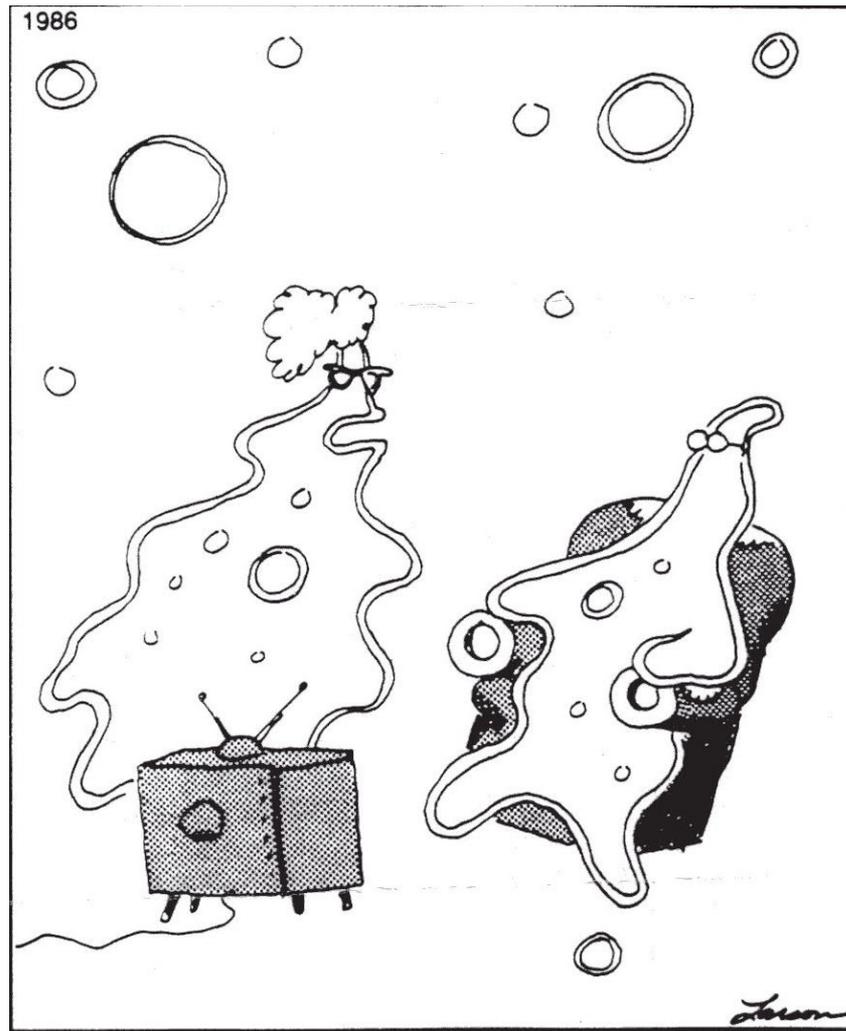


Kognitive Variablen in der Verhaltenstherapie



»Immer nur Reiz-Reaktion, Reiz-Reaktion!
Wie wäre es, wenn du es mal mit dem *Denken*
probieren würdest?«

Skinner: Selbstverbalisationen als Stimuli

- Diskriminationsleistungen können als Regeln in Sprache gefasst werden.
- Regeln = formalisierte Einschätzungen einer Situation, die wie diskriminative Stimuli die Konsequenzen eines Verhaltens anzeigen und dadurch das Verhalten steuern.
- Regelgesteuertes Verhalten ist prinzipiell nicht unterschiedlich von operantem Verhalten.

Kognitive Methoden

- Übungsorientierte Kognitive Methoden
- Einsichtsorientierte Kognitive Methoden
- Haltungsorientierte Kognitive Methoden
.... auf die hier nicht weiter eingegangen wird!

Meichenbaum: die kognitiv-funktionale Perspektive

Selbstverbalisationen werden als selbst erzeugte Stimuli (an sich selbst gerichtete Aussagen) verstanden, die

- ⇒ als diskriminative Stimuli bestimmte operante Reaktionen nahe legen
- ⇒ als klassisch konditionierte Stimuli emotionale Reaktionen auslösen können
- ⇒ die Funktion von Verstärkern haben können

Diese Selbstinstruktionen sind Vermittler zwischen äußeren Stimuli und dem beobachtbaren Verhalten. Sie können mehr oder weniger funktional sein.

Verhaltensdefizite können daraus resultieren, dass der Patient nicht oder dysfunktional zu sich selber spricht.

