

Harlich H. Stavemann & Yvonne Hülsmann

Der Blick hinter das Symptom



Problemorientierte Kognitive
Psychodiagnostik (PKP) und
abgeleitete Behandlungspläne

2., vollständig überarbeitete Auflage

dvvt
Verlag

Harlich H. Stavemann & Yvonne Hülsmann

Der Blick hinter das Symptom



Problemorientierte Kognitive
Psychodiagnostik (PKP) und
abgeleitete Behandlungspläne

2., vollständig überarbeitete Auflage

dvvt
Verlag

Ein Hauptargument für einen problemorientierten Ansatz lautet, dass es nur dann gelingen kann, psychische Beschwerden dauerhaft erfolgreich zu behandeln, wenn deren zugrundeliegenden Ursachen verstanden und adäquat therapiert werden.

Häufig sind Therapeut*innen beeindruckt und oft auch verwirrt, wenn ihre Klient*innen eine Vielzahl schillernder Symptome vortragen. Wenn Symptome jedoch nicht auf ihre Ursache zurückgeführt werden, sondern vorrangig die Symptomlinderung im Vordergrund steht, kann das beim Problemverständnis zu Schwierigkeiten führen. Doch solange die Problemursachen unbearbeitet bleiben, mündet dies lediglich in Symptomverschiebungen.

Das hier beschriebene Konzept einer Problemorientierten Kognitiven Psychodiagnostik (PKP) hilft, die verursachenden problematischen Konzepte zu erkennen und zu begreifen sowie – aus diesem Verständnis abgeleitet – sinnvolle, stringente und am Problem orientierte Behandlungspläne zu erstellen.

Harlich H. Stavemann & Yvonne Hülsner

Der Blick hinter das Symptom

Problemorientierte Kognitive Psychodiagnostik
(PKP) und abgeleitete Behandlungspläne

2., vollständig überarbeitete Auflage



Tübingen
2022

Kontaktadressen

Dipl.-Psych. Dr. Harlich H. Stavemann
Institut für Integrative Verhaltenstherapie
Osterkamp 58
22043 Hamburg

E-Mail: stavemann@i-v-t.de

Dipl.-Psych. Yvonne Hülsner
Feilenstraße 1
33602 Bielefeld

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

2., vollständig überarbeitete Auflage 2022

© 2022 dgvt-Verlag

Im Sudhaus

Hechinger Straße 203

72072 Tübingen

E-Mail: dgvt-Verlag@dgvt.de

Internet: www.dgvt-Verlag.de

Umschlaggestaltung: Vogelsang Design, Jens Vogelsang, Aachen

Umschlagfoto: iStockphoto, © sorbetto

Layout: VMR, Monika Rohde, Leipzig

Druck und Bindung: CPI buch bücher GmbH, Birkach

E-Book-Erstellung: CPI books GmbH, Leck

Auch als Printausgabe erhältlich: 978-3-87159-173-0

ISBN 978-3-87159-473-1

Inhalt

Vorwort

Teil I Das Konzept der Problemorientierten Kognitiven Psychodiagnostik (PKP)

