12 Formen ungünstigen Denkens

Obwohl manche automatische Gedanken richtig sind, sind viele entweder unrichtig oder enthalten nur ein Körnchen Wahrheit. Zu den typischen Denkfehlern gehören:

1. Alles-oder-nichts-Denken (auch Schwarz-Weiß-, polarisiertes oder dichotomes Denken genannt): Sie sehen eine Situation nicht als Kontinuum, sondern lediglich in zwei Kategorien.
Beispiel: "Wenn ich nicht total erfolgreich bin, bin ich ein Versager“

2. Katastrophisieren (auch Wahrsagen genannt): Sie machen eine negative Vorhersage für die Zukunft, ohne andere, wahrscheinlichere Folgen in Betracht zu ziehen.
Beispiel: "Vor lauter Aufregung werde ich gar nichts machen können.“

3. Positives ausschließen oder abwerten: Unvernünftigerweise sagen Sie sich, das positive Erfahrungen, Taten oder Eigenschaften nicht zählen.
Beispiel: "Dieses Projekt ist mir gut gelungen, aber das heißt nicht, dass ich qualifiziert bin, ich hatte einfach Glück." ,

4. Gefühl als Beweis: Sie denken, dass etwas wahr sein muss, weil Sie es so stark fühlen" (in Wirklichkeit glauben), wobei Sie Beweise für das Gegenteil ignorieren oder abwerten.
Beispiel: "Ich weiß, dass ich bei der Arbeit vieles gut mache, aber ich habe trotzdem das Gefühl, ein Versager zu sein."

5. Etikettierung: Sie geben sich selbst oder anderen ein festgelegtes globales Etikett ohne auf Anhaltspunkte zu achten, die vernünftigerweise zu einer weniger extremen Schlussfolgerung führen würden.
Beispiel: "Ich bin ein Verlierer. Er taugt nichts."

6. Vergrößerung/Verkleinerung: Wenn Sie sich selbst, andere oder eine Situation beurteilen, vergrößern Sie die negativen Aspekte und/oder verkleinern die positiven.
Beispiel: „Eine mittelmäßige Bewertung beweist, wie unzulänglich ich bin. Gute Noten bedeuten nicht, dass ich schlau bin."

7. Mentaler Filter (auch selektive Verallgemeinerung genannt): Anstatt das vollständige Bild zu sehen, legen Sie übermäßig viel Aufmerksamkeit auf ein negatives Detail.
Beispiel: „In meiner Beurteilung ist eine negative Bewertung (aber auch einiges positive). Das bedeutet, dass ich schlechte Arbeit mache."

8. Gedankenlesen: Sie glauben zu wissen, was die anderen denken, und ziehen dabei andere wahrscheinlichere Möglichkeiten nicht in Betracht.
Beispiel: „Er denkt, dass ich nicht den leisesten Schimmer von diesem Projekt habe."

9. Übergeneralisierung: Sie ziehen eine radikale negative Schlussfolgerung, die weit über die aktuelle Situation hinausgeht.
Beispiel: "Ich habe einfach kein Talent, Freude zu finden, (weil ich mich bei dem Treffen nicht wohl gefühlt habe)."

10. Personalisierung: Sie glauben, dass es an Ihnen liegt, wenn andere sich negativ verhalten, ohne plausiblere Erklärungen für das Verhalten in Betracht zu ziehen.
Beispiel: „Der Mechaniker war kurz angebunden zu mir, weil ich etwas falsch gemacht habe.“

11. Aussagen mit „sollte“ und „müsste“ (auch Imperative genannt): Sie habe eine genaue feste Vorstellung davon, wie Sie oder andere sich verhalten sollten, und Sie überschätzen, wie schlecht es ist, wenn diese Erwartungen nicht erfüllt werden.
Beispiel: "Es ist schrecklich, dass ich einen Fehler gemacht habe. Ich sollte immer mein Bestes geben."

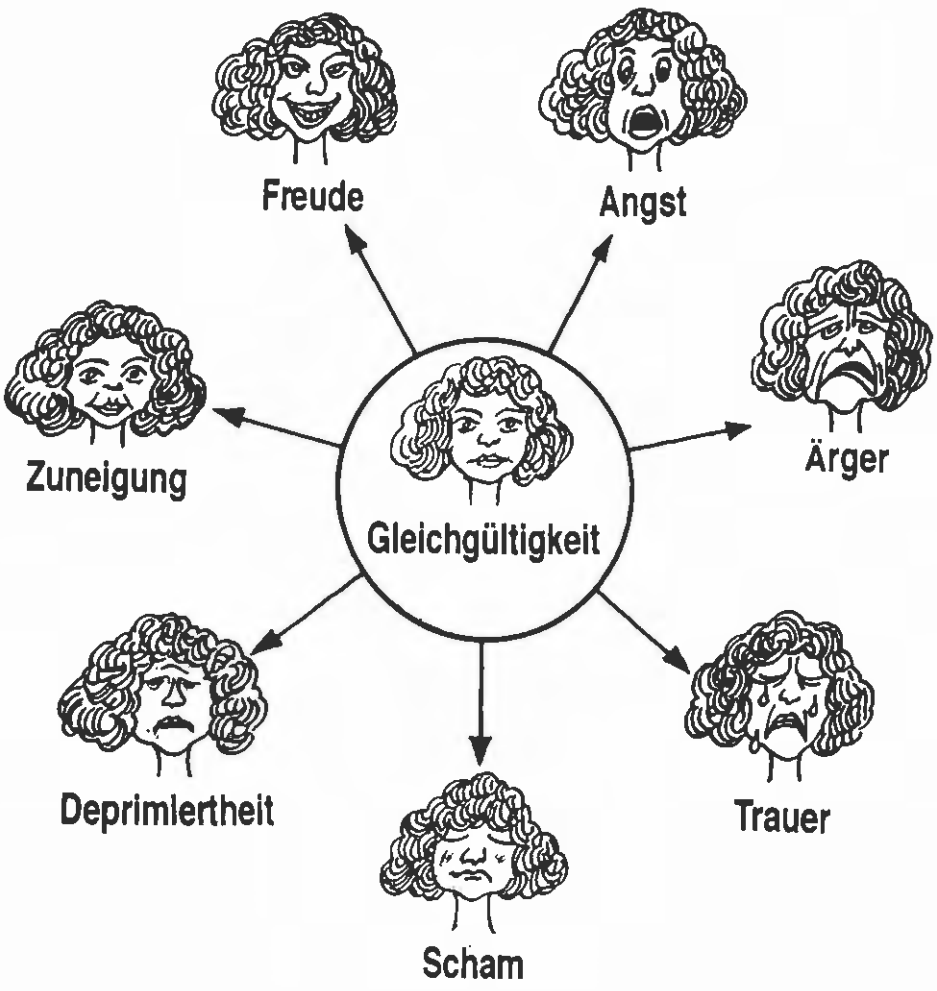
12. Tunnelblick: Sie sehen nur die negativen Aspekte einer Situation.

Beispiel: "Der Lehrer meines Sohnes kann nichts richtig machen. Er ist zu kritisch und unsensibel und ein miserabler Pädagoge."

