

Grundlagen der Verhaltenstherapie

Einblicke in die Geschichte und behavioralen sowie
kognitiven Behandlungsansätze der VT

von

Charlotte Schöck, M. Sc. Psychologie, KJP

14.05.2024

Überblick

1. Geschichte und Grundbegriffe
2. Modelle der Symptomentstehung
 - i. Klassische Konditionierung
 - ii. Operante Konditionierung
 - iii. Soziales Lernen
 - iv. Kognitives Lernen
3. Diagnostik und Indikation
4. Behandlungstheorie und Technik
 - i. Gesprächsführung
 - ii. Expositionsverfahren
 - iii. Kognitive Verfahren

1. Geschichte der Verhaltenstherapie

Lerntheorien

- Psychologie als objektive Naturwissenschaft
- *Behaviorismus* von John B. Watson
- Klassisches Konditionieren von Iwan P. Pawlow
- Operantes Konditionieren nach Burrhus F. Skinner

Geschichte der Verhaltenstherapie

Kognitive Wende

- Hinzunahme der kognitiven und gedanklichen Schemata
- Selbstregulation und SORKC-Modell von Frederic H. Kanfer
- Soziales Lernen von Albert Bandura
- Rational Emotive Therapie von Albert Ellis
- Kognitive Therapie von Aaron T. Beck
- Stressimpfungstraining von Donald Meichenbaum

Geschichte der Verhaltenstherapie

Dritte Welle

- Einbezug von Konzepten wie Achtsamkeit, aus der Biografie entstandene Schemata sowie stärkere Betonung der therapeutischen Beziehung
- Dialektisch-Behaviorale-Therapie von Marsha M. Linehan
- Akzeptanz- und Commitment-Therapie von Steven C. Hayes
- Schematherapie von Jeffrey Young

Grundbegriff: Verhalten

- Ein Mensch reagiert auf Umweltreize.
- Verhalten ist...
 - die Gesamtheit aller von außen beobachtbaren Aktivitäten des lebenden Organismus.
 - die Reaktion auf bestimmte Reize der Umwelt.
- Kognitionen sind...
 - innere Erlebnisprozesse als Verhalten.

Verhaltensebene	Beispiel
affektiv-emotional	Angst
kognitiv-verbal	„Oh nein, gleich falle ich in Ohnmacht“
physiologisch	Herzklopfen, Schwindel
motorisch	Den Prüfungssaal verlassen.

Grundbegriff: Verhaltenstherapie

- Störungstheorie
 - nicht oder falsch gelernte Reaktion
 - zumeist Verhaltensexzess und –defizit
- Therapietheorie
 - Symptomreduktion bzw. –elimination
 - ↓ dysfunktionale Fehlreaktionen
 - Aufbau und Stabilisierung neuer Reaktionen
- allgemeine Behandlungsziele
 - ↓ Symptome
 - ↑ Selbstregulation
 - Psychoedukation
 - Hilfe zur Selbsthilfe

Grundbegriff: Verhaltenstherapie

Grundsätze bei der Behandlung

- Problemorientierung
- Bedingungsorientierung
- Handlungsorientierung
- Zielorientierung

abnormes Verhalten unterliegt denselben lerntheoretischen Gesetzmäßigkeiten wie funktionales Verhalten

2. Modelle der Symptomentstehung

i. Klassische Konditionierung (Pawlow, 1927)

Neutraler Stimulus (NS)	Glockenton
Orientierungsreaktion (OR)	Ohren aufstellen, Herabsetzung des Herzschlags
Unkonditionierter Stimulus (UCS)	Futter
Unkonditionierte Reaktion (UCR)	Speichelfluss
Konditionierter Stimulus (CS)	Glockenton
Konditionierte Reaktion (CR)	Speichelfluss

Vorbereitung: NS → OR und UCS → UCR

Training: NS + UCS (*reinforcement*) → UCR

Ergebnis: NS wird zu CS und CS → CR

2. Modelle der Symptomentstehung

Bedingungen für eine Klassische Konditionierung:

- Kontingenz
 - Informationsgehalt: NS optimaler Prädiktor für UCS
- Kontiguität
 - räumlich-zeitliche Nähe zwischen NS und UCS
- Preparedness (Seligmann, 1970)
 - biologische Prädisposition, auf bestimmte Stimuli besonders leicht eine stabile konditionierte Reaktion zu entwickeln

2. Modelle der Symptomentstehung

ii. Operante Konditionierung (Skinner, 1951/1953)