Harlich H. Stavemann

1 Einführung

2 Das Konzept der Problemorientierten Kognitiven Psychodiagnostik (PKP)

2.1 Problembereiche

2.1.1 Selbstwertprobleme (SWP)

2.1.2 Frustrationsintoleranzprobleme (FIP)

2.1.3 Existentielle Probleme (ExP)

2.2 Vorteile der PKP

2.2.1 Ursachenfokussiertes Vorgehen

2.2.2 Erweiterte Diagnosemöglichkeiten gegenüber der ICD-10-Diagnostik

2.2.3 Übersichtliche Problemanalyse durch die PKP

2.2.4 Stringent ableitbare Behandlungspläne aus der PKP

3 Einsatzmöglichkeiten der PKP

3.1 PKP im Erstkontakt/in der Sprechstunde

3.1.1 Ziele und Inhalte des Erstkontakts/der Sprechstunde

3.1.2 Leitfaden für den Erstkontakt/die Sprechstunde

3.2 PKP in Anamnese und Exploration

3.2.1 Ziele und Inhalte von Anamnese und Exploration

3.2.2 Leitfaden für Anamnese und Exploration

3.3 PKP in der Verhaltens- und Problemanalyse

3.3.1 Ziele und Inhalte der Problem- und Verhaltensanalyse

- 3.3.2 [Leitfaden für die Problemanalyse](#)
- 3.3.3 [Horizontale Analyse: singuläre und parallele Probleme](#)
- 3.3.4 [Vertikale Analyse: Hierarchische Probleme](#)
- 3.3.5 [Parallele und hierarchische Probleme gemischt](#)
- 3.4 [PKP und abgeleitete Behandlungskonzepte](#)
 - 3.4.1 [Behandlungskonzept bei SWP](#)
 - 3.4.2 [Behandlungskonzept bei FIP](#)
 - 3.4.3 [Behandlungskonzept bei ExP](#)
 - 3.4.4 [Behandlungskonzept bei parallelen Problemen](#)
 - 3.4.5 [Behandlungskonzept bei hierarchischen Problemen](#)
 - 3.4.6 [Behandlungskonzept bei horizontalen und vertikalen Problemen gemischt](#)

Teil II Praktische Anwendung – Fallstudien

Harlich H. Stavemann & Yvonne Hülsner

4 Falldarstellungen

5 Singuläre Probleme

- 5.1 [Ein singuläres Selbstwertproblem](#)
- 5.2 [Ein singuläres Frustrationsintoleranzproblem](#)
- 5.3 [Ein singuläres existenzielles Problem](#)

6 Parallele Probleme

- 6.1 [Ein FIP\(B\) und ein SWP verlaufen parallel](#)
- 6.2 [Ein SWP und ein ExP bestehen nebeneinander](#)
- 6.3 [Ein FIP\(A\) besteht parallel zu einem ExP](#)

7 Hierarchische Probleme

- 7.1 [Probleme zweiter Ordnung](#)
 - 7.1.1 [Ein FIP\(B\) vom Prokrastinations-Typus mit einem hierarchischen SWP](#)
 - 7.1.2 [Ein Selbstwertproblem mit einem hierarchischen ExP](#)

7.2 Probleme höherer Ordnung

7.2.1 Ein FIP(B) mit einem sekundären und einem tertiären SWP

7.2.2 Ein SWP mit einem sekundären ExP und einem tertiären SWP

8 Vertikale und horizontale Probleme gemischt

8.1 Drei parallele Probleme, davon zwei mit hierarchischem SWP

Literatur

Zu den Autor*innen

Vorwort

Wozu brauchen wir eine problemorientierte Diagnostik?

Nun, das Hauptargument ist wohl, dass es nur dann gelingt, psychische Beschwerden dauerhaft erfolgreich zu behandeln, wenn man deren Ursachen verstanden und adäquat therapiert hat.

Leider ist diese „Ursachendiagnose“ nicht Bestandteil der herkömmlichen psychodiagnostischen Verfahren wie ICD-10-GM (DIMDI, 2004) oder DSM-5 (APA, 2018). Sie sind symptomorientiert deskriptiv und bieten kein Erklärungsmodell für die Problemgenese und -persistenz.

Sowohl durch unsere eigene, u. a. über vierzigjährige psychotherapeutische Tätigkeit als auch durch unsere langjährige Arbeit als Supervisor*in haben wir immer wieder aufs Neue erfahren, wie häufig Therapeut*innen beeindruckt und oft auch verwirrt sind, wenn ihre Klient*innen eine Vielzahl von schillernden Symptomen ihrer Probleme vortragen.

Zwar sind z. B. Kognitive Verhaltenstherapeut*innen besonders darauf trainiert, bereits im Erstgespräch darauf zu achten, ihren Fokus auf das emotionale Leid ihrer Klient*innen zu richten und sich nicht durch Verhaltensauffälligkeiten oder andere Konsequenzen des Problems im sozialen, beruflichen oder privaten Umfeld ablenken zu lassen, aber auch sie geraten beim Problemverständnis immer dann in Schwierigkeiten, wenn sie die emotionalen Reaktionen ihrer Klient*innen nicht auf deren Ursache zurückführen, sondern sich endlos mit deren kognitiven Symptomen beschäftigen. Doch wenn man nicht Gefahr laufen will, statt einer andauernden Problemlösung lediglich Symptomverschiebungen zu erreichen, ist das erfolgreiche Bearbeiten der Problemursachen unerlässlich.