Meichenbaums wichtige Therapieansätze

- Selbstinstruktionstraining

- Ther. leitet sich selbst als Modell laut an
- Ther. leitet Pat. laut an
- Pat. leitet sich selbst laut an
- Pat. leitet sich selbst flüsternd an
- Pat. spricht mit Gedanken zu sich selbst

- Selbstverbalisationstraining:

Formulierung von Selbstverbalisationen:

- Vor der Situation
- Für das Hineingehen in eine herausfordernde Situation
- Den Moment des Überflutet-Werdens mit belastenden Emotionen
- Nach der Situation

- Streß- und Angstbewältigungstraining

Erweiterung des Selbstverbalisationstrainings um Entspannung

Kognitive Therapie nach Beck

Kognitive Theorie der Depression

- ⇒ Kognitionen (Gedanken, Vorstellungen) vermitteln zwischen äußerem Stimulus und Reaktion/Affekt. Diese Kognitionen sind aber nicht nur eine Funktion des äußeren Stimulus, sondern eine Funktion des kognitiven Systems: die Person nimmt eine Interpretation vor.
- ⇒ Welche Bedeutung einem Ereignis zugemessen wird, wird durch das Einstellungssystem der Person bestimmt. Verzernte und falsche Einstellungssysteme führen die Person zu einer verzernten und negativen Interpretation ihrer selbst, ihrer Umwelt, Zukunft und Vergangenheit.

⇒ Aus dem Einstellungssystem gehen Automatische Gedanken hervor. Sie sind sozusagen die situative Realisierung der Einstellung und liefern somit den Schlüssel zur Identifikation des zugrundeliegenden Einstellungsystems.

Charakteristika automatischer Gedanken:

- Sie laufen sehr schnell ab.
- Sie werden als automatisch und unwillkürlich erlebt (wie ein Reflex!)
- Sie weisen keine logische Abfolge von Schritten (wie beim zielorientierten Denken) auf.
- Sie könne verbal oder bildhaft sein.
- Sie treten in verkürzter Form auf (wie im Telegrammstil oder als komprimierte Vorstellungen).
- Sie sind im allgemeinen nicht vage, sondern sehr spezifisch und scharf umrissen.
- Sie erscheinen der Person in der Regel zumindest in der Situation völlig plausibel, auch wenn sie sie außerhalb der Situation für unsinnig halten kann (doppeltes Überzeugungssystem)

⇒ Die Themen automatischer Gedanken können in verschiedenen Situationen sehr ähnlich sein (z.B. Ablehnung, Verlust u.s.w.).

Depression wird als Ergebnis der Aktivierung dreier kognitiver überdauernder Grundmuster - der "**kognitiven Triade**" - angesehen:

1. der negativen Sicht (=verzerrten Interpretation) seiner selbst
2. der negativen Sicht (=verzerrten Interpretation) der Gegenwart ("der Welt")
3. der negativen Sicht (=verzerrten Interpretation) der Zukunft

- ⇒ Diese Annahmen und Sichtweisen erscheinen von außen irrational, innerhalb des Bezugsrahmen der Person scheinen sie jedoch logisch und plausibel
- ⇒ auf dem Hintergrund der kognitiven Triade werden Situationen systematisch negativ interpretiert (durch automatische Gedanken).
- ⇒ Dabei begehen depressive Patienten eine Reihe logischer Informationsverarbeitungsfehler (logische Fehler, Denkfehler)

Verarbeitungsfehler:

- Willkürliches Schlussfolgern
- Personalisierung (Dinge persönlich nehmen)
- Selektive Abstraktion (geistiger Filter)
- Übergeneralisierung
- Magnifizierung und Minimierung (Über-/Untertreibung)
- Etikettierungen
- Dichotomes Denken (Alles-oder-Nichts-Denken, Schwarz-Weiß-Denken)
- Bindung der Aufmerksamkeit
- Emotionale Beweisführung
- “Muß“-Aussagen
- Katastrophisieren

⇒ Bei der Verarbeitung von Ereignissen werden die Daten bevorzugt, die mit dem dominierenden Schemata in Einklang stehen.

⇒ Die grobe und undifferenzierte Form der Schemata ist also die Ursache für die fehlerhaft und wenig differenzierte Verarbeitung!

⇒ Es geht nicht um positives Denken!

„Positives Denken!“



MEIN ERSTES ERDBEBEN

Für die Entstehung einer Depression sind drei Faktoren relevant:

- früh im Leben erlernte **prädepressive Schemata**
- depressionsfördernde oder **auslösende äußere Bedingungen**
- durch die depressive Informationsverarbeitung verursachte affektive und motivationale Symptome, die in einem fortwährenden **Rückkoppelungskreislauf** zur Bestätigung der depressiven Schemata führen (Selbstverstärkungskreislauf)

Erweiterung der kognitiven Theorie der Depression:

- Die Denkfehler können mit anderem Inhalt auch bei anderen Störungen wie Angst, Zwängen u.s.w. auftreten.
- Die unterschiedlichen Gefühlslagen bei unterschiedlichen Störungen hängen nicht mit formalen Unterschieden der Ereignisverarbeitung zusammen, sondern mit **Unterschieden in den Bedeutungen** (Interpretationen) die den Ereignissen zugemessen werden.

Prinzipien der Kognitiven Therapie nach Beck

Bei der kognitiven Therapie lassen sich prinzipiell drei Phasen unterscheiden:

1. Identifikation und Sammlung der automatischen Gedanken als "Rohdaten" und Veränderung der automatischen Gedanken
2. Verallgemeinerung der automatischen Gedanken bezüglich:
 - des Inhalts (Welche Themen werden angesprochen?)
 - der formalen Denkfehler (Welche typischen Denkfehler werden vollzogen?)
3. Rückschluss auf die zugrundeliegenden Schemata (Überzeugungen, Normen, Regeln u.s.w.)

