

Kapitel 10

Kognitive Modelle psychischer Störungen

Andreas Veith

Einleitung

1. Meichenbaum: Die kognitiv-funktionale Perspektive
2. Ellis und die Rational-Emotive Therapie (RET)
 - 2.1 Das ABC des Erlebens und Verhaltens
3. Das kognitive Modell nach Beck
 - 3.1 Frühe Erfahrungen, Schemata, zentrale Überzeugungen und Annahmen
 - 3.2 Schemaaktivierung, negative automatische Gedanken und kognitive Fehler
4. Der Teufelskreis aus Denken, Fühlen und Handeln
5. Die Ziele kognitiver Interventionen
6. Kognitive Interventionen und therapeutische Beziehung
7. Weiterentwicklungen des kognitiven Modells

Literatur

Einleitung

Seit den 1950er-Jahren gab es in den USA eine konvergente Entwicklung zwischen Vertretern der Verhaltenstherapie und der Psychoanalyse: Die kognitive Wende in der Psychologie und die Begrenztheiten ihrer Therapieschulen brachten verschiedene Autoren dazu, die Bedeutung kognitiver Prozesse für psychische Störungen in den Fokus zu rücken. Ausgehend von der psychoanalytischen Tradition waren es insbesondere Albert Ellis (1955, 1997) und Aaron T. Beck (1967; Beck, Rush, Shaw & Emery, 1999), die zunächst eigene kognitiv-psychotherapeutische Ansätze formulierten, sich später aber immer mehr der Verhaltenstherapie annäherten und sich ihr schließlich zuordneten. Etwas plakativ kann man die von Ellis und Beck formulierten Ansätze als „*einsichtsorientiert*“ bezeichnen und die in der verhaltenstherapeutischen Tradition stehenden Ansätze als eher „*übungsorientiert*“ abgrenzen.

Dort waren es u. a. Michael Mahoney (1974, 1977), Marvin Goldfried (1977; Goldfried, Decentecceco & Weinberg, 1974) und mit besonderer Nachhaltigkeit Donald Meichenbaum (1972, 1977; Meichenbaum & Cameron, 1973), die mit ihren Arbeiten die Weiterentwicklung der kognitiven Perspektive innerhalb eines verhaltenstherapeutischen Rahmens anstießen. Ihre Arbeit spiegelt dabei die Entwicklung in den Lerntheorien wider. Nach der bewussten Vernachlässigung innerer Prozesse im Behaviorismus – der berühmten Blackbox – waren im Rahmen der neobehavioristischen und sozialen Lerntheorien geistige Prozesse wieder interessant geworden. Eine erste Übertragung dieser lerntheoretischen Fortentwicklungen in den klinischen Bereich war schon durch die Arbeiten von Bandura (1969), Cautela (1967, 1973) und Homme (1965) zum Covert Conditioning erfolgt (siehe auch verdecktes Konditionieren in Operante Psychotherapieverfahren in Kap. 25 *Lerntheoretisch fundierte therapeutische Interventionen*, Abschn.1).

Mahoney (1974) und andere sprechen von „vermittelnden Verhaltensmodellen“: Ein Umweltreiz löst eine innere Reaktion aus, die denselben Verstärkerprinzipien unterworfen ist wie sichtbare Reaktionen (innere Ereignisse, vermittelnde Reaktionen, Mediatoren oder „covert reaction“). Sie sind verdeckte Reaktionen auf äußere Reize und lösen ihrerseits selbst als verdeckte Stimuli offene Reaktionen aus. Dabei ging man davon aus, dass diese kognitiven Prozesse (Gedanken und auch Vorstellungen) anderen vermittelnden Prozessen wie z. B. emotionalen oder motivationalen Prozessen vorgeordnet seien. In der problemanalytischen Kognitionsanalyse rückten im Rahmen der kognitiven Wende in der Verhaltenstherapie kognitive Inhalte (z. B. die Irrationalismen nach Ellis, 1955, 1997, s. u.) und Prozesse (z. B. die Denkfehler bei Beck, 1967; Beck et al., 1999, s. u.) als störungsrelevante Bedingungen in den Fokus der verhaltenstherapeutischen Diagnostik.

Der folgende Beitrag beschreibt wichtige theoretische Grundlagen zunächst der eher übungsorientierten und daraufhin der eher einsichtsorientierten Perspektive auf Kognitionen und kognitive Prozesse als Bedingungen psychischer Störungen. Am Schluss wird kurz auf Weiterentwicklungen der kognitiven Perspektive auf psychische Störungen eingegangen.

1. Meichenbaum: Die kognitiv-funktionale Perspektive

Meichenbaums Selbstverbalisationsansatz war auch eine Konsequenz seiner persönlichen Beobachtungen bei der Arbeit mit schizophrenen Testpersonen. Diese wiederholten spontan Teile der Versuchsanweisungen, wodurch es ihnen besser

gelang, bestimmte Aufgaben zu bewältigen (Meichenbaum & Cameron, 1973). Zudem weckten die Arbeiten von Luria (1961), Vygotski (1934) und anderen zum sogenannten „inneren Sprechen“ sein Interesse an der Bedeutung von Selbstinstruktionen und Selbstverbalisationen für die Selbststeuerung.

Zunächst entwarf Meichenbaum das „Selbstinstruktionstraining für hyperaktive und impulsive Kinder“ (Meichenbaum & Goodman, 1971). Dabei lernen Kinder, ein Modell, das sich selbst bei der Lösung von Aufgaben laut instruiert, zu imitieren, indem sie sich zunächst selbst laut anleiten, im Weiteren nur noch leise und am Schluss in Gedanken zu sich selbst sprechen (Darstellung des Verfahrens s. auch Kap. 26 *Kognitive Interventionsmethoden*, Abschn. 1.1).

Auf Basis der Hypothese, dass auch emotionale Reaktionen durch inneres Sprechen beeinflusst werden, führte Meichenbaum (1972) in der Folge Untersuchungen und Therapieversuche an Studenten mit sozialen und Prüfungsängsten durch. Deren positive Ergebnisse mündeten schließlich in der Entwicklung des „Stressimpfungstrainings“, das im Wesentlichen die Selbststeuerung im Verlauf von belastenden Situationen mithilfe von Selbstverbalisationen trainiert. Dieses Training ist sowohl für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit psychischen Störungen wie auch als präventives Training zur Stressbewältigung gedacht (Darstellung des Verfahrens s. auch Kap. 26 *Kognitive Interventionsmethoden*, Abschn. 1.2) und gilt noch heute als ein wichtiges Verfahren und Vorläufer modernerer Stressbewältigungstrainings (z. B. Kaluza, 2011).

Meichenbaums Blick auf die Kognitionen wird als kognitiv-funktionale Perspektive bezeichnet, weil sie die Funktion von Selbstverbalisationen für Verhalten und Gefühle in den Mittelpunkt stellt. Dabei können Selbstverbalisationen

- als diskriminative Stimuli bestimmte operante Reaktionen nahelegen (Selbstanleitung im eigentlichen Sinn)
- als klassisch konditionierte Stimuli emotionale Reaktionen auslösen oder
- die Funktion von Verstärkern haben.

Meichenbaum interessierte zunächst weniger als Beck und Ellis in den weiter unten dargestellten Ansätzen die Einsicht des Patienten in die Unangemessenheit oder Irrationalität der Selbstverbalisationen. Nach seiner Meinung reicht es, mit dem Patienten funktionalere Kognitionen zur Bewältigung der verschiedenen Phasen eines Ereignisses – Vorbereitung auf das belastende Ereignis, Hineingehen in die belastende Situation, Umgang mit überflutenden Stresseemotionen und Selbstbewertung nach der Situation – zu trainieren. Macht der Patient mit der Anwendung solcher hilfreichen Selbstverbalisationen positive Erfahrungen, wird sich durch positive Verstärkung eine überdauernde Veränderung ergeben. Aller-

dings spielte Einsicht für Meichenbaum eine Rolle, insofern er mit seinen Testpersonen und Klienten zunächst erarbeitete, dass die ursprünglichen problem- oder stressverschärfenden Kognitionen ungünstig sind, um schwierige Situationen zu bewältigen.

Dem einfachen, aber sehr pragmatischen Modell Meichenbaums wurde oft mangelnde theoretische Fundierung vorgeworfen. So benutzt er selber für den Begriff „Selbstinstruktion“ zahlreiche andere Begriffe wie zum Beispiel „Selbstverbalisation“, „inneres Sprechen“, „innerer Monolog“, „verbales Bewältigungsverhalten“, „Kognitionen“ und „Überzeugungen“, ohne die einzelnen Begriffe genauer voneinander abzugrenzen. Demgegenüber steht der immense Einfluss, den der Ansatz für die psychotherapeutische Praxis gehabt hat und immer noch hat. Die kognitive Vorbereitung auf belastende Situationen und das Formulieren sowie Trainieren von Bewältigungskognitionen sind feste und wichtige Bestandteile des kognitiv-verhaltenstherapeutischen Repertoires sowie zahlreicher störungsspezifischer Behandlungsmanuale. Meistens werden diese kognitiven Interventionen dabei – so wie es Meichenbaum selbst schon praktiziert hat – mit anderen verhaltenstherapeutischen Methoden wie z. B. dem Modelllernen oder operanten Methoden, weiteren verhaltenstherapeutischen Methoden der Selbststeuerung oder Reizkonfrontationsverfahren kombiniert.

