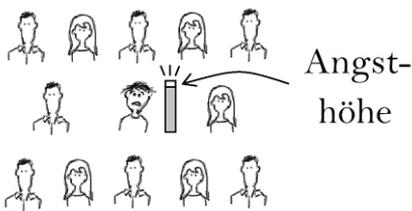
¹ Hoyer, J. & Pittig, A., „Exposition aus Sicht niedergelassener Verhaltenstherapeutinnen und Verhaltenstherapeuten“

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

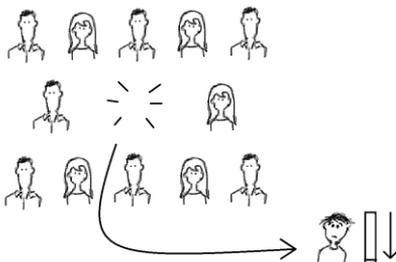
Erklärungsversuche



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 Angstsituation 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?

Diese Frage versucht das „2-Faktoren-Modell“ der Psychologen Orval Hobart Mowrer und Neal E. Miller zu beantworten. Es wurde in seiner Urfassung bereits 1947 veröffentlicht, und ist ein echter Verhaltenstherapie-Klassiker. In diesem Modell werden klassische Konditionierung und operante Konditionierung kombiniert. Die Antwort auf die Frage nach der ursprünglichen Entstehung einer Phobie: der Ort oder das Objekt wurde zunächst mit einem aversiven Stimulus gekoppelt, und wurde dadurch zum Gegenstand der Phobie. Danach entwickelte sich das Vermeidungsverhalten allmählich mittels negativer Verstärkung.

Im Labor klappt das gut: gibt man einer Ratte elektrische Schocks, wenn eine rote Lampe aufleuchtet, dann wird die Ratte zukünftig Angstsymptome zeigen, wenn es wieder rot leuchtet (klassische Konditionierung / Faktor 1). Gibt man der Ratte eine Möglichkeit, den Schocks zu entkommen (z.B. eine „Sicherheitszone“ im Käfig), dann wird die Ratte zuverlässig davon Gebrauch machen (operante Konditionierung / Faktor 2). Sie lernt, dass Flüchten schützt. Was aber wird passieren, wenn wir jetzt den Elektroschock-Apparat ausschalten, so dass bei rotem Licht nichts Schlimmes mehr geschieht? Sie ahnen es vielleicht: die Ratte wird auch weiterhin in ihre Sicherheitszone rennen, wenn die Lampe angeht. Das macht sie solange, bis sie vielleicht mal bei aller Hektik stolpert, ihre Sicherheitszone nicht rechtzeitig erreicht, und trotz rotem Licht keinen Schock erhält. Die Folge: ein „A-Ha“-Erlebnis. Eine wichtige Information für die Ratte, die sie durch Verfolgen der natürlichen Impulse möglicherweise niemals erhalten hätte. Fazit: Angst kann sich lange am Leben erhalten, selbst wenn eine Bedrohung nicht existiert.

Eignet sich dieses Modell auch, um Phobien beim Menschen zu erklären? Im Ratten-Beispiel wurde die „Rotlicht-Phobie“ durch eine reale Gefahr getriggert - den Elektroschock. Sollte die 2-Faktoren-Theorie stimmen, müsste es also bei Menschen mit Phobie ebenfalls irgendwann eine entsprechende Bedrohung gegeben haben. Im „Hörsaal“-Beispiel könnte der Student z.B. früher mal eine heftige Panikattacke an einem Ort erlitten haben, der Ähnlichkeiten mit dem Hörsaal aufweist - z.B. ein Gedränge vieler Menschen. Die frühere Panikattacke wäre dann das, was der Ratte der Elektroschock ist – das, was man zu fürchten gelernt hat. Der Hörsaal wäre das, was der Ratte die rote Lampe ist – ein Signal für

drohende Gefahr. Es gibt sogar Menschen, die schauen sich genau denjenigen Film nie wieder an, bei denen Sie mal eine Panikattacke erlitten haben. Kam die Angstattacke bei der Autofahrt, wird oft nicht mehr gefahren. Ein Knackpunkt an diesem Modell ist allerdings, dass es die Entstehung der ursprünglichen Panikattacke nicht gut erklärt, die den Prozess erst in Gang setzt.

Auch bei der Erklärung bestimmter anderer Phobien hat das Modell Schwächen, wie z.B. bei Arachnophobie (Spinnenangst). Denn vor Beginn der Phobie müsste es ja theoretisch eine Zeit gegeben haben, in der eine Spinne noch keine Angst auslöste (wenn man nicht von einer angeborenen Angst ausgeht). Wie aber kann man sich das traumatische Ereignis vorstellen, welches Spinnen fortan zu einem konditionierten Horror-Stimulus macht? Mit welchem Aversiv-Reiz soll der damals noch neutrale Stimulus „Spinne“ gekoppelt worden sein?

