Kapitel 26

Kognitive Interventionsmethoden

Andreas Veith

Einleitung
1. Übungsorientierte kognitive Interventionen
   - 1.1 Das Selbstinstruktionstraining
   - 1.2 Das Stressimpfungstraining
   - 1.3 Das Selbstverbalisationstraining
   - 1.4 Formulieren und Einüben funktionaler Kognitionen
     - 1.4.1 Formulieren von funktionalen Kognitionen
     - 1.4.2 Einüben funktionaler Kognitionen
2. Einsichtsorientierte kognitive Interventionen
   - 2.1 Zeitlicher Ablauf der kognitiven Interventionen
   - 2.2 Basisfertigkeiten: Einen Sokratischen Dialog führen, Kognitionen explorieren und das kognitive Modell vermitteln
     - 2.2.1 Der Sokratische Dialog
     - 2.2.2 Methoden der Kognitionsexploration
     - 2.2.3 Schwierigkeiten bei der Exploration von Kognitionen
     - 2.2.4 Vermittlung des kognitiven Störungsmodells
   - 2.3 Verbale Reattributionsmethoden
     - 2.3.1 Typischer Ablauf der Disputation: Das allgemeine Disputationsschema
     - 2.3.2 Verschiedene Methoden der verbalen kognitiven Umstrukturierung
   - 2.4 Verhaltensexperimente
   - 2.5 Verbale und verhaltensbezogene Reattribution zur Veränderung von Überzeugungen
     - 2.5.1 Identifikation von bedingten Annahmen und Grundannahmen
     - 2.5.2 Veränderung von bedingten Annahmen und Grundannahmen
3. Haltungsorientierte kognitive Interventionen

Literatur

Lehrbuch_Teil_3_Kapitel_26.indd 1 17.12.2017 00:07:35

„Ich weiß gar nicht, ob ich noch meiner Meinung bin."
(Konrad Adenauer)

Einleitung

Im Folgenden wird ein Überblick über kognitive Interventionsmethoden gegeben. „Übungsorientierte kognitive Interventionen" werden hier solche bezeichnet, die in der verhaltenstherapeutischen Tradition stehen und einen übungs- und bewältigungsorientierten Schwerpunkt haben. Die in der Tradition von Beck und Ellis stehenden Interventionen, bei denen der Ausgangspunkt für Veränderungsprozesse zunächst die Einsicht in die Dysfunktionalität und Irrationalität von problemrelevanten Kognitionen ist, werden als „einsichtsorientierte kognitive Interventionen" bezeichnet. Kurz wird am Ende auf die im Rahmen der sogenannten „dritten Welle" der Verhaltenstherapie entstandenen Interventionen hingewiesen, in deren Mittelpunkt die Veränderung von „Haltungen" gegenüber eigenen Gedanken und das eigene innere Erleben stehen. Diese werden deshalb als „haltungsorientierte kognitive Interventionen" bezeichnet.

1. Übungsorientierte kognitive Interventionen

1.1 Das Selbstinstruktionstraining

Einer der frühen wichtigen und wegweisenden Therapievorschläge, der im Schwerpunkt kognitive Variablen nutzt, um Veränderungen im Erleben und Verhalten zu erzielen, ist das Selbstinstruktionstraining für hyperaktive und impulsive Kinder von Meichenbaum und Goodmann (1969a, 1969b, 1971). In diesem Training lernen die betroffenen Kinder, inneres Sprechen zur Bewältigung von Leistungsanforderungen oder anderen problematischen Situationen einzusetzen. Dazu sollen die Kinder die Anleitung, die der Therapeut sich als Modell zunächst laut selbst beim Lösen einer Aufgabe vorsagt, übernehmen. Die einzelnen Schritte des Behandlungsprogramms sind:

1. Modellvorgabe:
   Der Therapeut leitet sich selbst laut an, während er eine Aufgabe ausführt, das Kind beobachtet.
2. Beobachtbare äußere Anleitung:
   Das Kind führt die Aufgabe aus, der Therapeut leitet das Kind an.

3. Beobachtbare Selbstanleitung:
   Das Kind führt die Aufgabe aus, leitet sich dabei selbst laut an, der Therapeut unterstützt und verstärkt die Annäherung an das Zielverhalten.
4. Abgeschwächte beobachtbare Selbstanleitung:
   Das Kind spricht nur noch leise zu sich selbst, der Therapeut unterstützt und verstärkt die Annäherung an das Zielverhalten.
5. Verdeckte Selbstanleitung:
   Das Kind spricht nur noch in Gedanken zu sich selbst.

Getreu Meichenbaums Motto „stop and think!" lernt das Kind, den Problemlösungsprozess insgesamt zu verlangsamen und vor und während jedes Problemlösungsschrittes konstruktiv zu sich selbst zu sprechen. Der Problemlöseprozess wird dabei in verschiedene Stufen unterteilt: Auf Fragen zur Aufgabe folgt das Erkennen der spezifischen Anforderungen der Aufgabe. Daraufhin soll das Kind sich selbst Hinweise auf planendes und sachbezogenes Vorgehen geben, sich bei Erfolg selbst bekräftigen, sich bei Fehlern ermutigen und bei Frustration selbst zum Weitermachen motivieren.

Das Erlernen von kognitiver Selbstanleitung ist auch heute noch ein wichtiger Bestandteil in vielen kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlungsvorschlägen für Probleme und Störungen nicht nur im Kindes- und Jugendalter, sondern auch in vielen Bereichen der Therapie von Erwachsenen mit psychischen Problemen (z. B. bei Leistungsstörungen, im Suchtbereich, bei Schizophrenie, Borderline-Störung etc.).

1.2 Das Stressimpfungstraining

Ein weiteres von Meichenbaum (1985) entworfenes Behandlungsprogramm ist das Stressimpfungstraining, oft auch Stressbewältigungstraining genannt. Ziel des Stressimpfungstrainings ist es, Stresssituationen zum einen durch kognitive Kontrolle und zum anderen durch Kontrolle der physiologischen Erregung besser zu bewältigen.

In einer psychoedukativen Phase wird das problematische Verhalten des Betroffenen in Stresssituationen analysiert und Informationen über Stress werden vermittelt. Dabei erläutert der Trainer dem Betroffenen die beiden wichtigen Ansatzpunkte zur Bewältigung des Stresserlebens, erstens nämlich die physiologische Erregung und zweitens die Bewertung der Situation als bedrohlich. Daraus leitet sich das Rational des Trainings ab: zu erlernen, die physiologische Erregung zu kontrollieren und stressförderliche Kognitionen durch stressbewältigende Kognitionen zu ersetzen.

In der folgenden Übungsphase lernt der Patient – meist mittels der Progressiven Muskelentspannung nach Jacobson – die physiologische Anspannung zunächst wahrzunehmen und zu reduzieren. Gleichzeitig werden Bewältigungskognitionen sowie Regeln und Strategien entwickelt, die helfen sollen, die belastende Situation zu bewältigen. Bewältigungskognitionen, Regeln und Strategien werden dabei für die vier Phasen einer belastenden Situation formuliert, nämlich für:

1. die Vorbereitung auf ein belastendes Ereignis
2. das Hineingehen in und Umgehen mit der konkreten belastenden Situation
3. den Umgang mit überflutenden Stressemotionen und
4. die positive Selbstbewertung und Selbstverstärkung nach der Situation.

Meichenbaum listet für die einzelnen Phasen der Bewältigung einer Stresssituation Ziele und Beispiele für hilfreiche Selbstverbalisationen auf (orientiert an Meichenbaum, 1991, S. 76f.):

a) Vorbereitung auf den Stressor
   Ziele: Orientierung und Planung
   Konzentration auf eine Aufgabe
   Bekämpfung negativen Denkens
   Betonung der Planung und Vorbereitung
   Beispiele: *Was habe ich zu tun?*
   Ich kann für die Situationsbewältigung einen Plan entwickeln.
   Ich denke darüber nach, was ich machen kann.
   Dies könnte eine schwierige Situation sein.
   Erinnere dich: Beziehe dich auf die Inhalte und nimm es nicht persönlich.
   Hör auf, dich unter Stress zu setzen. Das nützt überhaupt nichts.
   Ich fühle mich nervös – das ist normal!

b) Konfrontation mit und Bewältigung des Stressors
   Ziele: Aktivieren der eigenen Bewältigungsmöglichkeiten
   Kontrolle der Stressreaktionen
   Vergewisserung, dass man schwierige Situationen bewältigen kann
   Bewertung des Stressors als zu bewältigende Herausforderung
   Anwendung der Entspannung als Bewältigungsstrategie
   Konzentration auf die zu bewältigende Situation
   Beispiele: *Ermuntere dich! Ich kann diese Herausforderung bewältigen!*
   Ich kann mich überzeugen, es zu schaffen.
   Ein Schritt nach dem anderen.

Unterteile den Stress in übersichtliche Einheiten.
Denke nicht an den Stress, sondern daran, was zu tun ist.
Ich kann mich beruhigen, wenn ich meine Entspannungsübungen durchführen.

c) Die Bewältigung von Überforderungsgefühlen
Ziele: Ermutigung und Aushalten der Stressemotionen
Vorbereitung auf extreme Stresssituationen
Ermutigung zum Standhalten, Fluchttendenzen zu widerstehen
Konzentration auf die Gegenwart
Aushalten intensiver Gefühle und darauf warten, bis sie abnehmen
Verhaltenskontrolle auch in den schwierigsten Situationen
Beispiele: *Wenn ich unter Stress gerate, mache ich eine Pause.*
Konzentriere dich auf die Gegenwart, was habe ich konkret zu tun?
Ich bewerte meinen Stress auf einer Zehn-Punkte-Skala und analysiere die Veränderung.
Bereite dich darauf vor, dass der Stresspegel ansteigt.
Versuche nicht, den Stress permanent zu vermeiden, sondern unterteile ihn in übersichtliche Einheiten.
Meine Muskeln werden hart: Entspanne dich!
Bewältige das Problem Schritt für Schritt.
Nimm dir Zeit, dich zu beruhigen.
Die Anspannung vergeht von selbst.

d) Evaluation der Bewältigungsanstrengungen und Selbstverstärkung
Ziele: Angemessene Selbstbewertung und Selbstverstärkung
Effektivitätsanalyse der Belastungsverarbeitung
Evaluation der Lernerfahrungen
Anerkennung auch kleiner Fortschritte
Abwertungstendenzen Widerstand leisten
Selbstverstärkung für die Bewältigungsanstrengungen
Verbesserung des Durchhaltevermögens
Reflexion von alternativen, effektiveren Bewältigungsstilen
Beispiele: *Es war nicht so schlecht, wie ich zuerst erwartet hatte.*
Ich mache von Mal zu Mal Fortschritte.
Es hat nicht alles geklappt, das ist nicht tragisch.
Was kann ich aus meinen Versuchen lernen?
Ich bin mit meinen Fortschritten zufrieden.
Ich habe die Situation ganz gut bewältigt.
Bestimmt wird das nächstes Mal noch besser!

In der Anwendungsphase werden die erlernten Strategien im Alltag erprobt und trainiert. Die Sitzungen werden dazu genutzt, immer wieder ungünstige Strategien zu identifizieren, sie zu verändern und zielführende Bewältigungsstrategien zu verbessern und zu stabilisieren. Das Stressimpfungstraining ist im Kern immer noch eine der wichtigsten präventiven und kurativen Interventionen zur Stressbewältigung und auch ein Kernelement modernerer und komplexerer Stressbewältigungsprogramme (z. B. Kaluza, 1996; Eckert & Tarnowski, 2017).

1.3 Das Selbstverbalisationstraining

Neben den strukturierten Behandlungsprogrammen Selbstinstruktions- und Stressimpfungstraining ist die Verbesserung von Selbststeuerung und Handlungsregulation durch die Veränderung von Selbstverbalisationen heute ein fester Bestandteil des kognitiv-verhaltenstherapeutischen Repertoires. Für diese unspezifischere Anwendung schlägt Meichenbaum (1977, 1985) ein sechsschrittiges Vorgehen vor:

1. Vermittlung des Rationals des therapeutischen Vorgehens und Überblick über die Methode: In dieser Phase erläutert der Therapeut den Zusammenhang von dysfunktionalen Selbstverbalisationen, aversiven Gefühlen und dysfunktionalem Verhalten.
2. Beschreibung der Problemsituation und Identifikation der dysfunktionalen Selbstverbalisationen.
3. Überprüfung der Funktionalität der identifizierten Selbstverbalisationen für die Bewältigung der Situation und zum Erreichen der angestrebten Gefühle und des erwünschten Verhaltens.
4. Gemeinsame Entwicklung von funktionalen Selbstverbalisationen.
5. Übungen und Vorbereitungen, um die entwickelten funktionalen Selbstverbalisationen in den Problemsituationen zu nutzen. Dazu werden verschiedenste kognitive und verhaltenstherapeutische Methoden angewendet (Selbstbeobachtungsprotokolle, Flash Cards, Shaping, Coaching, Rollenspiele und weitere operante Methoden etc., s. auch unten).
6. Anwenden der erlernten Selbstverbalisationen und weiteren Strategien in der Realität, auswerten und optimieren.

1.4 Formulieren und Einüben funktionaler Kognitionen

Das Formulieren und Einüben funktionaler Kognitionen ist (oft) schwierig. Wie die folgenden Erläuterungen zeigen, muss es gut vorbereitet und begleitet werden.