2. Ellis und die Rational-Emotive Therapie (RET)

*„Es sind nicht die Dinge selbst, die uns beunruhigen,
sondern die Vorstellungen und Meinungen von den Dingen.“*
(Epiktet, Handbüchlein der Moral, 1992)

2.1 Das ABC des Erlebens und Verhaltens

Ausgehend von einer psychoanalytischen Tradition war es zunächst Albert Ellis (1955, 1997), der auf der Basis seiner Erfahrungen mit Patienten in seiner eigenen Praxis kognitiven Prozessen eine zentrale Bedeutung für Gefühle und Verhalten von Menschen zuschrieb. Im Mittelpunkt der von ihm entworfenen Rational-Emotiven Therapie (RET, später dann REVT, für Rational-Emotive Verhaltenstherapie) und der sogenannten ABC-Theorie stehen dabei die Bewertungen, mit denen Menschen den Geschehnissen um sie herum Bedeutung geben. Mit dem einprä-

samen Begriff des ABC der RET soll beschrieben werden, dass ein auslösendes inneres oder äußeres Ereignis (A: „activating event“) aufgrund bewusster oder unbewusster Überzeugungen (B: „beliefs“) bewertet wird. Aus dieser Bewertung ergeben sich als Konsequenz (C: „consequence“) die Gefühls- und Verhaltensreaktionen des Individuums. Ellis bezieht sich dabei auf die griechische Philosophie und dort auf den Stoiker Epiktet, der mit dem Satz: „Es sind nicht die Dinge selbst, die uns beunruhigen, sondern die Vorstellungen und Meinungen von den Dingen“ (Epiktet, 1992) die Kernaussage der Rational-Emotiven Therapie vorweggenommen hat.

Auch wenn Ellis selber das ABC nicht als so linear versteht, wie es auf den ersten Blick wirkt, sondern davon ausgeht, dass sich die einzelnen Elemente gegenseitig beeinflussen, stehen im Mittelpunkt der Verursachung von emotionalen und Verhaltensproblemen die Bewertungen. Sind nämlich die Überzeugungen, die Bewertungen zugrunde liegen, irrational („irrational beliefs“), werden auch die dadurch bestimmten emotionalen und Verhaltensreaktionen irrational sein. Dabei ist mit dem amerikanischen Begriff „irrational“ nicht gemeint, dass diese Bewertungen vollkommen unlogisch oder absurd sind, was ja im deutschen Ausdruck „irrational“ mitschwingt. Gemeint ist, dass die Bewertungen für den Betroffenen selber *nicht hilfreich, nicht zielführend* und *unangemessen* sind, weil sie eben unangemessenes, nicht hilfreiches und nicht zielführendes Verhalten und Gefühle zur Folge haben (Ellis, 1991).

Ellis richtete seine Aufmerksamkeit also schon früh auf die Überzeugungen („beliefs“, „belief systems“) als Ursache von emotionalen und Verhaltensproblemen. Sie sind gekennzeichnet durch Überbewertungen, grobe und unzulässige Vereinfachungen und Verallgemeinerungen, unlogische und unbewiesene Annahmen, fehlerhaftes Schlussfolgern und absolutistische Auffassungen (Walen, DiGiuseppe & Wessler, 2011; Keßler & Hoellen, 1982; vgl. auch das Konzept der Denkfehler nach Beck, s. u.). Ellis arbeitete die folgenden elf inhaltlich definierten unlogischen und irrationalen Überzeugungen (Ellis, 1977) heraus, die seiner Ansicht nach zumindest in der westlichen Welt „weit verbreitete zu sein scheinen und die fast zwangsläufig neurotisierend“ (vgl. Ellis & Hoellen, 1997, S. 91) wirken.

Die irrationalen Überzeugungen nach Ellis (1977, S. 63ff.):

1. Die Meinung, es sei für jeden Erwachsenen notwendig, von fast jeder wichtigen Bezugsperson geliebt oder gemocht zu werden.
2. Die Meinung, dass man sich nur dann als wertvoll empfinden dürfe, wenn man in jeder Hinsicht kompetent, tüchtig und leistungsfähig sei.

3. Die Idee, dass bestimmte Menschen böse, schlecht und verdorben seien und man sie streng bestrafen und ihnen Vorwürfe machen müsse.
4. Die Vorstellung, dass es schrecklich und katastrophal sei, wenn die Dinge nicht so sind, wie man sie gerne hätte.
5. Die Vorstellung, dass menschliches Leiden durch äußere Umstände bedingt sei und dass der Mensch kaum oder gar nicht die Fähigkeit habe, seine Sorgen und seine psychischen Probleme zu beeinflussen.
6. Die Überzeugung, dass man sich über tatsächliche oder eingebildete Gefahren große Sorgen machen müsse und ständig über das mögliche Eintreten dieses Ereignisses nachgrübeln müsse.
7. Die Meinung, es sei leichter, Schwierigkeiten und Verantwortung zu vermeiden, als sich ihnen zu stellen.
8. Die Vorstellung, dass man von anderen abhängig sein sollte, dass man einen Stärkeren braucht, auf den man sich stützen könne.
9. Die Vorstellung, dass die eigene Vergangenheit das gegenwärtige Verhalten determiniert und dass etwas, das sich früher einmal auf unser Leben auswirkte, dies auch weiterhin tun müsse.
10. Die Neigung, sich durch Probleme und Verhaltensschwierigkeiten anderer Leute ganz aus der Fassung bringen zu lassen.
11. Die Vorstellung, dass es für jedes menschliche Problem eine unbedingt richtige, perfekte Lösung gibt und dass es eine Katastrophe sei, wenn diese perfekte Lösung nicht gefunden würde.

Später reduzierte Ellis diese elf irrationalen Überzeugungen auf drei ihnen zugrunde liegende Dimensionen, bei denen er die absolutistischen Forderungen in den Mittelpunkt stellt (Ellis & Hoellen, 1997) und die sich durch die Attributionsperspektive definieren:

- 1) Self-Demandingness: Hiermit sind absolutistische Forderungen an sich selbst in Bezug auf Leistungsfähigkeit und Anerkennung durch andere gemeint. Werden diese absolutistischen Forderungen nicht erfüllt, so soll dies zu Selbsthass, Angst, Depression, sozialem Rückzug etc. führen.

- 2) Other-Demandingness: Gemeint sind hier Überzeugungen, nach denen man ein Recht auf Unterstützung, Zuwendung, und Wertschätzung durch andere Menschen hat. Nichterfüllung dieser absolutistischen Forderung führt nach Ellis zu Gefühlen von Wut, Eifersucht und Selbstmitleid und zu destruktiven Verhalten wie z. B. Aggressionen, Rachsucht oder aber auch emotionaler Abhängigkeit.
- 3) World-Demandingness: Die dritte absolutistische Forderung richtet sich an die Welt und beschreibt den Anspruch, zu allen Zeiten angenehm, sicher und sorgenfrei leben zu können. Nichterfüllung dieses Anspruchs soll zu Zorn und Depression sowie sozialem Rückzug, Apathie, Antriebsarmut und weiteren emotionalen und Verhaltensproblemen führen.

Insbesondere Überzeugungen der dritten Gruppe sollen Ursache für eine „*niedrige Frustrationstoleranz*“ sein, die Ellis als Grundlage für vielfältige emotionale und Verhaltensprobleme sieht.

Weit verbreitet ist die Reduktion der irrationalen Überzeugungen auf vier prozesshafte Grundkategorien (z. B. Walen et al., 2011; vgl. auch Wilken, 2015). Hier sind zu unterscheiden:

1. Absolute Forderungen: Eigene Wünsche und Vorlieben werden zu absoluten Bedürfnissen und Notwendigkeiten (entsprechend den oben genannten Demandingness-Kategorien von Ellis).
2. Globale negative Selbst- und Fremdbewertungen: Statt differenziert einzelne Verhaltensweisen und Eigenschaften einer Person in Betracht zu ziehen, erfolgt eine pauschale undifferenzierte Selbst- oder Fremdbewertung.
3. Katastrophendenken: Statt negative Ereignisse angemessen zu bewerten, kommt es zu katastrophisierenden Beschreibungen und Schlussfolgerungen.
4. Niedrige Frustrationstoleranz: Betroffene bewerten negative Ereignisse als nicht aushaltbar und unerträglich.

Ein weiteres wichtiges Konzept, das von Ellis formuliert wurde, ist der „*Symptomstress*“. Damit beschreibt Ellis, dass manchmal die Bewertung der eigenen Reaktion auf ein Ereignis genauso oder noch belastender ist als die problematische Reaktion an sich. So kann z. B. für einen Mann, der unter phobischer Angst vor Hunden leidet, die Tatsache, dass er „als Mann“ Angst vor Hunden hat, noch größere emotionale Probleme verursachen als die Angst vor Hunden selbst. Ellis bezeichnet diesen Prozess als „*sekundäres ABC*“: In unserem Beispiel geht die Reaktion (C) aus dem primären ABC (die Angst vor dem Hund) als auslösendes Ereignis (A^{sek}) in das sekundäre ABC ein. Dieses wird dann im sekundären ABC mit irrationalen Bewertungen (B^{sek}) versehen („Angst vor Hunden ist unmännlich“,

„ich mache mich lächerlich vor den anderen“) und führt möglicherweise emotional zu Scham und Unsicherheit sowie auf der Verhaltensebene zu dem Versuch, die Angst zu überspielen oder zu verheimlichen (C^{sek}). Das Konzept des Symptomstressess kann als wichtiger Vorläufer der Akzeptanzbewegung in der kognitiven Verhaltenstherapie betrachtet werden (z. B. Herbert & Forman, 2011).