Die kognitive Therapie zielt dann im wesentlichen auf eine Modifikation

- der automatischen Gedanken
- der Verarbeitungsfehler
- der überdauernden Grundannahmen

Kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen

Die Modifikation der automatischen Gedanken, der Verarbeitungsfehler und der überdauernden Grundannahmen erfolgt über **zwei prinzipielle Interventionswege**:

- **Das Prüfen/Testen von Annahmen, Überzeugungen und Schlussfolgerungen**

- **Das Entwickeln von Alternativannahmen**

Das Prüfen/Testen von Annahmen, Überzeugungen und Schlussfolgerungen

Bei Realitätsaussagen \Leftrightarrow Realitätsprüfung:

- direkter Realitätstest oder
- Prüfung an Erfahrungen und Wissensbeständen z. B.:
Begriffsdefinition durch Patientin, Spaltentechniken, Prüfung an Realitätseinschätzungen anderer Personen

Prüfung von Nicht-Realitätsaussagen:

Nicht-Realitätsaussagen haben den Charakter von Bewertungen, subjektiven Zielen, Imperativen. Sie sind subjektiv und können weder direkt noch indirekt an der Realität getestet werden

Prinzipielle Möglichkeiten der Prüfung von Nicht-Realitätsaussagen:

- Vergleich der problematischen Annahmen mit anderen Annahmen des/der Patientin
- Vergleich der problematischen Annahmen mit Annahmen anderer Personen
- Pragmatische Analyse (Analyse der ungünstigen Folgen)

- Also nicht A (der Stimulus) ist Ursache für das Verhalten, sondern die Interpretation auf der Basis der Beliefs.
- Beliefs können irrational sein (irrationale Überzeugungen).
- Irrationale Überzeugungen führen dann zu irrationalen affektiven und Verhaltenskonsequenzen.

Charakteristika irrationaler Überzeugungen

- Eine irrationale Überzeugung ist eine solche, die sich für das Individuum ungünstig auswirkt
- Eine irrationale Überzeugung ist empirisch unbegründbar und realitätsinadäquat

Die Rational-Emotive-Therapie

- In der Therapie wird das ABC der RET durch die Phasen D (dispute) und E (Effect) ergänzt
- Die wesentlichsten Methoden der RET sind nach Ellis das Debattieren, Diskriminieren und Definieren.

Phase D:

Aufspüren der Überzeugungen indem man nach Dingen sucht, die nach Meinung des/der Patientin sein sollen oder sein müssen. Ausgangspunkt der Suche sind die irrationalen Konsequenzen oder aktivierenden Ereignisse.

Debattieren: Die aufgedeckte irrationale Überzeugung wird in Frage gestellt:

Welche Beweise gibt es dafür?.

Was ist daran wahrscheinlich, was ist falsch?

Wodurch ist die Überzeugung falsch?

Das Debattieren besteht "aus Fragen, die darauf abzielen, die falschen Überzeugungen "aufzudecken und auseinander zunehmen".

Phase E:

Ist in Phase D eine Veränderung der irrationalen Überzeugung erzielt worden, wird der/die Patientin eine Besserung (**Effekt**) erleben und bei Konfrontation mit dem A anders reagieren.

Eine langfristige Veränderung der Überzeugungen ist nach Ellis aber nur dann zu erwarten, wenn die Patientinnen mit dem neuen Verhalten in der Realität Erfahrungen machen.

Dysfunktionale Schemata

- Schema = relativ stabile kognitive Struktur, in der 'Information' repräsentiert wird.
- kognitiven Theorien der klinischen Psychologie beschäftigen sich jedoch vor allem mit den inhaltlichen Aspekten dieser Schemata.

Beck unterscheidet zwei Schemaebenen:

Überzeugungen:

- Kernelemente des Schemas
- unbedingte Wahrheit über sich selbst und die Welt
- meist in der Form von Selbstaussagen.
 - *"Ich bin wertlos",*
 - *'Ich bin ein Versager',*
 - *'Man kann mich nicht lieben',*
 - *'Ich bin dumm'.*
 - *Beispiel für eine 'Nicht-Selbst-Aussage': 'Das Leben ist ungerecht'.*

Annahmen:

- Annahmen repräsentieren hypothetische Zusammenhänge zwischen Ereignissen und Folgen
- Sie sind instrumentell, d. h. sie strukturieren das Erleben und Handeln einer Person
- meist die Form von 'Wenn....., dann...'-Aussagen, z. B.
 - *'Wenn jemanden merkt, dass ich auf ihn wütend bin, dann wird mich ablehnen';*
 - *'Wenn ich nicht allen Erwartungen meines Partners gerecht werde, wird er mich verlassen'.*

- Überzeugungen und Annahmen sind die Basis für Schlussfolgerungen.
- Schlussfolgerungen. wiederum bestimmen in konkreten Situationen die negativen automatischen Gedanken (NATs) und Selbstinstruktionen einer Person, z. B.:

Annahme:

'Angst zu zeigen führt dazu, dass meine Kollegen mich nicht ernst nehmen'.