1.4.1 Formulieren von funktionalen Kognitionen

Am einfachsten entwickelt man funktionale Kognitionen während oder am Ende der Disputation (zur Erläuterung des Begriffs „Disputation" s. Kap. 10 *Kognitive Modelle psychischer Störungen,* Abschn. 2.1). Oft finden Patientinnen und Patienten während der Disputation Argumente gegen ihre problematischen Gedanken und Überzeugungen, die sie spontan überzeugen und bei denen sie eine emotionale Veränderung spüren. Diese Argumente können genutzt werden, um Bewältigungsgedanken zu formulieren. Solche Bewältigungsgedanken sollten:

- motivierend sein
- stressinkompatibel sein (*„Lass dir Zeit zu reagieren." o. Ä.,* nicht: *„Du musst das schaffen!"*)
- zustandskompatibel sein *(„Du bist aufgeregt, aber das heißt nicht, dass du nicht weitermachen kannst."* statt: *„Du bist ganz ruhig.",* wenn jemand nicht ruhig ist)
- spezifisch sein: also auf die konkreten und für den Patienten relevanten Situationen bezogen
- in der Sprache des Patienten formuliert sein: Patienten unterscheiden sich darin, ob sie sich mit *„Ich"* ansprechen oder mit *„Du"*, wenn sie mit sich selber sprechen, also zum Beispiel *„Ich schaffe das"* versus *„Du schaffst das"*. Deswegen sollten sie selbst entscheiden, wie die Selbstverbalisationen formuliert sein sollten.

Schon in der Sitzung soll der Patient sich die Selbstverbalisationen vorsagen und prüfen, ob es einen emotionalen Widerhall gibt und ihm selbst die formulierten Bewältigungsgedanken hilfreich erscheinen.

Wilken (2015) schlägt folgende Unterscheidungen zur Formulierung von hilfreichen Kognitionen vor:

- Neuinterpretationen: z. B. *„Das Verhalten deines Chefs muss nicht bedeuten, dass er dich nicht schätzt. Du weißt, wie schwer ihm das Loben fällt!"*
- Neubewertungen: z. B. *„Auch eine nicht perfekte Arbeit ist gut genug!"* und
- alternative Kernannahmen: z. B. *„Du bist ein liebenswerter Mensch, auch wenn nicht alle dich mögen."*

1.4.2 Einüben funktionaler Kognitionen

Die folgenden Strategien können zur Einübung funktionaler Selbstverbalisationen oder Selbstinstruktionen genutzt werden:

- Die Patientinnen und Patienten sollen sich die funktionalen Kognitionen immer wieder vorsagen, sie auf Karteikarten schreiben und bei sich führen („Flash Cards").

- Der Einsatz von Bewältigungskognitionen kann im Rollenspiel oder in der Imagination geübt werden.
- Die Bewältigungskognitionen können an Routinetätigkeiten gekoppelt werden, z. B. indem man die Bewältigungskognitionen auf eine Karteikarte schreibt und diese in das Buch legt, das man gerade liest, oder auf die Computertastatur legt und sie sich so jedes Mal bei Benutzung des Computers in Erinnerung ruft.
- Bewältigungskognitionen werden symbolisiert und das Symbol wird an einen oft wahrgenommen Ort gestellt (z. B. Schreibtisch, Kühlschrank) oder ständig bei sich getragen (ein Patient mit Panikattacken trägt z. B. einen Stein in der Hosentasche, der ihn an seinen Wunsch nach einem Urlaub in den Bergen erinnert und gleichzeitig mit der Bewältigungskognition *„Deine Angst ist nicht gefährlich, nur unangenehm"* verbunden ist. Immer wenn er in seine Hosentasche greift und den Stein spürt, soll er sich die Bewältigungskognition einprägen).
- Schließlich sollen Patientinnen und Patienten die Umsetzung in der Realität üben, indem sie Problemsituationen selbst aufsuchen oder herstellen und die Bewältigungskognitionen nutzen.

Patienten und Patientinnen beklagen oft, dass sie in den Problemsituationen zwar „vom Verstand her" wissen, dass ihre dysfunktionalen Kognitionen unangemessen sind, sich die Bewältigungskognitionen auch vorsagen, aber keine emotionale Veränderung spüren. Therapeutinnen und Therapeuten sollten das Erleben dieses Unterschiedes zwischen „verstandesmäßiger Einsicht" und „emotionaler Einsicht" zunächst normalisieren. Es dauert seine Zeit, bis Gefühl und Kognition im Einklang sind, die hundertfach „geübten" emotionalen und wenig bewussten kognitiven Reaktionen in Problemsituationen bedürfen geduldiger Wiederholung der Bewältigungsversuche, bis sich eine Veränderung einstellt. Um dies zu vermitteln kann die Therapeutin oder der Therapeut Alltagsbeispiele nutzen:

- Autofahren: Als man gelernt hat, die Gangschaltung im Auto zu bedienen, hat man sich die einzulegenden Gänge „vorgesagt", später ist das Schalten „in Fleisch und Blut" übergegangen.
- Das erste Mal in einer neu erlernten Sprache zu sprechen, fühlt sich künstlich und fremd an, später geht dieser Eindruck verloren.
- Wenn man ein Musikinstrument spielt oder eine Fremdsprache erlernt und aus Versehen einen Fehler eingeübt hat, ist es schwierig und braucht Geduld, diesen Fehler wieder zu verlernen.
- Auch der Vergleich mit anderen Gewohnheiten kann genutzt werden: Man greift immer wieder an den Platz, wo früher einmal der Hausschlüssel lag, obwohl er schon lange am Schlüsselbrett hängt, man nimmt automatisch auf der Auto-

bahn fälschlicherweise die Abfahrt zum Arbeitsplatz, an dem man lange Jahre gearbeitet hat, etc.

Therapeutinnen und Therapeuten sollten sich darauf einstellen, dass hier „Redundanz" erzeugt werden muss: Fortwährendes Üben, Wiederholen und erneutes Überprüfen der verstandesmäßigen Einsicht sind notwendig, um letztendlich auch emotionale Einsicht zu erzielen.

2. Einsichtsorientierte kognitive Interventionen

In Abgrenzung zu den oben dargestellten übungsorientierten Methoden steht bei den hier dargestellten und aus dem kognitiven Modell (s. Kap. 10 *Kognitive Modelle psychischer Störungen,* Abschn. 3 mit Abb. 1) abgeleiteten Methoden die Einsicht in dysfunktionale und irrationale Denkprozesse im Vordergrund. Der Problembewältigung ist hier eine Phase der Einsicht und Klärung vorgeschaltet. Wichtigster Ansatzpunkt zur Veränderung eines unerwünschten Verhaltens oder aversiven Erlebens sind hier zunächst die negativen automatischen Gedanken in konkreten Problemsituationen.

Indem die negativen automatischen Gedanken in einer konkreten Situation expliziert, dann zunächst auf ihre Angemessenheit und Gültigkeit überprüft und daraufhin verändert werden, sollen sich Veränderungen in Bezug auf die emotionalen, verhaltensbezogenen, physiologischen und kognitiven Reaktionen ergeben, was wiederum eine neue Lernerfahrung ermöglicht, die so auch das zugrunde liegende Schema verändert.

Ein zweiter Ansatzpunkt sind die emotionalen, verhaltensbezogenen, physiologischen und weiteren kognitiven Reaktionen auf den negativen automatischen Gedanken selbst. Indem der Patient zum Beispiel auf einen negativen automatischen Gedanken nicht in der gewohnten Weise reagiert, sondern ein neues Verhalten erprobt, wird ihm eine neue Erfahrung zugänglich: Ein Mensch hat zum Beispiel in einer Konfliktsituation mit seiner Partnerin den negativen automatischen Gedanken: „Wenn ich sie kritisiere, wird der Streit eskalieren!" In der Therapie hat er mit seiner Therapeutin überprüft, wie Streite bislang abgelaufen sind, und konnte erkennen, dass es möglicherweise mehr die Form der Kritik war, die zur Eskalation führte. Mit der Therapeutin hat er eine angemessene Form von Kritik besprochen und erlernt und hat sich nun in einer neuen Konfliktsituation mit seiner Partnerin trotz seiner Befürchtung auf die in der Therapie besprochene Art und Weise verhalten. Zu seinem Erstaunen reagiert die Partnerin nicht mit Streit

eskalierenden Äußerungen, sondern geht auf seine Kritik ein. Diese korrigierende Erfahrung wird die Annahmen und das Schema des Patienten verändern, wobei für eine dauerhafte Veränderung sicherlich ähnliche Erfahrungen in anderen Situationen zum gleichen Themenkreis notwendig sind.

Der dritte Ansatzpunkt der kognitiven Interventionen sind dann – meist zu einem späteren Therapiezeitpunkt – die Überzeugungen und Annahmen selbst.

2.1 Zeitlicher Ablauf der kognitiven Interventionen

Die Orientierung am kognitiven Modell legt einen zeitlichen Ablauf der Interventionen nahe. Erste Notwendigkeit zur Durchführung von kognitiven Interventionen ist, dass der Patient den Einfluss von Gedanken auf Gefühle und Verhalten verstehen lernt. Die ersten Kompetenzen, die ein Therapeut für die kognitive Arbeit benötigt, sind deswegen zum einen die Fähigkeit, negative automatische Gedanken zu explorieren und „auf den Punkt zu bringen" sowie dem Patienten den Einfluss von Gedanken auf Gefühle und Verhalten überzeugend zu vermitteln. Ist dies gelungen, kann mit der Disputation der negativen automatischen Gedanken begonnen werden – wenn auch die weiteren Voraussetzungen gegeben sind und sich der Patient auf die kognitiven Interventionen einlassen kann! Denn auch kognitive Interventionen sind Methoden und verlangen dementsprechend die Voraussetzungen, die für die Durchführung von psychotherapeutischen Methoden gegeben sein müssen, wie sie zum Beispiel im 7-Phasen-Modell von Kanfer, Reinecker und Schmelzer (1996) formuliert worden sind (s. Kap. 8 *Problemanalysen*, Abschn. 5).

Zunächst werden typische Problemsituationen bearbeitet: Patient und Therapeut identifizieren die problemrelevanten negativen automatischen Gedanken, disputieren diese mit unterschiedlichen Disputationsmethoden, entwickeln alternative Sichtweisen, formulieren Selbstverbalisationen, um den Patienten auf die Bewältigung zukünftiger ähnlicher Ereignisse vorzubereiten, und planen gegebenenfalls Verhaltensexperimente (s. unten). Erwartet wird, dass für den Patienten nun in ähnlichen Situationen mithilfe von alternativen und Bewältigungskognitionen andere emotionale und verhaltensbezogene Reaktionen möglich sind, die zu anderen Ergebnissen und so zu anderen Lernerfahrung führen, die – wie oben bereits beschrieben – seine rigiden Schemata verändern. Im weiteren Verlauf der Therapie wird der Therapeut dann die nun schon „aufgeweichten" Schemata direkt fokussieren, um sie einer Überprüfung und Veränderung zu unterziehen. Dabei nimmt er die gleichen weiter unten dargestellten Disputationsmethoden und verhaltensbezogenen Strategien zur Hilfe, wie bei der Bearbeitung einzelner Problemepisoden.

Kognitive Therapeutinnen und Therapeuten unterscheiden sich erheblich darin, wie schnell sie mit der Bearbeitung der zugrunde liegenden Schemata und Überzeugungen beginnen. Zu schnell die zugrunde liegenden Schemata und Überzeugungen in den Fokus zu rücken, birgt immer die Gefahr, dass die Disputation abstrakt, philosophisch und weit entfernt vom Erleben des Patienten verläuft und die erzielten Einsichten eher rationaler Natur als emotional überzeugend sind. Beginnt man mit der Bearbeitung konkreter Problemepisoden, ist für den Patienten der Einfluss von alternativen Sichtweisen erheblich besser erlebbar. Auch später bei der Disputation von Schemata und Überzeugungen wird er auf dem Hintergrund der schon bearbeiteten konkreten Situationen viel besser verstehen, was für ihn spezifisch diese Überzeugung bedeutet.

2.2 Basisfertigkeiten: Einen Sokratischen Dialog führen, Kognitionen explorieren und das kognitive Modell vermitteln

2.2.1 Der Sokratische Dialog

Das Gespräch von Patient und Therapeut erfolgt bei der kognitiven Arbeit im sogenannten „Sokratischen Dialog". Er ist die Form der Gesprächsführung, in der negative automatische Gedanken und später Überzeugungen disputiert werden, der den Rahmen für spezifischere verbale Reattributionsmethoden bietet und selbst schon zu veränderten Annahmen und Sichtweisen führt.

Stavemann (2002, S. 88f.) sieht den psychotherapeutischen Sokratischen Dialog dadurch gekennzeichnet, dass der Therapeut versucht, „in typisch sokratisch-mäeutischer Weise, seine Patienten durch eine, von konkreten Fragen geleitete, gezielte Betrachtung und Reflexion ihrer Annahmen dazu zu bewegen, von ihren Alltagsergebnissen ausgehend, neue Einsichten zu erarbeiten, ohne ihnen dabei neues Wissen oder ‚Wahrheiten'" zu vermitteln.

Das Ziel sei dabei, „den Patienten durch geleitetes, strukturiertes Fragen tiefere Einsichten und Erkenntnisse zu ermöglichen, um ihnen damit – in Abhängigkeit von ihren jeweiligen Sozialisationshintergründen, ihren Werte- und Normensystemen – zu eigenverantwortlichen Lösungen für ihre individuellen Probleme und zu einem selbstbestimmten, widerspruchfreien Leben zu verhelfen" (ebd.). Dabei enthält sich der Therapeut jeglicher Belehrungen, bewertender Äußerungen oder der Darlegung seiner eigenen Normen und Sichtweisen.