Fazit: Unter einer diagnostischen Perspektive rückt die REVT somit

1. bestimmte problematische inhaltliche Vorstellungen,
 2. ungünstige kognitive Prozesse
 3. niedrige Frustrationstoleranz sowie
 4. Symptomstress
- in den Blick.

Zur Veränderung dieser störungsrelevanten Bedingungen wird nun das ABC der RET um die Phase D (Disputation) ergänzt. Im Rahmen der Disputation werden meist in der Form des Sokratischen Dialogs (s. u.) die aufgedeckten irrationalen Überzeugungen infrage gestellt und in Bezug auf ihre Zweckmäßigkeit, Logik und empirische Angemessenheit überprüft (vgl. im Einzelnen Kap. 26 *Kognitive Interventionsmethoden*, Abschn. 2). Dazu schlägt die REVT eine Reihe von verbalen und imaginativen Strategien sowie auch verhaltensbezogene Übungen vor (wie z. B. die berühmten Shame-Attack-Übungen, bei denen Patienten mit abstrusen und auffälligen Handlungen – wie mit einer Zahnbürste an der Hundeleine durch die Einkaufszone laufen – Reaktionen bei anderen Menschen provozieren und lernen sollen, mit diesen Reaktionen umzugehen).

Sind die Interventionen erfolgreich, wird es Veränderungen im Verhalten und Erleben geben, die das ABCD um die Phase E („effect“) ergänzen. Diese Veränderungen werden sich stabilisieren, wenn sie Patientinnen und Patienten helfen, ihr Leben mehr im Sinne ihrer Ziele zu gestalten.

3. Das kognitive Modell nach Beck

Albert Ellis beeinflusst bis heute – insbesondere mit seinem ABC-Modell – zentrale Konzepte der kognitiven Therapie. Die Art und Weise, wie kognitive Verhaltenstherapie heute durchgeführt wird, ist jedoch vermutlich noch stärker geprägt durch die Arbeit von Aaron Beck und seinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Viele der zurzeit einflussreichsten Forscher und Praktiker im Bereich der kognitiven Verhaltenstherapie verstehen sich in der Tradition seines Ansatzes. Dabei

folgen sie zum Verständnis psychischer Störungen einem kognitiven Modell, wie es im Kern schon von Beck im Rahmen seiner wegweisenden Arbeiten zur Theorie und Therapie der Depression entworfen wurde (Beck, 1967; s. Abb. 1).

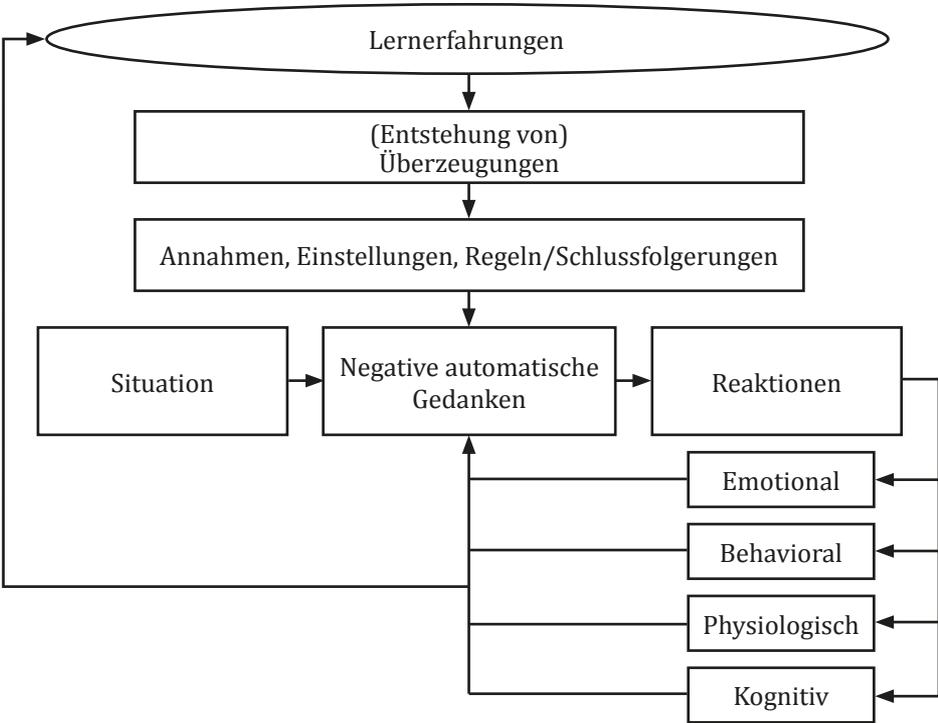


Abbildung 1: Das kognitive Modell nach Beck (in Anlehnung an J.S. Beck, 1995)

Wie alle kognitiven Theoretikerinnen und Theoretiker postuliert auch das kognitive Modell nach Beck (s. Abb.1, in Anlehnung an J.S. Beck, 1995, deutsche Übersetzung 2013), dass die Gefühle von Menschen nicht direkt durch die Situation oder äußeres Geschehen bestimmt werden, sondern vielmehr durch ihre Interpretation und Bewertung dessen, was sie wahrnehmen. Interpretationen und Bewertungen drücken sich durch sogenannte „Automatische Gedanken“ aus. Solche automatischen Gedanken sind – manchmal im Gegensatz zu den Gefühlen, die sie auslösen – oft wenig bewusst, sodass sie zunächst auch keiner kritischen Prüfung unterzogen werden können.

Nach Beck beruhen diese automatischen Gedanken auf zentralen Überzeugungen („core beliefs“), die durch – im Fall von psychischen Störungen ungünstige – Lernerfahrungen, z. B. in der Kindheit, entstanden sind. Sie gelten dem Individuum als unbedingte Wahrheit über sich selbst und die Welt und als situationsübergreifend gültig; automatische Gedanken als situative Realisierung der Überzeugungen haben dagegen für die bestimmte Situation Gültigkeit, in der sie das Erleben des Individuums beeinflussen. Zwischen Überzeugungen und negativen automatischen Gedanken vermittelt auf unterschiedlich konkreten Ebenen ein Set aus Einstellungen, Regeln oder Schlussfolgerungen und Annahmen („intermediate beliefs“).

Die in einer Situation durch die automatischen Gedanken maßgeblich beeinflusste Reaktion wird auf emotionaler, behavioraler und physiologischer Ebene beschrieben. In späteren weiter ausdifferenzierten Modellen wird diesen drei Ebenen der Reaktion eine weitere hinzugefügt, die weitere kognitive Verzerrungen, wie dysfunktionale Aufmerksamkeitsmodi, beschreibt (z. B. Wells, 2011a).

3.1 Frühe Erfahrungen, Schemata, zentrale Überzeugungen und Annahmen

Nach Beck (z. B. 1967; Beck et al., 1999) prägen frühe Erfahrungen zentrale Überzeugungen. Eine zentrale Überzeugung ist global, rigide, übergeneralisierend und unbedingt:

- *„Ich bin ein Versager“*
- *„Ich bin schwach“*
- *„Ich bin ein geborener Verlierer“*
- *„Ich bin nicht liebenswert“*
- *„Ich bin wertlos“*
- *„Ich bekomme mein Leben nicht hin“ etc.*

All das sind selbstbezogene Überzeugungen, die wir von Patientinnen und Patienten kennen. Sie können natürlich auch positiv sein:

- *„Ich bin ein guter Mensch“*
- *„Ich hab mein Leben im Griff“*
- *„Ich bin belastbar“ etc.*

sind Überzeugungen, die wir in der psychotherapeutischen Praxis allerdings seltener hören.

Überzeugungen können sich natürlich auch auf andere Menschen oder die Welt und das Leben an sich beziehen (z. B. „Jeder denkt nur an sich“ oder „Das Leben ist voll von Gefahren“).

Grundüberzeugungen bilden die Grundlage für bedingte Annahmen, Regeln oder Schlussfolgerungen. Bedingte Annahmen haben oft die Form von „Wenn ..., dann ...“-Aussagen:

- *„Wenn ich meine beruflichen Aufgaben nicht voll erfülle, habe ich versagt.“*
- *„Eine Schwäche zu zeigen bedeutet, dass ich mein Leben nicht im Griff habe.“*
- *„Wenn die Leute wüssten, wie ich wirklich bin, würden sie mich ablehnen.“*
- *„So wie ich aussehe, wird es schwierig, einen Partner zu finden.“ etc.*

sind typische bedingte Annahmen von Patientinnen und Patienten.

Bewusster als die Überzeugungen und Annahmen selbst sind den Patientinnen und Patienten aber oft die sich aus ihnen ergebenden Regeln oder Schlussfolgerungen (Beck, 1964; Wells, 1997). Diese beinhalten im Gegensatz zur bedingten Annahme meist jedoch nicht die befürchtete Konsequenz, wenn man der Regel oder Schlussfolgerung zuwider handelt. Beispiele für Schlussfolgerungen oder Regeln sind:

- *„Gib immer alles!“*
- *„Vermeide Verantwortung!“*
- *„Zeig nicht zu viel von dir!“*
- *„Gehe nie ungeschminkt aus dem Haus!“*
- *„Lass dir nicht reinreden!“ etc.*

Beck (1964) sieht Grundüberzeugungen oder -annahmen als die Kernelemente von Schemata. Ein Schema ist dabei die allgemeinste und höchste kognitive Ebene. Das Schema selbst umfasst auch die aus der Überzeugung abgeleiteten Annahmen und Regeln sowie weitere damit verbundene Bedeutungen, Informationen und auch Erinnerungen. Schemata werden als „kognitive Verarbeitungsmuster“ betrachtet.