Das in diesem Buch beschriebene Konzept einer *Problemorientierten Kognitiven Psychodiagnostik* (PKP) soll dabei helfen, dass

Psychotherapeut*innen ihre Klient*innen in ihrer Problematik erkennen und begreifen und dass sie – aus diesem Verständnis abgeleitet – sinnvolle, am Problem orientierte Behandlungspläne aufstellen.

Zielgruppe dieses Buchs

Dieses Fachbuch richtet sich in erster Linie an psychologische und ärztliche Psychotherapeut*innen und an Personen, die sich in der Approbationsausbildung hierzu befinden. Aber z. B. auch Sozialarbeiter*innen, Sozialpädagogen*innen, Berater*innen, Heilpraktiker*innen, Seelsorger*innen und Coaches können davon profitieren, wenn es darum geht, die psychischen Probleme und Eigenheiten ihrer Klientel besser zu verstehen und einzuordnen (Stavemann & Stavemann, 2013) – auch wenn sie noch keine pathologische Ausprägung erreicht haben.

Obwohl wir selbst mit der Integrativen KVT arbeiten, ist das hier vorgestellte Konzept nicht notwendig an eine bestimmte Therapierichtung gebunden. Auch Vertreter*innen anderer psychotherapeutischer Schulen können von der in diesem Buch vorgestellten Methode innerhalb ihrer eigenen Diagnoseprozesse profitieren.

Inhalt dieses Buchs

In Teil I wird das Konzept der Problemorientierten Kognitiven Psychodiagnostik (PKP) in seinen unterschiedlichen Einsatzbereichen und -möglichkeiten vorgestellt: Im Erstgespräch, in der Anamnese- und Explorationsphase, in der Verhaltens- und Problemanalyse sowie beim Erarbeiten der daraus stringent abgeleiteten Behandlungspläne.

In Teil II beschäftigen wir uns mit der Kasuistik: Wir betrachten an kommentierten Fallstudien, wie die PKP durchgeführt wird und welche Behandlungskonzepte daraus für die einzelnen Fallbeispiele konkret abgeleitet werden. Dabei differenzieren und begründen wir die

unterschiedlichen Behandlungsstrategien. Um einen möglichst großen praktischen Nutzen für die Leser*innen zu erwirken, orientieren wir uns bei den Fallstudien am inhaltlichen Ablauf, der im „Bericht an den Gutachter“ (Vordruck der Kassenärztlichen Bundesvereinigung) verwendet wird. Die entwickelten Behandlungspläne für die einzelnen Problembereiche werden Sie leicht auf Ihre eigenen Klient*innen übertragen können.

Harlich H. Stavemann & Yvonne Hülsner
Vaisala (Savaii) und Bielefeld im Januar 2022

Teil I

Das Konzept der Problemorientierten Kognitiven Psychodiagnostik (PKP)

Harlich H. Stavemann

1 Einführung

Bevor wir im Folgenden das Konzept einer Problemorientierten Kognitiven Psychodiagnostik (PKP) entwickeln, werfen wir zunächst einen Blick auf einige dabei verwendete Begriffe, um unnötige Missverständnisse zu vermeiden.

Definition

Psychodiagnostik. Unter Psychodiagnostik soll das systematische Erheben und Aufbereiten von Informationen über eine Person verstanden werden, das mit dem Ziel erfolgt, deren psychische Probleme und daraus folgende Reaktionen zu verstehen.

Kognitive Psychodiagnostik. Kognitive Psychodiagnostik (kurz: Kognitive Diagnostik) erfasst kognitive Strukturen und Prozesse sowie das kognitive Verarbeiten innerer und äußerer Reize. Sie stellt einen Ursache-Wirkungs-Zusammenhang zwischen der Art des kognitiven Verarbeitens und den darauf folgenden emotionalen Reaktionen und Verhaltensweisen her. Das bedeutet, dass zum Erklären Letzterer erlernte kognitive Konzepte und Schemata dienen.