Es wird deutlich, dass der Sokratische Dialog mehr Haltung als Technik ist, auch wenn von verschiedenen Autoren versucht wurde, den Sokratischen Dialog als Technik zu beschreiben (z. B. Wells, 1997, s. u.). Im Kern dieser Haltung steht

die Einsicht Sokrates': „Ich weiß, dass ich nichts weiß." Diese ermöglicht es ihm, die Ausführungen seiner Schüler mit maximaler Naivität zu hinterfragen, was den Schüler dazu zwingt, Ansichten und Ideen über Zusammenhänge zu explizieren und dabei Erkenntnisse zu generieren. Eine ähnliche Haltung wurde übrigens später von Kanfer als Columbo-Technik beschrieben, wobei er sich auf den bekannten amerikanischen Fernsehkommissar bezieht, der mit gespielter Naivität Verdächtige dazu bringt, sich in Widersprüche zu verwickeln, und sie so letztendlich entlarvt und überführt. Ein sicher amüsanter, aber trotzdem unglücklicher Vergleich. Schließlich geht es Therapeuten nicht darum, ihre Patienten zu entlarven und zu überführen, sondern sie aus einer fast schon demütig respektvollen („Ich weiß, dass ich nichts weiß") und wohlwollenden Haltung bei der Entwicklung von Problemeinsichten zu unterstützen.

Oft wird der Sokratische Dialog mit dem Begriff des „geleiteten Entdeckens" gleichgesetzt. Nimmt man die ehrlich naive Haltung als definitorisches Kernelement des Sokratischen Dialogs jedoch ernst, ergibt sich ein wesentlicher Unterschied: Beim geleiteten Entdecken weiß der Therapeut ziemlich genau, worauf er hinaus will. So findet zum Beispiel die Vermittlung des Teufelskreises der Panikanfälle üblicherweise in der Form des geleiteten Entdeckens statt, wobei der Therapeut die Bestandteile des Teufelskreises mit seinen Fragen gleichwie vorgibt: „In dem Moment, in dem Sie spürten, dass Ihr Herz anfing kräftiger zu schlagen, was haben Sie da zu sich gesagt?", „Welches Gefühl hat das in Ihnen ausgelöst?", „Wie haben Sie das wiederum in Ihrem Körper gespürt?" usw. Aus dieser Perspektive sind der Sokratische Dialog und das geleitete Entdecken eher die Endpunkte eines Kontinuums, bei dem der Therapeut von überhaupt nicht bis *ganz genau* weiß, was das Ergebnis des Erkenntnisprozesses sein soll (s. auch Padesky, 1993).

Sokratischer Dialog und geleitetes Entdecken haben den Vorteil, dass die vom Patienten selbst erschlossenen Erkenntnisse und Zusammenhänge deutlich beeindruckendere Lernerfahrungen darstellen als zum Beispiel direktiv-erläuternde Interventionen oder Anleitungen des Therapeuten. Zudem sind sie für den Patienten „selbstwertschonender", weil er selbst Erkenntnisse, Zugänge und möglicherweise Lösungen für seine Probleme entwickelt (s. auch weiter unten zur therapeutischen Beziehung im Rahmen der kognitiven Interventionen).

Wells (2011a) beschreibt die sokratische Methode sehr pragmatisch als bestehend aus Fragen und zusammenfassenden Aussagen des Therapeuten mit dem Ziel, Inhalt und Bedeutung der Erfahrungen des Patienten zu erforschen sowie Verhalten und Kognitionen zu verändern. Dabei werden allgemeine Fragen mit spezifischeren „bohrenden Fragen" kombiniert (wobei „bohrende Fragen" eine sehr ungünstige Übersetzung des englischen Begriffs „probe question" ist, gemeint sind prüfende, ins Detail gehende oder vertiefende Fragen). Diese Fragen werden

dann mit Spiegelungen und Zusammenfassungen des Erlebens des Patienten („reflections") kombiniert. Insgesamt sollten die Aussagen des Therapeuten im Sokratischen Dialog kurz und prägnant sein, die wichtigen Aspekte der Aussagen des Patienten zusammenfassen und mittels vertiefender Fragen zur Selbstexploration stimulieren.

Beispiel:
P.: „Ich finde, mein Mann hat sich in dieser Situation einfach unpassend verhalten."
Th.: „Unpassend? (reflection) *Was genau meinen Sie, wenn Sie sagen, er hätte sich unpassend verhalten?* (probe)
P.: „So desinteressiert und unaufmerksam ...!"
Th.: „Wie hätte denn ein passenderes Verhalten ausgesehen?" (probe)
P.: „Na, dass er dem, was meine Eltern erzählt haben, mehr Aufmerksamkeit gegeben hätte, nachgefragt hätte ..."
Th.: „Wenn Ihr Mann dem, was Ihre Eltern erzählt haben, mehr Aufmerksamkeit gegeben hätte, wofür wäre das wichtig gewesen?" (probe)
P.: „Ich glaube, damit sie merken, dass er sich auch für sie interessiert. So gibt es doch nur wieder Schwierigkeiten."
Th.: „Ihr Gedanke ist, dass Ihre Eltern das Verhalten Ihres Mannes als Desinteresse an ihnen bewerten und es dann zu Schwierigkeiten kommt?" (reflection) *Was für Schwierigkeiten könnten das denn sein?"* (probe)

2.2.2 Methoden der Kognitionsexploration

Das Identifizieren der relevanten negativen automatischen Gedanken ist eine der wesentlichen Basisfertigkeiten, die eine Therapeutin beherrschen muss, wenn sie mit einer Patientin kognitiv arbeiten möchte. Diese Aufgabe ist dabei deutlich anspruchsvoller als vielleicht zunächst vermutet. Oft ist einer Patientin in einer konkreten Situation das Gefühl viel deutlicher als Gedanken. Zudem wird von ihr die eigene Reaktion als „bekannt" oder vielleicht sogar „passend" erlebt, was den negativen automatischen Gedanken unauffällig macht und im Strom der Gedanken am Bewusstsein vorbeirauschen lässt.

Um relevante Kognitionen zu identifizieren, ist deswegen eine „Verlangsamung" und genaue Exploration der konkreten Situation notwendig. Um der Patientin den schwierigen Blick auf die eigenen Gedanken zu erleichtern, werden verschiedene sich ergänzende Explorationsstrategien vorgeschlagen: Zunächst ist wichtig, dass sich die Therapeutin bei der Exploration von negativen automatischen Gedanken auf *eine* konkrete Situation bezieht. Fragen wie „Was denken Sie denn in solchen Situationen?" können Menschen meist nicht oder nur ungenau beantworten, weil es eine Überforderung ist, zunächst alle möglichen thematischen Situationen in

die Erinnerung zu rufen und dann auch noch den meist wenig bewussten negativen automatischen Gedanken zu benennen, der – wenn auch thematisch ähnlich in verschiedenen Situationen – unterschiedlich sein kann. Für Patienten ist es am leichtesten, wenn Therapeuten nach dem Moment fragen, in dem sich eine bestimmte Veränderung im Erleben ergeben hat, und im Sinne der Konkretisierung Situations- und Handlungselemente in ihre Frage mit aufnehmen, zum Beispiel:

„In dem Moment, als Sie den Zettel auf dem Küchentisch fanden und die Nachricht Ihrer Frau lasen, was haben Sie da zu sich selbst gesagt?“ oder *„Gestern, als Sie in Ihrem Büro am Computer saßen und merkten, dass die Kolleginnen leise tuschelten, welcher Gedanke ging Ihnen dabei durch den Kopf?“*

Da den Patienten oft in Problemsituationen das Gefühl viel präsenter ist als die mit dem Gefühl zusammenhängenden problematischen negativen automatischen Gedanken, stellt es eine wichtige Voraussetzung für die Identifikation der relevanten negativen automatischen Gedanken dar, das erlebte Gefühl und die damit zusammenhängenden Körpersensationen oder Symptome genau zu beschreiben.

Th.: „Was haben Sie körperlich gespürt, als Sie die Nachricht Ihrer Frau lasen?“
P.: „Mir wurde richtig heiß, ich glaube, meine Wangen haben geglüht!“
Th.: „Was war das für ein Gefühl, als Ihnen heiß wurde und Ihre Wangen glühten?“
P.: „Ich war einfach ziemlich wütend.“
Th.: „Welcher Gedanke ging Ihnen durch den Kopf, als Sie so wütend wurden?“
P.: „Ich habe gedacht, es ist einfach eine Unverschämtheit, mich so zu behandeln.“

Hilfreich kann auch sein, den Patienten nach der Bedeutung einer bestimmten Situation oder eines Verhaltens zu fragen, um den negativen automatischen Gedanken zu bestimmen und dann den Rückbezug zur Situation wiederherzustellen:

Th.: „Was bedeutet es für Sie, dass Ihr Chef Sie gestern nicht zu der Mitarbeiterbesprechung eingeladen hat?“
P.: „Na, das heißt ja wohl, dass ich für ihn kein besonders wichtiger Mitarbeiter bin!“
Th.: „War das auch das, was Sie dachten, als Sie gestern erfuhren, dass Ihr Kollege eingeladen war, Sie aber nicht?“
P.: „Ich glaube schon!“
Th.: „Wie haben Sie sich gefühlt, als Sie gestern erfuhren, dass Ihr Kollege eingeladen war, Sie aber nicht und dann dachten ‚ich bin wohl für meinen Chef kein besonders wichtiger Mitarbeiter!‘?“
P.: „Ich war maßlos enttäuscht!“

Diese genannten Strategien können natürlich auch genutzt werden, wenn sich in der Therapiesitzung beim Patienten eine erkennbare Gefühls- oder verhaltensmäßige Veränderung ergibt: Die Therapeutin kann dann den Patienten auffordern, das erlebte Gefühl zu beschreiben, und davon ausgehend versuchen, den Gedanken zu explorieren, der diesem sogenannten „affect shift" vorausgegangen ist.

Th.: „Ich merke, dass Sie gerade sehr traurig werden. Was ging Ihnen gerade durch den Kopf, dass Sie so traurig geworden sind?"
P.: „Ich war so sicher, dass ich es diesmal besser hinkriege, und dann bin ich doch wieder ausgerastet. Das zeigt doch, dass ich es nie schaffen werde."

Viele Autoren empfehlen auch das sogenannte „Szenario schlimmster Konsequenzen" als Methode, um an die relevanten negativen automatischen Gedanken heranzukommen.

Th.: „Was ist denn das Schlimmste, das hätte passieren können, wenn der Streit mit *Ihrer Frau gestern noch weiter eskaliert wäre?"*
P.: „Es hätte sein können, dass das der Tropfen ist, der das Fass zum Überlaufen bringt, und dass sie mich verlässt."
Th.: „War das auch das, was Sie gestern gedacht haben, als der Streit immer schlimmer wurde?"

Auch bei dieser Strategie ist es natürlich wieder wichtig, den Rückbezug zu der konkreten Situation herzustellen.

Bei den sogenannten „Als-ob"-Methoden wird eine problematische Situation im Rollenspiel nachgespielt oder in der Imagination nacherlebt. Bei den Imaginationen können Zeitlupeninstruktionen helfen, Gedankenblitze erkennbarer zu machen. Noch leichter fällt den Patienten natürlich, negative automatische Gedanken zu erkennen, wenn man direkt ohne Sicherheits- oder Vermeidungsverhalten in die problematische Situation hineingeht oder Symptome, die Auslöser für katastrophisierende Bewertungen durch negative automatische Gedanken sind, provoziert.

Auch Fragebogen können helfen, sich den negativen automatischen Gedanken anzunähern (z. B. *Fragebogen irrationaler Einstellungen [FIE]* s. Klages, 1989; *DAS. Skala dysfunktionaler Einstellungen* s. Hautzinger, Joormann & Keller, 2005; oder störungsspezifisch z. B. *Fragebogen zu körperbezogenen Ängsten, Kognitionen und Vermeidung [AKV]* s. Ehlers & Margraf, 2001).

An den oben genannten Strategien und Beispielen ist zu erkennen, dass es sich bei der Exploration negativer automatischer Gedanken eher um einen Rekonstruk-

tionsprozess der Gedanken handelt, die aufgrund der Situation, der Reaktion des Patienten auf den verschiedenen Ebenen und seinem subjektiven Erleben in der Situation am passendsten und plausibelsten erscheinen. Deswegen ist es wichtig, dass der Patient selbst, meist mithilfe von Gedankenprotokollen, den Blick auf seine Kognitionen übt, um die Annäherungen und Rekonstruktionen aus den Therapiesitzungen in weiteren Situationen zu bestätigen. Solche Gedankenprotokolle umfassen meist mindestens drei oder vier Spalten, in denen Situationen, Gedanken und Gefühle sowie Verhalten notiert werden. So übt der Patient in problematischen Situationen die eigenen negativen automatischen Gedanken immer besser zu erfassen. Im Verlauf der Therapie werden solche Gedankenprotokolle auch genutzt, um etwaige Gedankenfehler im Sinne Becks (1967; Beck, Rush, Shaw & Emery, 1999) zu erkennen und/oder alternative Gedanken zur Bewältigung der Situation zu entwickeln und die sich daraus ergebenden alternativen Gefühle und Verhaltensweisen zu notieren. Gerade bei der Arbeit mit Gedankenprotokollen hat es sich bewährt, die einprägsame von Ellis ersonnene Abkürzung „ABC" für die Benennung der Spalten zu nutzen (s. Kap. 10 *Kognitive Modelle psychischer Störungen,* Abschn. 2.1).

Stavemann (2001) schlägt vor, den negativen automatischen Gedanken weiter zu spezifizieren in folgende Bestandteile:

Persönliche Sichtweise der Situation: Hiermit ist der spezifische Blick des Patienten auf die Situation aufgrund seines Vorwissens gemeint.