Die Inhalte des Schemas bestimmen die Art der Psychopathologie des betroffenen Individuums („Kognitive Spezifität“). Spezifischen Störungen oder Problemen liegen nach Beck spezifische kognitive Themen zugrunde: So umfassen Schemata von Patienten mit Angststörungen z. B. Themen wie Gefahr, Bedrohung, Hilflosigkeit und Unkontrollierbarkeit (Beck, Emery & Greenberg, 1985). Schemata depressiver Patienten drehen sich um Themen wie Verlust, Schuld, Versagen, eigene Defizite oder das Nicht-liebenswert-Sein etc. Für die Depression beschreibt Beck (1967) ein zentrales ungünstiges System von Überzeugungen, das als überdauerndes Grundmuster die Interpretationen der Person in allen möglichen Situationen

bestimmt: Die *kognitive Triade*, deren drei Elemente eine negative Sicht der eigenen Person, der Welt und der Zukunft sind. Sie beschreibt, wie man selbst ist, wie die anderen sind und wie die Welt und das Leben funktionieren. Überzeugungen wie:

- „Ich bin unattraktiv und habe viele Mängel“, „Ich habe einen schlechten Charakter“
- „Das Leben ist kompliziert und anspruchsvoll“, „Die Welt ist nur für Gewinner gemacht, für Menschen wie mich gibt es keinen Platz“
- „Die anderen werden mich ablehnen“, „Ein Versager wie ich interessiert niemanden“ etc....

sind Prototypen der kognitiven Triade von negativer Sicht auf sich selbst, die Welt und die anderen.

In der Folge von Becks initialer Arbeit zur Depression (1967) war das Konzept der kognitiven Spezifität der einzelnen psychischen Störungen der Anlass, störungsspezifische Behandlungsprotokolle zu entwickeln. Deren Kern ist die auf die jeweilige Störung bezogene Ausformulierung des kognitiven Modells als „Störungsmodell“ und daraus abgeleitete Interventionen (z. B. Beck et al., 1985; Beck & Freeman, 1993; Beck, Wright, Newman & Liese, 2001).

3.2 Schemaaktivierung, negative automatische Gedanken und kognitive Fehler

Ein Schema oder eine zentrale Überzeugung kann auch nur latent vorhanden sein. Um Erleben und Verhalten eines Menschen zu beeinflussen, muss es aktiviert sein. Ist ein Schema aktiviert, interpretiert das Individuum Situationen durch die Brille der dem Schema zugehörigen Überzeugung und fokussiert auf Informationen, die diese Überzeugungen bestätigen. Widersprüchliche Informationen werden entwertet oder gar nicht wahrgenommen.

Das aktivierte Schema bestimmt in konkreten Situationen die automatischen Gedanken, über die Ereignisse, das Verhalten der anderen und das eigene Verhalten bewertet werden. Automatische Gedanken können also als situative Realisierung von Schemata verstanden werden. Damit liefern sie gleichzeitig den Schlüssel zur Identifikation des zugrunde liegenden Einstellungssystems. Automatische Gedanken sind durch folgende Kriterien charakterisiert:

- Sie laufen sehr schnell ab: In relevanten Situationen schießen der Person sofort automatische Gedanken durch den Kopf und liefern ein vorgefertigtes Interpretationsmuster.

- Sie werden als automatisch und unwillkürlich erlebt, fast wie ein Reflex.
- Anders als zielorientiertes Denken weisen sie keine logische Abfolge von Schritten auf.
- Automatische Gedanken können verbal oder bildhaft sein.
- Sie treten in verkürzter Form auf, z. B. wie im Telegrammstil bei verbalen Kognitionen oder als komprimierte Vorstellungen bei bildhaften automatischen Gedanken.
- Sie sind im Allgemeinen nicht vage, sondern sehr spezifisch und scharf umrissen. Sie vermitteln der Person, dass die aktuelle Situation genau in der einen oder anderen Weise gesehen werden muss.
- Sie erscheinen der Person zumindest in der Situation völlig plausibel, auch wenn sie außerhalb der Situation für unsinnig gehalten werden können (das sogenannte „doppelte Überzeugungssystem“).

Da diese die Schemata konstituierenden Annahmen und Überzeugungen global, rigide und übergeneralisiert sind, führt ihre Aktivierung zu globaler, rigider und übergeneralisierender Informationsverarbeitung. Dies ist die Ursache dafür, dass negative automatische Gedanken durch „Denkfehler“ oder „kognitive Fehler“ (Beck, 1976) gekennzeichnet sind. Im Unterschied zu Ellis, der sich vorwiegend auf die inhaltliche Fehlerhaftigkeit der irrationalen Überzeugungen bezieht, beschreibt Beck also eher die sich aus der Globalität, Rigidität und Übergeneralisiertheit der Schemata zwangsläufig ergebenden dysfunktionalen Prozesse der kognitiven Verarbeitung. Beck hat seine ersten Kategorisierungen von Denkfehlern immer weiter ergänzt. Die unten vorgestellte Liste (nach Beck et al., 1999, S. 44f.) erläutert die wichtigsten kognitiven Fehler. Wichtig ist, dass es sich um überlappende, nicht diskrete Kategorien handelt. Ein negativer automatischer Gedanke ist in der Regel durch mehrere Denkfehler verzerrt.

1. *Willkürliche Schlussfolgerungen* liegen dann vor, wenn bestimmte Schlüsse gezogen werden, obwohl es keine Beweise gibt, die diese Schlüsse rechtfertigen, bzw. obwohl Beweise gegen die Folgerungen sprechen.
Beispiel: Dass der Kollege versucht, seine Urlaubswünsche durchzusetzen, beweist, dass er ein Egoist ist.
2. *Selektive Verallgemeinerung* besteht in der Konzentration auf ein aus dem Zusammenhang gerissenes Detail, wobei bedeutsamere Situationsmerkmale ignoriert werden und die ganze Erfahrung auf der Basis dieses Fragments in ein Konzept gebracht wird.
Beispiel: Ein Mann greift ein T-Shirt aus dem Regal einer Boutique, schaut auf das Etikett und sagt zu seiner Frau: „100 % Polyester... hier verkaufen sie nur Ramsch.“
3. *Übergeneralisation* bezeichnet ein Verarbeitungsmuster, bei dem eine allgemeine Regel oder Schlussfolgerung auf Basis eines oder mehrerer isoliert betrachteter

Vorfälle entsteht und das Konzept unterschiedslos auf ähnliche oder unähnliche Situationen angewendet wird.

Beispiel: „Ich bin durch eine Prüfung gefallen, also werde ich meinen Abschluss nicht schaffen.“

4. *Maximierung und Minimierung* zeigen sich in Fehlern, bei denen die Bedeutung oder Größe eines Ereignisses so ungenau eingeschätzt werden, dass eine Verzerrung entsteht.

Beispiel: „Um von anderen gemocht zu werden, muss man vor allem witzig und unterhaltsam sein (Maximierung), alles andere ist egal (Minimierung).“

5. *Personalisierung* bezeichnet die Neigung des Patienten, äußere Ereignisse auf sich zu beziehen, auch wenn es keine Grundlage dafür gibt, einen solchen Zusammenhang herzustellen.

Beispiel: „Der Chef war in der Pause so schlecht gelaunt ..., wahrscheinlich habe ich gestern bei der Arbeit Mist gebaut!“

6. *Verabsolutierendes, dichotomes Denken* zeigt sich in der Neigung, alle Erfahrungen in eine von zwei sich gegenseitig ausschließenden Kategorien einzuordnen; zum Beispiel makellos oder mangelhaft, sauber oder schmutzig, heilig oder sündhaft. Wenn er sich selbst beschreibt, nutzt der Patient extreme negative (oder auch positive) Klassifizierungen.

Beispiel: „Typisch für mich, ich bin halt ein Versager!“

Weitere wichtige kognitive Fehler sind das „Etikettieren“, die „emotionale Beweisführung“, das „Katastrophisieren“ und das „Gedankenlesen“.

Unter *Etikettieren* versteht man, wenn Patienten sich oder andere in pauschalen Kategorien beschreiben.

Beispiel: „Ich bin der geborene Verlierer“, „Ich bin eine Flasche“, „Ich bin ein Langeweiler“, „Meine Frau ist eine von diesen Frauen, die nie genug bekommen.“

Emotionale Beweisführung beschreibt, wenn der Betroffene sein Gefühl als Beweis dafür nimmt, dass seine Bewertung der Situation richtig ist.

Beispiel: „Wenn es nicht gefährlich wäre, hätte ich nicht so viel Angst!“, „Ich kann ihm vertrauen, weil ich mich so sicher bei ihm fühle!“

Katastrophisieren beschreibt die Tendenz, ständig das Schlimmste über den Ausgang einer Situation vorherzusagen.