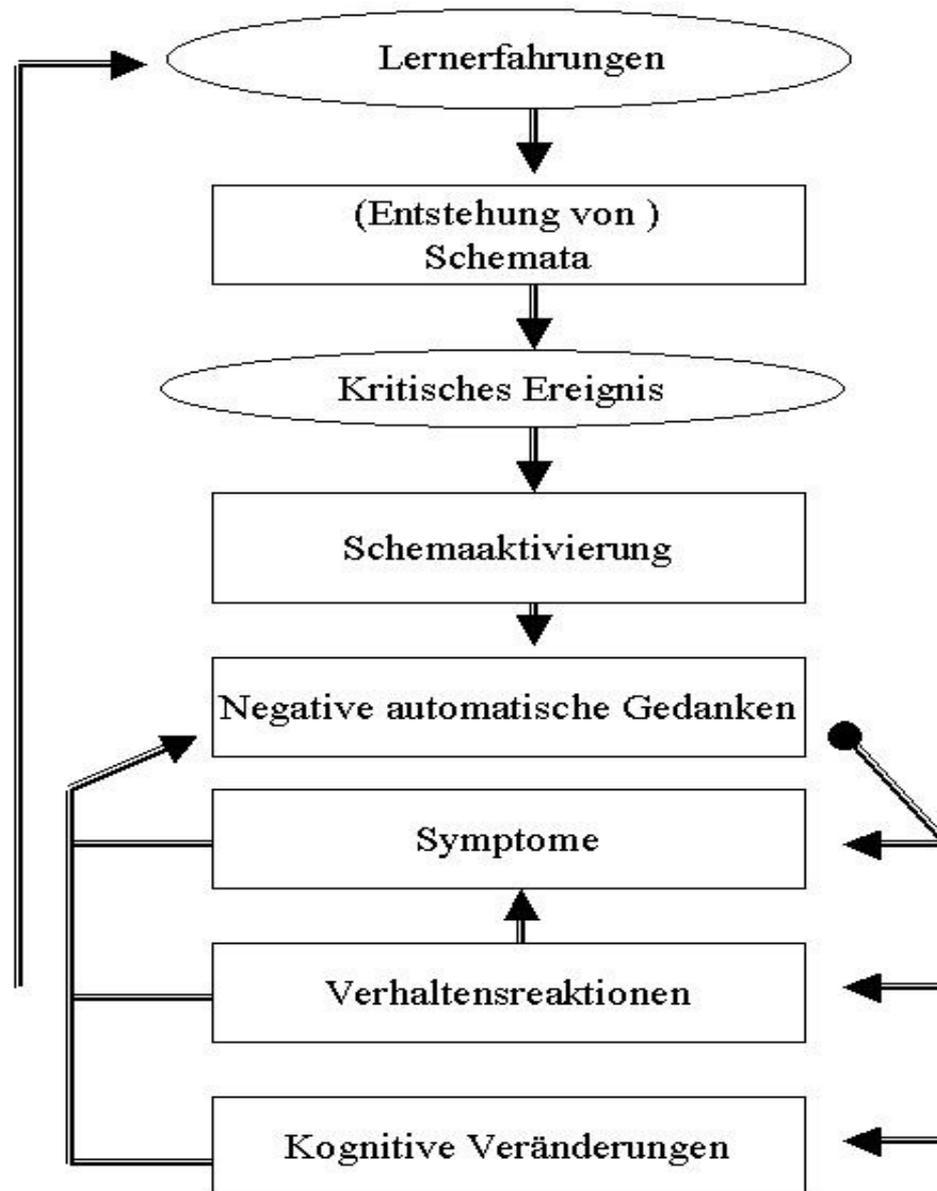
Schlussfolgerung:

'Ich sollte sowenig wie möglich sagen, damit niemand meine Angst bemerkt'.

Negative automatische Gedanken (NATs):

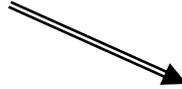
- *'Wenn ich nach meiner Meinung gefragt werde, werden alle merken, dass ich Angst habe'!* (Primary NAT)
- *'Hoffentlich fragt mich niemand nach meiner Meinung'!*
(Secondary NAT)
- Selbstinstruktion: *'Mach Dich klein'!*, *'Schau niemandem in die Augen'!* (Secondary NATs)

Allgemeines kognitives Modell psychischer Störungen



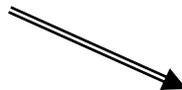
Veränderung in der kognitiven Therapie

Disputation



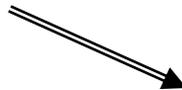
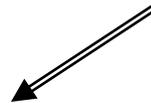
Einsicht

Motivation



Erlebnis

Reflexion



Erfahrung



Veränderung durch neue Erfahrungen

Der Sokratischer Dialog

Die sokratische Methode ist gekennzeichnet durch einen Wechsel aus Fragen und Zusammenfassungen. Das Ziel ist, Inhalt und Bedeutung der Erfahrung des Patienten zu explorieren und Verhalten und Kognitionen zu verändern.

Wichtiger als die „besten“ Fragen zu stellen ist dabei, den sokratischen Dialog am Laufen zu halten und relevante Informationen zu extrahieren.