II. Das ABC-Modell der Gefühle

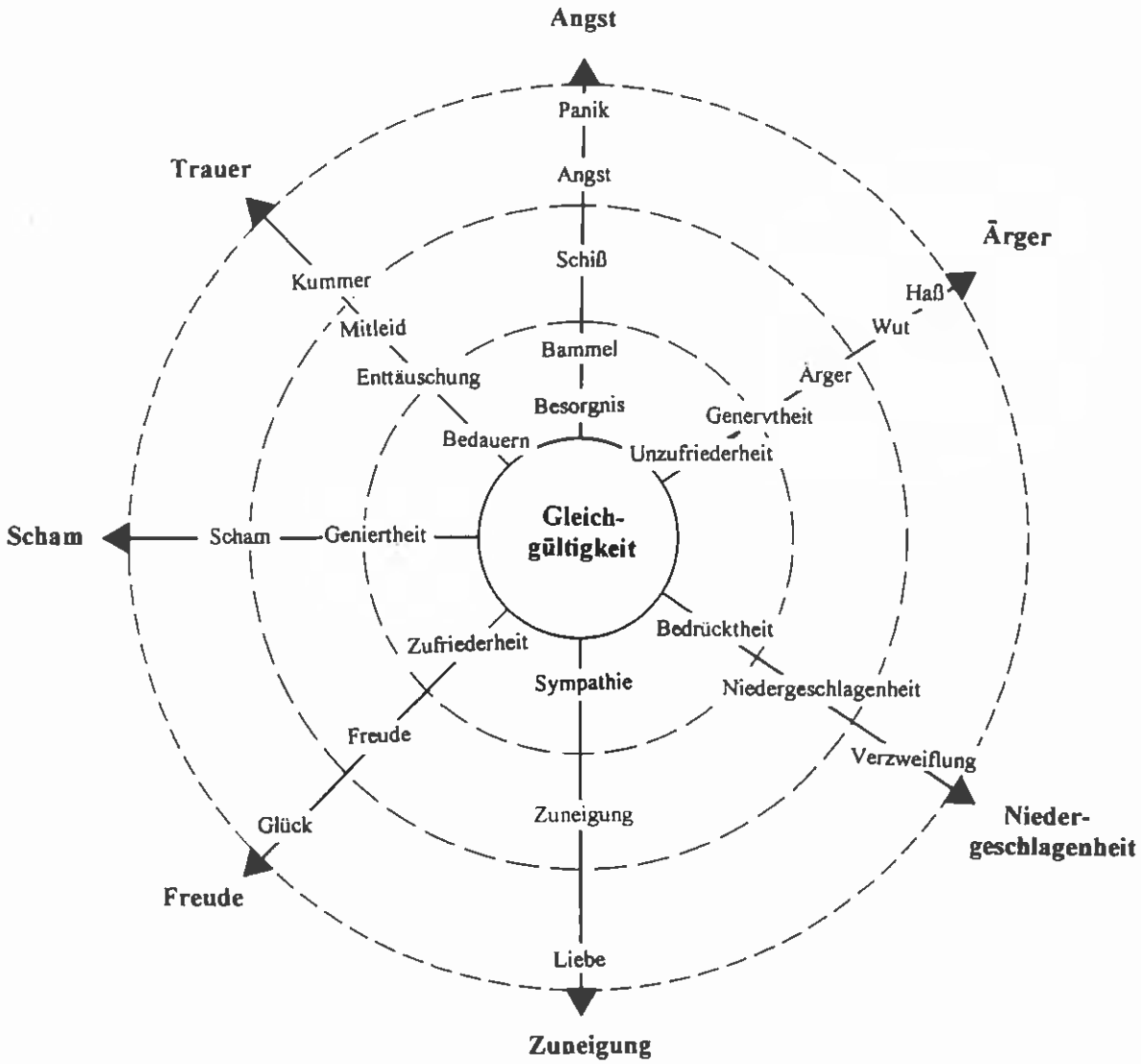
1. Was sind eigentlich Gefühle oder Emotionen?

Die Worte *Gefühl* oder *Emotion* verwenden wir in der Alltagssprache oft mit recht unterschiedlicher Bedeutung. Bevor wir nun den Zusammenhang zwischen Gedanken und Gefühlen genauer betrachten, werden wir deswegen zum besseren, eindeutigen Verständnis zunächst eine Begriffsbestimmung vornehmen.
Die seelischen *Gefühle* (oder *Emotionen*) des Menschen unterscheiden sich meist nicht oder nur unwesentlich von denen höher entwickelter Tiere. Sie lassen sich auf wenige Dimensionen begrenzen und beschreiben: Freude und Zuneigung als angenehme Empfindungen, Gleichgültigkeit als neutrale, Angst, Ärger, Scham, Trauer und Niedergeschlagenheit als unangenehme.



Gefühlsdimensionen

Eine Vielzahl weiterer Begriffe zur Beschreibung emotionaler Zustände sind entweder Mischformen aus diesen Dimensionen (wie z.B. Eifersucht), oder sie dienen zur Bestimmung ihrer ***Stärke***, der Gefühls***intensität***.
Auf der Angstdimension können wir so z.B. Bezeichnungen wie *Besorgnis, Bammel, Ängstlichkeit, Schiß, Angst* und *Panik* einordnen, auf der Ärgerdimension die Begriffe *Unzufriedenheit, Ärger, Haß* und *Wut*.
Diese Bezeichnungen sind vom jeweiligen Sprachgebrauch geprägt und besitzen deshalb häufig eine subjektive, unterschiedliche Bedeutung.
Der nachfolgende *Gefühlsstern* zeigt *eine mögliche* Einordnung dieser Begriffe auf den unterschiedlichen Dimensionen. Da sich die Wortbedeutungen und Wortschöpfungen einer Sprache meist regional, schicht- oder altersabhängig unterscheiden, könnte die Reihenfolge auf den einzelnen Skalen auch anders aussehen. Neue Benennungen könnten hinzukommen, andere wegfallen.