Beispiel: „Wenn meine Frau mich kritisiert, bedeutet das, dass sie mich weniger liebt und wahrscheinlich verlassen wird!“, „Wenn ich eine Aufgabe nicht richtig erledige, wird mein Chef unzufrieden mit mir sein und mich über kurz oder lang entlassen!“

„Wenn das Herz unregelmäßig schlägt, deutet das auf eine schlimme Herzerkrankung hin, die wahrscheinlich tödlich endet.“

Beim *Gedankenlesen* hat der Betroffene den sicheren Eindruck zu wissen, was andere über ihn oder eine bestimmte Situation denken.

Beispiel: „Wenn ich zu spät nach Hause komme, wird meine Frau denken, dass ich fremdgegangen bin.“, „Wenn mein Chef meine Arbeit nicht kommentiert, wird er denken, dass es ziemlich Schwachsinn ist.“, „Ich bin bei dem Vortrag rot geworden und die anderen haben bestimmt gedacht: Die hat’s nicht drauf!“

4. Der Teufelskreis aus Denken, Fühlen und Handeln

Die einzelnen Bestandteile der Reaktion auf negative automatische Gedanken beeinflussen sich möglicherweise gegenseitig und werden durch weitere negative automatische Gedanken dysfunktional bewertet, sodass sich Auf- oder Abschaukelungskreisläufe ergeben. Diese Auf- oder Abschaukelungskreisläufe und/oder die Reaktionen der Umwelt auf das sich daraus ergebende Verhalten bestätigen dann im Regelfall die dysfunktionalen Überzeugungen des Individuums.

Beispiel: Ein Mitarbeiter hat die Überzeugung, dass ein Kollege ihn nicht mag. Misstrauisch „lauert“ er auf ungerechtfertigte Kritik und sammelt Indizien dafür, dass der Kollege ihn ablehnt, wohlwollendes oder freundliches Verhalten des Kollegen nimmt er nicht wahr. Auf eine irgendwann erfolgte leichte Kritik des Kollegen hin bekommt er einen Wutanfall und reagiert beleidigt und überzogen. Nach einigen solcher Vorfälle zieht sich der Kollege wirklich zurück. Dieser Rückzug bestätigt dann im Sinne einer selbsterfüllenden Prophezeiung die Überzeugung des Mitarbeiters.

Bei den Reaktionen auf negative automatische Gedanken können autonom-reflexhafte (physiologische und emotionale) und volitional-behaviorale Reaktionen auf die negativen automatischen Gedanken unterschieden werden (Wells, 1997). (Der Ausdruck volitional-behavioral wird gewählt, um zu beschreiben, dass die verhaltensbezogenen Reaktionen in unterschiedlichem Ausmaß bewusst willentlich gesteuert sein können.)

Beispiel: Ein depressiver Patient bewertet die Absage einer Verabredung durch einen Freund zum Abendessen mit den negativen automatischen Gedanken „Er hat eigentlich kein Interesse an mir, ich bin langweilig für andere Menschen“ und fühlt sich daraufhin traurig und enttäuscht (emotionale Reaktion), gleichzeitig empfin-

det er ein flaves Gefühl im Magen (physiologisch). Er schaltet den Fernseher ein und grübelt, ohne auf das Programm zu achten, vor sich hin (volitional).

Oft ist es so, dass die autonom-reflexhaften Reaktionen oder die volitional-behavioralen Reaktionen dann wiederum das Schema bestätigen.

Der oben genannte Patient verbringt einen langweiligen, einsamen, missgelaunten und vergrübelten Abend vor dem Fernseher, der ihn in seiner Überzeugung, für andere unattraktiv zu sein, eher bestärkt.

So geraten Patientinnen und Patienten durch ihre Reaktionen auf negative automatische Gedanken in ungünstige Teufelskreise.

Ein weiteres Musterbeispiel für solche Prozesse ist der „Teufelskreis“ bei Panikanfällen: Aus irgendeinem Grund, z. B. durch eine wenig bewusste Erinnerung an ein belastendes Ereignis, ergibt sich eine physiologische Veränderung, die der Betroffene als Herzklopfen wahrnimmt. Das Herzklopfen bewertet er durch negative automatische Gedanken als gefährlich, er bekommt Angst. Ein Bestandteil der Angstreaktion sind weitere körperliche Symptome, die wiederum als gefährlich bewertet werden, was die Angstreaktion wiederum verstärkt (Beck et al., 1985; Margraf & Ehlers, 1989). Die Tatsache, solche „unerklärlichen Anfälle“ zu haben, stärkt den Patienten dann wiederum in der Überzeugung, nicht gesund oder zumindest gesundheitlich gefährdet zu sein.

Solche Teufelskreise können – wie für den Teufelskreis der Angstanfälle beschrieben – sehr schnell ablaufen, können sich aber auch über längere Zeit erstrecken. Der oben charakterisierte depressive Patient zieht sich vielleicht aus Enttäuschung von dem Freund, der das Abendessen abgesagt hat, zurück. Reagiert er in ähnlichen Situationen ähnlich, wird er über kurz oder lang ein einsamer Mensch sein, ohne Freunde und Bekannte, der seine Freizeit vorwiegend grübelnd vor dem Fernseher verbringt und so möglicherweise irgendwann für andere wirklich eher langweilig und uninteressant ist. So hat sich sein Schema im Sinne einer selbsterfüllenden Prophezeiung bestätigt.

Wells (1997, S. 24ff.) beschreibt für die Angststörungen verschiedene Varianten, wie die Reaktionen auf negative automatische Gedanken dazu führen können, dass sich Überzeugungen verfestigen und stärken.

Ein Fallbeispiel:

a) Entstehung des Schemas

Ein junger Student kommt wegen depressiver Stimmung und Antriebsverlust in die Therapie. Er berichtet, dass in seinem Elternhaus Leistung extrem wichtig gewesen sei. Seinen Eltern hätten seine Leistungen eigentlich nie ausgereicht.

Wenn er eine Arbeit nur mit einem „gut“ nach Hause brachte, hätte es „großes Gejammer“ gegeben und seine Eltern hätten ihn bestraft, indem sie ihn ignorierten. Selbst bei einer sehr guten Arbeit hätten die Eltern noch das „Haar in der Suppe“ gefunden und ihn auf Fehler hingewiesen oder ihm vorgehalten, dass es immer so gehen müsse und nur das Beste gut genug sei.

Durch solche und ähnliche Lernerfahrungen entsteht ein Schema, das sich um die Themen „unzureichend, hilflos und nicht liebenswert sein“ dreht. Die Kernüberzeugungen bei diesem Patienten lauten:

„Ich bin unzureichend und deshalb nicht liebenswert.“

„Ich bin unzureichend und werde deshalb mein Leben nie im Griff haben.“

„Die anderen werden mich ablehnen.“ etc.

Die Schemata des Patienten spiegeln die kognitive Triade von negativer Sicht auf sich selbst, die Welt und die anderen (s. weiter oben). Daraus abgeleitete *bedingte Annahmen* sind zum Beispiel:

„Wenn ich nicht immer alles gebe, werde ich nicht erfolgreich sein und die anderen werden mich ablehnen.“

„Weil ich unzureichend bin, muss ich immer alles geben, wenn ich mein Leben im Griff haben will.“ etc.

b) Schemaaktivierung

Da der Patient über eine hohe Intelligenz verfügt und immer sehr fleißig war, war er mit fast ausschließlich sehr guten Noten durch die Schulzeit gekommen. Erste Schwierigkeiten erlebte er im Masterstudium. Beim Gedanken an die Masterarbeit erlebte er immer mehr Angst und Unruhe. Die *negativen automatischen Gedanken*, die in konkreten Situationen durch seinen Kopf schießen, lauten zum Beispiel:

„Ich kann mich nicht konzentrieren, das schaffe ich nie!“

„Jetzt fliegt auf, was ich für ein Versager bin!“

„Die Kollegen und Freunde werden enttäuscht sein, sich zurückziehen und mich ablehnen.“

„Meine Eltern werden sehr enttäuscht sein.“ etc.

c) Reaktionen und Abschaufelungskreisläufe

Der Patient erlebt Angst (emotionale Reaktion), kann sich kaum noch konzentrieren, wenn er sich an die Arbeit machen will (kognitive Beeinträchtigung durch die

übermäßige angstvolle Aktivierung) und bricht deshalb Arbeitsversuche oft ab. Er wendet sich stattdessen anderen Pflichten zu und verbietet sich gleichzeitig positive Aktivitäten (verhaltensbezogene Reaktion), ausgelöst durch negative automatische Gedanken, mit denen er die Arbeitsabbrüche bewertet (z. B.: „*So faul wie ich bin, darf ich mich nicht auch noch mit den Freunden treffen und ausgehen*“, „*Spaß hab ich mir nicht verdient*“ etc.). Seine Aufmerksamkeit richtet er auf Anzeichen von Ablehnung bei Freunden und Partnerin (kognitive Reaktion). Zudem bestätigen ihn die abgebrochenen Versuche, an seiner Masterarbeit zu schreiben, in dem Gedanken, dass er es nicht schaffen wird (negativer automatischer Gedanke: „*Du hast schon wieder nichts aufs Papier gebracht, das wird nichts werden!*“). In der Folge wird die Stimmung schlechter, er wird immer gereizter, nörgeliger und empfindlicher für Kritik, auch in anderen Lebensbereichen, worauf seine Partnerin mit Rückzug reagiert. Diesen wertet er als Bestätigung für seine Befürchtungen, dass sich die anderen von ihm zurückziehen werden, wenn er nicht erfolgreich und leistungsfähig ist, was wiederum seine Angst vor den Konsequenzen, die ein Scheitern bei der Masterarbeit hätte, steigert und so weiter.