Fragt man Menschen mit Arachnophobie nach einem frühen traumatischen Spinnen-Erlebnis, hört man oft Geschichten wie: „Ich kam zu meinem Bett, hob die Decke hoch, und - da war sie! Ich schrie laut, meine Mutter kam und tötete das Biest.“ Was auf den ersten Blick wie eine überzeugende Erklärung wirkt, passt nicht ganz zum Modell. Denn es scheint ja so, als bestünde die Phobie zu diesem Zeitpunkt bereits, da der Anblick der Spinne eine heftige Angstreaktion hervorrief. Für die Suche nach der ursprünglichen Konditionierung müsste man folglich zeitlich noch weiter zurückgehen. Aber etwas anderes als die „Spinne unter der Bettdecke“-Gruselgeschichte findet man eigentlich nie.

Vielleicht sind Sie ja neugierig, was sich Psychologen und andere Wissenschaftler sonst noch so für Arachnophobie-Erklärungen haben einfallen lassen. Dann schauen Sie doch mal auf die nächste Seite.

Erklärungsversuche: Arachnophobie bie

1

EVOLUTIONSTHEORIE

Eine in Zeitschriften und TV-Beiträgen sehr häufig anzutreffende Theorie ist, dass Arachnophobie eine angeborene und in der Evolutionsgeschichte der Menschheit entstandene Angst ist. Sich vor Spinnen zu gruseln, war dieser Theorie zufolge für unsere Vorfahren ein relevanter Überlebensvorteil – wer blitzschnell vor dem Krabblen weggrannte, oder diesen erschlug, überlebte mit höherer Wahrscheinlichkeit, als der Zögerliche. So, wie es auch dem Hasen zugutekommt, dass er als schreckhafter „Angsthase“ geboren wird. Würde er dem Fuchs grundsätzlich gelassen und ohne „Vorurteile“ begegnen, wären die Hüpfen vermutlich bereits allesamt vertilgt.

Evolutionspsychologische Erklärungen wirken auf den ersten Blick oft überzeugend, haben aber einen grundsätzlichen Makel: sie können weder bestätigt, noch widerlegt werden. Dass kein Gegenbeweis möglich ist, klingt zwar wie eine tolle Sache, bedeutet aber, dass Sie mit der Begründung: „evolutionärer Vorteil“ jeden beliebigen Unsinn behaupten können – und keiner kann Ihnen nachweisen, dass Sie Unrecht haben. Die Theorie evolutionär entstandener Arachnophobie hat noch weitere Knackpunkte: warum gibt es eine Phobie vor Spinnen, aber kaum vor anderen Tieren, die vermutlich für den Urmensch genauso gefährlich, wenn nicht sogar sogar weitaus tödlicher waren? Testen Sie doch mal Ihre Empfindungen beim Betrachten dieser 3 Bilder:



Ein weiteres Gegenargument ist das völlig angstfreie Verhalten vieler Babys, wenn sie ihrer ersten Spinne begegnen. Und in anderen Kulturen gibt es die Phobie kaum – in Kambodscha gilt frittierte Vogelspinne als leckeres Frühstück.

2

PSYCHOANALYTISCHE THEORIE

Nach dieser Denkrichtung hat der Spinnen-Phobiker in Wirklichkeit keine Angst vor einer Spinne, sondern vor etwas ganz anderem. Die Spinne ist quasi nur eine Projektionsfläche, ein Stellvertreter für einen anderen Konflikt, der unbewusst im Inneren der Psyche stattfindet. Falls dem so ist, bleibt aber noch die Frage unbeantwortet: warum sind ausgerechnet immer wieder Spinnen diese Projektionsfläche, und andere Tiere fast nie? Für eine genauere Erklärung konsultieren Sie bitte den Psychoanalytiker Ihres Vertrauens.

3

MORPHOLOGIE – THEORIE

Eine andere Theorie besagt, dass das spezifische Aussehen der Spinne die Phobie auslöse: die vielen langen Beine, das Bewegungsmuster, der haarige Körper, usw. In der Tat würden wohl viele Phobiker zustimmen, dass gerade diese Dinge sie besonders erschauern lassen. Aber unabhängig davon, dass dies nicht erklärt, aus welchem Grund gerade diese körperlichen Besonderheiten Ängste auslösen sollten, werden viele dieser Merkmale auch von anderen Tieren geteilt: Krebse sehen oft spinnenartig aus, aber Menschen mit Krebs-Phobie findet man quasi nie. Eine andere Idee lautet: Spinnen tauchen plötzlich unerwartet in der Wohnung auf, und erschrecken dadurch die Bewohner. Das Gleiche könnte man aber auch von einer Stubenfliege sagen, nur meist ohne das Erschrecken. Der große Spinnen-Schreck bedeutet nur, dass die Angst zu diesem Zeitpunkt bereits existierte.