Erste Modelle einer Kognitiven Diagnostik

Kognitive Diagnostik ist nicht neu. So wie es nunmehr seit über 60 Jahren kognitive Therapieverfahren gibt, kennen wir auch Kognitive Diagnostik bereits seit den 1960er Jahren, als Ellis (1962, 1977) und Beck (1976) psychische Erkrankungen durch dafür typische irrationale Ideen oder Denkstile erklärten.

Ellis. In seinem ersten Erklärungsmodell zählt Ellis (1977) elf verschiedene „irrationale Ideen“ auf, die psychische Störungen verursachen und aufrechterhalten (ebd., Kap. III). Später (Ellis, 1994) reduziert er diese dann auf lediglich drei „irrationale Grundannahmen“ oder Forderungen, die „shoulds“, die „oughts“ und die „musts“. Schließlich fasst er diese drei in die beiden Kategorien „ego anxiety“ und „discomfort anxiety“ zusammen (Ellis & Hoellen, 1997; Ellis, 2003).

Beck. Beck dagegen legt in seinem Erklärungsmodell den Fokus auf die kognitiven Inhalte neurotischer Störungen (Beck, 1976, S. 73). Dabei stellt er einen Zusammenhang her zwischen bestimmten kognitiven Symptomen (wie z. B. Aufmerksamkeitsbindung, Bewusstseinsengung, selektive Abstraktion, Realitätsverzerrung) und daraus erwachsenen psychischen Erkrankungen (ebd., S. 71ff.). In seinem ersten Ansatz geschieht dies zunächst für depressive Erkrankungen. Hier schildert er die verursachende „kognitive Trias“ sowie „depressogene Grundannahmen“ (ebd., S. 74ff.). Später erweitert er das Modell auch für Angsterkrankungen (Beck & Emery, 1981; Beck, Rush, Shaw & Emery, 2017).

Die kognitiven Symptome depressiver Erkrankungen beschreibt – in Anlehnung an Beck – auch Hautzinger (2013, S. 114ff.).

Die ersten kognitiven Diagnosemodelle haben sich bisher nicht gegen die symptomorientierten Verfahren durchsetzen können. In der psychotherapeutischen Praxis bestimmt weiterhin die ICD-10-GM (DIMDI, 2004) das Vorgehen, zumal es als verbindliches Klassifikationssystem für die Diagnostik im Antrag auf Kostenübernahme für psychotherapeutische Behandlungen durch die Krankenkassen vorgeschrieben ist (KBV, 2008).

Kritikpunkte

Nachteile der symptomorientierten Modelle. Das in genuin medizinischer Tradition strikt symptomorientierte Vorgehen der ICD-10 beschreibt das Erscheinungsbild einer Erkrankung, ohne etwas über deren Ursache

auszusagen und zu einem Erklärungsmodell oder gar Behandlungskonzept beizutragen.

Beispielsweise besagt die Diagnosekategorie „F33.1G“ der ICD-10 lediglich, welche Symptome zu beobachten sein müssen, um „gesichert“ eine „rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode“ zu diagnostizieren. Diese Diagnose erklärt jedoch nicht, *weshalb* die betreffende Person depressiv reagiert. Wie wir später noch sehen werden, kann es dafür völlig unterschiedliche Ursachen geben, die entsprechend unterschiedlich zu behandeln sind. Wenn sich Therapeut*innen lediglich darum bemühen, die von Klient*innen beklagten Symptome zu lindern, werden sie an den dafür verantwortlichen Ursachen nichts ändern und sie werden – eher früher als später – mit der gleichen oder einer anderen Symptomatik erneut ausbrechen.