Die Fragen sollten deshalb zumindest den folgenden **fünf Anforderungen** genügen:

1. Der Patient muss in der Lage sein, auf die Fragen zu antworten.
2. Die Fragen stellen ein Mittel dar, sich einem impliziten oder expliziten Ziel zu nähern (z.B. NATs zu explorieren, Reframing bestimmter Gedanken usw.)
3. Fragen öffnen eher einen Themenbereich als ihn zu schließen (anders als die falsifizierenden Fragen in der verhaltenstherapeutischen Exploration).
4. Der Patient fühlt sich durch die Fragen nicht verhört.
5. Die Fragen zielen darauf ab, das Erleben des Patienten zu klären.

Struktur des sokratischen Dialogs

drei Bestandteile der Therapeutinnenäußerungen:

General Questions

Sie dienen dazu, ein Thema zu öffnen.

Probe Questions

Sie dienen dazu, bestimmte Themen zu klären oder genaue Detailinformationen zu gewinnen.

Therapists Reflections

Reflections geben Aspekte der Antwort des Patienten wider, entweder in Form einer anderen Frage oder um eine neue Frage daran anzuschließen.

General Questions

General Questions sind offene Fragen, die ein gegebenfalls auch sehr spezifisches Thema einleiten, z.B.

- Wann haben Sie sich das letzte Mal..... gefühlt?
- Was war das Erste, was Sie bemerkt haben?
- Wie hat sich das angefühlt?
- Welche Symptome haben Sie bemerkt?
- Welche Gedanken gingen in diesem Moment durch Ihren Kopf?
- Hatten Sie in diesem Moment irgendwelche Bilder vor Augen?
- Wie sind Sie mit dieser Situation umgegangen?
- Was haben Sie getan, um mit der Situation klarzukommen?

Probe Questions

- Probe questions folgen den Antworten auf General questions.
- Ihr Ziel ist, detailliertere Informationen zu erhalten oder zu prüfen, ob die erste Antwort präzise ist
- Probe questions fragen oftmals nach den schlimmsten Szenarien oder den schlimmsten Konsequenzen, die eintreten würden, wenn die Patienten kein Sicherheits- oder Vermeidungsverhalten zeigen würden, oder die Situation nicht in irgendeiner Form bewältigt hätten.

Beispiele für „Probe Questions“:

- Was hätte schlimmstenfalls passieren können, wenn Sie sich noch..... gefühlt hätten?
- Hätte irgendetwas Schlimmes passieren können?
- Wenn Sie nicht (Sicherheits- oder Vermeidungsverhalten) gezeigt hätten, was wäre das Schlimmste, das hätte passieren können?
- Was ist daran so schlimm?

- Was hätte es für Sie bedeutet, wenn (die befürchtete Katastrophe) passiert wäre?
- Wie würde das aussehen, wenn (z.B. Sie die Kontrolle verlieren. Sie nervös aussehen)?
- Wie würden die Leute reagieren, wenn das passieren würde?
- Auf einer Skala von 0 bis 100 , wie sehr sind Sie davon überzeugt, dass genau das eintreten würde?

Hilfreiche Fragen im sokratischen Dialog

1. Kernfragen:

Kernfragen nehmen eine dysfunktionale Annahme des P., die sich in verschiedenen Lebenszusammenhängen erkennen lässt, auf:
Aus welchem Grund denken Sie, dass Sie weniger wert sind, als andere?

2. Clusterfragen:

Clusterfragen fragen direkt nach dysfunktionalen Annahmen in unterschiedlichen Lebenszusammenhängen:
Können Sie mir schildern, warum Sie glauben, dass Sie als Vater/Ehemann/Sohn wertlos sind?

3. Assoziationsfragen:

Assoziationsfragen verbinden zwei Überzeugungen, Situationen oder Gefühle:

Ist Ihre Angst vorm Fliegen ähnlich wie Ihre Angst auf Partys?

4. Historische Fragen:

Historische Fragen verbinden gegenwärtige Überzeugungen mit Überzeugungen aus der Vergangenheit:

Welches sind die Ähnlichkeiten zwischen Ihrer Angst, im Supermarkt verrückt zu werden, und der Angst, die Sie als Kind hatten, wenn Sie allein zu Hause waren?

5. Widerspruchsfragen:

Widerspruchsfragen beziehen sich auf unterschiedliche Reaktionen des P. in ähnlichen Situationen:

Was haben Sie am Dienstag zu sich gesagt, als Sie es geschafft haben aus dem Haus zu gehen, das Sie sich am Samstag (,als es nicht gelungen ist,) nicht gesagt haben?