THEORIE

4

SOZIALER
BEOBACHTUNG

Diese Theorie geht davon aus, dass Spinnenangst durch die Beobachtung unserer ängstlichen Mitmenschen übertragen wird. Spätestens, wenn das Chaos beim ersten Spinnenbesuch in der Wohnung ausbricht, kriegt der Nachwuchs mit, was da für ein Monster eingedrungen sein muss. Mutti kreischt, Omi wirft hilflos mit Küchenutensilien nach dem Achtbeiner, Vati kommt heldenhaft angestürmt und erlegt unter Berserkergebrüll mittels eines Schuhs in der Hand das Untier. Die Botschaft an den Nachwuchs ist klar: große Gefahr hat gedroht! Gerade nochmal gutgegangen.

2. Welle der Verhaltenstherapie

Kognitive Therapie

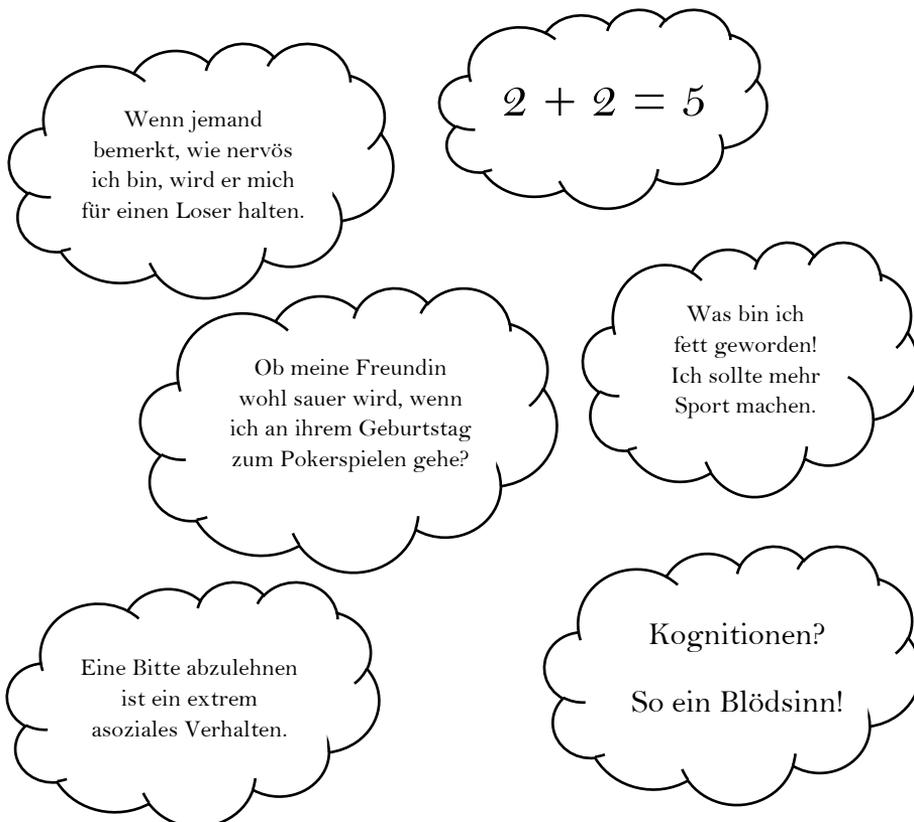
Reden Verhaltenstherapeuten von der „Wende“, meinen diese meist etwas anderes als die Wiedervereinigung Deutschlands. Innerhalb der 70er-Jahre kam es zu einer philosophischen Revolution in der Therapie-Szene, die als „kognitive Wende“ in die VT-Geschichte einging. Die revolutionäre Idee damals: *der Mensch denkt*.

Allerdings kann man wohl selbst den überzeugtesten Behavioristen nicht vorwerfen, diese Offensichtlichkeit nicht bemerkt zu haben. Auch Forscher wie Watson oder Skinner haben mit Sicherheit gewusst, dass da noch mehr ist, als nur Konditionierung. Es war halt eine Entscheidung mit bestimmten Vor- und Nachteilen, psychologische Forschung unter Beschränkung auf das klar Messbare zu betreiben.

Immer wieder stieß man dabei allerdings auf Probleme, wie etwa bei der Anwendung von Aktivitätenaufbau bei Depression. Hier konnte man feststellen, dass eine eigentlich „positive“ Aktivität von Patienten auch als gänzlich unangenehm erlebt werden kann. Ein Mensch kann z.B. die ganze Freude an einem gemeinsamen Abendessen mit Freunden verlieren, wenn er denkt, dass die ihn am liebsten gar nicht dabei hätten, und nur aus Höflichkeit eingeladen haben. Das muss überhaupt nicht der Wahrheit entsprechen – entscheidend für den Spaßverlust ist nur, dass es subjektiv für wahr gehalten wird. Ohne sich mit der Gedankenwelt eines Menschen zu beschäftigen, ist es oft schwer, eine „Reaktion“ auf einen „Reiz“ zu verstehen.