Nachteile der ersten kognitiven Diagnosemodelle. Diese Nachteile der symptomorientierten Diagnoseverfahren besitzen allerdings auch die ersten kognitiven Diagnostikmodelle, denn die dort aufgeführten „problematischen Denkweisen“ (Ellis) und „kognitiven Verzerrungen“ (Beck) beschreiben lediglich kognitive Symptome: Sie führen an, welche kognitiven Eigenheiten bei bestimmten psychischen Erkrankungen zu beobachten sind, ohne auf deren Ursachen einzugehen. Was ist der Grund dafür, dass jemand „absolute Forderungen“ aufstellt und damit „Musturbation“ betreibt oder „Generalisierungen“ verwendet? Die unterschiedlichen kognitiven Stile und Denkweisen führen nicht nur zu unterschiedlichen Symptomgewinnen (s. hierzu: Stavemann, 2023, Phase 2, Abschnitt 1), sie lassen sich auch auf unterschiedliche Ursachen zurückführen.

Wie wir in Abschnitt 1.1 sehen werden, sind die in diesen Modellen beschriebenen kognitiven Symptome meist nicht trennscharf, d. h. sie können bei unterschiedlichen psychischen Problemen vorkommen.

Symptomverschiebungen. Wer die Ursache eines unerwünschten Ergebnisses nicht kennt, agiert mit seinen Veränderungsversuchen ziemlich hilflos ins Blaue hinein. Wer versucht, einem psychischen Problem beizukommen, indem er dessen Symptome in den Griff bekommen und

möglichst abbauen will, muss sich nicht wundern, wenn das verursachende Problem davon unbeeindruckt bestehen bleibt. Falls es nicht in kürzester Zeit zu einem neuen Ausbruch der alten Symptomatik kommt, zeigt es sich häufig in einer neuen. Dann spricht man von einer Symptomverschiebung.

Fallbeispiel: Symptomverschiebung nach symptomorientiertem Therapieren

Eine Klientin kommt in die Therapie, weil der behandelnde Hausarzt sie aufgrund ihres Gewichtsverlusts (BMI = 17,4) in eine psychosomatische Klinik einweisen wolle. Dies möchte sie unbedingt vermeiden und entscheidet sich deswegen zu der vom Arzt vorgeschlagenen Alternative, einer ambulanten Verhaltenstherapie.

ICD-10-Diagnose: Anorexia nervosa (F50.0).

Der verhaltenstherapeutisch orientierte Behandlungsplan sieht psychoedukative Maßnahmen, ein Ess- und Genussstraining sowie ein Begrenzen der bisher exzessiven sportlichen Aktivitäten vor. Zudem wird ein Ernährungsplan erstellt und das Gewicht wird regelmäßig kontrolliert. Nach 30 Therapiestunden, sieben Monate später hat die Klientin einen BMI von 19. Die Therapie wird auf ihren Wunsch „erfolgreich“ beendet.

Der Klientin gelingt es weiterhin, dieses Gewicht zu halten.

Ein Jahr später erscheint sie erneut zur Psychotherapie – dieses Mal bei einer anderen Therapeutin. Sie klagt nun über agoraphobische Ängste (F40.0 ICD-10). Sie traue sich kaum noch, das Haus zu verlassen, könne nicht mehr zum Einkaufen gehen und sei inzwischen sozial völlig isoliert.

Die Therapeutin diagnostiziert ein ursächliches Selbstwertproblem und erstellt dazu einen Behandlungsplan.

PKP-Diagnose: Selbstwertproblem mit Agoraphobie (F40.0 ICD-10).

In der Exploration erhebt sie das problemtypische Selbstwertkonzept der Klientin, das hauptsächlich durch Angst vor Ablehnung und Kritik

geprägt ist und bereits vor der Pubertät aufgebaut wurde. Die weitere Exploration ergibt, dass dieses Konzept auch die anorektische Phase der Klientin bestimmt hatte und ihr dazu diente, einerseits die vermeintliche selbstwertgefährdende Konkurrenz mit anderen Frauen auf dem Beziehungssektor zu vermeiden und andererseits für ihr „Schlanksein“ anerkannt zu werden.

Symptomverschiebung. In der ersten Psychotherapie wurde der Fokus auf das Symptom, die Verhaltensauffälligkeit beim Gewicht und Essverhalten gelegt. Das Symptom wurde zwar erfolgreich abgeschwächt, die verursachende Problematik blieb jedoch unerkannt und damit auch unbehandelt. In solchen Fällen bricht entweder das alte Symptom wieder durch oder das alte Problem zeigt sich, wie in diesem Beispiel, anschließend in einer anderen Symptomatik.