5. Die Ziele kognitiver Interventionen

Das Ziel kognitiver Interventionen ist es, dem Patienten zu helfen, eine andere Sicht auf sein Problem zu finden, die es ihm ermöglicht, sich in Problemsituationen anders zu fühlen und zu verhalten. Darüber hinaus sollen durch die neuen Erfahrungen und die Bearbeitung von Kernüberzeugungen langfristige inhaltliche Schemaveränderungen ermöglicht werden.

Gleichzeitig geht es um die Veränderung ungünstiger kognitiver Prozesse: Die in Paul Watzlawicks Satz „Wer nur einen Hammer kennt, für den ist jedes Problem ein Nagel“ beschriebene Rigidität der Patienten in Bezug auf problematische Überzeugungen soll durch Ausdifferenzierung und Überwindung starrer Schemata in differenziertere und flexiblere kognitive Prozesse überführt werden. Oder mit anderen Worten: Statt „auf Teufel komm raus“ Informationen und Ereignisse an die eigenen Strukturen zu assimilieren, sollen Schemata durch Akkomodationsprozesse spezifischer und komplexer werden.

Gleichzeitig zielt kognitive Therapie darauf ab, Patientinnen und Patienten eine kritische Haltung dem eigenen Denken gegenüber zu ermöglichen. Sie können hier nicht nur lernen „Ich bin mehr als mein Gefühl“, sondern auch „Ich bin mehr als mein

Gedanke“. Eine solche Haltung, bei der Gedanken als Hypothesen verstanden werden, erlaubt es ihnen, sich gleichsam neben sich zu stellen und ihr eigenes Denken, Fühlen und Verhalten zu betrachten und zu hinterfragen, so wie es modellhaft vorher durch die Fragen des Therapeuten oder der Therapeutin hinterfragt wurde.

6. Kognitive Interventionen und therapeutische Beziehung

Die therapeutische Beziehung im Rahmen kognitiver Interventionen ist durch den sogenannten „Kollaborativen Empirismus“ gekennzeichnet.

Kollaborativer Empirismus setzt den Patienten als einen praktischen Wissenschaftler ein, der normalerweise Stimuli in funktionaler Weise interpretiert, aber zeitweilig durch Verzerrung oder Vorurteil beim Sammeln und Integrieren von Information behindert worden ist. Therapeut und Patient arbeiten zusammen daran, Daten zu sammeln und Hypothesen zu testen, die auf den operativen Überzeugungen des Patienten basieren. (Beck & Weishaar, 1989, zitiert nach Scholz, 2001, S. 166f.)

Seite an Seite mit dem Patienten wird dessen individuelle „Sicht auf die Dinge“ erhoben, hinterfragt bzw. überprüft und ggf. korrigiert (Tauber & Nisch, 2011).

Beck schreibt dem kollaborativen Empirismus eine geradezu motivierende Funktion zu:

Die gemeinsame Exploration des Innenlebens des Patienten erzeugt häufig so etwas wie Abenteuerlust, und wenn der Patient entdeckt, wie eigenartig er die Realität konstruiert, wird er motiviert, sich direkter mit aktuellen Ereignissen und der Bedeutung, die er ihnen zuschreibt, zu befassen. (Beck, 1984, S. 184)

Kognitive Therapie, gerade dann wenn es um Grundüberzeugungen und damit hoch emotional besetzte Selbstverständlichkeiten von Patientinnen und Patienten geht, ist prinzipiell selbstwertbedrohlich und damit tendenziell eine Herausforderung für die therapeutische Beziehung. Gerade wenn die Überzeugungen von Patienten in „doppelten Überzeugungssystemen“ organisiert sind, die problematischen Überzeugungen also vor allem in problemrelevanten Situationen aktiviert sind, die ihnen innewohnende Rigidität und Unangemessenheit vom Patienten außerhalb solcher Situationen aber durchaus kritisch gesehen werden kann, können Minderwertigkeits- und Schamgefühle entstehen.

„Ich weiß ja dass mein Mann mich eigentlich liebt und nie etwas mit einer anderen Frau anfangen würde, aber gestern, als er am Telefon mit dieser Frau sprach, bin ich

so eifersüchtig geworden, dass ich einfach losgemeckert hab. Ich bin einfach zu blöd“ oder *„Als ich vor der Klausur saß und die Frage beantwortet hatte, wusste ich eigentlich, dass es so richtig ist, hab´ aber trotzdem gezweifelt und dann nochmal stundenlang rumüberlegt. Immer zu denken, dass ich alles falsch mache, lässt mich alles falsch machen, trotz meines besseren Wissens“* sind Zitate von Patienten, die zeigen, dass Disputation durchaus auch eine Bedrohung für den Selbstwert darstellen kann. Dies erklärt auch, warum Patientinnen und Patienten manchmal einfach keine Lust zur Disputation haben: Therapeuten fordern sie schließlich auf, sich mit ihren eigenen rigiden und einseitigen Gedanken auseinanderzusetzen, von denen sie außerhalb der Problemsituationen tendenziell schon wissen, dass sie unangemessen sind. Ähnliches gilt auch für eine gewisse Unlust beim Ausfüllen von Gedanken- und ABC-Protokollen: Eigene unangemessene negative Gedanken zu explizieren und dann auch noch aufzuschreiben, kann mit intensiven aversiven Gefühlen verbunden sein.

Umso wichtiger ist es, dass der Therapeut den Patienten bei der Disputation die Unangemessenheit seiner negativen automatischen Gedanken im Sokratischen Dialog selbst entdecken und bearbeiten lässt und hier nur die Rolle des Moderators, Impulsgebers und Begleiters einnimmt, Veränderungen selbst aber selbstwert-schonend möglichst vom Patienten eingeleitet werden. Sind Therapeutinnen und Therapeuten bei der Disputation zu schnell und lassen ihren Patienten nicht genügend Raum für die selbstständige Veränderung von Überzeugungen, so geraten sie in Gefahr, in die Rolle des „Besserwissers“ zu geraten.

Eine tragfähige therapeutische Beziehung ist somit gerade für die Durchführung von kognitiven Interventionen besonders wichtig. Die empirisch vielfach gestützten Beziehungsfaktoren „Empathie“, „Wärme“ sowie z. T. auch „Echtheit“ müssen deshalb als unabdingbare Voraussetzungen dafür gesehen werden (vgl. Norcross & Wampold, 2011). Über die Realisierung solcher grundlegenden Beziehungsfaktoren hinaus bietet die Plananalyse und Motivorientierte Beziehungsgestaltung (s. Kap. 21 *Plananalyse* und Kap. 3 *Beziehungsgestaltung*) Möglichkeiten, die therapeutische Beziehung spezifisch auf die individuellen Motive des Patienten abzustimmen und so Spannungen in der therapeutischen Allianz und Widerstand zu vermeiden

7. Weiterentwicklungen des kognitiven Modells

Sowohl die weiter oben als eher übungsorientiert bezeichneten Ansätze als auch die eher einsichtsorientierten Modelle wurden in vielfältiger Hinsicht weiterentwickelt und ausdifferenziert.

Für die übungsorientierten Ansätze betrifft dies vor allem die Berücksichtigung von Selbstverbalisationen in Theorien und Behandlungsvorschlägen für spezifische psychische Störungen, in denen neben Aspekten der Selbststeuerung wie ursprünglich im Stressimpfungstraining weitere kognitive Kompetenzen (z. B. Aufmerksamkeitslenkung, kognitive Differenzierung etc.) berücksichtigt und in der Therapie trainiert werden.

Den Einfluss der als eher einsichtsorientiert bezeichneten Ansätze von Beck und Ellis auf die moderne Psychotherapie kann man kaum groß genug schätzen. Nach Wills (2014, S. 11, Übersetzung der Originalausgabe 2009) bilden Aaron Beck und Albert Ellis zusammen mit Carl Rogers die Gruppe der drei am meisten zitierten Autoren im Bereich der Psychotherapie und psychologischen Beratung.

Beck selbst hatte ja mit der Formulierung von störungsspezifischen Modellen seine Arbeit begonnen: Nach der Theorie der Depression (1967) übertrug er geleitet durch die Idee der „kognitiven Spezifität“ das Modell auf andere Störungen, zunächst auf die Angststörungen (Beck et al., 1985), dann auf die Persönlichkeitsstörungen (Beck & Freeman, 1990), daraufhin auf die Suchterkrankungen (Beck et al., 2001) usw.

Erst seine Tochter Judith Beck (1995) versuchte mit dem weiter oben dargestellten Modell einen störungsunspezifischen Entwurf des kognitiven Modells, in dem sie einige theoretische Aspekte konkreter und exakter formulierte.

Beck selbst formulierte schließlich 2014 dann das „Generic Cognitive Model“ (Beck & Haigh, 2014) als ein das traditionelle kognitive Modell erweiterndes Rahmenmodell für das gesamte Spektrum psychischer Störungen, aus dem sich Fallkonzeptionen und Interventionsvorschläge ableiten.