Der zentrale Begriff der zweiten Welle lautet „Kognition“. Im Lehrbuch der Verhaltenstherapie von Margraf & Schneider taucht der Begriff über tausend Mal auf – allein in Band 1. Unterhalten sich Verhaltenstherapeuten, dann dauert es keine Minute, bis einer „kognitiv“ sagt. Die Bedeutsamkeit der Kognitionen für die moderne VT ist derart groß, dass sie nur noch selten als simple „Verhaltenstherapie“ bezeichnet wird, sondern üblicherweise als „kognitive Verhaltenstherapie“ bzw. KVT. Im englischsprachigen Raum: „Cognitive-Behavioral Therapy“ bzw. CBT.

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.



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?

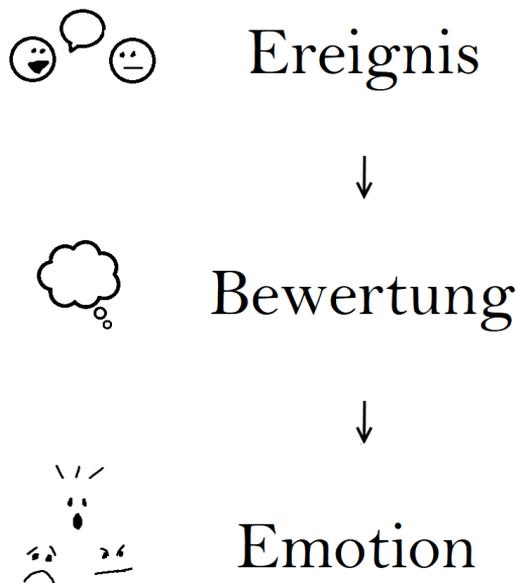
Diese Idee mag auf den ersten Blick plausibel erscheinen, hat aber ein paar Schwachstellen: zum einen sind direkt stattfindende Ereignisse gar nicht notwendig, um Gefühle zu provozieren. Auch die Erinnerung an den Streit, das Kompliment, den Hund, die Schwiegermutter oder den nicht erfolgten Anruf kann 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.

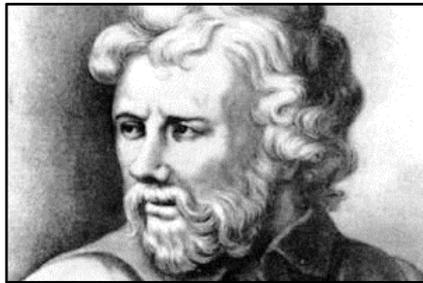
Aus Sicht der kognitiven Psychologie besteht das „Persönliche“ hier darin, dass die beiden Männer das Missglücken ihrer Verabredung ganz

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.)

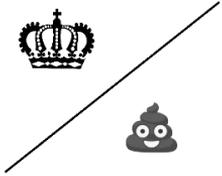
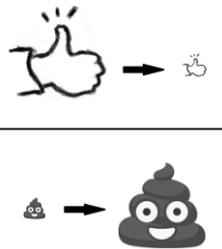
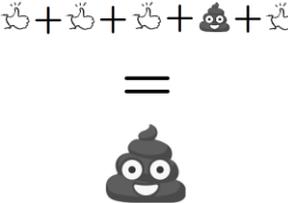
An dieser Stelle eine kurze Warnung zu einer häufigen Verwirrung, die bei Gesprächen über dieses Thema auftritt. In der deutschen Sprache ist es üblich, dass man Gedanken mit der Formulierung „das Gefühl haben“ ausdrückt. Z.B. könnte jemand sagen: „Ich habe das Gefühl, dass es heute regnen wird.“ Aus 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.

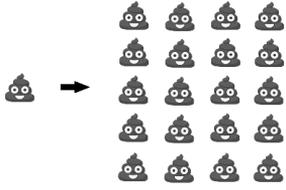
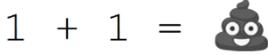
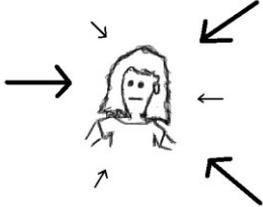
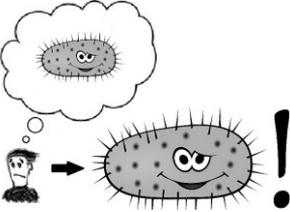
Auf der nächsten Seite finden Sie ein paar weitere Beispiele, wie unterschiedliche Bewertungen zu unterschiedlichen Gefühlen führen können.