Derartige Symptomverschiebungen werden nicht nur in der klassischen Verhaltenstherapie á la Skinner beschrieben, die sich um eine reine Symptombehandlung bemüht, sondern leider auch bei etlichen Kognitiven Verhaltenstherapien, wenn dabei nicht die Ursachen für die vorliegenden kognitiven Verzerrungen therapiert wurden. Nur allzu häufig erschöpfte sich das therapeutische Agieren in endlosen Disputen von SKR-Modellen und im Verändern von Denkmustern, ohne deren Ursachen zu beleuchten und zu verändern. Ein Umstrukturieren kognitiver Symptome reicht allerdings nicht aus, um das Problem dauerhaft zu lösen. Hierbei kommt es dann meist zu kognitiven Symptomverschiebungen. Um so etwas zu verhindern, gilt es, die früh erworbenen, meist durch bewusstes oder unbewusstes Modelllernen übernommenen und inzwischen verdeckt ablaufenden, unbewussten Konzepte zu achten (auch „Schemata“ [z. B. Young, 2012; Jacob & Arntz, 2015] oder „Metakognitionen“ [z. B. Wells, 2011]), um nicht das zugrundeliegende Problem zu übersehen und nur kognitive Symptome zu behandeln.

Der Ausweg: Ursachen betrachten und verändern

Der Ausweg aus den beschriebenen Nachteilen von symptomorientierten Diagnose- und Therapieverfahren ist schnell beschrieben: Es geht darum, künftig auf die Ursachen psychischer Beschwerden zu fokussieren, um diesen dann mit Hilfe eines adäquaten Behandlungsplans dauerhaft beizukommen.

Der nachfolgend beschriebene Ansatz einer Problemorientierten Kognitiven Psychodiagnostik (PKP) versucht, dieses Ziel zu erreichen, indem die Ursachen für vorhandene Symptome herausgearbeitet und für deren Verändern konkrete Behandlungspläne aufgestellt werden.

2 Das Konzept der Problemorientierten Kognitiven Psychodiagnostik (PKP)

Anwendungsbereich der Problemorientierten Kognitiven Psychodiagnostik (PKP).

Das nachstehend dargelegte Konzept der PKP bezieht sich auf den Bereich der „neurotischen“ Krankheitsbilder, d. h. auf psychische Störungen, die durch lerngeschichtlich erworbene Muster und Konzepte entstehen oder verstärkt werden.

Inwieweit sich die PKP auch bei darüber hinausgehenden Erkrankungen sinnvoll anwenden lässt, z. B. bei „psychotischen“ Störungen, bei psychischen Erkrankungen, die vermuten lassen, dass dabei organische Ursachen oder im Zwischenhirn verankerte Konzepte ursächlich sind, wurde noch nicht hinreichend evaluiert.

Drei Problemgruppen. Betrachtet man die Ursachen für lerngeschichtlich erworbenes oder verstärktes, krank machendes emotionales Leid, so lassen sich diese relativ einfach auf nur wenige zugrundeliegende Problembereiche zurückführen:

- ▶ auf Selbstwertprobleme,
- ▶ auf Frustrationsintoleranzprobleme und
- ▶ auf existentielle Probleme.

Diese Beobachtung wird durch empirische Befunde gestützt. So konnten z. B. Sowislo und Orth (2013) in einer Metaanalyse über 95 Langzeitstudien nachweisen, dass Selbstwertprobleme als Vulnerabilitätsfaktoren insbesondere für depressive und Angsterkrankungen anzusehen sind. Dabei belegen sie auch die Kausalität zwischen den

übergeordneten Konzepten und der daraus resultierenden emotionalen Symptomatik.