Formen dysfunktionalen Denkens

- Negative automatische Gedanken
- Worries (Sorgen, Grübeleien)
- Obsession (intrusive Gedanken)

Negative automatische Gedanken

- verbal oder bildhaft
- schnell
- In der Situation glaubhaft
- meist Bewertungen von Ereignissen oder Selbstinstruktionen
- werden manchmal „Drang“ oder „Impuls“
- wenig bewusst (aber bewusstseinsfähig)

Worries (Sorgen, Grübeleien)

- Gedankenketten
- Ziel: Problemlösung
- verbaler Prozess
- länger andauernd
- meist Bewertungen von Ereignissen

Obsession (intrusive Gedanken)

- Ich-dyston, werden als sinnlos, absurd und fremd erlebt
- länger andauernd als NATs, kürzer als worries
- meist Gegenstand von Bewertungen
- werden meist als „Drang“ oder „Impuls“ erlebt

Methoden der Exploration automatischer Gedanken

Keine sich ausschließenden Methoden, werden oft in Kombination eingesetzt

1. Szenario schlimmster Konsequenzen
2. Exploration spezifischer Episoden
3. Ansetzen am emotionalen oder Symptomerleben
4. Affect shifts
5. Symptomprovokation, Exposition und Manipulation von Sicherheitsverhalten
6. Als-Ob-Methoden
7. Audio-Video-Feedback
8. Fragebögen und Gedankenprotokolle
9. Fragen nach bildhaften Vorstellungen
10. Ansetzen an der Bedeutung

Welche Komponenten umfasst das „B“

Differenziertes ABC-Modell		
	Was steht hier?	Mit welchen Hilfsfragen finde ich das heraus?
A Ausgangssituation	Die objektive, sachliche Beschreibung der Situation	„Was geschieht gerade zu dem Zeitpunkt, als Sie einen bestimmten Gedanken haben und ein Gefühl einsetzt?“ – „Was kann jeder Mensch ohne Vorwissen in dieser Situation wahrnehmen und beschreiben?“
B Bewertungssystem	Alle bewussten und verdeckten Gedanken zum Zeitpunkt A	<p>B1 (persönliche Sichtweise): „Wie sehen Sie <i>persönlich</i> die Situation A mit Ihrem Vorwissen?“</p> <p>B2 (Schlussfolgerungen und vermutete Konsequenzen): „Welche Interpretationen leiten Sie daraus ab, welche Konsequenzen vermuten Sie?“</p> <p>B3 (Bewertung): „Wie finden (bzw. fänden) Sie das?“</p>
C Konsequenzen	Gefühls- und Verhaltenskonsequenzen aus der Bewertung B3	<p>C1 (Gefühlskonsequenz): „Welches Gefühl haben Sie nach der Bewertung von A?“ – „Spüren Sie körperliche Begleitsymptome?“</p> <p>C2 (Verhaltenskonsequenz): „Was genau tun Sie daraufhin, wie verhalten Sie sich?“</p>

Beispiel: Mutter und Sohn bei den Hausaufgaben:

A	B	C
<p><i>Sohn sagt: „Der Mathematiklehrer meint, ich müsse mehr üben. Aber Du weißt ja auch nix über Mengenlehre!</i></p>	<p><i>1: Nun hat er schon die dritte fünf geschrieben. Ich kann nicht helfen.</i></p> <p><i>2. Er wird sitzen bleiben und ich bin schuld! Ich habe versagt!</i></p> <p><i>3. Das ist schrecklich!</i></p>	<p><i>Fühle mich hilflos, schuldig und traurig. Sage nichts.</i></p>

Bodega's Weinladen

Ein Sprichwort

Wir sollten täglich ein Glas Wein zur Gewohnheit machen.

Und zwar der Gesundheit zu liebe.
Denn guter Wein macht gutes Blut.
gutes Blut bringt bringt gute Gedanken, gute Gedanken führen zu guten Taten und gute Taten bringen den Menschen in den Himmel!



Bodega Española
Casa Goyot
im Winter 2009

Vermitteln des ABC-Modells



Anhand D: Uneindeutiges Bild zur Erarbeitung eigener Interpretationen und Alternativgedanken (Barlow et al., 2017a, 2017b).

Vermitteln des ABC-Modells

- Exploration von A
- Exploration von C (Emotionen und Verhalten!)
- Exploration von B
- Exploration von C' (Wie würden sie sich gerne fühlen/verhalten?!)
- Verdeutlichen, dass C' mit den B-Kognitionen unmöglich ist!
- Brainstorming von möglichen B', die C' möglich machen (Frage nach Ausnahmen, Was würde eine Freundin zu sich sagen?)
- ABC-Modell zusammenfassend vermitteln (ggfs. Protokollmuster einzeichnen)
- Einladung aussprechen, B gemeinsam zu überprüfen, damit alternative Perspektiven (B') überzeugender werden

<p>A <i>Situation</i></p>	<p>B <i>Gedanke über A</i></p>	<p>C <i>Gefühle/Verhalten</i></p>
<p>A <i>Situation(wie oben)</i></p>	<p>B' <i>hilfreichere Gedanken über A</i></p>	<p>C' <i>Gewünschte/s Gefühle/Verhalten</i></p>

Typischer Ablauf der Disputation

1. Markieren und ggfls. nochmaliges Explizieren der zu bearbeitenden Kognition/Überzeugung, „Einladung“
2. Einschätzen auf dem Überzeugungsrating
3. Disputation der Kognition/Überzeugung (ggfls. mit verschiedenen Disputationsmethoden)
4. Ergebnisse der Disputation Nutzen, um kognitive Veränderungen zu fördern
 - (aktuelle oder zukünftige) emotionale und verhaltensbezogene Konsequenzen explizieren,
 - Entwickeln von alternativen Kognitionen/ Überzeugungen, ggfls. formulieren von Selbstverbalisationen,
 - nochmaliges Einschätzen auf dem Überzeugungsrating
5. wenn möglich: Planung der Umsetzung in den Alltag (Verhaltensexperimente und Selbstbeobachtung!)