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 zwangsgewiesen. Ich werde das Sorgerecht für meine Kinder verlieren.“</p>	

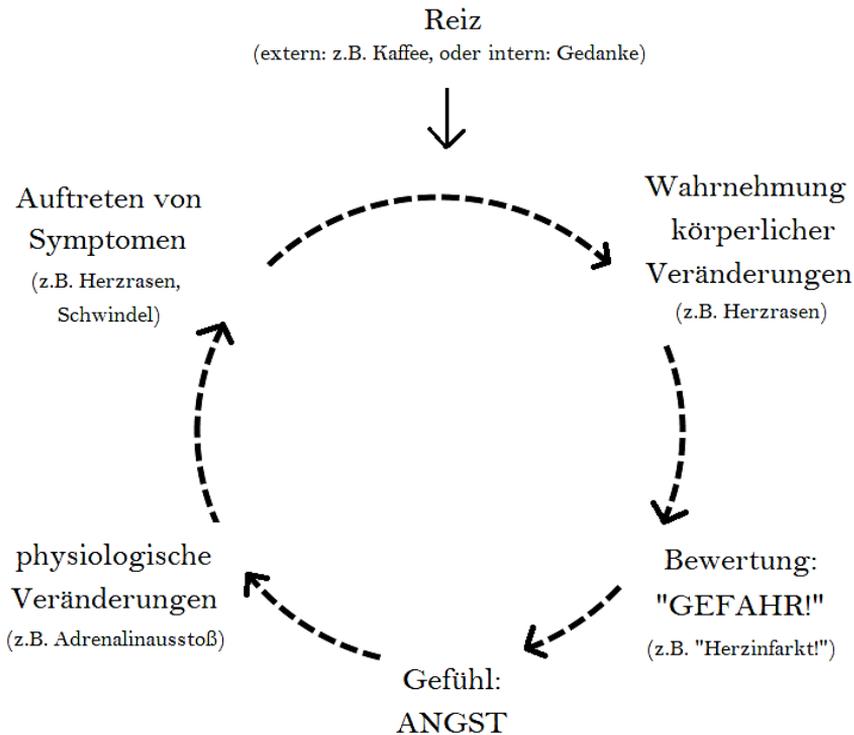
<h2 style="text-align: center;">Übergeneralisierung</h2> <p>Aus einem einzelnen Ereignis werden unzulässige Schlussfolgerungen gezogen. Ein Flirtversuch ist gescheitert ➡</p> <p>☁ „Ich werde niemals eine Frau finden.“</p>	
<h2 style="text-align: center;">Willkürliches Schlussfolgern</h2> <p>Fixierung auf eine ganz bestimmte Interpretation eines Geschehens, ohne Alternativen zu bedenken. Partner möchte keinen Sex ➡</p> <p>☁ „Er eckelt sich vor mir, und ist nur noch aus Mitleid mit mir zusammen.“</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>	

Kognitionen erobern die VT



Erklärungen für psychische Erkrankungen, in denen Kognitionen eine zentrale Rolle spielen, wurden im Verlauf der Zeit zum Standard in der Verhaltenstherapie. Bei Angststörungen konzentrierte man sich z.B. vor allem auf Befürchtungen, also auf die Frage: „Vor dem Eintreten welcher konkreten Situation hat der Betroffene Angst, und warum?“ bzw. „Was ist die subjektiv wahrgenommene Bedrohung?“

Bei Agoraphobie ist das üblicherweise die Befürchtung, eine Panikattacke zu bekommen. Dies wird auch als „Angst vor der Angst“ bezeichnet. Und warum haben Menschen Angst vor Panikattacken? Meist deswegen, weil sie von Betroffenen als unmittelbare Gefahr für das Eintreten einer Katastrophe bewertet werden: Schlaganfall, Herzattacke, „Verrücktwerden“, usw. Bei einer Variante dieser Angststörung erleiden Menschen Panikattacken nicht nur an klassischen Phobie-Orten, wie z.B. Menschenmengen, sondern es kann überall passieren - wie etwa plötzlich zu Hause auf dem Sofa beim „Bachelor“-gucken. Die gängige kognitiv-verhaltenstherapeutische Erklärung dieses Phänomens lautet, dass es „Katastrophisierungen“ normaler Alltagsempfindungen sind (wie etwa ein beschleunigter Herzschlag nach dem Kaffeetrinken), die einen schnell eskalierenden Teufelskreis der Angst in Gang setzen. Das Modell auf der nächsten Seite stellt diese Idee grafisch dar, und ist ein echter Klassiker der Verhaltenstherapie. Unzählige Therapeuten haben das schon an ihr Flipchart gezeichnet. Die kognitive Verhaltenstherapie zielt folglich darauf ab, die katastrophisierende Bewertung zu verändern.