Der *Gefühlsstern*

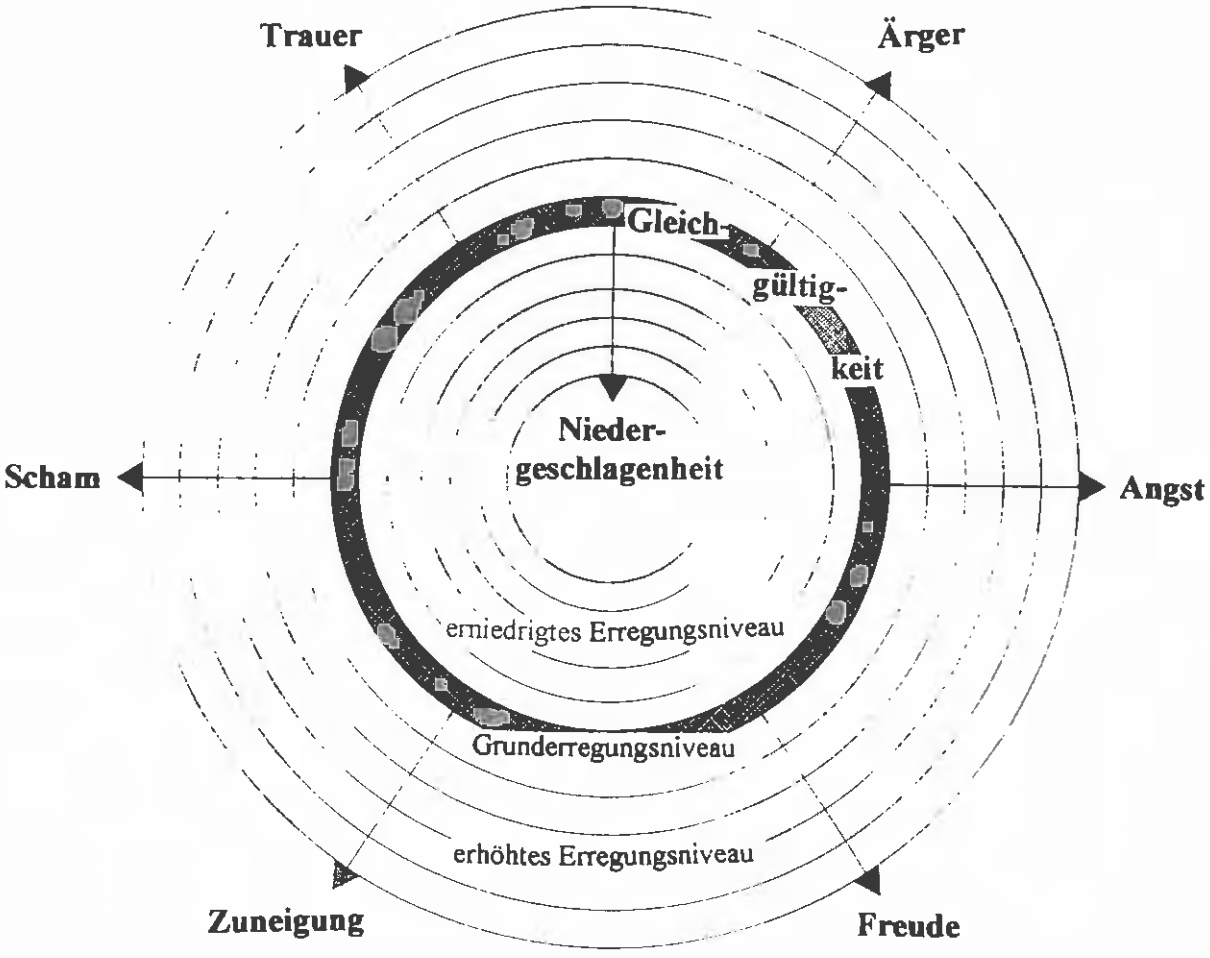
Im Alltagssprachgebrauch benutzen wir nun häufig die Bezeichnung *"...gefühl"* für etwas, was nach der obigen Begriffsbestimmung nicht als eigenständige Emotion einzuordnen ist. Das können körperliche, *physiologische* Begleiterscheinungen von Gefühlen sein (wie das "*Gefühl*", in Ohnmacht zu fallen, zu ersticken, zu erröten), oder Gedanken (Ich hatte das "*Gefühl*", der lacht mich aus, der verarscht mich, dem kann man nicht trauen usw.) oder Körpergefühle (wie Schmerz, Hunger, Durst, Wärme und Kälte).
Um dies künftig besser auseinanderhalten zu lernen, gibt nachstehende Aufstellung eine grobe Übersicht der einzelnen Bereiche:

Gefühle:	**körperliche Begleitsymptome:**	**Gedanken, Einschätzungen:**	**Körpergefühle:**
Freude	Erröten	Unsicherheit	Hunger
Zuneigung	Schwindelgefühl	Mißtrauen	Körperschmerz
Gleichgültigkeit	Ohrensausen	Unglaubwürdigkeit	Kälte
Haß	Herzrasen	Verhöhnt zu werden	Durst
Zufriedenheit	Herzstiche	Vertrauen	Druck
Scham	Schwitzen	Einsamkeit	Müdigkeit
Besorgnis	Zittern	Sicherheit	Wärme
Enttäuschung	Atembeschwerden	Verbundenheit	
Angst	Harndrang	Abhängigkeit	
Kummer	Übelkeit	Freiheit	
Niedergeschlagenheit	Kreislaufstörungen	Verpflichtet zu sein	
Trauer	Verstopfung	Ohnmächtig zu sein	
Unzufriedenheit	Kopfschmerzen	Ausgeliefert zu sein	
Panik	Muskelspannung	Gemocht zu werden	
Wut	Erblassen	Ausgelacht zu werden	
Liebe	In Ohnmacht fallen	Abgelehnt zu werden	
Ärger			

Aus eigener Erfahrung wissen wir, daß Gefühle mit einer mehr oder weniger großen Aufregung, dem *Erregungsniveau,* einhergehen. In der Regel empfinden wir Emotionen um so stärker, je höher die sie begleitende Erregung ist. (Ausnahme: Auf der Gefühlsdimension *Niedergeschlagenheit* nimmt das Erregungsniveau ab, je intensiver die Deprimiertheit wird.)
In nachfolgender Abbildung bezeichnet der grau unterlegte Kreis in der Mitte des *Gefühlssterns* das *Grunderregungsniveau* und den Gefühlszustand, den wir erleben, wenn wir eine Situation als neutral ansehen. Was dann gerade geschieht, ist weder gut noch schlecht für uns. Es ist uns egal. Wir nennen diese Emotion *Gleichgültigkeit.*

Je weiter die Gefühle nun **nach außen** auf den Strahlen angesiedelt sind, um so höher ist das sie begleitende Erregungsniveau. Mit wachsender Entfernung vom neutralen Gefühl **nach innen** schwächt es sich ab. Es liegt dann unter dem Normalniveau.
Die konzentrischen Kreise sollen diese unterschiedlichen Erregungsniveaus darstellen.

Um die einzelnen Gefühlsintensitäten allgemeingültiger und vergleichbarer wiedergeben zu können, werde ich künftig auf Bezeichnungen wie z.B. *Besorgnis - Bammel - Schiß - Angst - Panik* auf der Angstskala verzichten und dafür die Erregungshöhe auf einer Skala von 1 bis 10 angeben.
So wird aus Unzufriedenheit nun Ärger (1), Wut entspricht Ärger (10). Auf der Angstskala stehen statt *Besorgnis, Bammel, Schiß* und *Panik* nun beispielsweise Angst (1), Angst (2), Angst (4) und Angst (10). Entsprechend werden die anderen Gefühle in 10 Intensitätsgrade unterteilt.



Gefühlsstern mit Einteilung nach Erregungsniveaus

Häufig können wir das Phänomen beobachten, daß sich ein Gefühl leichter in ein völlig anderes auf gleichem Erregungsniveau verändern läßt, als daß es auf derselben Dimension abgeschwächt werden könnte.
So haben wir wohl alle schon bei uns selbst oder bei anderen erlebt, daß es viel leichter ist, zwischen Liebe und Haß, zwischen Trauer und Wut oder zwischen Angst und Wut hin und her zu pendeln, als eine starke Deprimiertheit, Trauer, Angst oder Wut in Richtung weniger intensiver Gefühlszustände zu verändern.

Grundsätzlich ist es leichter, ein Gefühl in ein anderes auf derselben Erregungshöhe zu verändern, als eine Senkung dieses Niveaus zu erreichen und dieselbe Emotion weniger intensiv zu empfinden.