- Markieren und ggfls. nochmaliges Explizieren der zu bearbeitenden Kognition/Überzeugung, „Einladung“
- Einschätzen auf dem Überzeugungsrating
- Disputation der Kognition/Überzeugung (ggfs. mit verschiedenen Disputationsmethoden)
- Ergebnisse der Disputation Nutzen, um kognitive Veränderungen zu fördern
 - (aktuelle oder zukünftige) emotionale und verhaltensbezogene Konsequenzen explizieren,
 - Entwickeln von alternativen Kognitionen/ Überzeugungen, ggfs. formulieren von Selbstverbalisationen,
 - nochmaliges Einschätzen auf dem Überzeugungsrating
- wenn möglich: Planung der Umsetzung in den Alltag (Verhaltensexperimente und Selbstbeobachtung!)

NUN - OFFENSICHTLICH SIND
DIE BECKERS TOT !

MAL' DOCH DEN TEUFEL NICHT
AN DIE WAND ! VIELLEICHT
SIND ES RÖMER, DIE
LIEGEN IMMER BEIM
ESSEN !

© PERSCHEID / Distr. BULLS



PERSCHEID

A43

Gedanken sind flüchtig!

**Kognitive Arbeit ist
Papierarbeit!**

Verbale Reattributionsmethoden

- Definieren und Operationalisieren
- Gültigkeit in Frage stellen
- Beweis und Gegenbeweis

- Balancing-Out

- Kognitive Verzerrungen benennen

- Kosten-Nutzen-Analysen

- Kuchendiagramme

- Psychoedukative Strategien
- Kontinuierliche Präsentation und Integration neuer Informationen in das Störungsmodell
- Das Erstellen von Handlungsplänen
- Point and Counterpoint (Rollenwechsel von Therapeut und Patient)
- Ein-Personen-Rollenspiel
- Entkatastrophisieren und Bewältigungsimaginationen
- Mini-Surveys

Verhaltensbezogene Reattributionsmethoden

Die Bedeutung der Reaktionen auf automatische Gedanken für die Aufrechterhaltung dysfunktionaler Überzeugungen und Annahmen

Grob lassen sich zwei Klassen von Reaktionen unterscheiden:

- Automatische und reflexhafte Reaktionen
- Volitionale Reaktionen

Automatische und reflexhafte Reaktionen

- Dysfunktionale Bewertungen in Form von NATs können somatische und emotionale Reaktionen auslösen.
- Im Falle von Angststörungen sprechen Beck et. al. (1985) in diesem Zusammenhang vom „primären Überlebensmechanismus“.

- Diese Reaktionen können auf folgende Weise zur Aufrechterhaltung dysfunktionaler Schemata beitragen:
 - ⇒ Die somatischen und emotionalen Reaktionen werden als Bestätigung für den negativen automatischen Gedanken betrachtet.
 - ⇒ Die somatischen und emotionalen Reaktionen werden wiederum selbst durch NATs dysfunktional bewertet und somit verstärkt.
 - ⇒ Die Aufmerksamkeit des Organismus richtet sich verstärkt auf befürchtete Ereignisse (Orientierungsreaktion), wodurch die Wahrnehmung solcher Ereignisse wahrscheinlicher wird.

Volitionale Reaktionen

- betrifft vor allen Dingen Vermeidungs- und Sicherheitsverhalten
- Vermeidungs- und Sicherheitsverhalten kann auf unterschiedliche Art und Weise dysfunktionale Schemata bestätigen:
 - ⇒ Sicherheitsverhalten kann selber körperliche Symptome verursachen, die dann wiederum als Beweis für die angenommene Katastrophe gelten.
 - ⇒ Das Nichteintreten befürchteter Ereignisse wird auf die Anwendung von Sicherheits- oder Vermeidungsverhalten attribuiert.

- ⇒ Erhöhte Aufmerksamkeit und Informationssuche bezüglich der befürchteten Ereignisse als Sicherheitsverhalten können dazu führen, dass immer mehr ambivalente Information aufgenommen wird, die dann wiederum dysfunktional verarbeitet wird.

- ⇒ Vermeidungs- oder Sicherheitsverhalten führt direkt selbst im Sinne einer selbsterfüllenden Prophezeiung zu negativen Konsequenzen, die dann wiederum das Schema bestätigen (Dornröschen und die Spindel!)

Da die Reaktionen auf Automatische Gedanken zur Aufrechterhaltung dysfunktionaler Überzeugungen beitragen, setzen die therapeutischen Interventionen mittels

Verhaltensbezogene Reattributionsmethoden

genau hier an!