Modell nach Margraf & Schneider

Sozialphobie ist die extreme Angst im Kontakt mit anderen Menschen. Aus kognitiver Sicht gründet sich diese Angststörung auf die Befürchtung, in eine demütigende Situation zu geraten, oder anders gesagt: einen „Gesichtsverlust“ zu erleiden. Betroffene haben meist den Eindruck, einen immensen Makel an sich zu haben, der um jeden Preis vor Anderen verborgen bleiben muss. Die schlimmsten Angst-Situationen sind dann natürlich diejenigen, in denen man im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit steht - hier ist das Risiko am Größten, dass der Makel irgendjemandem auffallen könnte.

Einen der häufigsten „Makel“, den sozialphobische Menschen verstecken wollen, ist die eigene Ängstlichkeit. Häufige Kognitionen sind z.B.: „Wenn jemand meine Angst bemerkt, wird er sich über mich lustig

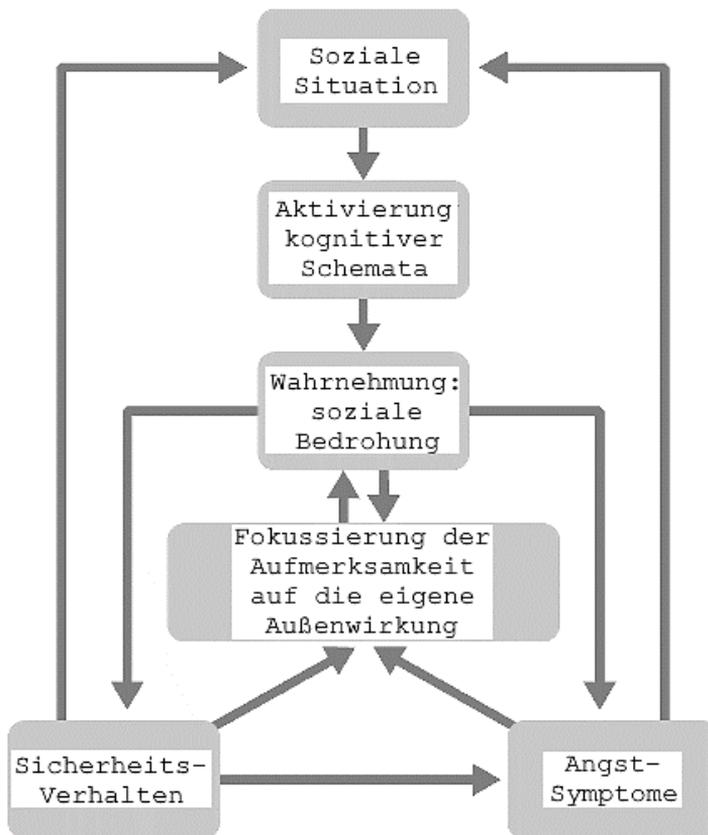
machen.“ oder „Ich als leitender Angestellter darf niemals Schwäche zeigen, sonst wird man mich nie wieder respektieren.“

Die eigene Aufmerksamkeit ist in Folge dessen meist auf Signale fixiert, welche die eigene Ängstlichkeit verraten könnten: Schwitzen, Erröten, Zittern, Stottern, Stammeln, Schweigen, usw. Manche Menschen haben sogar den Eindruck, das gesamte eigene Innenleben offenbare sich sofort, wenn man ihnen nur ins Gesicht blicke.

Um diese Signale für Andere unkenntlich zu machen, wird nun oft getrickt: Schwitzängstliche ziehen sich mehrere Kleidungsschichten zwecks optimierter Schweißaufsaugung an, Errötungsängstliche Frauen tragen Make-up-Mengen wie eine Operndiva, Zitterängstliche meiden Weingläser, Besteck, oder Stifte, und Schweigepausen-Ängstliche lernen vorbereitete Sprechtexte auswendig - selbst für den Anruf beim Pizza-Lieferservice. Am sichersten erscheint es Betroffenen natürlich oft, jeden sozialen Kontakt zu vermeiden. Und wenn dieser unumgänglich sein sollte, zumindest keinen Augenkontakt herzustellen, und so wenig wie möglich zu sprechen.

Eines der gängigsten kognitiv-verhaltenstherapeutischen Modelle zu sozialer Phobie sieht in genau so einem „Sicherheitsverhalten“ ein zentrales Problem. Denn einerseits wird dadurch die „Realitätsprüfung“ vermieden. Das heißt: niemals werden Sie erfahren, ob Ihre Mitmenschen tatsächlich so erbarmungslos reagieren, würden diese bei ihnen den Schweißfleck im Achselbereich entdecken. Weiterhin wird angenommen, dass Sicherheitsverhalten die Angst insgesamt eher noch steigert. Denn setzen Sie z.B. bei Gesprächen auf vorbereitete Texte, statt auf die eigene Spontanität, schwebt über Ihnen stets das drohende Unheil, dass die Konversation eine unvorhergesehene Wendung nehmen könnte, für die nun weder Skript noch Souffleuse existiert.