Ellis ist in seinem letzten Modell zur Kognitiven Diagnostik (Ellis & Hoellen, 1997; Ellis, 2003) mit nur zwei Problemkategorien ausgekommen: der „ego anxiety“ und der „discomfort anxiety“. Wie weiter unten noch begründet wird, gehen wir in dem hier verwendeten Modell von Stavemann (2012) von drei Kategorien aus. Darin wird auf die Begriffe des Ellis'schen Modells verzichtet, um sich nicht auf die Angsterkrankungen zu begrenzen. Wie noch dargelegt wird, erleichtern diese Kategorien nicht nur, die symptomatischen Reaktionen von Klient*innen, deren Funktionalität und Symptomgewinne leichter zu verstehen (vgl. Stavemann, 2023), sondern sie dienen auch dazu, einen aus der Diagnose abgeleiteten adäquaten, an der *Problembeseitigung* orientierten Behandlungsplan aufzustellen.

Betrachten wir zunächst, wodurch diese drei Problembereiche gekennzeichnet sind (vgl. Stavemann, 2012).

2.1 Problembereiche

Kognitive (Verhaltens-)Therapeut*innen beschäftigen sich mit den Auswirkungen kognitiver Muster, von Konzepten oder Schemata und Einstellungen auf die emotionale Befindlichkeit. Hierfür wurden unterschiedliche spezifische Denkmuster und -stile beschrieben, die regelmäßig zu emotionalen Problemen führen (vgl. z. B. Ellis, 1977, 2003; Beck, 1979; Beck et al., 2017; Stavemann, 2023, 2018b). Diese „irrationalen Ideen“ (Ellis, 1977) oder „Denkfallen“ (Stavemann, 2018b) lassen sich zu Clustern zusammenfügen und diesen drei Problembereichen zuordnen.

Wie wir beim Beschreiben der „typischen kognitiven Kennzeichen und Konzepte“ für die einzelnen Problembereiche feststellen werden, sind etliche dieser kognitiven Muster allerdings nicht problemspezifisch. Sie können in zwei oder gar in allen drei Bereichen auftauchen. (Für das Beschreiben und nachfolgende Zuordnen der einzelnen dysfunktionalen

kognitiven Denkmuster und -stile zu den drei Problembereichen benutzen wir die 14 dysfunktionalen Denkweisen nach Stavemann [2023, 2018b]).

2.1.1 Selbstwertprobleme (SWP)

Ein „Selbstwert“ ist das Ergebnis eines individuellen eigenen Wertzuweisens. Die mehr oder weniger bewussten Regeln und Aspekte, die dazu herangezogen werden, bilden das Selbstwertkonzept dieser Person ab. Führt das verwendete Selbstwertkonzept zu unangemessenem, unnötigem psychischem Leid, liegt ein „Selbstwertproblem“ vor.

Bei einem Selbstwertproblem benutzen die davon Betroffenen also dysfunktionale Selbstwertkonzepte. Diese enthalten Regeln, nach denen aufgrund von Fertigkeiten, Eigenschaften, Beliebtheit oder Akzeptanz durch andere der Zugewinn oder Verlust eigener Wertigkeit bestimmt wird. Die Hauptirrationalitäten bestehen dabei (1.) im Verwenden generalisierender und pauschalisierender Selbstwertkonzepte, in der von einer oder wenigen Eigenschaften, Fähigkeiten, in vielen Fällen sogar von einer einzigen

(Fehl-)Leistung der gesamte Wert einer Person definiert wird und (2.) in „Kategorienfehlern“ (Ryle, 2015), wenn Unvergleichbares miteinander verrechnet wird. Selbstwertprobleme sind in der Regel bereits in der Kindheit durch Modelllernen erworben und stark von soziokulturellen Einflüssen, Moralvorstellungen und Erziehungsnormen geprägt (genauer zu Selbstwertproblemen s. Stavemann, Scholz & Scholz, 2020; Stavemann, 2020).

Diese Problemkategorie stimmt in großen Teilen mit der von Ellis (2003) konzipierten *ego anxiety* überein, denn auch er versteht darunter die emotionalen Probleme, die daraus entstehen, weil jemand glaubt, dass der eigene Wert durch Misserfolge oder Ablehnung durch andere bedroht ist. Allerdings werden der Problemkategorie *Selbstwertproblem* nicht ausschließlich Angsterkrankungen zugeordnet. Sie umfasst auch emotionale Reaktionen auf der Scham-, Trauer- und Deprimiertheitsdimension.