Eine besonders wichtig gewordene Weiterentwicklung kognitiver Therapieansätze ist die von Jeffrey Young, einem langjährigen Mitarbeiter von Beck, vorgestellte Schematherapie (Young, Klosko & Weishaar, 2005). Sie gehört zur sogenannten „dritten Welle der Verhaltenstherapie“ und wurde vor allem für Persönlichkeitsstörungen und lang andauernde „charakterologische“ Probleme entwickelt; heute wird sie aber auch in vielen anderen Störungsbereichen angewandt. Schematherapie erweitert den Fokus der kognitiven Therapie, indem sie die Aufmerksamkeit auf die in Kindheit und Jugend erlebten, von Young als „toxisch“ bezeichneten Erfahrungen richtet. In den älteren kognitiven Therapieansätzen wird vorwiegend im Hier und Jetzt gearbeitet, um Veränderungen zu bewirken. Der Blick in die Biografie wird vor allem genutzt, um die Entstehung von Schemata zu klären. Dies ist bei der Schematherapie anders: Unter Zuhilfenahme von emotionsaktivierenden Methoden, die zum Teil aus anderen Therapieschulen (z. B. der Gestalttherapie) entlehnt sind, versucht sie, die in der Vergangenheit liegenden Erfahrungen zu korrigieren.

Im Rahmen der „dritten Welle der Verhaltenstherapie“ haben weitere theoretische und therapeutische Ansätze die kognitiven Interventionen ergänzt. Zum einen sind dies metakognitive Modelle und Therapieansätze (Teasdale, 1999; Wells, 2011a; Wells, 2011b; Fisher & Wells, 2014), zum anderen die der Achtsamkeits- und Akzeptanzbewegung zuordenbare Ansätze (Hayes, Follette & Linehan, 2012; Kabat-Zinn & Kesper-Grossmann, 1999; Segal, Williams & Teasdale, 2015; Michalak, Heidenreich & Williams, 2012). Diese beziehen sich vor allem auf die Haltung, die man in Bezug auf problemrelevante Kognitionen einnimmt. Zur Abgrenzung von den übungsorientierten und einsichtsorientierten Verfahren der traditionellen kognitiven Verhaltenstherapie werden die aus ihnen abgeleiteten Methoden hier als „*haltungsorientierte kognitive Interventionen*“ verstanden.

All diesen Ansätzen ist gemeinsam, dass sie Gedanken als mentales Ereignis betrachten und die Entstehung psychischer Probleme vor allem dadurch erklären, dass Gedanken zu viel und falsche Bedeutung beigemessen wird. Stattdessen sollen in einer Haltung der „distanzierten Achtsamkeit“ („*detached mindfulness*“) Gedanken (und auch Empfindungen) akzeptiert und toleriert werden.

Wenn Patienten negative Gedanken und Bilder bewusst werden, geht es darum, diese mit einer Haltung des behutsamen Interesses und der Neugier zu betrachten. (...) Durch entgegengebrachte Neugier und Akzeptanz gewinnen die Patienten die Freiheit, sich dafür entscheiden zu können, einen Gedanken nicht weiter zu verfolgen. (Hautzinger & Pössel, 2017, S. 37)

Einen Überblick über Theorien und therapeutische Ansätze der „dritten Welle“ geben Heidenreich und Michalak (2009).

Literatur

- Bandura, A. (1969). *Principles of behavior modification*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Beck, A.T. (1964). Thinking and Depression: II. Theory and Therapy. *Archives of General Psychiatry*, 10, 561–571.
- Beck, A.T. (1967). *Depression. Causes and Treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York, NY: Meridian.
- Beck, A.T., Emery, G. & Greenberg, R. (1985). *Anxiety disorders and phobias. A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Beck, A.T. & Freeman, A. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford Press.

- Beck, A.T. & Haigh, E.A.P. (2014). Advances in Cognitive Theory and Therapy: The Generic Cognitive Model. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10, 1–24.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. & Emery, G. (1999). *Kognitive Therapie der Depression* (2. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Beck, A.T., Wright, F.D., Newman, C.F. & Liese, B.S. (2001). *Cognitive Therapy of substance abuse*. New York: Guilford Press.
- Beck, J.S. (1995). *Cognitive Therapy. Basics and Beyond*. New York: The Guilford Press.
- Beck, J.S. (2013). *Praxis der Kognitiven Verhaltenstherapie*. Weinheim: Beltz.
- Cautela, J.R. (1967). Covert sensitization. *Psychological review*, 20, 459–468.
- Cautela, J.R. (1973). Covert processes and behavior modification. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 157, 27–36.
- Ellis, A. (1955). New approaches to psychotherapy techniques. *Journal of Clinical Psychology Monograph Supplement*, 11, 1–53.
- Ellis, A. (1977). *Die rational-emotive Therapie. Das innere Selbstgespräch bei seelischen Problemen und seine Veränderung*. München: Pfeiffer.
- Ellis, A. (1991). Die Entwicklung der Rational-Emotiven Therapie und der Kognitiven Verhaltenstherapie. In J.K. Zeig (Hrsg.), *Psychotherapie. Entwicklungslinien und Geschichte* (S. 195–233). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Ellis, A. (1997). *Grundlagen und Methoden der Rational-Emotiven Verhaltenstherapie*. München: Pfeiffer.
- Ellis, A. & Hoellen, B. (1997). *Die Rational-Emotive Verhaltenstherapie – Reflexionen und Neubestimmungen*. München: Pfeiffer.
- Epiktet (1992). *Handbüchlein der Moral* (übers. von Kurt Steinmann). Stuttgart: Reclams Universal Bibliothek.
- Fisher, P. & Wells, A. (2014). *Metakognitive Therapie*. Paderborn: Junfermann.
- Goldfried, M.R. (1977). The use of relaxation and cognitive restructuring as coping skills. In R.B. Stuart (Ed.), *Behavioral Self-management* (pp. 82–116). New York: Brunner & Mazel.
- Goldfried, M.R., Decentecceo, E.T. & Weinberg, L. (1974). Systematic rational restructuring as a self-control technique. *Behavior Therapy*, 5, 247–254.
- Hautzinger, M. & Pössel, P. (2017). *Kognitive Interventionen. Standards der Psychotherapie Band 1*. Göttingen: Hogrefe.
- Hayes, S.C., Follette, V.M. & Linehan, M. (Hrsg.). (2012). *Achtsamkeit und Akzeptanz – Das Erweitern der kognitiv-behavioralen Tradition*. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Heidenreich, T. & Michalak, J. (Hrsg.). (2009). *Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie. Ein Handbuch* (3., überarb. u. erw. Aufl.). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Herbert, J.D. & Forman, E.M. (2011). The evolution of cognitive behavior therapy. In J.D. Herbert & E.M. Forman (Eds.), *Acceptance and mindfulness in cognitive behaviour therapy. Understanding and applying the new therapies* (pp. 3–25). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.

- Homme, L.E. (1965). Perspectives in psychology, XXIV: Control of coverants, the operants of the mind. *Psychological Record*, 15, 501–511.
- Kabat-Zinn, J. & Kesper-Grossmann, U. (1999). *Stressbewältigung durch die Praxis der Achtsamkeit*. Freiburg: Arbor.
- Kaluza, G. (2011). *Stressbewältigung. Trainingsmanual zur psychologischen Gesundheitsförderung*. Heidelberg: Springer.
- Keßler, B.H. & Hoellen, B. (1982). *Rational-emotive Therapie in der klinischen Praxis*. Weinheim: Beltz.
- Luria, A.R. (1961). *The role of speech in the regulation of normal and abnormal behavior*. New York: Liveright/Pergamon Press.
- Mahoney, M.J. (1974). *Cognition and behavior modification*. Cambridge, MA: Ballinger.
- Mahoney, M.J. (1977). *Kognitive Verhaltenstherapie. Neue Entwicklungen und Integrationschritte*. München: Pfeiffer.
- Margraf, J. & Ehlers, A. (1989). Etiological models of panic – psychophysiological and cognitive aspects. In R. Baker (Ed.), *Panic disorder: Research and therapy* (pp. 205–231). London: Wiley.
- Meichenbaum, D.H. (1972). Cognitive modification of test anxious college students. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 39 (2), 370–380.
- Meichenbaum, D.H. (1977). *Cognitive behavior modification: An integrative approach*. New York: Plenum.
- Meichenbaum, D. & Cameron, R. (1973). Training schizophrenics to talk to themselves: A means of developing attentional controls. *Behaviour Therapy*, 4, 515–534.
- Meichenbaum, D. & Goodman, J. (1971). Training of impulsive children to talk to themselves: A means of developing self-control. *Journal of Abnormal Psychology*, 77, 115–126.
- Michalak, J., Heidenreich, T. & Williams, J.M.G. (2012). *Achtsamkeit*. Göttingen: Hogrefe.
- Norcross, J.C. & Wampold, B.E. (2011). Evidence-Based Therapy Relationships. Research Conclusions and Clinical Practice. *Psychotherapy*, 48 (1), 98–102.
- Scholz, W. (2001). *Weiterentwicklungen in der Kognitiven Verhaltenstherapie. Konzepte – Methoden – Beispiele*. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Segal, Z.V., Williams, J.M.G. & Teasdale, J.D. (2015). *Die achtsamkeitsbasierte kognitive Therapie der Depression. Ein neuer Ansatz zur Rückfallprävention* (2., vollst. überarb. u. erw. Aufl.). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Tauber, R.F. & Nisch, C. (2011). *Depressive Störungen erfolgreich behandeln. Praxishandbuch zur kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ansätzen*. Leben Lernen 245. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Teasdale, J.D. (1999). Metacognition, mindfulness, and the modification of mood disorders. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 6, 146–155.
- Vygotski, L.S. (1934). *Thought and Language*. New York: Wiley.
- Walens, S.R., DiGiuseppe, R. & Wessler, R.L. (2011). *RET-Training. Einführung in die Praxis der rational-emotiven Therapie* (1. Aufl. 1982). München: Klett-Cotta.