Je höher aber das Erregungsniveau ist, um so intensiver fallen die damit verbundenen körperlichen (physiologischen) Begleitsymptome aus. Dies sind beispielsweise Herzrasen, Schwindelanfälle, Erröten, Zittern, Schwitzen oder Verkrampfen. Und je ausgeprägter diese Reaktionen ausfallen, desto größer ist auch der Streß, den wir unserem Organismus zufügen.
Wer sich häufig und ausgiebig auf hohen Erregungsniveaus tummelt, wird daher über kurz oder lang mit *psychosomatischen* Reaktionen rechnen müssen. Hierbei handelt es sich um Erkrankungen des Organismus, die zwar körperlicher (*somatischer*) Art sind, ohne aber eine solche Ursache zu haben. Verantwortlich für die somatische Erkrankung ist hier der psychische Streß, die ständigen hohen emotionalen Erregungsniveaus.

Es ist dabei unerheblich, um welches Gefühl es sich handelt. Ob Liebe, Freude, Angst oder Ärger: Streß ist Streß, und er führt langfristig zu denselben Resultaten. ***Wie*** der Organismus auf Dauerstreß reagiert, ist wiederum abhängig von der Konstitution der betreffenden Person. In der Regel reagiert er zuerst mit dem Organ, daß momentan am wenigsten Widerstandskraft besitzt. So wird der eine Magenbeschwerden bekommen, der andere Herzschmerzen, Darmerkrankungen, Migräne, Asthmaanfälle oder Kreislaufprobleme.

Dies verdeutlicht noch einmal, daß uns mit der Modifikation eines Gefühls in ein anderes auf demselben Erregungsniveau überhaupt nicht gedient ist. Wenn wir beispielsweise lernten, statt mit großer Angst nun mit immensem Ärger zu reagieren, so bliebe das langfristige Resultat in Form psychosomatischer Erkrankungen doch das gleiche.

Fassen wir also zusammen:

Unser Ziel ist es, häufige oder extreme Erregungshöhen abzubauen.
Wir werden uns nicht zu oft und zu lange auf diese Streßniveaus begeben.
Und wenn wir denn doch einmal wieder dort gelandet sind, werden wir uns dort nicht unnötig lange aufhalten.

2. Wie entstehen Emotionen?

Wir haben bisher erfahren, daß psychische Probleme grundsätzlich auch emotionale Probleme sind, und wir haben festgelegt, was wir künftig unter *Emotionen* oder *Gefühlen* verstehen wollen.
Nun sollten wir überlegen, wie oder wodurch Gefühle denn überhaupt entstehen, und wie sie aufrecht erhalten werden. Denn wenn es uns gelingt, dieses "Rezept" oder "Strickmuster" herauszufinden, könnten wir leichter und gezielter verändernd eingreifen.

Wir wissen schon, daß Philosophen bereits vor über 2000 Jahren den Zusammenhang zwischen Gedanken und Gefühlen erkannten. Anhand einiger Beispiele wollen wir nun ***Epiktets*** Aussage genauer betrachten. Er stellte ja fest, daß wir nicht durch Dinge selbst beunruhigt werden, sondern durch unsere Einstellungen, die wir zu ihnen haben.
Anders ausgedrückt besagt dieser Satz:

> **Unsere Gefühle werden durch die Art und Weise unseres bewußten oder unbewußten Denkens und Einschätzens, durch unsere verinnerlichten oder spontanen Werturteile gesteuert.**
> **Je extremer dabei die Einschätzung einer Situation, Person oder Sache ausfällt, um so ausgeprägter ist das daraus hervorgehende Gefühl.**

Betrachten wir hierzu das Beispiel auf der folgenden Seite:
Wir sehen, daß Maxine nach ihrer Bewertung "Oh, wie schön!" keine Wahl mehr in bezug auf das daraus hervorgehende Gefühl hatte: Sie ***mußte*** sich einfach freuen.

Wenn jemand etwas für sich als schön, toll oder in irgendeiner anderen Weise positiv findet, wird das entsprechende Gefühl *Freude* sein, in welcher Intensität auch immer. Wenn wir etwas als *egal* ansehen, werden wir mit der neutralen Emotion *Gleichgültigkeit* reagieren. Bei negativen Einschätzungen wie: *Das wäre entsetzlich! Sauerei! Schade. Wie peinlich!* oder: *Das ist alles ganz entsetzlich und hoffnungslos,* werden wir *Angst*, *Ärger*, *Enttäuschung*, *Scham* oder *Niedergeschlagenheit* empfinden.

Folgen wir der Einsicht, daß unsere Werturteile unser Gefühlsleben bestimmen, kommen wir zwangsläufig zu dem Schluß, daß auch belastende, krankmachende Emotionen wie bestimmte Ängste, Wut, Niedergeschlagenheit oder Scham durch unsere Bewertungen hervorgerufen und aufrechterhalten werden.
Das bedeutet letztendlich:

> **Für unsere Emotionen, einschließlich der belastenden und unwillkommenen, sind nicht bestimmte Personen, Ereignisse oder Situationen verantwortlich, sondern unsere eigenen Werturteile, die wir bewußt oder unbewußt darüber gefällt haben.**

Augenblickliche Situation:
Ich treffe Max.

Meine Bewertung in dieser Situation:
Ich denke: "Oh, wie schön!"

Mein durch diese Bewertung ausgelöstes Gefühl:
Ich freue mich.

Mein Verhalten:
Ich sage: "Hallo Max!"
Ich reiche ihm die Hand

Wenn wir aber davon ausgehen, daß wir prinzipiell selbst entscheiden können, wie wir eine Situation, Person oder Sache bewerten möchten, ob wir etwas toll, peinlich, gefährlich, angenehm, egal oder schade finden, dann bedeutet dies auch, daß wir damit selbst bestimmen, wie wir uns danach fühlen.
Als erwachsener, selbständig denkender Mensch können wir nicht zu bestimmten Werturteilen gezwungen werden. Wir *können* uns zwar mehr oder weniger bewußt und wohlüberlegt bestimmten Normen und Meinungen unserer Umwelt anschließen, *müssen* es aber nicht.

Da andere uns nicht vorschreiben können, wie wir etwas beurteilen, ob wir es gut, egal oder schlecht für uns finden, können sie logischerweise auch nicht für unsere Gefühle verantwortlich sein.
Wir selbst sind es, die entscheiden, was wir von einer Situation, Person oder Sache halten. Folglich sind wir auch für die daraus entstehenden Emotionen haftbar. Egal, ob es sich dabei um angenehme oder unangenehme oder gar um belastende, krankmachende Gefühlszustände handelt. Fazit:

Da wir unsere Gefühle durch unsere Werturteile selbst bestimmen, sind wir auch dafür verantwortlich.

Wir allein entscheiden durch unsere Art zu denken, ob wir uns fröhlich, ängstlich, traurig, ärgerlich, wütend, gelassen oder niedergeschlagen fühlen.

Diese Schlußfolgerung ist natürlich recht unbequem. Denn wenn andere nicht für meine emotionale Situation verantwortlich sind, keine Schuld an meinem miesen Gefühlszustand haben..., ja, dann müßte ich ja wohl selbst etwas verändern...
Vielleicht sind auch einige über dieses Fazit ärgerlich. Denn Panik, Niedergeschlagenheit, Trauer, Wut oder Scham sind ja nun wirklich nicht gerade angenehm, und sie denken:

" Ja, aber...!!! Der spinnt ja wohl!!! Warum zum Teufel sollte ich mich selbst depressiv, ängstlich oder traurig machen, mich selbst in Panik oder Wut versetzen???"