Konzepte und kognitive Kennzeichen bei SWP

In Situationen, in denen Klient*innen mit einem Selbstwertproblem feststellen, dass sie ihren individuellen Selbstwertmaßstab (z. B. Leistung, Anerkennung, Beliebtheit, Besitz) nur unzureichend erfüllen oder erfüllen könnten, erleiden oder befürchten sie einen Wertverlust.

Konzepte. Die häufigsten Konzepte von Menschen mit einem SWP sind Wertigkeitsregeln wie:

- ▶ „Kannst du was, bist du was!“ und daraus abgeleitet:
- ▶ „Wer Fehler macht/etwas nicht kann ist weniger wert.“
- ▶ „Hast du was, bist du was!“ und daraus abgeleitet:
- ▶ „Wer nicht anerkannt ist, ist weniger wert.“
- ▶ „Viel Freund’, viel Ehr’!“ aber auch das Gegenteil:
- ▶ „Viel Feind’, viel Ehr’!“

Kognitive Kennzeichen. Die typischen Denkmuster bestehen dabei in Verallgemeinerungen oder Generalisierungen, Verzerrungen, unlogischen Schlussfolgerungen und in Kategorienfehlern. Bei einem SWP sind folgende Denkmuster typisch:

- ▶ **Menschenwert bestimmen:** Jemand fällt unsinnige Pauschalurteile über Personen und bestimmt den Selbstwert pauschal, z. B. durch Leistung oder Beliebtheit.
- ▶ **Applausfetischismus:** Jemand verfolgt aus Furcht vor Ablehnung nicht die eigenen, sondern die vermeintlichen Wünsche und Ziele anderer.
- ▶ **Punktekämpfen:** Jemand macht den eigenen Wert davon abhängig, ob er/sie gewinnt, recht hat, stärker, weiser, besser ist als andere und gibt auf gar keinen Fall nach.
- ▶ **Selbstschutzdenken:** Jemand zeigt sich aus Angst vor seelischer Verletzung stärker oder anders, als er/sie ist.
- ▶ **Erwachsenes Küken:** Jemand macht sich kleiner oder hilfloser, als er/sie ist, um nicht mit anderen konkurrieren zu müssen und dann als Unterlegene/r wertlos(er) zu sein.

- ▶ **Schwarz-Weiß-Denken und Generalisieren:** Jemand teilt Eigenheiten oder Leistungen in „gut“ oder „schlecht“ ein und bildet nur noch extreme Urteile.
- ▶ **Versicherungsdenken:** Jemand denkt aus Angst vor möglichem Wertverlust *vorsichtshalber* unnötig negativ, um „auf der sicheren Seite“ zu sein.
- ▶ **Verrenkungsdenken:** Jemand zieht willkürliche und unlogische Schlüsse von etwas auf den eigenen Wert, die sehr unwahrscheinlich oder völlig unrealistisch sind.
- ▶ **Meinungen und Tatsachen verwechseln:** Jemand gründet die Selbstbewertung auf unüberprüfbare Normen, Spekulationen oder Vorurteile und tut dann so, als seien es Tatsachen.

Typische Störungsbilder der Selbstwertprobleme nach ICD-10

Bei Selbstwertproblemen bestehen die symptomatischen Störungsbilder aus folgenden ICD-10-Kategorien:

- ▶ Soziale Phobien (F40.1), Agoraphobie (F40.0), spezifische Phobien wie z. B. Prüfungsangst (F40.2), auch in schwerer und bereits generalisierter Form wie Panikstörung (F41.0) oder generalisierter Angststörung (F41.1).
- ▶ Die meisten depressiven Störungsbilder (F32 und F33),
- ▶ Burnout-Syndrome (Z73.0),
- ▶ Schamreaktionen mit oder ohne selbstbestrafenden Reaktionen (dann über die jeweilige Verhaltensauffälligkeit zu klassifizieren).

Relative Häufigkeit von SWP

Der beobachtete Anteil der Selbstwertprobleme bei der Erklärung der Beschwerdebilder liegt in der ambulanten psychotherapeutischen Praxis bei circa 80 Prozent.

(Die Häufigkeitswerte wurden durch Auswertung/Auszählung von Diagnosen und Klient*innenakten verschiedener psychotherapeutischer