Beispiel:
Ein Kollege reicht seinen Urlaubsantrag für ein Wochenende mit Brückentag ein. Diese Situation könnte jeder neutrale Beobachter von außen beobachten, während ein betroffener Mitarbeiter des Unternehmens möglicherweise zusätzlich weiß, dass dieser Kollege regelmäßig bei jedem Wochenende mit Brückentag versucht, Urlaub zu nehmen.

Schlussfolgerungen und vermutete Konsequenzen: Dies betrifft die subjektiven Schlussfolgerungen und vermuteten Konsequenzen aus der persönlichen Sichtweise der Situation. *Im oben genannten Beispiel sagt der betroffene Mitarbeiter möglicherweise zu sich selbst, dass der Kollege so versucht, gegen die anderen Kollegen seine Interessen durchzusetzen.*

Bewertung: Hiermit ist die Bewertung durch den Betroffenen aufgrund seiner persönlichen Sichtweise der Situation und den daraus abgeleiteten Schlussfolgerungen und vermuteten Konsequenzen gemeint. *Im obigen Beispiel findet der Betroffene seinen Kollegen möglicherweise egoistisch und unverschämt.*

Ausgangssituation	**B**ewertung	**C** Konsequenzen für Gefühle und Verhalten
Kollege reicht Urlaubsantrag für ein Wochenende mit Brückentag ein.	**1: Persönliche Sichtweise** *„Jetzt reicht er schon wieder für das Brückentag-Wochenende einen Urlaubsantrag ein! Das macht er jedes Mal!“* **2. Schlussfolgerungen und vermutete Konsequenzen** *„Der versucht nur seine Interessen durchzusetzen, die Kollegen sind ihm völlig egal! Ich sollte mich beim Chef beschweren. Ich sollte das mit den anderen Kollegen besprechen.“* **3. Bewertung** *„Der ist egoistisch und unverschämt.“*	*Ärgere mich und beschwere mich beim Chef, spreche mit anderen Kollegen über sein Verhalten.*

Abbildung 1: *Beispiel für ein Gedankenprotokoll mit ABC-Spalten*

Nach unserer Erfahrung ist die Differenzierung des negativen automatischen Gedankens in die Bestandteile „Persönliche Sichtweise der Situation, Schlussfolgerungen und vermutete Konsequenzen sowie Bewertung“ für die meisten Patienten eine zu komplizierte und auch nicht notwendige Herausforderung. Für den Therapeuten kann es aber eine nützliche Orientierung sein, um zu überprüfen, ob er die kognitiven Prozesse in der problematischen Situation umfassend erfasst hat.

Aus den so explorierten kognitiven Vorgängen in der konkreten Situation wird nun der bzw. die zu bearbeitenden negativen automatischen Gedanken extrahiert. Im Fokus stehen kann dabei sowohl der primäre negative als auch der sekundäre automatische Gedanke. Dabei ist mit dem primären negativen automatischen Gedanken der Gedanke gemeint, der die Bewertung umfasst, also im Beispiel:

„Wenn der Kollege regelmäßig für Wochenenden mit Brückentag Urlaub beantragt, bedeutet das, dass die anderen Kollegen ihm völlig egal sind.“ Oder: *„Wenn der Kollege regelmäßig für Wochenenden mit Brückentag Urlaub beantragt, bedeutet das, dass er ein egoistischer und unverschämter Mensch ist.“*

Der sekundäre negative automatische Gedanke bezeichnet die aus dem primären negativen automatischen Gedanken abgeleiteten Handlungsvorbereitungen oder Selbstinstruktion, hier im Beispiel:

„Wenn ein Kollege regelmäßig für Wochenenden mit Brückentag Urlaub beantragt, sollte ich mich beim Chef darüber beschweren!"

Auch sekundäre automatische Gedanken können zur Überprüfung herangezogen werden, mindestens in Bezug darauf, wie hilfreich die geplante Handlung für das erwünschte Ziel des Patienten ist, oder um zu klären, mit welchen Nebenwirkungen diese möglicherweise verbunden ist.

Gerade zu Beginn der kognitiven Arbeit wird die Therapeutin sich darum bemühen, genau die negativen automatischen Gedanken mit dem Patienten zu bearbeiten, die sich auf *eine typische konkrete* Situation beziehen, um auf der Suche nach kognitiven Mustern dann weitere ähnliche Situationen zu explorieren. Es besteht die Gefahr, zu schnell vom konkreten automatischen Gedanken abstraktere Annahmen, Schlussfolgerungen oder Regeln abzuleiten und sich auf diese Weise in philosophischen oder theoretischen Diskussionen weit weg vom persönlichen Erleben des Patienten zu verstricken.

2.2.3 Schwierigkeiten bei der Exploration von Kognitionen

Der oben beschriebene Prozess der Exploration und Rekonstruktion von den oft wenig bewussten negativen automatischen Gedanken ist ein komplexer und komplizierter Prozess und eine Herausforderung sowohl für den Patienten als auch den Therapeuten. Schwierigkeiten ergeben sich zum Beispiel dadurch, dass es Patienten schwerfällt, bestimmte Gefühle zu benennen oder Gedanken und Gefühle zu unterscheiden. Üblicherweise erleben Menschen in Situationen auch nicht nur ein Gefühl, sondern mehrere unterschiedliche. Fehlt für ein Gefühl oder Verhalten eine korrespondierende Kognition, wird die Therapeutin nach weiteren negativen automatischen Gedanken in der Situation suchen. Ebenso kann ein negativer automatischer Gedanke, dem kein korrespondierendes Gefühl oder Verhalten zugeordnet werden kann, Anlass für weitere Exploration der Gefühls- und Verhaltensreaktion sein.

Schwierigkeiten bereiten oft auch Episoden, in denen die Reaktion auf der emotionalen und verhaltensbezogenen Ebene zum Anlass für negative automatische Gedanken werden (sekundäres ABC oder Symptomstress, s. Kap. 10 *Kognitive Modelle psychischer Störungen,* Abschn. 2.1).

Beispiel:

Ein Patient mit einer Agoraphobie erlebt Angst beim Autofahren. Noch während des Angsterlebens im Auto fängt er an, sich selbst (mit weiteren negativen automatischen

Gedanken) *für seine Angst zu beschimpfen: „Angst vorm Autofahren, das ist ja lächerlich! Du bist so ein Versager!"*

Oft ist es notwendig, dieses sekundäre ABC zunächst zu bearbeiten, weil die fehlende Akzeptanz dem Patienten den Blick auf die angstrelevanten primären negativen automatischen Gedanken versperrt.

2.2.4 Vermittlung des kognitiven Störungsmodells

Bevor man mit der Überprüfung negativer automatischer Gedanken, Annahmen oder Überzeugungen beginnen kann, muss dem Patienten das kognitive Modell – also die Rolle, die Gedanken für Gefühle und Verhalten spielen – vermittelt werden. Dabei sollte vermieden werden, den Eindruck zu erwecken, dass Gedanken Gefühle und Verhalten direkt verursachen. Ein derartig linearer Zusammenhang zwischen Gedanken, Gefühlen und Verhalten ist möglich, aber für die Erklärung von komplexen menschlichen emotionalen und verhaltensbezogenen Reaktionen oft unzureichend. Allerdings ist es angemessen festzustellen, dass Gedanken Gefühle und Verhalten zumindest mit beeinflussen und sie ein sinnvoller Ansatzpunkt für ihre Veränderung sind. Viele kognitive Therapeuten ziehen Beispiele und Anekdoten heran, um den Einfluss von Gedanken auf Gefühle und Verhalten zu verdeutlichen. Sehr bekannt ist die Geschichte vom klappernden Fenster:

Ein Mann liegt im Bett, im Nebenzimmer klappert das Fenster und er sagt zu sich selbst: „Oh mein Gott, Einbrecher!" und rennt panisch aus dem Haus. Ein anderer Mann liegt im Bett, im Nebenzimmer klappert das Fenster, dieser sagt aber zu sich selbst: „Das Fenster klappert, ich hab wohl vergessen, es zuzumachen!" Dieser Mann erlebt keinerlei Angst, steht auf, geht ins Nebenzimmer und schließt das Fenster.

Auch wenn dies sicherlich ein deutliches Beispiel für die Rolle von Gedanken für Gefühle und Verhalten ist, bleibt es für den Patienten doch fern vom eigenen Erleben. Eine Strategie, die Rolle von Gedanken für Gefühle und Verhalten mit dem Patienten durch geleitetes Entdecken zu erarbeiten, schlägt Wilken (2015) vor:

1. Mit dem Patienten wird zunächst eine Problemsituation exploriert und ohne weitere Kennzeichnung werden die Situationsmerkmale, die Gedanken und sich ergebenden Gefühle und Verhalten nebeneinander geschrieben.
2. Der Patient wird nun gefragt, wie er sich denn in dieser Situation gerne gefühlt oder verhalten hätte. Diese erwünschten Gefühle und das erwünschte Verhalten werden unter die problematischen Gefühle und Verhaltensweisen geschrieben.
3. Im nächsten Schritt wird dem Patienten verdeutlicht, dass mit den vorher explorierten Gedanken die erwünschten Gefühle und Verhaltensweisen unmöglich zu erreichen sind, was dem Patienten im Regelfall einleuchtend ist.

4. Daraufhin wird der Patient gefragt, mit welchen Gedanken die erwünschten Gefühle und Verhaltensweisen wohl erreichbar gewesen wären. An dieser Stelle sind Patienten üblicherweise derartig in ihren rigiden Schemata verhaftet, dass ihnen keine alternativen Gedanken einfallen. Man kann dann fragen, ob sie jemanden kennen, der sich in der betreffenden Situation in der erwünschten Art und Weise gefühlt und verhalten hätte und was diese Person wohl zu sich selbst gesagt hätte. Dieser Perspektivwechsel ermöglicht den Patienten den Zugang zu alternativen automatischen Gedanken, die dann unter die ursprünglichen negativen automatischen Gedanken geschrieben werden.
5. Im Anschluss zeichnet der Therapeut das Raster des ABC-Modells um die sich ergebenden Situations-, Kognitions- und Gefühls-/Verhaltensspalten und erläutert den Patienten die Rolle von Gedanken für Gefühle und Verhalten, wobei die alternativen Gedanken als B‘ und die erwünschten Gefühle und Verhaltensweisen als C‘ gekennzeichnet werden (s. Abb. 2).
6. Nun lädt der Therapeut den Patienten ein, zum einen die negativen automatischen Gedanken auf ihre Angemessenheit in der Situation zu überprüfen, um ihnen die Überzeugungskraft zu nehmen und alternative Sichtweisen entwickeln zu können. Zum anderen lädt er ein, später im Verlauf der Therapie zu untersuchen, warum gerade diese Gedanken für den Patienten die am nächstliegenden und überzeugendsten in der Situation sind. Letzteres bereitet die Arbeit an den Kernüberzeugungen und bedingten Annahmen vor.

Eine weitere Variante, den Patienten den Einfluss von Gedanken auf Gefühle und Verhalten deutlich zu machen, sind Imaginationen. So kann man Patienten zum Beispiel bitten, sich eine vergangene schwierige Prüfungssituation vorzustellen, und in der aktuellen Situation werden sich die Symptome von Angst und Stress

A	B	C
A	B‘	C‘

Abbildung 2: *Raster des ABC-Modells*

einstellen. Oder mit der Vorstellung, in eine Zitrone zu beißen, kann man auslösen, dass der Mund sich zusammenzieht und Speichel fließt.

Der nächste Schritt ist dann, den negativen automatischen Gedanken zu überprüfen, alternative Gedanken zu entwickeln oder Bewältigungsstrategien zu erarbeiten.

Zu Beginn der Therapie und auch immer wieder im Verlauf wird der Therapeut negative automatische Gedanken herausarbeiten, um ihre Funktion für die problematischen Gefühls- und Verhaltensreaktionen zu klären und das Verständnis des Patienten vom kognitiven Modell zu stärken. Neue Informationen – z. B. über die Bedeutung von Reaktionen auf negative automatische Gedanken für die Aufrechterhaltung von Überzeugungen, über biografische Zusammenhänge, über Schwankungen im Erleben etc. – werden immer wieder auch mit dem Patienten ins kognitive Modell integriert, das somit als Orientierungspunkt für weitere Interventionen dient.

Im späteren Verlauf der Therapie wird der Therapeut die negativen automatischen Gedanken vertiefen und versuchen, allgemeinere problemrelevante Schlussfolgerungen, Annahmen und Kernüberzeugungen zu explizieren, um diese zu überprüfen und alternative Überzeugungen und Annahmen zu formulieren.

Die Vermittlung des kognitiven Modells ist also nicht eine Aufgabe, die nur zu einem bestimmten frühen Zeitpunkt in der Therapie, sondern im gesamten Therapieverlauf immer wieder absolviert wird.

2.3 Verbale Reattributionsmethoden

Um negative automatische Gedanken und im späteren Therapieverlauf Überzeugungen im Gespräch mit dem Patienten zu verändern, nutzt der Therapeut die sogenannten verbalen Reattributionsmethoden oder verbalen Methoden der kognitiven Umstrukturierung. Der Ausdruck Reattribution wird von einigen Autoren nur genutzt, um Methoden der Veränderung in der Zuschreibung von Verantwortung zu beschreiben. Andererseits ist der Ausdruck „kognitive Umstrukturierung" ungünstig, weil er den Eindruck erweckt, dass der Therapeut „das Denken des Patienten umstrukturiert", und nicht deutlich wird, dass der Prozess der kognitiven Veränderung hauptsächlich vom Patienten selbst durchgeführt wird, der im Gespräch mit dem Therapeuten seine eigenen Überzeugungen, Annahmen und negativen automatischen Gedanken reflektiert, abwägt und modifiziert. Aufgabe des Therapeuten ist es eher, diesen Prozess anzustoßen und zu unterstützen. Für das therapeutische Gespräch mit dem Ziel der Veränderung von Kognitionen hat sich gemeinhin der Begriff „Disputation" eingebürgert.