Ja, **warum**...???

Sinnvolle Gründe, weshalb wir uns selbst emotional belasten *sollten,* gibt es wohl kaum. Hingegen einige, wie wir es *können*, ohne es zu wollen:
Entweder wir treffen Bewertungen und fällen Werturteile, ohne deren emotional belastende Auswirkungen und Gefahren zu erkennen, oder wir bewerten *unbewußt* auf eine Art und Weise, deren Schädlichkeit wir zwar kennen, aber ohne zu wissen, daß wir selbst so denken.
Oder wir erkennen sogar, daß wir eine schädliche Bewertung getroffen haben, wissen aber nicht, was wir dagegen ausrichten können. Oder wir wollen es vielleicht auch gar nicht erst versuchen, weil es so mühsam ist.

Halt! Stop! Einwände!

"Aber es gibt doch auch belastende Situationen! Da kann man doch gar nicht anders fühlen. Jeder hätte sich da so gefühlt."

Betrachten wir zu diesem Einwand einige Situationen, die wohl die meisten von uns besonders schlimm oder katastrophal finden: Krieg, Mord, Vergewaltigung, Kindesmißhandlung, Inzest, Tod einer Bezugsperson oder Krankheiten wie Krebs, Aids, Leukämie... Vermutlich werden 99% oder mehr hierzu Bewertungen fällen, die zu negativen Gefühlen führen. Es ***müssen*** dabei aber nicht notwendigerweise bei allen dieselben Gedanken abgelaufen und identische emotionale Konsequenzen eingetreten sein.
Kriege werden beispielsweise ganz unterschiedlich bewertet von denen, die sie angezettelt haben und gut daran profitieren, und denen, die in der ersten Reihe kämpfen sollen. Aber auch Zusatzbezeichnungen wie *Befreiungs*krieg oder *Heiliger* Krieg machen nur zu deutlich, daß es auch Menschen gibt, die so etwas positiv sehen.

Auch der Tod ist objektiv weder gut noch schlecht, und wir haben die Möglichkeit, ihn so oder so zu bewerten. Denken wir an die, die im Tod eine Erlösung sehen, oder die, die dadurch eine Verbesserung ihrer Situation erhoffen, wie zum Beispiel der „Heilige Krieger", der meint, direkt in den Himmel zu kommen und jubelnd in den Kugelhagel läuft.

Wir können tagtäglich beobachten, wie unterschiedlich Menschen mit Krankheiten oder Unglücksfällen umgehen. Der eine Querschnittgelähmte sitzt in der dunkelsten Ecke seines Zimmers, hadert mit sich, seinem Schicksal und der Umwelt und verfällt nach und nach in immer tiefere Depression. Der andere beginnt nach einiger Zeit zu überlegen, wie er sein Leben noch auszufüllen und zu genießen vermag, trainiert vielleicht sogar für die nächste Behindertenolympiade.
Halten wir daher fest:

Auch in Extremsituationen gibt es grundsätzlich verschiedene Bewertungsmöglichkeiten. Auch diese Situationen sind objektiv weder gut noch schlecht. Sie stellen lediglich das dar, was sie sind.
Wie wir das finden, entscheiden wir selbst (unter Berücksichtigung unserer persönlichen Zielsetzungen).

Ist ein Ereignis in irgend einer Weise schlecht für unsere Ziele, werden wir angemessenerweise ein unangenehmes Gefühl haben. *Welche* negative Emotion in welcher *Intensität* das ist, entscheiden wir wiederum selbst durch unsere Betrachtungsweise.

"Soll das etwa heißen, daß Erziehung und Lebenserfahrungen völlig ohne Auswirkung auf unser heutiges Denken, Fühlen und Verhalten sind?"

Nein, das soll es natürlich nicht heißen. Es widerspräche den Grundannahmen der Verhaltenstherapie, wenn wir die Einflüsse der persönlichen Lerngeschichte auf unser Denken, Fühlen und Verhalten bestritten. Aber betrachten wir doch einmal genauer, was Erziehung und Lebenserfahrungen bedeuten:

Die in der Kindheit, in der Jugend und im Erwachsenenalter vermittelten, bewußt oder unbewußt gelernten, verinnerlichten Normen, Glaubensgrundsätze und Verhaltensmuster bilden unseren Erfahrungsschatz, die Gesamtheit unseres Wissens und Könnens. Auf ihn greifen wir gewohnheitsmäßig zurück, wenn wir uns über bestimmte Dinge, Personen oder Sachen eine Meinung bilden, wenn wir Vergleiche anstellen, Erfahrungen verarbeiten, vermeintliche Chancen und Gefahren abwägen.
Dieser Prozeß des *Erinnerns* ist vergleichbar mit dem Abruf des Speicherinhalts eines Computers. Darüber hinaus sind Menschen aber grundsätzlich auch in der Lage, aus diesen Inhalten mehr oder weniger logische Schlußfolgerungen zu ziehen.
Aber ist das *Erinnern* und *Verarbeiten* von Wissen, Glaubensgrundsätzen und Informationen etwas anderes als ***Denken***? Und daß die Art und Weise unseres Denkens unsere Gefühle bestimmt, haben wir ja bereits festgestellt.

Wenn wir also heute in emotionale Turbulenzen geraten, weil wir in unserer Lerngeschichte, sei es durch das Elternhaus, die Schule oder durch wen auch immer, bestimmte wichtige Informationen, Normen oder Verhaltensmuster nicht oder falsch vermittelt bekommen haben, ...sehr schade! Es wird uns heute zu schaffen machen.

Spätestens aber mit dem Eintritt ins Erwachsenenalter sind wir prinzipiell in der Lage, etwas gegen diesen Zustand zu tun.
Erinnern wir uns: Der therapeutische Prozeß besteht in erster Linie aus dem Erlernen angemessener oder dem Umlernen unangemessener Strategien. Und wer sollte uns nun zwingen, die erkannten Lücken oder schädigenden Normen beizubehalten und weiterhin zu glauben?

Unabhängig davon, was wir bislang lernten und glaubten, und wie sehr wir darunter auch gelitten haben mochten: Es liegt an uns, *heute* etwas zu unternehmen, um gezielt das Notwendige nach- oder umzulernen.

Ebenso wie sich die meisten von uns irgendwann einmal entschieden haben, nicht mehr an den Weihnachtsmann, den Klapperstorch oder den Osterhasen zu glauben, könnten wir heute auch an der Veränderung der übrigen unangebrachten, belastenden Normen und Denkmuster arbeiten.
Wir können nun endlich auch diese letzten verbliebenen "*Klapperweihnachtshasen*" auf Realitätsbezug und Zielgerichtetheit prüfen, und sie gegebenenfalls durch Neu- oder Umlernen verändern.

Klapperweihnachtshasen und andere Gedankenmonster

"Wollen Sie mir damit etwa sagen, daß ich an meinem ganzen Leid und Unglück nun auch noch selbst schuld sein soll?"

Wir haben gesehen, wie emotionales Erleben und auch Leiden durch die Art unseres Erinnerns und Denkens gesteuert wird. Natürlich sind wir nicht verantwortlich dafür, was man uns als Kind beigebracht hat und was nicht.