- Auftretenswahrscheinlichkeit eines Verhaltens wird durch dessen Konsequenz erhöht oder verringert

	Darbietung	Entfernung
Positiver Stimulus	positive Verstärkung C ⁺ Wahrscheinlichkeit für das Verhalten ↑	Bestrafung Typ II bzw. indirekte Bestrafung C ⁺ Wahrscheinlichkeit für das Verhalten ↓
Negativer Stimulus	Bestrafung Typ I bzw. direkte Bestrafung C ⁻ Wahrscheinlichkeit für das Verhalten ↓	Negative Verstärkung C ⁻ Wahrscheinlichkeit für das Verhalten ↑

2. Modelle der Symptomentstehung

ii. Operante Konditionierung (Skinner, 1951/1953)

- Kontiguität
 - geringer räumlich-zeitlicher Abstand zwischen Verhalten und Konsequenz
- Kontingenz
 - Struktur, Regelmäßigkeit und Vorhersagbarkeit von Konsequenzen
- Verhaltensaufbau
 - durch kontinuierliche Verstärkung
- Verhaltensstabilisierung
 - durch intermittierende Verstärkung

2. Modelle der Symptomentstehung

Zwei-Faktoren-Theorie der Angst (Mowrer, 1960)

- Kombination von klassischer und operanter Konditionierung
- Angstentstehung
 - Kopplung des Gefühls von starker Angst mit Menschenmenge
- Angstaufrechterhaltung
 - Vermeidung von Konzerten, Stadtzentren usw., es kann keine gegenteilige Lernerfahrung (zB Begeisterung beim Konzert) mehr gemacht werden
 - negative Verstärkung, Vermeidungslernen

2. Modelle der Symptomentstehung

Erlernete Hilflosigkeit (Seligman, 1967/1975)

- Zustand in einer Situation, in der kein Flucht- noch Vermeidungsverhalten gegenüber aversivem Reiz möglich ist
- Unkontrollierbarkeit → kognitive, emotionale, motivationale, physiologische Beeinträchtigung
- Attributionsstil: negative Erlebnisse als intern, stabil und generell verursacht

2. Modelle der Symptomentstehung

iii. Soziales Lernen (Bandura, 1976/1994)

- Verhalten wird bei einem Modell beobachtet → Wahrscheinlichkeit steigt, dieses Verhalten auch zu zeigen
- günstige Eigenschaften von Modellen
 - Personen mit Macht
 - Ähnlichkeit zwischen Modell und beobachtender Person
 - Modell verstärkt beobachtende Person
- Modelllernen besteht aus
 - Akquisition und Performanz
- Bobo Doll Study von Bandura

2. Modelle der Symptomentstehung

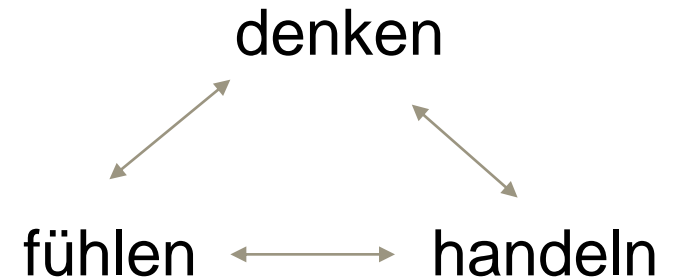
iv. Kognitives Lernen

- kognitive Prozesse steuern Verhalten
 - wahrnehmen, urteilen, verstehen, problemlösen, usw.
- Verhalten wird durch die Aufnahme von Informationen und die Anwendung kognitiver Prozesse auf Gedächtnisinhalte verändert

3. Diagnostik und Indikation

Problemanalyse Reinecker, 2013

1. Beschreibung des Problems
2. Situationale Bedingungen
3. bisheriger Umgang mit dem Problem
4. Selbstregulationssystem
5. Genese und Entwicklung
6. Health-Belief-Modell
7. hypothetisches Bedingungsmodell



3. Diagnostik und Indikation

SORKC-Schema (Kanfer et al., 2012)

- horizontale Verhaltensanalyse
 - vorausgehende, begleitende und nachfolgende Bedingungen von Verhalten

Situation	Merkmale der Situation, intern & extern
Organismus	überdauernde Merkmale der Person
Reaktion <ul style="list-style-type: none">- kognitiv- emotional- physiologisch- motorisch	Erleben auf verschiedenen Ebenen
Kontingenzverhältnis	Häufigkeit und Muster von Verstärkung
Consequences	Zeitpunkt und Qualität der Folgen