Addieren Sie zu diesen Ideen noch ein paar wild umherzeigende Pfeile, dann haben Sie eines der populärsten kognitiv-verhaltenstherapeutischen Modelle zu sozialer Phobie - ein Klassiker aus dem Jahr 1995.



Modell nach Clark & Wells

Auch bei Zwängen wird Gedanken eine große Rolle zugeschrieben. Das Verhalten bei einer Zwangsstörung besteht oft darin, dass die Betroffenen scheinbar unsinnige Dinge tun: z.B. exzessives Reinigen der Hände, der Kleidung, der Wohnung, oder Durchführung von Ritualen, wie etwa das genau 9-malige Wiederholen der Hebel-Betätigung beim Schließen eines Fensters. All diese Handlungen machen plötzlich Sinn, wenn man sich mit der Gedankenwelt beschäftigt.

Reinigungszwänge z.B. sind meist durch die Idee motiviert, eine als gefährlich bewertete Substanz von der eigenen Wohnung fernzuhalten -

wie etwa das HI-Virus. Eine der vielen Irrationalitäten besteht dabei in der Überschätzung, wie häufig ein Durchschnittsmensch mit diesem Mikroorganismus in Berührung kommt. Weiterhin gibt es hier äußerst unrealistische Annahmen darüber, wie hoch das Risiko einer Ansteckung bei Kontakt tatsächlich ist. Was viele Menschen auch ohne Zwänge meist überrascht: statistisch betrachtet beträgt das Ansteckungsrisiko nur 0,04%, wenn Sie als Mann mit einer HIV-infizierten Frau Sex hatten, und 0,08%, wenn Sie als Frau mit einem HIV-infizierten Mann geschlafen haben.¹ Angesichts dieser Zahlen kann das Risiko, sich beim Brötchenholen „zufällig“ mit HIV zu infizieren, als eher unwahrscheinlich bewertet werden. Das Problem allerdings: auch bei einer Wahrscheinlichkeit von eins zu einer Billion für ein Unglück, gibt es nach einer Billion Glücklicher am Ende den einen armen Teufel, den es dann doch erwischt. Daher macht die Präsentation von Statistiken üblicherweise keinen großen Eindruck auf Menschen mit Zwängen. Selbst der unwahrscheinlichste Fall könnte prinzipiell eintreten, weswegen keine Entwarnung gegeben ist.

Aus Sicht der kognitiven Verhaltenstherapie besteht ein Zwang aus vielen kleinen Episoden, die stets nach dem gleichen Schema ablaufen. Es beginnt mit einem spontanen Einfall, wie z.B. „Ich könnte mein Baby gegen die Wand werfen“, während Sie das kleine, süße Ding gerade im Arm halten. Begleitet wird das dann fieserweise noch von einer äußerst brutalen und blutigen Fantasie-Szene, wie aus einem Horrorfilm.

Bei einem Zwang wird dieser Einfall nun als Anzeichen einer realen Gefahr bewertet, und nicht nur als gruseliges Kopfkino. Denn: „Warum sollte man so etwas Furchtbares denken, wenn im tiefsten Inneren des Selbst nicht eine grausame Bestie schlummerte?“ denkt sich da so manche Mutter.

Kognitive Verhaltenstherapeuten haben für so etwas sogar einen eigenen Begriff: „thought-action-fusion“. Das ist ein typischer Denkfehler bei

¹ Patel P., Borkowf C.B., Brooks J.T., et al. „Estimating per-act HIV transmission risk: a systematic review.“ in: *AIDS* 28(10) (2014)

Zwängen: glauben, dass man etwas wahrscheinlich tun werde, weil man es sich in seiner Fantasie vorgestellt hat. Häufig vorkommende Fantasien aus dieser Kategorie sind z.B., das eigene Auto auf die Gegenfahrbahn zu lenken, über ein Gelände in einen tödlichen Abgrund zu springen - oder sogar, während der Vorlesung im Uni-Hörsaal plötzlich unwillentlich „Heil Hitler!“ zu schreien. Ein damit verwandter Denkfehler ist die „thought-event-fusion“. Dabei glaubt man, ein Ereignis werde eintreten, weil man es sich vorgestellt hat. Sollten Sie das von sich selbst kennen, können Sie das ja mal im Casino einer kritischen Prüfung unterziehen.