2.3.1 Typischer Ablauf der Disputation: Das allgemeine Disputationsschema

Dabei folgt der Therapeut dem allgemeinen Disputationsschema. Dieses Schema ist zum einen als Lernschema für Therapeuten gedacht. Gerade wenn man sich in die verbalen Reattributionsmethoden einarbeitet, ist es hilfreich, sich zunächst an die Struktur dieses Schemas zu halten. Zum anderen erleichtert dieses strukturierte Vorgehen den Patienten gerade zu Beginn der kognitiven Arbeit die Auseinandersetzung mit ihren eigenen Kognitionen. Dieses Vorgehen umfasst im Einzelnen:

1. *Markieren und ggf. nochmaliges Explizieren der zu bearbeitenden Kognition/Überzeugung, „Einladung"*
   Therapeutin und Patient bestimmen einen der für die problematischen Reaktionen verantwortlichen zentralen negativen automatischen Gedanken (später im Therapieverlauf Annahmen oder Überzeugungen), der überprüft und verändert werden soll. Die Therapeutin „lädt den Patienten ein", mit diesem Gedanken zu arbeiten. Oft wird die Disputation kompliziert, weil der negative automatische Gedanke nicht genau genug formuliert ist oder mehrere Argumente umfasst. Gegebenenfalls muss der negative automatische Gedanke deshalb noch einmal genauer formuliert und auf den Punkt gebracht werden. Es ist hilfreich, den Gedanken auf eine Karteikarte oder die Flipchart zu schreiben.

2. *Einschätzen auf dem Überzeugungsrating*
   Der negative automatische Gedanke wird in Bezug darauf eingeschätzt, wie überzeugt der Patient in der betrachteten Situation davon war, dass der Gedanke die Situation angemessen beschreibt, etwa durch die Frage: *„Wie überzeugt waren Sie von diesen Gedanken in der Situation?"* Meist sind Patienten nicht 100-prozentig davon überzeugt, dass der negative automatische Gedanke in der Situation angemessen war. Der verbleibende Prozentanteil kann später genutzt werden, um alternative Sichtweisen auf die Situation zu generieren *(Th.: „Wenn Sie sagen, dass Sie nur zu 80 % davon überzeugt sind, dass der Gedanke in der Situation angemessen ist, was sagen denn die verbleibenden 20 %?")*. Es kann auch hilfreich sein, den Patienten zum einen nach der Überzeugung von der Angemessenheit des negativen automatischen Gedankens in der Situation und zum anderen nach der Überzeugung in der aktuellen Therapiesituation zu befragen. Oft sind die Einschätzungen erheblich unterschiedlich. Dies kann genutzt werden, um das Phänomen der „doppelten Überzeugungssysteme" einzuführen, das beschreibt, dass in bestimmten Situationen Schemata getriggert werden, die bestimmte negative automatische Gedanken verursachen, den Patienten aber

außerhalb der Situation eine ganz andere Sicht und Bewertung zugänglich ist. Diese Einsicht hilft den Patienten, sich von negativen automatischen Gedanken in problematischen Situationen zu distanzieren.

3. *Disputation der Kognition/Überzeugung (ggf. mit verschiedenen Disputationsmethoden)*
   An dieser Stelle wird der negative automatische Gedanke gegebenenfalls mit verschiedenen verbalen Reattributionsmethoden disputiert. Einige häufig verwendete Methoden der verbalen Reattribution werden weiter unten dargestellt.

4. *Ergebnisse der Disputation nutzen, um kognitive und motivationale Veränderungen zu fördern*
   - *Entwickeln von alternativen Kognitionen/Überzeugungen, ggf. Formulieren von Selbstverbalisationen*
     Im Regelfall führt die Disputation dazu, dass der Zweifel der Patienten an der Angemessenheit ihrer negativen automatischen Gedanken oder Überzeugungen zunimmt. Die Therapeutin nutzt die Ergebnisse der Disputation, um kognitive Veränderungen zu fördern, indem sie zum Beispiel zusammenfasst, unterschiedliche Sichtweisen auf die Situation kontrastiert oder Standpunkte relativiert. Gemeinsam mit dem Patienten entwickelt sie alternative Kognitionen/Überzeugungen und gegebenenfalls Selbstverbalisationen.
   - *(Aktuelle oder zukünftige) emotionale und verhaltensbezogene Konsequenzen explizieren*
     Dies kann über die Frage nach (aktuellen oder zukünftigen) emotionalen und verhaltensbezogenen Konsequenzen geschehen (*„Wie fühlen Sie sich, wenn Sie einmal diese Sicht auf die Situation auf sich wirken lassen?“, „Wie würden Sie sich fühlen, wenn es Ihnen gelingen würde, in einer ähnlichen Situation mit diesen neuen Gedanken auf das, was passiert, zu schauen?“*). Oder indem die Therapeutin die sich aus den alten negativen automatischen Gedanken ergebenden Gefühls- und Verhaltenskonsequenzen mit dem neuen Erleben kontrastiert (*„Vorher waren Sie ja sehr traurig in der Situation und haben sich zurückgezogen, wie fühlen Sie sich jetzt mit dieser neuen Sichtweise auf das, was passiert ist? Wie würden Sie sich jetzt verhalten?“*).
   - *Nochmaliges Einschätzen auf dem Überzeugungsrating*
     Die Therapeutin fragt den Patienten erneut danach, für wie angemessen er den negativen automatischen Gedanken/die Überzeugung nun hält und gegebenenfalls auch für wie angemessen er die neu formulierte alternative Sichtweise hält. Festzustellen, dass man von der alten Überzeugung

nicht mehr wirklich überzeugt ist, hilft noch einmal mehr, sich von ihr zu distanzieren.

5. *Wenn möglich: Planung der Umsetzung in den Alltag (Verhaltensexperimente und Selbstbeobachtung!)*
   Der letzte Schritt in der Disputation betrifft die Umsetzung der Erkenntnisse in den Alltag. Ähnliche Situationen sollen mit Selbstbeobachtungsprotokollen (Spaltentechniken, ABC-Schema) beobachtet werden, wo möglich werden Verhaltensexperimente (s. unten) geplant. Patienten werden möglicherweise aufgefordert, Listen von Argumenten gegen die problemrelevante Kognition und/oder Listen mit Argumenten für neue Bewertungen und Sichtweisen weiterzuführen. Bibliotherapeutische Interventionen können die Konsolidierung einer neuen Einstellung unterstützen und den Patienten zur weiteren Auseinandersetzung mit bestimmten Themen anregen.

Kognitive Interventionen sind übrigens immer auch „Papierarbeit". Gedanken sind flüchtig, deswegen halten wir Argumente auf der Flipchart oder Arbeitsblättern fest, führen Listen, schreiben Karteikarten etc., da sonst die Gefahr besteht, dass Einsichten und Erkenntnisse verpuffen.

2.3.2 Verschiedene Methoden der verbalen kognitiven Umstrukturierung

Grundsätzlich lassen sich bei der Disputation zwei verschiedene Strategien unterscheiden: Handelt es sich bei den negativen automatischen Gedanken, Annahmen oder Überzeugungen des Patienten um Aussagen, die die Realität beschreiben sollen, oder sind sie in sich widersprüchlich, wird der Therapeut die empirische (oder auch logische) Disputation wählen. Handelt es sich um Nicht-Realitätsaussagen, Widersprüche zwischen unterschiedlichen möglicherweise kurz- und langfristigen Zielen oder Imperative und Muss-Sätze nutzt der Therapeut die Strategien der hedonistischen Disputation.

Die Methoden der verbalen Disputation werden dann im Rahmen des allgemeinen Disputationsschemas eingesetzt, um negative automatische Gedanken oder Überzeugungen zu überprüfen. Aus Platzgründen kann hier nur ein kursorischer Überblick über einige wichtige Strategien gegeben werden:

a) Definieren und Operationalisieren

Ein erster und oft schon wesentlicher Schritt der Überprüfung von negativen automatischen Gedanken oder Überzeugungen betrifft die genaue Definition der in ihnen enthaltenen zentralen Konzepte. Das Definieren betrifft dabei Substantive, das Operationalisieren dagegen Verben *(„Was genau meinen Sie, wenn Sie sagen,*

dass Ihr Kollege ein Egoist sei?", *„Was genau meinen Sie, wenn Sie sagen, dass Sie in dieser Situation total versagt haben?"*). Oft wird Patienten schon beim Definieren/Operationalisieren deutlich, dass der negative automatische Gedanke oder die Überzeugung überzogen, zu einseitig oder zu rigide ist.

b) Beweis und Gegenbeweis
Bei der Arbeit mit Beweis und Gegenbeweis wird versucht, Beweise für die negativen automatischen Gedanken oder Überzeugung eines Patienten zu finden oder auch Beobachtungen anzuführen, die ihnen widersprechen *(„Ist die Tatsache, dass Ihr Mann Sie nicht um Ihre Meinung gefragt hat, wirklich ein Beweis dafür, dass er Sie für dumm hält?, „Gibt es irgendwelche Hinweise darauf, dass Ihr Mann Sie nicht für dumm hält?"*).

c) Ungünstige Denkroutinen entlarven („Gedankenfehler benennen")
Diese Technik ist im Allgemeinen als „Gedankenfehler benennen" bekannt. Der Ausdruck Gedankenfehler unterstellt aber, dass der automatische Gedanke wirklich falsch ist, was nicht unbedingt sein muss. Im oben genannten Beispiel könnte die Tatsache, dass die Ehefrau von ihrem Mann nicht um ihre Meinung gefragt wurde, gegebenenfalls wirklich darauf hinweisen, dass er sie für dumm hält. In manchen negativen automatischen Gedanken steckt ein Fünkchen Wahrheit und sie werden erst und vor allem durch ihre extreme und rigide Form unangemessen. Gemeint ist ja eher, dass systematisch bestimmte Denkmuster zu verzerrten oder

Situation	**automatischer Gedanke/ Überzeugung**	**Gedankenfehler**	**alternativer Gedanke**
Auf dem Weg zum Vorstellungsgespräch, komme an einem Kiosk vorbei.	*Es geht mir jetzt schon schlecht, ohne einen Schnaps halt` ich das nicht durch!*	Emotionale Beweisführung/ Katastrophisierung	*Dass ich mich schlecht fühle, heißt nicht, dass ich es nicht schaffe!* *Es wird hart, aber durchhalten kann ich schon!*

Abbildung 3: *Beispiel für kognitive Umstrukturierung durch das Benennen ungünstiger Denkroutinen (Gedankenfehler)*

falschen Bewertungen führen. Dies wird durch den Ausdruck „ungünstige Denkroutinen" besser beschrieben. Der Patient wird darin geschult, die weiter oben dargestellten ungünstigen Denkroutinen schnell zu erkennen und daraus alternative Gedanken zu entwickeln. Mittels Spaltentechniken trainiert der Patient im Alltag dieses Vorgehen.

d) Ausbalancieren

Das Ausbalancieren wird dazu genutzt, katastrophisierende Handlungsergebnis- oder Ergebnisfolgeerwartungen zu verändern. Dazu wird zunächst nach den schlimmsten Konsequenzen einer Handlung oder eines Ereignisses gefragt, danach nach dem besten Ausgang der Situation. Auf diese Weise hat man ein Kontinuum von möglichen Ausgängen entwickelt. Der Therapeut fragt nun, wie denn nun das wahrscheinlichste Szenario (das ja wahrscheinlich in der Mitte dieses Kontinuum liegt …) aussehen würde. Durch dieses Vorgehen relativieren sich die katastrophisierenden Erwartungen des Patienten.

Th.: „Was ist das Schlimmste, das passieren könnte, wenn Sie sich darauf einlassen würden, das Verhalten Ihrer Frau gegenüber Ihren Freunden einmal anzusprechen, in der Form, wie wir das besprochen hatten?"
P.: „Das Schlimmste? Sie könnte total ausrasten! Behaupten, meine Freunde wären mir wichtiger als sie! Und mich womöglich mit zwei Wochen schlechter Laune strafen!"
Th.: „Was ist das Beste, was passieren könnte, wenn Sie es ansprechen?"
P.: (lacht) „Sie freut sich über meine konstruktive Kritik, die ihr zeigt, wie wichtig mir unsere Beziehung ist!"
Th.: „Jetzt haben wir uns die beiden extremsten Ausgänge angeschaut. Was wäre denn ein wahrscheinlicher Ausgang, wenn Sie das Problem ansprechen?"
P.: „Na, freuen wird sie sich nicht. Keine Ahnung … vielleicht ist sie erstmal überrascht über die Art, wie ich spreche, so von meinem Gefühl und mit der Ich-Botschaft … wie wir das hier besprochen haben. Wahrscheinlich wird sie schon zuhören, denke ich, und nicht ganz so sauer reagieren wie sonst."

e) Arbeit mit Kuchendiagrammen

Die Arbeit mit Kuchendiagrammen kann zur Veränderung von Verantwortungszuschreibungen oder zur Veränderung der Einschätzung der Wahrscheinlichkeit angenommener Folgen von Ereignissen oder Handlungen genutzt werden. So könnte man mit einem Patienten, der die Schuld für seine Arbeitslosigkeit alleine bei sich sieht, alle möglichen weiteren Ursachen für seine Arbeitslosigkeit auflisten (möglicherweise wirtschaftliche Situation in der Branche, Misswirtschaft im Unternehmen, die Annahme seiner Vorgesetzten, dass ältere Mitarbeiter weniger leistungs-

fähig sind, etc.). Daraufhin wird für jedes einzelne Argument der prozentuale Anteil an der Verursachung disputiert und eingeschätzt. Der Anteil wird dann in ein Kuchendiagramm eingezeichnet. Wichtig ist, dass der Verursachungsanteil, der dem Patienten selbst zugeschrieben wird, am Schluss zugeordnet wird. Dabei geht es nicht darum, dass der Patient sich keinerlei Verantwortung gibt, sondern einen angemessenen Anteil der Verantwortung bei sich sieht, mit dem man sich gegebenenfalls später in der Therapie auseinandersetzen muss.

f) Kosten-Nutzen-Analysen

Kosten-Nutzen- (auch hedonistische) Analysen sind hilfreich, wenn es um die hedonistische Disputation geht, also inwieweit irgendwelche Imperative oder Lebensregeln des Patienten in einem unangemessenen Kosten-Nutzen-Verhältnis stehen. Dazu wird eine Tabelle entwickelt, in der die Kosten und Nutzen eines Imperativs oder einer Lebensregel aufgelistet werden. Gegebenenfalls wird zwischen kurz- und langfristigen Kosten und Nutzen unterschieden. Die Kosten-Nutzen-Analyse kann den Patienten motivieren, ungünstige imperative und Lebensregeln aufzugeben, weil er feststellt, dass der Nutzen in keinem Verhältnis zu den Kosten steht. Zudem kann überprüft werden, ob der angenommene Nutzen wirklich aus der genannten Lebensregel resultiert oder ob er wirklich nur über diese Lebensregel erreichbar ist.