3. Diagnostik und Indikation

SORKC-Schema (Kanfer et al., 2012)

Situation	familiäres Abendessen, voller Teller vor Pat
Organismus	geringer Selbstwert, hohe Impulsivität, Asthma, Grundannahme: „ich bin nicht genug“
Reaktion - kognitiv - emotional - physiologisch - motorisch	„ich kann nicht so viel essen, wie meine Eltern von mir erwarten“ Angst, Ekel Anspannung, innere Unruhe vom Tisch aufstehen, Portion nicht aufessen
Kontingenzverhältnis und Consequences	<i>kurzfristig</i> : Erleichterung C ⁺ /Anspannungsreduktion G ⁻ , Kontrollerleben C ⁺ <i>langfristig</i> : Verfestigung der dysfunktionalen Bewältigungsmechanismen C ⁻ , massives Untergewicht C ⁻

3. Diagnostik und Indikation

Plananalyse

- vertikale Verhaltensanalyse
 - verhaltenssteuernde Motive und Bedürfnisse sowie Strategien zur Erreichung dieser
- Pläne sind...
 - zeitstabile Einstellungen, Meinungen, Haltungen, Werte, Erwartungen, Ansprüche
 - erzeugen eine selektive Wahrnehmung und wirken auf soziale Interaktionen
 - wie Regeln, ein Programm, die Neigung einer Person

3. Diagnostik und Indikation

Annährungs- und Vermeidungsziele

- motivationale Schemata
- psychische Grundbedürfnisse nach Grawe, 2004
 - Autonomie/Kontrolle
 - Bindung
 - Selbstwerterhalt/-erhöhung
 - Unlustvermeidung/Lustgewinn
- intentionale Schemata orientieren sich an der Befriedigung dieser Bedürfnisse
- Vermeidungsschemata orientieren sich an der Verletzung der menschlichen Bedürfnisse

4. Behandlungstheorie und Technik

i. Gesprächsführung

- Bedingungen des therapeutischen Prozesses Rogers, 1959/87
 1. zwei Personen im **Kontakt**
 2. eine Person im Zustand der **Inkongruenz** (Patient:in)
 3. andere Person ist **kongruent** in der Beziehung (Therapeut:in)
 4. Therapeut:in **bedingungslose positive Beachtung** ggü. Patient:in
 5. Therapeut:in erfährt **empathisch den inneren Bezugsrahmen** von Patient:in
 6. Patient:in **nimmt** (in geringem Ausmaß) Punkt 4 und 5 **wahr**

4. Behandlungstheorie und Technik

i. Gesprächsführung

- Struktur
- Transparenz
- Konkretisieren, Präzisieren und Spezifizieren
- geleitetes Entdecken
- soziale Verstärkung und Lob
- Zusammenfassen und Rückmelden

4. Behandlungstheorie und Technik

ii. Expositionsverfahren

- Stimuluskontrolle: Reizexposition für eine ausreichend lange Zeit (bis zum signifikanten Abfall einer Emotion)
- Notwendigkeit medizinischer Diagnostik
- Konfrontationsverfahren

Konfrontationsart	in sensu	in vivo
graduier	systematische Desensibilisierung	graduierte Löschung/ Habituationstraining
massiert	Implosion	flooding

4. Behandlungstheorie und Technik

Konfrontation mit Reaktionsverhinderung

- kognitive und motorische Vermeidung bei der Konfrontation wird verhindert

Durchführung:

1. diagnostische Phase (Indikation, organische Abklärung)
2. kognitive Vorbereitung (Ablauf und Wirksamkeit)
3. Intensivphase: Durchführung der Expositionen
4. Selbstkontrollphase: Wiederholung in Eigenregie