Die Frage nach der Verantwortung ist ohnehin so eine Sache für sich. Meist ist darin mehr oder weniger deutlich eine Schuldzuweisung enthalten. Betrachtet man *verantwortlich* allerdings im Sinne von *ursächlich*, dann kann man schon sagen, daß die Eltern, die Lehrer und Freunde mitverantwortlich für das sind, was Kinder lernen.
Wenn darin aber auch eine moralische Schuldzuweisung enthalten sein soll, muß man sich fragen, wozu diese dienen soll, wenn nicht zu unserer vermeintlichen Entlastung.
Wir könnten uns dann zurücklehnen und fordern: *Die sind schuld an meiner Situation. Nun sollen die mal sehen, was sie alles angerichtet haben und zusehen, wie sie es wieder gut machen."*

Schön wär´s.
Da andere nun aber schlecht für uns etwas neu- oder umlernen können, bleibt uns lästigerweise nichts anderes übrig, als das selbst zu besorgen. Es sei denn, wir möchten uns noch ein wenig im Selbstmitleid oder in Anschuldigungen verlustieren.
Denn auch hier gilt:

> **Andere können zwar verantwortlich für unsere Lernerfahrungen und so auch mitverantwortlich für das daraus resultierende Leid sein.**
> **Ob wir dieses emotionale Leiden aber aufrecht erhalten oder abbauen, bestimmen wir weitgehend selbst. Denn nur wir allein können eigene Defizite durch Neu- oder Umlernen beseitigen.**

Eltern, Erzieher usw. können natürlich nur das an Kinder weitergeben, was sie selbst gelernt haben. Egal, wie katastrophal, falsch oder unangemessen dies auch immer gewesen sein mag.

Schuldvorwürfe helfen hier nicht weiter, da sie die Situation nicht verändern, sondern nur eine Kette von "Verursachern" für unseren heutigen Zustand schaffen:
Daß die Eltern uns Kinder nicht besser zu erziehen wußten, ist "Schuld" der Großeltern, weil sie es ihnen nicht besser beigebracht haben. Andererseits sind daran dann wieder die Urgroßeltern schuld, da sie es den Großeltern ja auch nicht vermittelten, ...usw.
Ja, und nun?
Da hilft uns nur die Erkenntnis:

> **Aus welchem Grund auch immer wir heute emotionales Leid ertragen müssen: Es ist so, wie es ist. Ob es so bleibt, oder ob wir versuchen, es zu ändern, entscheiden wir selbst.**

3. Lassen sich Emotionen beeinflussen?

Wenn wir nun davon ausgehen, daß die Art und Weise unseres Denkens und Bewertens maßgeblich unsere Gefühlslage bestimmt, und wenn wir unterstellen, daß Menschen ihre Bewertungen und Normensysteme durch Um- oder Neulernen verändern können, dann ergibt sich daraus logischerweise, daß veränderte Bewertungen andere Emotionen oder andere Gefühlsintensitäten zur Folge haben.

Lassen Sie uns das einmal am Beispiel "Max und Maxine" überprüfen:

Wie sich Maxine wohl gefühlt hätte, wenn sie statt "Oh, wie schön!" gedacht hätte: "Mist, der schon wieder!", oder: "So eine Sauerei! Ich denke, der arbeitet!" Oder gar: "Schade, daß er mich verlassen hat. So eine Beziehung finde ich nie wieder..."

Wie wir sehen, hat Maxine verschiedene Bewertungsmöglichkeiten und damit auch die Entscheidungsfreiheit über das gesamte emotionale Spektrum.
Halten wir daher fest:

> **Gefühle werden durch Bewertungen und Normensysteme festgelegt.**
> **Möchte man eine bestimmte Emotion verändern, so kann man dies durch eine entsprechende Veränderung der gefühlsbestimmenden Gedanken erreichen.**

Dies alles trifft natürlich nicht nur auf Max und Maxine zu, sondern ist allgemein gültig und machte bereits unseren Vorfahren zu schaffen. Das zeigt uns ein Blick in unsere jüngere Geschichte:
Auch Hagen im Beispiel auf der nächsten Seite hatte ganz offensichtlich die Wahl zwischen verschiedenen Betrachtungsmöglichkeiten und damit zwischen unterschiedlichen Gefühls- und Verhaltensreaktionen.

Können Gefühle *nur* durch Denken entstehen und verändert werden?

Wir wissen inzwischen, wie sehr unsere Emotionen durch unsere Denkweisen, Normen und Erinnerungen gesteuert werden. Dennoch bedeutet dies nicht, daß es keine anderen Entstehungs- und Veränderungsmöglichkeiten gäbe.
Bekanntermaßen kann man Gefühlslagen zum Beispiel auch durch Drogen oder Psychopharmaka beeinflussen, und zwar oft sehr viel schneller und bequemer, als dies durch Psychotherapie, d.h. durch Um- oder Neulernen möglich wäre.
Das ist also der einfachste Weg..., wären da nicht die Nebenwirkungen dieser Mittel. Da sie nur vorübergehend wirken und keine eigentliche Veränderung von Bestand erreichen, muß man eben dauernd nachschlucken oder weiter spritzen.
Und um den Gewohnheitseffekt auszugleichen, muß dies in immer kürzeren Abständen, in steigender Dosis und mit zunehmenden Nebenwirkungen geschehen.

Der Germane Hagen auf Freiersfüßen

Es könnte bei anderen Bewertungen aber auch so ablaufen:

A : Der Germane HAGEN trifft die Germanin FREYA.

B : HAGEN bewertet diese Situation, er denkt:

C1 : (Gefühl) HAGEN geniert sich,

C2 : (Verhalten) Er gibt seinen Plan auf und geht jagen...

Hagen auf Hasenfüßen

Bei einigen emotionalen Störungen kann es aber durchaus angezeigt sein, den beginnenden psychotherapeutischen Prozeß zumindest vorübergehend durch eine begleitende Psychopharmakabehandlung zu unterstützen. Denn zu starke emotionale Belastung behindert die zur Veränderung notwendigen Lernprozesse.
So ist beispielsweise während einer Panikattacke oder einer schweren depressiven Episode das Erregungsniveau viel zu hoch beziehungsweise zu niedrig, und die Gedanken sind zu sehr auf die *Gefahr* oder auf die *Sinn-* und *Hoffnungslosigkeit* fixiert, um gezieltes, systematisches Bearbeiten zu ermöglichen.
Auch unser Körper bedient sich chemischer Prozesse, um emotionales Erleben zu steuern. Er produziert in seiner eingebauten *Drogenküche* bestimmte Stoffe wie Adrenalin, Noradrenalin, Hormone und Neurotransmitter.
Diese Stoffe arbeiten als chemische Boten. Sie nehmen oft direkt Einfluß auf Prozesse im Gehirn, auch auf die Teile, die unsere Gefühlswelt steuern. Und sie erfüllen vielfältige Aufgaben im Haushalt und im Regulationssystem unseres Organismus. Durch ihren Einsatz können bestimmte interne Abläufe gesteuert, blockiert, ausgelöst oder beschleunigt werden.
Der menschliche Organismus ist besonders komplex und kompliziert. Die Zusammenhänge, Wechselwirkungen und Rückkoppelungen zwischen einzelnen Systemen und Regelkreisen sind derart vielfältig, verwoben und sensibel für Veränderungen, daß durch die Störung eines nur kleinen, an diesem Mechanismus beteiligten Rädchens, leicht das gesamte homöostatische System aus dem Gleichgewicht gerät.
Wir können dies an den vielen, oft erheblichen, unerwünschten Nebenwirkungen von Medikamenten erkennen, die in dieses Regulationssystem eingreifen.