Beispiel:

Eine Patientin leidet unter verschiedensten somatischen Symptomen, die in Zusammenhang mit Stress am Arbeitsplatz auftauchen. Die Arbeitsbelastung wird durch ihren Perfektionismus noch verstärkt. Sie folgt dem Imperativ: „Deine Arbeit muss immer perfekt sein!" Therapeutin und Patientin konstruieren gemeinsam eine Tabelle mit Kosten und Nutzen dieser Regel, was die Patientin motivieren soll, etwas von ihrem Perfektionismus abzurücken. Im Anschluss wird überprüft, ob die Aspekte, die in der „Nutzen"-Spalte aufgelistet sind (z. B. Anerkennung durch den Chef, beruflicher Aufstieg, positiv für das Selbstwertgefühl ...) wirklich durch die Regel erzielt werden und ob diese Nutzenaspekte nicht auch anders, mit weniger stressverursachenden Regeln, erreicht werden können.

2.4 Verhaltensexperimente

Schon Beck (1967) betrachtete Kognitionen als Hypothesen, die getestet werden sollten. In der kognitiven Therapie geschieht dies mittels Verhaltensexperimenten, die immer in enger Verbindung mit verbalen Methoden der Disputation eingesetzt werden.

Verhaltensexperimente knüpfen an den verhaltensbezogenen Reaktionen auf negative automatische Gedanken an, da diese oft dazu beitragen, dass eine Überzeugung oder Annahme sich stabilisiert. So kann zum Beispiel ein sozialphobischer Patient aus Angst, dass sich auf seinem Hemd Schwitzflecken abzeichnen könnten, ein T-Shirt unter dem Hemd tragen, damit es den Schweiß aufsaugt und sein Schwitzen nicht auffällt. In der Folge ist ihm aber so warm, dass er sogar mehr schwitzt, was seine Befürchtungen, negativ aufzufallen, eher steigert. In dem Fall provoziert die Verhaltensreaktion auf negative automatische Gedanken selbst die das Schema bestätigenden körperlichen Symptome.

Ebenso kann die Verhaltensreaktion auf negative automatische Gedanken eine die Überzeugung korrigierende Erfahrung verhindern: Eine Patientin, die unter einer depressiven Entwicklung aufgrund von Überlastung leidet, putzt zum Beispiel jedes Mal die gesamte Wohnung, wenn sich ihre Schwiegermutter zu Besuch ankündigt. Sie befürchtet, dass ihre Schwiegermutter sie für eine unfähige Ehefrau halten könnte und sie heftig kritisieren oder gegenüber ihrem Mann schlechtmachen könnte. Der vorauseilende Gehorsam, die gesamte Wohnung zu putzen, reduziert zwar ihre Angst, allerdings kann sie ihre Annahme über die Reaktion der Schwiegermutter auch nicht mehr korrigieren.

Auch können erhöhte Aufmerksamkeit und Informationssuche in Bezug auf befürchtete Ereignisse dazu führen, dass immer mehr mehrdeutige Informationen aufgenommen werden, die dann wiederum dysfunktional im Sinne der Befürchtung verarbeitet werden: Ein Patient mit einer hypochondrischen Störung kontrolliert möglicherweise seinen Körper in Bezug auf Symptome, die unter Umständen gefährlich sein könnten, wodurch er deutlich mehr Körpersensationen wahrnimmt. Zudem sucht er bei irgendwelchen Symptomen im Internet, mit welchen Erkrankungen sie im Zusammenhang stehen könnten, findet dabei aber immer mehr schreckliche Erkrankungen, die man haben könnte, was ihn letztlich noch mehr verängstigt. Dieses Verhalten steht zwar im Dienste des Wunsches nach Absicherung, führt aber mittelfristig zu einer Zunahme der Angst und Stabilisierung der dysfunktionalen Überzeugung, die sich bei diesem Patienten auf „bedroht sein durch körperliche Erkrankung" bezieht.

Und letztlich kann dysfunktionales Verhalten als Reaktion auf negative automatische Gedanken selbst Reaktionen der Umwelt provozieren, die dann wiederum das Schema bestätigen: Aus Angst vor Kritik von Mitpatienten hält sich ein Patient in der Gruppentherapie sehr zurück, ist verschlossen und trägt auch nichts bei, wenn andere Patienten sich öffnen und ein Thema bearbeiten. Nach ein paar Sitzungen wird er von den Mitpatienten wegen seiner Verschlossenheit heftig kritisiert.

Verhaltensexperimente können auch an den somatischen Reaktionen auf negative automatische Gedanken ansetzen. Bei Patienten mit einer Panikstörung werden zum Beispiel körperliche Symptome, die sie für gefährlich halten, mit den

sogenannten Symptomprovokationsübungen hergestellt, damit die Patienten die Erfahrung machen können, dass die Symptome nicht gefährlich sind.

Bennett-Levy et al. (2004) definieren Verhaltensexperimente als geplante erfahrungsbezogene Aktivitäten, basierend auf Experimenten und Beobachtungen, die Patienten innerhalb oder außerhalb von kognitiven Therapiesitzungen unternehmen. Ihr experimentelles Design ist direkt abgeleitet aus einem kognitiven Fallkonzept des Problems des Patienten und ihr hauptsächlicher Zweck ist es, neue Informationen zu generieren, die dabei helfen sollen,

- die Validität der Überzeugungen des Patienten über sich selbst, andere und die Welt zu überprüfen,
- neue Überzeugungen zu entwickeln und/oder zu testen und/oder
- das kognitive Fallkonzept zu entwickeln und zu überprüfen.

Der erste Punkt in der oben genannten Definition betrifft *Verhaltensexperimente als Realitätstest.* Sie folgen den Fragen: *„Wie können wir herausfinden, ob wirklich das passiert, was Sie befürchten?“* oder *„Passiert wirklich das, was ich vorhersage, und wenn: Ist es wirklich so schlimm?“*

Im zweiten Punkt der oben genannten Definition geht es um *ressourcenorientierte Verhaltensexperimente:* Patienten haben manchmal alternative Annahmen zur Verfügung, auch wenn ihr Verhalten vor allem von problematischen Annahmen bestimmt wird. Mit Verhaltensexperimenten kann man die Überzeugung in alternative Annahmen stärken.

Bei der dritten Variante der Definition von Benett-Levy et al., den *fallkonzeptbezogenen Verhaltensexperimenten,* nutzt man Verhaltensexperimente, um mit dem Patienten gemeinsam Aspekte des Fallkonzepts zu erarbeiten und ihm so die kognitive Sichtweise auf sein Problem nahezubringen. So wird zum Beispiel mit sozialphobischen Patienten üblicherweise ein Experiment zur Rolle der Aufmerksamkeit für die Aufrechterhaltung der Symptomatik durchgeführt (s. auch Ambühl, Meier & Willutzki, 2001; Stangier, Heidenreich & Peitz, 2003; Clark & Wells, 1995). In einem ersten Durchgang sollen die Patienten in einer Situation mit der Aufmerksamkeit möglichst bei ihren Angstsymptomen bleiben und im zweiten Durchgang versuchen, ihre Aufmerksamkeit nach außen auf die Aspekte der Situation und die anwesenden Personen zu lenken. In der Auswertung stellen die Patienten fest, dass ihr Sicherheitsverhalten, nämlich die Symptome der Angst zu fokussieren, die Angst eher steigert, während die Aufmerksamkeitslenkung nach außen die Angst eher reduziert. Diese Information wird dann mit dem Patienten in das gemeinsame Störungsmodell eingearbeitet. Solche Verhaltensexperimente können auch als psychoedukative Verhaltensexperimente bezeichnet werden.

In der therapeutischen Praxis haben nicht alle Patienten konkrete Voraussagen über das, was passieren würde, wenn sie Vermeidungs- oder Sicherheitsverhalten unterlassen oder sich entgegen ihrer Überzeugungen oder Annahmen verhalten würden. Für diesen Fall lässt sich eine weitere Variante von Verhaltensexperimenten unterscheiden, nämlich die explorativen Verhaltensexperimente (vgl. auch die „discovery experiments" bei Rouf, Fennell, Westbrook, Cooper & Bennett-Levy, s. Tab. 1). Hier geht es darum, neues Verhalten zu erproben, rigide und gewohnte Verhaltensmuster hinter sich zu lassen und zu erforschen, wie die Umwelt auf dieses neue Verhalten reagiert.

Grundsätzlich unterscheidet man weiterhin *„Aktive Verhaltensexperimente"*, bei denen der Patient selbst in der aktiven Rolle ist, und die in realen oder simulierten Situationen durchgeführt werden können, von *„Beobachtungsexperimenten"*. Bei Beobachtungsexperimenten beobachten Patienten direkt das Verhalten anderer Menschen – z. B. auch des Therapeuten –, sie befragen die Umwelt („Mini-Surveys") oder versuchen auf anderem Wege an Informationen in Bezug auf ihr Problem zu kommen, zum Beispiel durch Internetrecherchen.

Für die Durchführung von Verhaltensexperimenten schlägt Wells (1997, 2011a) vor, sich an dem PETS-Modell zu orientieren, wobei PETS für die vier Phasen eines Verhaltensexperiments steht: **P**repare, **E**xpose, **T**est, **S**ummarize.

Prepare: Hier werden zunächst die problemrelevanten Schlüsselkognitionen identifiziert, die durch das Experiment infrage gestellt oder verändert werden sollen. Natürlich müssen diese Schlüsselkognitionen in konkrete und beobachtbare Aussagen überführt werden, die es ermöglichen, den Ausgang des Experiments möglichst zweifelsfrei zu bestimmen. Dann wird festgelegt, welche Verhaltensweisen im Experiment verändert werden müssen, damit die Schlüsselkognitionen überzeugend infrage gestellt werden können. Dies betrifft natürlich meistens die vielen verschiedenen Formen von Vermeidungs- und Sicherheitsverhalten.

Ausgangspunkt eines Verhaltensexperiments ist eine überprüfbare Vorhersage!

Expose and Test: Diese Phase betrifft das eigentliche „Experimentieren". Sie umfasst die Exposition des Patienten mit einer gefürchteten Situation, wobei er gleichzeitig das definierte Vermeidungs- oder Sicherheitsverhalten unterlassen soll (das sogenannte „Überzeugungentkräftende Manöver").

Summarize: Die Ergebnisse des Experiments werden ausgewertet und in die Fallkonzeption integriert. Der Therapeut versucht das Erleben des Patienten zu nutzen, um kognitiv-emotionale Veränderungen herbeizuführen.

Vor und nach der Durchführung des Verhaltensexperiments wird wie bei der verbalen Disputation gefragt, wie überzeugt der Patient von seinen negativen automatischen Gedanken, Annahmen oder Überzeugungen ist. Auch Verhaltensexperimente folgen also dem oben im Zusammenhang mit den verbalen Reattributionsmethoden beschriebenen allgemeinen Disputationsschema.

Therapeuten sollten sich nie auf die einmalige Durchführung eines Verhaltensexperiments einlassen, sondern immer mit dem Patienten eine ganze „Testreihe" planen, damit die empirische Basis für Schlussfolgerungen gegeben ist. Manchmal wird auch ein zu testendes Verhalten für einen längeren Zeitraum geplant.