4. Behandlungstheorie und Technik

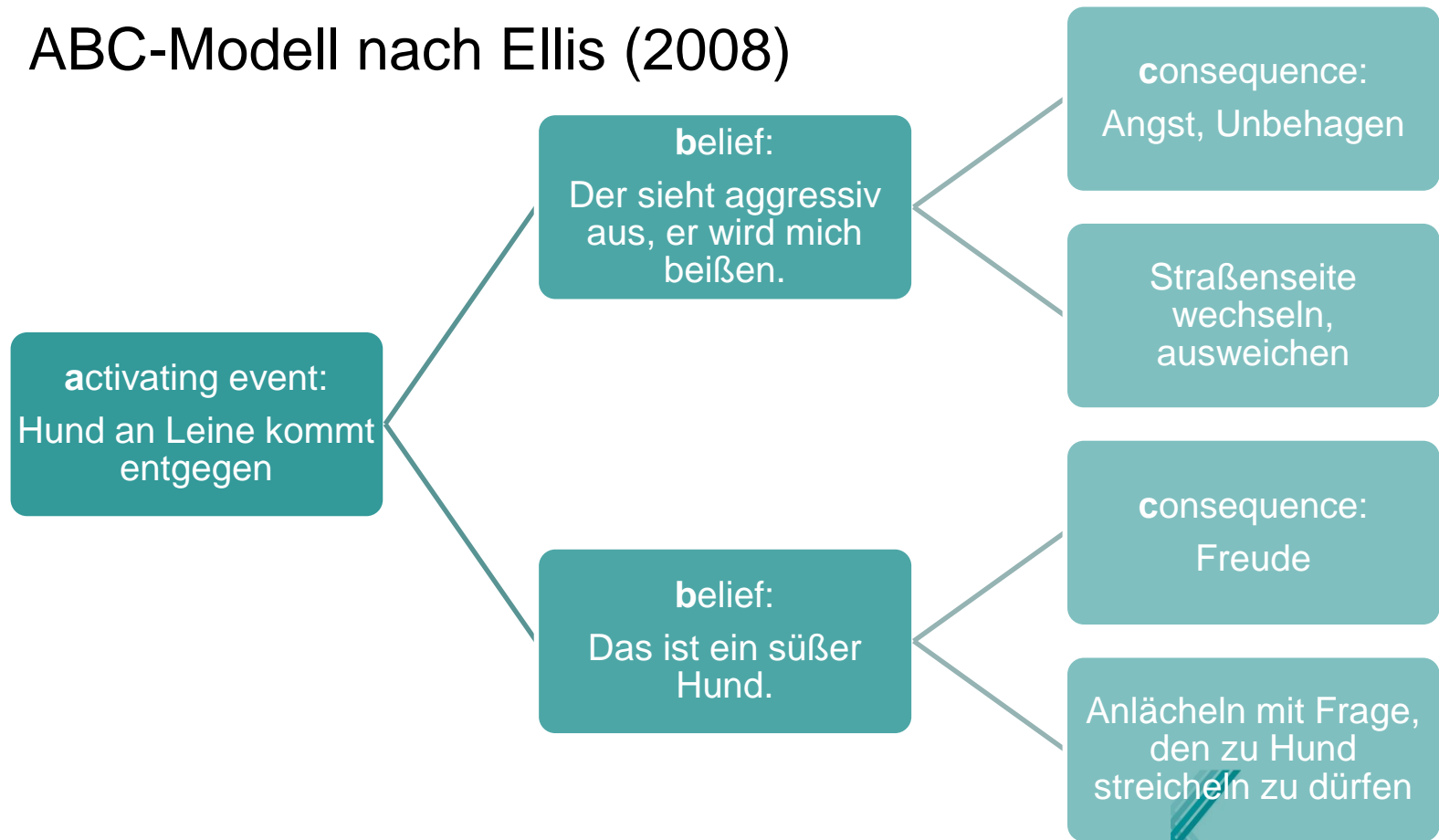
iii. Kognitive Verfahren

- dynamischer Interaktionsprozess zwischen Kognitionen und konkretem Verhalten
- Vorgehen: Infragestellen der als dysfunktional identifizierten Kognitionen im Rahmen der *kognitiven Umstrukturierung*
 - Realitätstesten und Verhaltensexperimente
 - alternative Erklärungen
 - Entkatastrophisieren
 - Zeitprojektionsfragen und Distanzieren
 - Hinterfragen absoluter Prämissen
 - Reattribuieren

4. Behandlungstheorie und Technik

iii. Kognitive Verfahren

- ABC-Modell nach Ellis (2008)



4. Behandlungstheorie und Technik

iii. Kognitive Verfahren

- Denkfehler nach Beck et al. (2010)
 - willkürliches Schlussfolgern
 - Personalisierung
 - Übergeneralisieren
 - dichotomes Denken
 - Katastrophisieren
 - emotionale Beweisführung
 - Gedankenlesen
 - etc.

Literatur

Bentz, D., Michael, T., & Margraf, J. (2009). Konfrontation und Exposition. *Psychiatrie und Psychotherapie up2date*, 3(06), 409-428.

Kandale, M., & Rugenstein, K. (2017). *Das Repetitorium*.

Zarbock, G. (2014). *Praxisbuch Verhaltenstherapie*.