Es ist daher leicht nachvollziehbar, weshalb es auch aufgrund von Störungen in unserer inneren *Chemiefabrik* zu emotionalen Turbulenzen kommen kann: Wenn bestimmte Botenstoffe oder Hormone z.B. wegen körperlicher Störungen nicht genügend oder im Übermaß produziert werden, gerät mit dem chemischen auch leicht das emotionale Gleichgewicht aus den Fugen.
Ein typisches Beispiel hierfür ist das *Prä-Menstruelle-Syndrom* bei Frauen, die wegen einer Veränderung ihres Hormonhaushalts in bestimmtem Abstand zu ihrer Periode häufiger depressiv reagieren.

Es ist auch nicht von der Hand zu weisen, daß es eine angeborene Bereitschaft gibt, auf bestimmte Umweltreize mit typischen Bewertungen und Emotionen zu reagieren.
Aus der Tierwelt kennen wir etliche dieser Reiz-Reaktions-Muster. So geraten z.B. in Gefangenschaft aufgezogene Hühner und Vögel beim Anblick einer Raubvogelsilhouette in helle Aufregung und flüchten, obwohl sie noch keine unangenehme (Lern-)Erfahrung mit diesen, ihren natürlichen Feinden haben.
Auch bei Menschen gibt es Angst- und Fluchtreaktionen bei der Konfrontation mit bestimmten Reizen ohne vorherige negative Erfahrungen damit. Denken wir an die Furcht vor Schlangen, Spinnen, Abgründen oder Dunkelheit, sich die Haut zu durchbohren oder an den spontanen Ekel, wenn wir Verwesung riechen. Diese Reaktionen waren oder sind für das Überleben unserer Art sicherlich von großer Bedeutung.

Andere Behandlungsmöglichkeiten

Der genetische Anpassungsprozeß an die aktuellen, realen Gefahren der Umwelt ist aber leider um einiges langsamer, als es dem Menschen gelingt, seine Umwelt zum Guten oder Schlechten zu verändern. So schleppen wir einerseits noch Reaktionsmuster mit uns herum, die heute kaum noch von Bedeutung sind (wer trifft schon mal eine Schlange in der U-Bahn), andererseits fehlen uns die, die wir zur Bewältigung heutiger Gefahren gut gebrauchen könnten (vielleicht ein internes Meßgerät für Strahlenbelastung).

Unklar ist, ob es sich bei diesen angeborenen Mustern um kognitive oder emotionale Schemata handelt. Gesichert und therapeutisch wichtig ist jedoch, daß die Bereitschaft, auf diese Auslöser zu reagieren, durch Umlernen veränderbar ist.
Wir können also festhalten:

Es gibt verschiedene Faktoren und Instanzen, die unser Gefühlsleben steuern. Für den psychotherapeutischen Prozeß sind jedoch nur die relevant, die grundsätzlich durch Lernprozesse veränderbar sind.

Wir werden uns im folgenden daher ausschließlich auf letztere konzentrieren.

Vor der Aufnahme einer psychotherapeutischen Behandlung ist es daher wichtig, darauf zu achten, auf welche Verursachungsfaktoren die vorliegende emotionale Belastung zurückzuführen ist. Nur so können wir entscheiden, ob Psychotherapie angezeigt ist oder nicht, ob eventuell eine kombinierte Psycho- und Pharmakatherapie bessere Erfolge verspricht, oder ob eine ausschließlich somatische oder medikamentöse Behandlung z.B. mit Hormonpräparaten oder Psychopharmaka die besten Erfolge erwarten läßt.

Sollen alle negativen Gefühle abgebaut werden?

Natürlich nicht! Ebenso wie unsere Lebenserfahrungen und Umweltbedingungen gut, egal oder schlecht, hinderlich, neutral oder förderlich für unsere Zielsetzungen sind, wird

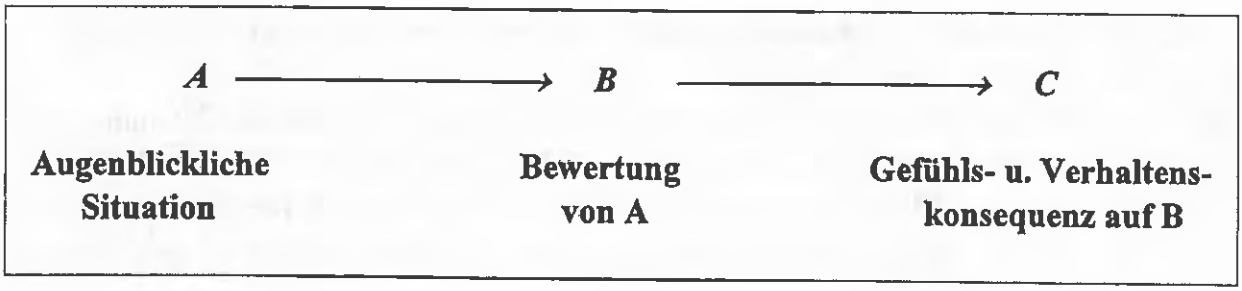
Positiv denken?

auch unsere Gefühlspalette sinnvollerweise positive, neutrale und negative Emotionen enthalten. Kognitive Verhaltenstherapie ist nicht mit der Technik des "Positiven Denkens" zu verwechseln. Es geht hier weder um Schönfärberei, noch um das Ziel, künftig nur noch angenehme Gefühle zu haben. Das wäre genauso unrealistisch wie die Zielsetzung oder Forderung: Alles, was mir künftig passiert, was andere tun und lassen, soll positiv für mich sein!
Das Ziel eines Kognitiven Verhaltenstherapeuten besteht darin, *die* negativen Gefühle abzubauen, die wir entweder zu Unrecht, aufgrund unsinniger oder unrealistischer Annahmen, Normen und Bewertungen fabrizieren, oder *die*, deren Intensität unangemessen hoch und unnötig belastend sind.
Auch zukünftig werden wir bei einem Verlust angemessen enttäuscht oder traurig reagieren. Wir werden unzufrieden sein, wenn wir Ziele nicht erreichen und bei tatsächlicher Gefahr Angst haben.

4. Das ABC-Modell der Gefühle

Der amerikanische Psychotherapeut ***Albert Ellis*** hat sich in den fünfziger Jahren als einer der Ersten besonders darum verdient gemacht, die Zusammenhänge zwischen Denken und Fühlen in die psychotherapeutische Alltagspraxis einzubauen.
Eines seiner wichtigsten therapeutischen Werkzeuge hierzu ist das ***ABC-Modell*** der Emotionen. Es dient sowohl dem Therapeuten als auch dem Patienten zur Beschreibung, zum Aufspüren und zur Diagnose von Situationen, Gedanken, Gefühlen und Verhalten.
ABC steht für *A*ugenblickliche Situation, *B*ewertungen und *C*onsequenzen. Das Modell faßt die bisher gewonnenen Erkenntnisse zusammen. Seine zentrale Aussage lautet:

Nicht die augenblickliche Situation *A* bestimmt unsere Gefühls- und Verhaltenskonsequenz *C*, sondern unser Bewertungssystem *B*.