Tabelle 1 zeigt einen von Rouf et al. (2004) entworfenen Orientierungsrahmen für Verhaltensexperimente:

Neben den oben genannten inhaltlichen Lernerfahrungen, die Verhaltensexperimente ermöglichen, lässt sich noch ein weiterer Effekt feststellen: Während Patienten sich oft als hilfloses Opfer ihrer Symptomatik und der Umwelt erleben, bringen Verhaltensexperimente sie automatisch in eine aktive Rolle. Sie sind es nun, die „die Fäden ziehen" und beobachten, wie andere auf ihr verändertes Ver-

Tabelle 1: *Orientierungsrahmen für Verhaltensexperimente (VE):*

Ziel	Design	Art des VE	Niveau der Kognition	Setting
Fallkonzept erarbeiten und vermitteln **Negative Kognitionen überprüfen** **Alternative Perspektiven entwickeln und testen**	**Hypothesen prüfende VE (VE als Realitätstest)** • Hypothese A prüfen • Hypothese A und B vergleichen • Hypothese B prüfen **Explorative VE** • Hypothesen sind unklar oder nicht vorhanden	**Aktive VE** • In realen Situationen • Simuliert (z. B. Rollenspiele) **Beobachtungs-experimente** • Direkte Beobachtung (Modell-lernen) • Umfragen • Informa-tionen aus anderen Quellen sammeln	**Automatische Gedanken** **Dysfunktionale Annahmen** **Kernüberzeu-gungen**	**Zeit und Ort** • Während der Therapie-sitzung • Im Therapie-raum • In vivo • Therapie-Hausaufgabe **Beteiligte Personen** • Patient • Therapeut • Eingeweihte Assistenten • Familie, Freunde • Arbeitskol-legen • Allgemeine Öffentlichkeit **Materialien** • Audioauf-nahmegerät, Video, Protokoll-bogen etc.

halten reagieren. Dieser Schritt hinaus aus der passiven in die aktive Rolle scheint ein wichtiger Aspekt der Veränderung durch Verhaltensexperimente zu sein.

Beispiel für ein Verhaltensexperiment als Realitätstest:
Ein Vater ist enttäuscht über seine beiden Söhne, weil er glaubt, dass sie nicht ausreichend selbstverantwortlich und selbstständig sind und ohne seine Unterstützung und Kontrolle nicht klarkommen würden. So kontrolliert er z. B. jeden Abend, wenn er von der Arbeit nach Hause kommt, ihre Hausaufgaben. Er glaubt, dass seine Söhne ohne diese Kontrolle die Hausaufgaben nicht machen würden, sich dann die Lehrer beschweren würden, die Leistungen insgesamt nachlassen würden und letztendlich möglicherweise sogar die Versetzung gefährdet wäre.

Eine von verschiedenen Konkretisierungen der Schlüsselkognition, die mittels Verhaltensexperimenten überprüft wurden, war: „Ohne meine Unterstützung und Kontrolle würden meine Söhne in der Schule nicht klarkommen."

Operationalisierung in konkrete und beobachtbare Aussagen: „Wenn ich die Hausarbeiten meine Söhne nicht jeden Abend kontrollieren würde, würden sie sie nicht machen und in ihren Schulleistungen nachlassen, Lehrer würden sich beschweren, langfristig wäre die Versetzung gefährdet." Dies ist die testbare Vorhersage des Verhaltensexperiments. Mit seinem Therapeuten bespricht der Patient, dass er zunächst für mindestens einen Monat das Kontrollieren der Hausaufgaben seiner Söhne einstellen will. Dies will er auch mit seinen Söhnen besprechen. Er verabredet mit ihnen auch, dass er sich nach Ablauf des Monats mit den Lehrern über die Leistungen der Söhne austauschen will.

Beispiel für ein exploratives Verhaltensexperiment:
Herr und Frau W. sind seit einigen Jahren verheiratet. Beiden ist die Beziehung sehr wichtig. Sie glauben, dass eine wichtige Voraussetzung für eine glückliche Beziehung ist, möglichst viel gemeinsam zu erleben. Sie verbringen deswegen möglichst viel Zeit miteinander; Freizeitaktivitäten, die sie ohne den Partner durchführen, gibt es nicht. Aktivitäten alleine zu unternehmen, fühlt sich für beide fremd und verunsichernd an. Trotzdem lassen sie sich im Verlauf der Therapie darauf ein, Aktivitäten, die sie allein durchführen, zu erproben und den Einfluss auf die Beziehung zu überprüfen. Nach einer Testphase von sechs Wochen stellen sie fest, dass es auf verschiedensten Ebenen neue Eindrücke, positive wie negative, gab. So gab es wieder mehr Dinge, über die sie sich austauschen und einander erzählen konnten, wodurch sie füreinander wieder interessanter wurden. Auf der anderen Seite merken beide, dass die Aktivitäten des anderen auch nega-

tive Gefühle, wie Misstrauen und Neid, auslösten, was ihre Beziehung vor neue Herausforderungen stellt.

2.5 Verbale und verhaltensbezogene Reattribution zur Veränderung von Überzeugungen

Bei der Bearbeitung von automatischen Gedanken geht es darum, Gedanken und Bilder, die dem Patienten *in konkreten Problemsituationen* durch den Kopf gehen, zu verändern. Meist erst im späteren Verlauf der Therapie werden grundsätzliche Überzeugungen, die letztlich als ursächlich für die negativen automatischen Gedanken angesehen werden, verändert. Wie in Kapitel 10 *Kognitive Modelle psychischer Störungen* (Abschn. 3.) bereits erläutert, werden innerhalb solcher Überzeugungen im Sinne Becks (1995, 2013) bedingte Annahmen (Regeln, grundsätzliche Schlussfolgerungen usw.) von Grundannahmen (generalisierte und rigide Aussagen über sich selbst und die Welt, die als unbedingte Wahrheiten gelten) unterschieden.

Weiter oben wurde auch schon erwähnt, dass diese Bestandteile der Überzeugungen durch die korrigierenden Erfahrungen, die Patienten im Verlaufe der Therapie gemacht haben, zu diesem späteren Zeitpunkt schon „aufgeweicht" sein sollten. Im besten Fall ist es schon zu signifikanten Veränderungen des Schemas gekommen.

Beispiel:
Ein depressiver Patient, mit dem bislang nur an negativen automatischen Gedanken in konkreten Problemepisoden gearbeitet wurde, kommt in die Therapie und berichtet: „Gestern Nachmittag nach der Arbeit kam ich nach Hause, saß in der Küche und trank eine Tasse Kaffee. Da hab ich so über diese Therapie nachgedacht und hab zu mir gesagt: ‚Früher hast du immer gedacht, du bist der totale Versager, aber seitdem wir zusammenarbeiten und all diese Situationen durchgesprochen haben, und was du da so denkst … Da ist mir schon einiges klar geworden. Eigentlich war ich immer auch ganz schön unmöglich zu mir selbst und hab mir ständig für alles Verantwortung gegeben, selbst für Dinge, die ich gar nicht beeinflussen kann. Kein Wunder, dass man da irgendwann denkt, man ist ein Versager.' Jetzt merke ich schon, dass ich da etwas vorsichtiger mit mir selbst geworden bin, und sehe auch, was ich alles schon geschafft habe und auch jetzt schaffe."

Bei diesem Patienten hat sich offensichtlich durch die situationsbezogenen Interventionen in Bezug auf negative automatische Gedanken das Schema „Du bist ein Versager!" schon hin zu weniger Rigidität verändert.

2.5.1 Identifikation von bedingten Annahmen und Grundannahmen

Beck (2013) schlägt verschiedene Strategien vor, um bedingte Annahmen und Grundannahmen zu identifizieren.

1. Im einfachsten Fall wird eine Annahme als automatischer Gedanke formuliert. Ein Patient denkt zum Beispiel in einer bestimmten Situation: „Ich bin ein Versager", was gleichzeitig seine Grundannahmen über sich selbst ist.
2. Die Therapeutin kann auch den ersten Teil einer bedingten Annahme im Gespräch vorgegeben und vom Patienten ergänzen lassen, z. B. sagt sie: *„... und wenn jemand Sie kritisiert, dann heißt das ...?" Woraufhin die Patientin ergänzt: „... dann heißt das, dass ich wie immer alles falsch gemacht habe."*
3. Natürlich kann die Therapeutin eine Regel oder Einstellung auch direkt erfragen: *„... auch in dieser Situation haben Sie sich damit gestresst, alles möglichst hundertprozentig hinzubekommen! Es scheint also, als gebe es eine Regel dazu? Wie würden Sie die formulieren?"*
4. Eine weitere Strategie, die später auch zur Veränderung von bedingten Annahmen und Grundannahmen genutzt wird, ist die Pfeil-abwärts-Technik (Burns, 1980). Dabei fragt die Therapeutin immer wieder nach der Bedeutung eines identifizierten negativen automatischen Gedankens, bis eine relevante bedingte Annahme identifiziert ist. Ein junger Mann, der wegen Depressionen in Behandlung ist, berichtet z. B. von einer Situation, in der zwei Mädchen, die hinter ihm liefen, gekichert haben. Sein negativer automatischer Gedanke war: *„Die lachen über mich."* Die Therapeutin fragt nun immer wieder nach der Bedeutung dieses Gedankens: *„Was würde das für Sie bedeuten, wenn die beiden wirklich über Sie gekichert hätten?*", worauf der Patient folgende Antworten gibt:
   - sie machen sich über mich lustig
   - ich sehe lächerlich aus, das bedeutet,
   - ich bin für andere Menschen unattraktiv
   - niemand möchte mit mir zusammen sein
   - andere Menschen lehnen mich ab
   - ich werde immer alleine bleiben.

   Bedingte Annahme: Wenn Menschen über mich lachen, bedeutet das, dass andere Menschen mich ablehnen und ich immer allein sein werde.
   Fragt man den Patienten nun, was das über ihn aussagt, gelangt man zu einer relevanten Kernüberzeugung über sich selbst:
   Kernüberzeugung: *„Ich bin unattraktiv und nicht liebenswert."*
   Die Pfeil-abwärts-Technik expliziert also eigentlich den Prozess der Assimilation, d. h. der Anpassung von Informationen aus der Umwelt an das Schema.

5. Das sogenannte induktive Vorgehen wird sicherlich am häufigsten zur Identifikation von bedingten Annahmen und Grundannahmen verwendet. Dabei unterstützt die Therapeutin den Patienten dabei, die Überzeugungen zu entdecken und zu benennen, die letztlich für die negativen automatischen Gedanken in den vielen bislang besprochenen Situationen ausschlaggebend sind. Auch wenn die Therapeutin Vermutungen oder Vorschläge äußern kann, ist es wichtig, dass der Patient selbst seine eigenen Grundannahmen identifiziert. Dass der Patient durch die Arbeit an den negativen automatischen Gedanken in konkreten Situationen zu diesem Zeitpunkt der Therapie schon ein Gespür für die dahinterliegenden Überzeugungen gewonnen hat, ist eine wichtige Voraussetzung für diesen weiteren Schritt. Werden dem Patienten zu früh vermutete Grundannahmen angeboten, wird er sich möglicherweise stigmatisiert fühlen, Widerstand zeigen, vielleicht nur zustimmen, um der Therapeutin zu gefallen, oder vorschnell zustimmen, weil aus seiner Sicht die Therapeutin „als Experte" erkannt hat, wo die Ursache der Probleme liegt. Beim induktiven Vorgehen wird also von den negativen automatischen Gedanken auf allgemeine Themen abstrahiert.
6. Natürlich kann man den Patienten auch direkt nach Überzeugungen und Grundannahmen fragen:
   Th.: „Wie finden Sie das, wenn man in der Klausur eine Drei schreibt?"
   P.: „Andere können das tun, aber mir würde das nicht reichen."
   Th.: „Wie fänden Sie das, wenn Sie selbst in der Klausur eine Drei schreiben?"
   P.: „Eine Drei zu schreiben, das heißt doch, dass man eigentlich ein Loser ist, der sein Studium nicht hinkriegt."
7. Letztendlich kann man dem Patienten auch bitten, einen Fragebogen zu Annahmen auszufüllen, z. B. die *Skala dysfunktionaler Einstellungen (DAS)* (Hautzinger et al., 2005) oder den *Young Schema Questionaire* (Young & Brown, 1994).

2.5.2 Veränderung von bedingten Annahmen und Grundannahmen

Für die Veränderung von bedingten Annahmen und Grundannahmen können die gleichen Strategien und Methoden der verbalen und verhaltensbezogenen Reattribution verwendet werden, die man auch zur Veränderung von negativen automatischen Gedanken verwendet. Dabei sind grundsätzlich zwei Aspekte zu beachten:

Erstens muss im therapeutischen Gespräch deutlich bleiben, dass sich die Perspektive verändert hat: Während vorher negative automatische Gedanken in konkreten Situationen überprüft und dazu aus verschiedensten Perspektiven betrachtet und bewertet wurden, geht es nun darum, übergreifende Annahmen zu überprüfen. Dazu werden natürlich auch die Erfahrungen, die bei der Disputation der konkreten Situationen gemacht wurden, als Argumente benutzt.

Zweitens steht das therapeutische Gespräch über grundsätzliche Annahmen immer in der Gefahr, zu abstrakt und „philosophierend" zu werden und den Kontakt zum emotionalen Erleben des Patienten zu verlieren. Deswegen ist es immer wieder wichtig, den Bezug zum Erleben und den Erfahrungen des Patienten herzustellen.

Da problemrelevante Schemata durch ihre rigide, einseitige und unflexible Struktur gekennzeichnet sind, sind auch hier das Definieren und Operationalisieren sowie die Arbeit mit Beweis und Gegenbeweis häufig eingesetzte Methoden.

a) Veränderung von dichotomen Überzeugungen mit dem kognitiven Kontinuum
Schemata haben oft eine dichotome „schwarz-weiße" Struktur, wobei die problemrelevanten Schemata der Patienten meist die „schwarze Seite" beinhalten („ich bin ein Versager", „ich bin nicht liebenswert", „ich bin hilflos").
Mit der Methode des kognitiven Kontinuums werden diese rigiden Strukturen in multidimensionale kontinuierliche Schemata verändert. Dazu wird zunächst die „schwarze Seite" des Schemas genau definiert, z. B. durch Fragen wie: *„Was genau kennzeichnet einen Versager?"* Eine Liste von Attributen wird erstellt, die nach Meinung des Patienten (oder auch der Gruppe, wenn die Strategie im Rahmen einer Gruppentherapie angewendet wird) einen „Versager" kennzeichnen. Dabei ist darauf zu achten, dass der Patient nicht nur sich selbst beschreibt, sondern ein breites vieldimensionales Bild eines „Versagers" entsteht. Gegebenenfalls müssen mit Umfragen unter Bekannten oder Freunden weitere definitorische Kriterien gesammelt werden. Daraufhin wird den einzelnen Attributen, mit denen der „Versager" beschrieben wurde, die „weiße Seite" des Schemas (benannt z. B. „Erfolgstyp") entgegengesetzt.