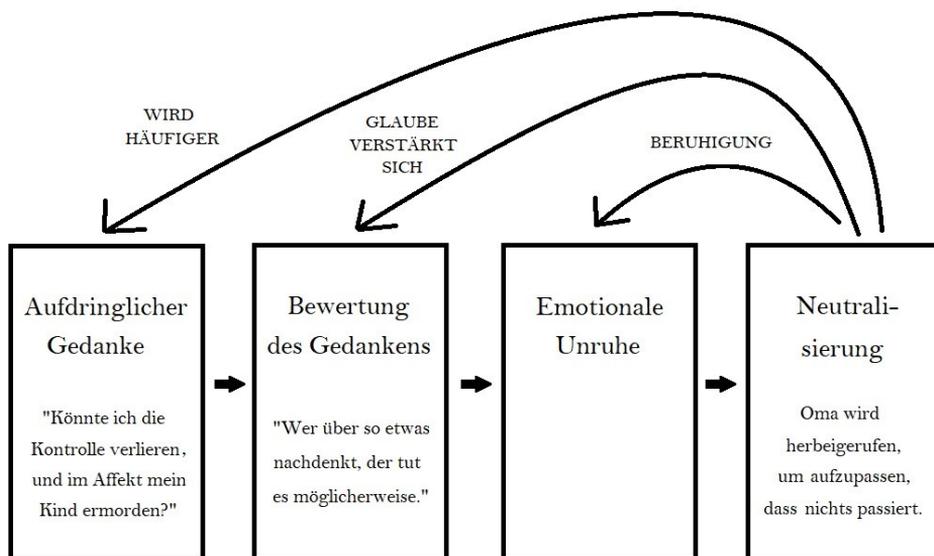
Als Folge dieser thought-action-fusion nehmen sich Mütter mit solchen Gedanken oft als große Gefahr für ihr Kind wahr, und leben in ständiger Angst. Häufig führt so etwas zu Verhaltensänderungen - im Extremfall sogar zur totalen Vermeidung, mit dem Kind alleine zu sein. Manche versuchen, sich durch Sicherheitsmaßnahmen zu beruhigen: eine hinzugezogene Person soll dann z.B. immer parat stehen, um im Falle des gefürchteten Horror-Austrasters rettend einzugreifen. Eine weitere Reaktion kann das immense Grübeln darüber sein, ob man sein Kind auch wirklich liebt. Das kann in zwanghafte Rituale ausarten, bei denen sich eine Mutter zur eigenen Beruhigung immer wieder diejenigen Dinge aufzählt, die die eigene Liebe für das Kind beweisen. Sobald allerdings die Horror-Fantasie erneut in der Vorstellung auftaucht, ist alles wieder hin, und das mentale Ritual muss erneut ausgeführt werden.

Aus Sicht der kognitiven Verhaltenstherapie besteht der größte Fehler im Umgang mit Zwangsgedanken darin, sie ernst zu nehmen, und darauf zu reagieren. Wer Sicherheitsmaßnahmen einführt, Dinge vermeidet oder Unglücke mit Ritualen abzuwehren versucht, gibt solchen Gedanken im Grunde recht, und glaubt sie immer mehr und mehr.

Zwangshandlungen werden in der KVT auch als „Neutralisierung“ bezeichnet. Die vermutete Funktion des Zwangsverhaltens ist es also, dass Gefahren abgewendet, „neutralisiert“, werden sollen, und man dadurch wohltuende Beruhigung erfährt. Bei einem Menschen mit ständigen Zwangsvorstellungen vom tödlichen Verkehrsunfall des Ehepartners könnte eine Neutralisierung zum Beispiel so aussehen, sich

Szenen einer glücklichen Zukunft vorzustellen, um das Schicksal wieder in die richtige Bahn zu lenken – eine mentale Zwangshandlung. Bei Waschzwängen besteht die Neutralisierung hingegen im exzessiven Reinigen, um die imaginierten Gefahrenstoffe zu eliminieren, und das eigene Sicherheitsgefühl wiederherzustellen.

Auch Zwänge haben in der kognitiven Verhaltenstherapie ihren Modell-Klassiker, in dem all diese Ideen gebündelt werden. Die Kästchen zeigen dabei den Ablauf eines Zwangs, und die oberen Pfeile, wie Neutralisierung das Problem verstärkt.



Modell nach Paul Salkovskis

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

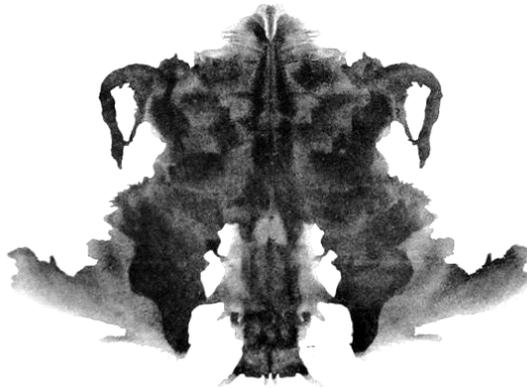
Appetitverlust oder gesteigerter Appetit mit entsprechender Gewichtsveränderung

—

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 übersteigter 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 Tintenklecks“ 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.