- zwei Arten von verhaltensbezogenen Reattributionsmethoden
 - Expositionen
 - Verhaltensexperimente

Expositionen

- Expositionen in Bezug auf externe Stimuli
- Expositionen in Bezug auf interne Stimuli

Verhaltensexperimente

- Verhaltensexperimente haben mindestens drei unterscheidbare Ziele:
 - ⇒ Vermittlung des Therapierationalen (Socialisation) z.B. durch Modulation des Sicherheitsverhaltens
 - ⇒ Reattribution: Verhaltensexperimente als Realitätstest. Passiert wirklich das, was ich über den Ausgang der Situation vorhersage und wenn: Ist es wirklich so schlimm?
 - ⇒ Explorative Verhaltensexperimente

Vier Prinzipien der Durchführung von Verhaltensexperimenten

- „Identifikation von Schlüsselkognitionen“, die durch das Experiment in Frage gestellt oder verändert werden sollen.
- Operationalisierung dieser Schlüsselkognitionen in konkrete und beobachtbare Aussagen.
- Festlegen, welche Variablen im Experiment manipuliert werden müssen, damit die Schlüsselkognitionen infragegestellt werden können (Manipulation von Vermeidungs- und Sicherheitsverhalten). Ausgangspunkt eines Verhaltensexperiments ist eine testbare Vorhersage!
- Überzeugungsrating vor und nach der Durchführung des Verhaltensexperiments!

Verhaltensexperimente enthalten meist **zwei zentrale Elemente**:

- Das „**Sich-Stellen**“: Hineingehen in eine befürchteten Situation (Bereitschaft zum Risiko!)
- Ein „**Überzeugung-entkräftendes Manöver**“ (z.B. Weglassen des Sicherheitsverhaltens, einstellungskonträres Verhalten zeigen usw.). Dies dient dazu, einen eindeutigen Test der Vorhersage oder Überzeugung zu ermöglichen.

Schwierigkeiten bei der Planung und Durchführung von Verhaltensexperimenten

- Schwierigkeiten bei der Formulierung eines passenden Experiments:
 - ungenügende Fallkonzeptualisierung?
 - ⇒ unklare primäre negative automatische Gedanken oder Überzeugungen?
 - ⇒ Vermeidungs- und Sicherheitsverhalten unzureichend spezifiziert?

- P. läßt sich auf Experiment nicht ein:
 - ⇒ Ist das Rational für das Experiment richtig verstanden?
 - ⇒ Massive Überzeugung, dass eine Katastrophe eintreten wird?
- Angst des Therapeuten/der Therapeutin vor der Durchführung des Experiments:
 - ⇒ Wird es meinem Patienten/meiner Patientin schlechter gehen?
 - ⇒ Wird mein Patient/meine Patientin die Therapie abbrechen?
 - ⇒ Tritt die Katastrophe, die mein Patient/meine Patientin befürchtet, vielleicht wirklich ein?

Identifikation und Veränderung zentraler Schemata

- Die Bearbeitung kognitiver Schemata setzt üblicherweise nach den symptomorientierten Interventionen ein
- Zu diesem späteren Zeitpunkt in der Therapie ist oftmals durch die Bearbeitung der automatischen Gedanken und Bewertungen die Überzeugung bezüglich der Gültigkeit problematischer Schemata schon reduziert.

Identifikation zentraler Schemata

1. Induktives Vorgehen

Hierbei wird von den automatischen Gedanken auf die zugrundeliegenden Annahmen und Überzeugungen geschlossen (Vertikale Analyse).

2. Einsatz von Fragebögen

Da in Fragebögen zu Grundannahmen selten genau die problematische Annahme eines Patienten/einer Patientin getroffen wird, sollten diese vornehmlich als Quelle inhaltlicher Anregungen dienen.

3.Imaginationen

Vertical-Arrow-Technik (Burns, 1980)

Bei der Vertical-Arrow-Technik wird wiederholt nach der Bedeutung automatischer Gedanken gefragt (Vertiefen). Dazu dienen Fragen wie:

- Wenn das geschehen würde, was würde das für Sie bedeuten?
- Wenn das wahr wäre, was wäre so schlimm daran?

Ergebnis Vertical-Arrow-Technik bei einem sozial-phobischen Patienten

Und wenn ich stottere und dummes Zeug rede?



Jeder wird es merken



Sie werden über mich lachen



Sie werden mich nicht mehr ernst nehmen



Sie werden denken, dass ich dumm bin



Ich denke, dass ich dumm bin

Veränderung dichotomer Konzepte

1. Definieren und Operationalisieren der „Schwarz-Kategorie,„
2. Definieren und Operationalisieren der „Weiß-Kategorie,„
3. Definieren und Operationalisieren unterschiedlicher Abstufungen zwischen „Schwarz" und „Weiß,„
4. PatientIn ordnet sich auf dem entstandenen Kontinuum selber ein.

Erarbeiten alternativer Selbstverbalisationen

- Direkte Anrede
- spezifisch
- in der persönlichen Sprache

Einüben alternativer Selbstverbalisationen

- PatientInnen aufklären über verstandesmäßige vs gefühlsmäßige Einsicht, „automatisierte“ Beispiele aus dem Leben der PatientInnen
- Lernen („wie Vokabeln“); Flashcards, immer dabei, in Büchern, am Spiegel, vorm Schlafengehen
- Üben, erst in der Imagination, dann in der Realität
- Einsatz von Gedankenprotokollen
- Verstärkung und Selbstverstärkung