Hat zum Beispiel ein Patient als ein Charakteristikum eines Versagers genannt, dass er im Beruf niemals befördert wurde, würde für den Erfolgstypen formuliert: „Wird im Beruf regelmäßig befördert". Gegebenenfalls werden noch weitere Charakteristika – nun für den „Erfolgstyp" – genannt, die dann entsprechend für den „Versager" ergänzt werden. Auf diese Art und Weise entsteht eine dichotome Liste mit Charakteristika von „Versager" und „Erfolgstyp". Der Therapeut verbindet dann die beiden Pole mit einem Kontinuum von 0–10 und bittet den Patienten, sich auf diesem Kontinuum einzuschätzen. Am Ende ist das rigide Schema in eine vieldimensionale Liste mit Kriterien, die in unterschiedlichem Ausmaß auf den Patienten mehr oder weniger zutreffen, transformiert worden.

Die entstandene Kriterienliste kann nun auch noch verwendet werden, um zum Beispiel andere Menschen aus dem Umfeld des Patienten einzuschätzen oder sich selbst durch andere einschätzen zu lassen. Manchmal helfen solche Listen auch, Ziele zu generieren, wenn z. B. Patienten in Bezug auf bestimmte Kriterien zu Recht

den Wunsch äußern, sich verändern zu wollen. Benennt ein Patient z. B. als ein Charakteristikum eines Versagers, dass es ihm schlecht gelingt, Dinge durchzuhalten und zu Ende zu bringen, und sieht er hierbei für sich Defizite, kann es ein berechtigtes Anliegen sein, sich in Bezug auf diesen Aspekt seines Verhaltens zu verbessern.

b) Veränderung von Annahmen und Überzeugungen mit der Pfeil-abwärts-Technik
Auch die oben beschriebene Pfeil-abwärts-Technik kann zur Veränderung von Annahmen genutzt werden, indem die Ableitungen, die der Patient macht, überprüft werden. Im obigen Beispiel würde der Patient gefragt werden: *„Wenn die beiden Mädchen über Sie lachen, bedeutet das wirklich, dass Sie lächerlich aussehen?"* und *„Selbst wenn es bedeuten würde, dass Sie in dieser Situation lächerlich aussehen, bedeutet das wirklich, dass Sie für alle anderen Menschen unattraktiv sind?"* Durch diese Technik wird also die Fehlerhaftigkeit der Assimilation der Information aus der Umwelt, die das dysfunktionale Schema bestätigt, aufgedeckt und die Rückschlüsse verlieren für den Patienten an Glaubhaftigkeit.

c) Veränderung von absoluten Forderungen
Für die Bearbeitung von absoluten Forderungen, also „Sollte-und-Müsste-Tyranneien" im Sinne von Ellis wird vor allem die hedonistische Disputation (Kosten-Nutzen-Analysen) angewandt. Wilken (2015) beschreibt verschiedene Strategien zur Bearbeitung solcher absoluten Forderungen.

Für Patienten, die zwar kognitive Einsicht in die Unangemessenheit ihrer Annahmen erlangt haben, denen aber die emotionale Überzeugung fehlt, empfiehlt Young (1990) das rational-emotionale Rollenspiel. Dabei übernimmt der Therapeut zunächst die rationale Rolle, der Patient soll aus der emotionalen Rolle gegen die rationalen Argumente des Therapeuten argumentieren, im zweiten Durchgang werden die Rollen getauscht.

Die Disputation von bedingten Annahmen und Grundannahmen schließt üblicherweise mit der Formulierung von relativierten neuen Annahmen und Grundannahmen ab. Daraufhin wird mithilfe von Verhaltensexperimenten versucht, Beweise gegen die alten Annahmen und/oder für die neu formulierten Annahmen zu finden. Die Übertragung und Anwendung der neu formulierten Annahmen in die Realität ist von besonderer Wichtigkeit. Nur wenn der Patient seine neuen Annahmen in der Realität bestätigt findet, wird es zu einer langfristigen und stabilen Veränderung des Erlebens und Verhaltens kommen.

Auch wenn die „einsichtsorientierten kognitiven Interventionen" sich vor allem auf die Kraft der veränderten Überzeugungen verlassen, ist es oft nötig, den Pati-

enten auf die Bewältigung schwieriger Situationen kognitiv vorzubereiten und die kognitive Bewältigung zu üben. Zum Erarbeiten und Einüben funktionaler Kognitionen kann auf die weiter oben dargestellten übungsorientierten kognitiven Interventionen zurückgegriffen werden.

Eine ausführliche Beschreibung verschiedenster kognitiver Interventionen gibt Leahy (2007).

3. Haltungsorientierte kognitive Interventionen

Im Zusammenhang mit der sogenannten „dritten Welle" der Verhaltenstherapie sind einige Interventionen vorgeschlagen worden, die nicht die Veränderung dysfunktionaler Kognitionen durch Übung oder Einsicht zum Ziel haben. Das gemeinsame von Achtsamkeitsbasierter Kognitiver Therapie (z. B. Segal, Williams & Teasdale, 2015; Heidenreich & Michalak, 2009), Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT, z. B. Hayes, 2007; Hayes, Strosahl, Bunting, Twohig & Wilson, 2004), Metakognitiver Therapie (MCT, z. B. Wells, 2011b; Fisher & Wells, 2014) und anderen Ansätzen ist, dass sie nicht den Inhalt der Kognitionen infrage stellen, sondern die Art des Umgangs mit problematischen Kognitionen.

Sie postulieren, dass nicht die Kognitionen der Patienten an sich das Problem sind, sondern die Versuche, aversives inneres Erleben zu kontrollieren oder abzustellen. Auf zum Teil ähnliche, zum Teil unterschiedliche Art und Weise versuchen diese Ansätze deshalb, die Haltung, die Menschen ihrem inneren Erleben – inklusive problematischer Kognitionen – gegenüber einnehmen, zu verändern. Die aus ihnen abgeleiteten Methoden werden deshalb hier in Abgrenzung zu den oben beschriebenen übungsorientierten und einsichtsorientierten Interventionen „haltungsorientierte kognitive Interventionen" genannt.

In der metakognitive Therapie wird zum Beispiel versucht, problematische kognitive Verhaltensmuster durch die Bearbeitung von Metakognitionen zu verändern. Metakognitionen bestimmen, auf welche Art und Weise Menschen auf ihre Gedanken reagieren. Patienten mit der metakognitiven Überzeugung, dass es sich lohnt, sich viele Sorgen zu machen, weil man dann möglicherweise besser auf schlimme Dinge, die passieren könnten, vorbereitet ist, werden eher in eine Sorgenproblematik, wie sie z. B. für eine Generalisierte Angststörung typisch ist, hineingeraten. Menschen, die davon überzeugt sind, dass man seine Gedanken kontrollieren können muss, werden eher mit Angst und Irritation reagieren, wenn sie plötzlich aggressive Gedanken haben und sich in problematische Gedankenkontrollversuche verstricken. Um die sich in den Metakognitionen spiegelnden

Haltungen zum eigenen Denken zu verändern, werden dann wiederum unter anderem die klassischen oben beschriebenen einsichtsorientierten kognitiven Interventionen genutzt. Einen Überblick über die Metakognitive Therapie geben Fisher und Wells (2014).

In der Achtsamkeitsbasierten Kognitiven Therapie und der Akzeptanz- und Commitment-Therapie sollen Patienten lernen, Gedanken als mentale Ereignisse zu sehen, auf die man reagieren kann, aber nicht muss. Stattdessen schlagen diese Ansätze zahlreiche Strategien vor, die helfen, eine die problemrelevanten Gedanken akzeptierende Haltung einzunehmen und zum eigenen inneren Erleben auf Distanz zu gehen.

Aus Platzgründen muss auf eine ausführliche Darstellung dieser Interventionen verzichtet werden. Einen Überblick geben z. B. Heidenreich und Michalak (2009) oder Eifert (2011).

Literatur

Ambühl, H., Meier, B. & Willutzki, U. (2001). *Soziale Angst verstehen und behandeln. Ein kognitiv-verhaltenstherapeutischer Zugang*. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.

Beck, A.T. (1967). *Depression. Causes and Treatment.* Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. & Emery, G. (1999). *Kognitive Therapie der Depression.* Weinheim: Beltz.

Beck, J.S. (1995). *Cognitive Therapy. Basics and Beyond.* New York: The Guilford Press.

Beck, J.S. (2013). *Praxis der Kognitiven Verhaltenstherapie.* Weinheim: Beltz.

Bennett-Levy, J., Butler, G., Fennell, M., Hackman, A., Mueller, M. & Westbrook, D. (Eds.) (2004). *Oxford Guide to Behavioural Experiments in Cognitive Therapy*. New York: Oxford University Press.

Burns, D.D. (1980). *Feeling Good: The New Mood Therapy.* New York: Avon Books.

Clark, D.M. & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In R.G. Heimberg, M. Liebowitz, D. Hope & F. Schneier (Eds.), *Social Phobia: Diagnosis, assessment, and treatment* (pp. 69–93). New York: Guilford.

Eckert, M. & Tarnowski, T. (2017). *Stress- und Emotionsregulation – Trainingsmanual zum Programm Stark im Stress*. Weinheim: Beltz.

Ehlers, A. & Margraf, J. (2001). *Fragebogen zu körperbezogenen Ängsten, Kognitionen und Vermeidung (AKV).* Göttingen: Beltz-Test.

Eifert, G.H. (2011). *Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT).* Göttingen: Hogrefe.

Fisher, P. & Wells, A. (2014). *Metakognitive Therapie*. Paderborn: Junfermann.

Hautzinger, M., Joormann, J. & Keller, F. (2005). *DAS. Skala dysfunktionaler Einstellungen.* Göttingen: Hogrefe.

Hayes, S.C. (2007). *In Abstand zur inneren Wortmaschine. Ein Selbsthilfe- und Therapiebegleitbuch auf der Grundlage der Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT).* Tübingen: dgvt-Verlag.

Hayes, S.C., Strosahl, K.D., Bunting, K., Twohig, M. & Wilson, K.G. (2004). What is Acceptance and Commitment Therapy? In S.C. Hayes & K.D. Strosahl (Eds.), *A practical guide to Acceptance and Commitment Therapy* (pp. 3–29). New York: Springer-Verlag.

Heidenreich, T. & Michalak, J. (Hrsg.). (2009). *Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie. Ein Handbuch* (3., überarb. u. erw. Aufl.). Tübingen: dgvt-Verlag.

Kaluza, G. (1996). *Gelassen und sicher im Streß. Psychologisches Programm zur Gesundheitsförderung*. Berlin/Heidelberg: Springer.

Kanfer, F.H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (1996). *Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis*. Berlin: Springer.

Klages, U. (1989). *Fragebogen irrationaler Einstellungen (FIE).* Göttingen: Hogrefe.

Leahy, R.L. (2007). *Techniken kognitiver Therapie. Ein Handbuch für Praktiker.* Paderborn: Junfermann.

Meichenbaum, D.H. (1977*). Cognitive behavior modification: An integrative approach.* New York: Plenum.

Meichenbaum, D. (1985). Metacognitive Methods of Instruction: Current Status and Future Prospects. *Special Services in the Schools, 3,* 23–32.

Meichenbaum, D. (1991). *Intervention bei Streß. Anwendung und Wirkung des Streßimpfungstrainings.* Bern: Hans Huber.

Meichenbaum, D. & Goodman, J. (1969a). Reflection-impulsivity and verbal control of motor behavior. *Child Development, 40,* 785–797.

Meichenbaum, D. & Goodman, J. (1969b). The developmental control of operant motor responding by verbal operants. *Journal of Experimental Child Psychology, 7,* 553–565.

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.

Padesky, C.A. (1993, September). *Socratic questioning: Changing minds or guiding discovery?* Invited keynote address presented at the 1993 European Congress of Behaviour and Cognitive Therapies, London. Verfügbar unter: http://www.padesky.com/clinicalcorner/ [28.06.2017].

Rouf, K., Fennell, M., Westbrook, D., Cooper, M. & Bennett-Ley, J. (2004). Devising effective behavioural experiments. In J. Bennett-Levy, G. Butler, M. Fennell, A. Hackman, M. Mueller & Westbrook, D. (Eds.), *Oxford Guide to Behavioural Experiments in Cognitive Therapy* (pp. 1–20). New York: Oxford University Press.

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.

Stangier, U., Heidenreich, T. & Peitz, M. (2003). *Soziale Phobien. Ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Behandlungsmanual.* Weinheim: Beltz.

Stavemann, H.H. (2001). *Im Gefühlsdschungel. Emotionale Krisen verstehen und bewältigen.* Weinheim: Beltz.

Stavemann, H.H. (Hrsg.). (2002). *Sokratische Gesprächsführung in Therapie und Beratung.* Weinheim: Beltz.

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. (1990). *Cognitive Therapy for Personality Disorders: A Schema-Focused Approach*. Sarasota, FL: Professional Resource Press.

Young, J.E. & Brown, G. (1994). Young Schema-Questionnaire. In J.E. Young, *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach* (pp. 63–76). Sarasota, FL: Professional Resource Press.