- Wells, A. (1997). *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders. A Practice Manual and Conceptual Guide*. Chichester: Wiley.
- Wells, A. (2011a). *Kognitive Therapie der Angststörungen. Praktisches Handbuch und theoretischer Leitfaden*. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Wells, A. (2011b). *Metakognitive Therapie bei Angststörungen und Depression*. Weinheim: Beltz.
- Wilken, B. (2015). *Methoden der kognitiven Umstrukturierung. Ein Leitfaden für die psychotherapeutische Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Young, J.E., Klosko, J.S. & Weishaar, M.E. (2005). *Schematherapie – Ein praxisorientiertes Handbuch*. Paderborn: Junfermann.



Kognitionen und Emotionen: Endlich ist der Stellenwert der Emotionen in der Verhaltenstherapie angekommen und voll salonfähig geworden! Dabei ist doch klar, dass Psychotherapie eigentlich schon immer ein Aufspüren und Erklären von Gefühlen und eine Schulung im Umgang mit Emotionen war. Nur haben wir uns in der kognitiven Verhaltenstherapie so schwergetan, die Emotionen als etwas Eigenständiges und nicht nur als ein Konglomerat aus Kognition und physiologischer Reaktion in den Vordergrund heben zu dürfen. Dieses folgende Kapitel zur Analyse der Emotionen gibt einen guten Überblick über die mögliche Annäherung an die Emotionen unserer Patientinnen und Patienten und die damit verbundenen störungsaufrechterhaltenden Prozesse. Und auch Veränderungsmöglichkeiten werden hier zumindest schon angedeutet. Und es wird Mut gemacht, über den Tellerrand hinauszuschauen und sich mit emotionsfokussierenden Ansätzen näher zu befassen und diese als Therapeutin oder Therapeut zu lernen.

Apropos Mut: Dieser ist allerdings erforderlich für Therapeuten und Therapeutinnen, die schwerpunktmäßig emotionsfokussiert arbeiten wollen. Denn wir müssen uns klarmachen, dass viel Selbsterfahrung und eigene Stabilität notwendig sind, um unseren Patienten zu helfen, Gefühle zu erkunden und zu erleben. Nicht umsonst wird auch viel Dysfunktionales unternommen, um Gefühle zu vermeiden, die so große Schmerzen verursachen können. Gerade deshalb ist es lohnenswert, auch mit diesem Repertoire fachkundig umgehen zu können. Und natürlich wollen die Leserinnen und Leser Antworten zum WIE.



Eifersucht, Scham, Gier, Sehnsüchte, Neid, Verachtung, Verletztsein, Liebe, Schuld, Hass, Einsamkeit, zahlreiche manchmal auch tabuisierte Emotionen können eine aufrechterhaltende Funktion der jeweils vorgebrachten psychischen

Symptomatik haben. Wir fühlen, wie wir denken. Das war lange Zeit so etwas wie der Bannerspruch der kognitiven Therapie. Nicht die Dinge selbst beunruhigen die Menschen, sondern die Meinungen und die Urteile über die Dinge, schreibt der griechische Denker Epiktet. Denken und Fühlen sind eins. Wir vergessen das nur allzu schnell, denn wir zerteilen die Welt in Gegensätze, Alt – Jung, Reich – Arm, Mann – Frau und so weiter. Eine der wichtigsten Dichotomien ist Gefühl – Verstand. In wirklich alten psychologischen Lehrbüchern standen deshalb Dinge wie: „Bei Frauen bricht das Gefühl in den Verstand ein.“ Was mir an der kognitiven Therapie immer gefallen hat, ist, dass sie gleichzeitig eine Emotionstherapie ist. Wenn Albert Ellis und Aaron Beck mit ihren Patienten über deren Gedanken redeten, dann deshalb, weil es darum ging, etwas für ihre Gefühle zu tun. Vielleicht könnte man unter diesem Gesichtspunkt den Patienten klarmachen, dass sie ein emotionales Problem haben, nicht etwa nur einen schwierigen Chef und doofe Eltern, und dass sich dieses emotionale Problem durch harte Arbeit an Gedanken und Grundannahmen bewältigen lässt.

Dass innerhalb der VT Wert auf die Emotionen gelegt wird, ist deshalb nicht  verwunderlich, was der Autor des folgenden Beitrags zu den emotionalen Bedingungen psychischer Störungen auch so sieht. Somit lässt sich eine emotionsbezogene Arbeit nicht von den kognitiven und behavioralen Strategien isoliert betrachten und durchführen, denn dazu sind alle drei Komponenten viel zu eng miteinander verwoben. Und es ist eher eine therapeutisch-strategische Entscheidung, auf welcher konkreten Ebene Verhalten, Kognition sowie Emotion ansetzen. Dennoch entwickelt der emotionale Teil der Dichotomie zunehmend ein Eigenleben und Selbstbewusstsein. Der Autor diskutiert die kognitive Verzahnung von Emotion und Kognition eher am Rande. Dagegen hält er es für evident, dass Emotionen nur in der therapeutischen Beziehung verändert werden können. Das beurteilen echte Kognitivisten sicher anders. Dass der Autor und mit ihm viele andere das so sehen, hat damit zu tun, dass Emotionen als Ausdruck von Bedürfnissen aufgefasst werden. Und diese Bedürfnisse lediglich mit kognitiver Umstrukturierung zu traktieren, das wäre gefühllos den berechtigten Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten gegenüber. Mir stellt sich schon seit Längerem die Frage, warum Emotionen so in Mode sind, während Kognitionen gerade zurzeit kaum flammende Fürsprecher finden.

 Das liegt möglicherweise an einer weiteren Dichotomie, nämlich Warm – Kalt, die dann wiederum Gefühl und Verstand zugeordnet wird. Und wer will in einer psychotherapeutischen Praxis schon frösteln! Radikale Akzeptanz von Gefühlen ist entsprechend auch großes Thema. In den vergangenen kognitiven Zeiten wäre

ein vergleichbares Schlagwort vermutlich „radikale Selbstverantwortung“ gewesen. Einer meiner sehr kognitiv ausgerichteten Supervisoren sagte immer: „Lerne anders zu denken, dann wirst du dich anders fühlen.“ Alles, was radikal ist, erzeugt in Windeseile seine eigene Opposition, das ist nicht nur in der Politik so. Also schwenkt das Pendel vielleicht deshalb gerade ins emotionale Lager und dann demnächst wieder in die Gegenrichtung. Dichotomien lassen vergessen, dass es neben ihren beiden Polen noch weitere Dimensionen geben könnte. Der hohe Anteil von 40 Prozent extratherapeutischen Faktoren, die Einfluss auf den Therapieerfolg nehmen, (s. die Kapitel in Teil 1 zu den Rahmenbedingungen psychotherapeutischen Handelns), ist ein Hinweis, dass es zum Beispiel in der sozialen Welt jenseits von Gefühl und Verstand noch weitere Dinge gibt, deren Akzeptanz uns und unseren Patienten schwerfallen könnte und vielleicht auch sollte.

Es ist schon interessant, welche Bedeutung das „Gefühl“ in der Verhaltenstherapie bekommen hat. Eigentlich ging es ja immer um Gefühle. Verhaltenstherapie hat sich entwickelt in der Veränderung von Angst als zentralem Gefühl von Menschen. Und trotzdem wird Verhaltenstherapie als gefühllos erlebt. Und das ist für mich so eine interessante Diskrepanz. Woran mag das liegen? 

 Zum einen könnte es an der Sprache liegen, an dieser kalten, aus den Labors kommenden Sprache der Verhaltenstherapie. Dies ist auch von Vorteil, weil sie uns hilft, viele Zusammenhänge mit dieser Sprache zu beschreiben. Und zum anderen sind in der Verhaltenstherapie Gefühle fast immer nur als irgendetwas gesehen worden, was weggemacht oder reguliert werden muss, fast wie so ein wildes Tier, das gebändigt oder gezähmt werden muss. Und nie im Sinne einer phänomenologischen Bedeutung von Gefühlen als wichtiger Bestandteil menschlichen Erlebens.

Und genau die Gefühle, insbesondere Angst, waren eben Teil der Symptomatik –  Emotionen und emotionale Zustände, die die betroffenen Menschen auch sonst in ihrem Leben kennen, die sie begleiten und belasten und eben auf diese Weise vielleicht eine Funktion für die Aufrechterhaltung der symptombezogenen Emotion darstellen. Wie gut, dass es emotionsbezogene Therapieansätze gibt, mit denen die Psychotherapie mit Schwerpunkt Verhaltenstherapie nun den Zugang zu diesen begleitenden Emotionen gefunden hat und versucht, sie in ihrer Aufrechterhaltung und natürlich auch in ihrer therapeutischen Intervention einzubeziehen.

 Der folgende Beitrag nimmt die Emotionen wohlthuend in den Fokus.