Und weiter:

Wenn wir unter einer emotionalen Belastung leiden, können wir dies verändern, indem wir die Bewertungen ändern, die dazu führten.

Wir werden nun die einzelnen Bestandteile des ABC-Modells näher betrachten:

Die *A*ugenblickliche Situation *A*:

Um einen Bewertungsprozeß in Gang zu setzen, müssen wir zuvor bewußt oder unbewußt etwas wahrgenommen haben. Dies kann optisch, akustisch, taktil oder über die Geruchs- und Geschmacksorgane geschehen.
Unsere Wahrnehmungsprozesse unterliegen aber leider vielfältigen Verzerrungs- und Verfälschungsmöglichkeiten:
Nicht nur, daß unser Organismus ohnehin nur eine recht eingeschränkte Fähigkeit zur Realitätswahrnehmung besitzt (verglichen mit einigen Tierarten müßten wir als fast taub, blind, riech- und schmeckunfähig gelten), darüber hinaus gehen wir mit unseren verbleibenden Wahrnehmungsmöglichkeiten meist auch noch schlampig um, indem wir sie einer willkürlichen oder unbewußten Selektion unterwerfen.
Andere Faktoren, die zu weiteren, unvermeidbaren Verzerrungen unserer Sinneseindrücke und der Realitätsverarbeitung führen, sind z.B. die Art und Weise, wie wir das Wahrgenommene speichern und organisieren, was wir vergessen, oder wie gut wir Erfahrungen erinnern können.

Menschen können in derselben Situation völlig verschiedene Wahrnehmungen haben. Gründe dafür sind beispielsweise das unkontrollierte Einfließen von Phantasien und Erinnerungen, will- oder unwillkürliche, mehr oder weniger sinnvolle Schlußfolgerungen und Spekulationen und die unterschiedlich gut ausgeprägte Fähigkeit, Fakten von Hypothesen und Meinungen zu trennen. Wir halten daher fest:

Unsere Wahrnehmungsfähigkeit wird einerseits durch biologische und physiologische Vorgaben begrenzt.
Andererseits unterliegt sie vielfältigen individuellen Verzerrungen bei der Speicherung, Erinnerung und Verarbeitung von Informationen.

So wie eine Weltkarte mehr oder weniger gelungen versucht, dem Betrachter eine Vorstellung von der Beschaffenheit und der geographischen Aufteilung unserer Erde zu vermitteln, so ist auch unser eigenes "inneres Weltbild" nur ein, wie gut auch immer gelungenes, Bemühen um Realitätswiedergabe. Es ist nicht die Realität selbst.

Die *Augenblickliche Situation* **A** ist nun die Grundlage für das zu diesem Zeitpunkt aktivierte Bewertungssystem und die daraus hervorgehenden Gefühls- und Verhaltenskonse-quenzen. Daher ist verständlich, warum wir uns bei der Beschreibung von **A** um eine möglichst präzise Wiedergabe der Realität bemühen: Wenn es uns nicht gelingt, die Situation annähernd objektiv zu betrachten, riskieren wir, in unnötige emotionale Turbulenzen zu geraten, weil unsere Bewertungen dann auf einer verzerrten Realitätswidergabe beruhen.

***A* beschreibt so objektiv wie irgend möglich die augenblickliche Situation, in der wir die Bewertungen *B* fällen.**
Gedanken, Erinnerungen, Spekulationen und Vorwissen gehören nicht hierher.

Man kann die Beschreibung von **A** mit einer Momentaufnahme, einem Polaroidbild mit der Fähigkeit zur Geräusch-, Geruchs- und Geschmackswiedergabe vergleichen.
Hier steht nur das, was **jeder** Mensch in diesem Augenblick wahrnehmen könnte, mehr nicht. Hier wird die Frage beantwortet: *Was geschieht gerade zu dem Zeitpunkt, als ich diesen Gedanken oder dieses Gefühl bei mir entdecke?* Oder: *Was kann jeder Mensch ohne Vorwissen in dieser Situation wahrnehmen und beschreiben?*

Das *B*ewertungssystem *B*:

In der *augenblicklichen Situation* (**A**) ist das *Bewertungssystem* (**B**) aktiv. Hierzu merken wir uns:

> ***B* umfaßt alle bewußten und unbewußten gedanklichen Vorgänge zum Zeitpunkt *A*. Dazu gehört das Erinnern, Verarbeiten, Schlußfolgern, Prognostizieren, Spekulieren und Bewerten von Situationen, Personen oder Sachen.**

Diese kognitiven Prozesse können sich auf alle Sinnesmodalitäten beziehen: Auf akustische, verbale, optische, taktile Reize, auf Gerüche und Geschmack oder auch auf andere Gedanken, auf Träume und Phantasien.
Betrachtet man Bewertungsprozesse genauer, stellt man fest, daß sie sich inhaltlich in drei unterschiedliche Bereiche aufteilen und beschreiben lassen:

B 1.: Die persönlich gefärbte Sichtweise von **A** (mit all unseren Erinnerungen, Vorurteilen und unseren grundsätzlichen, überdauernden Normen und Wertmaßstäben).

B 2.: Die Schlußfolgerungen und Interpretationen, die wir aus **B 1.** ableiten, und die Konsequenzen, die wir dann vermuten.

B 3.: Die Bewertung dieser in **B 2.** getroffenen Schlußfolgerungen, Ableitungen, Interpretationen und vermuteten Konsequenzen im Hinblick auf unsere Ziele.

Anders ausgedrückt stehen bei ***B*** die Antworten auf folgende Fragen:

B 1.: Wie sehe *ich persönlich* die Situation A mit meinem Vorwissen?
B 2.: Wie interpretiere ich das? Welche Schlußfolgerungen ziehe ich daraus? Welche Konsequenzen vermute ich?
B 3.: Wie finde bzw. fände ich das?

Wir werden später in Kapitel III genauer betrachten, wozu diese Dreiteilung von **B** dient, und welche Vorteile dies hat.

Die Gefühls- und Verhaltens-*C*onsequenzen *C*:

Unter *C* wird **die emotionale Konsequenz** (**C 1.**) auf unsere Bewertungen zur Situation **A** und **die Verhaltenskonsequenz** (**C 2.**) daraufhin beschrieben.

Hier stehen die Antworten auf die Fragen:

C 1.: Welches Gefühl habe ich nach dieser Bewertung und Beurteilung von A? Gibt es körperliche Begleitsymptome zu dieser Emotion?
C 2.: Was genau tue ich? Wie verhalte ich mich sofort danach?

Wir haben ja schon festgestellt, daß die emotionale Konsequenz bereits mit der Bewertung (**B 3.**) festliegt. Wenn ich etwas *schade* finde, kann das darauf folgende Gefühl nur auf der Dimension Enttäuschung-Trauer liegen, und nicht Freude, Gleichgültigkeit, Scham oder Angst heißen.
Ist die Bewertung erst einmal gefällt, so ist an der nachfolgenden Emotion nicht mehr zu drehen. Man spricht daher auch von der ***B3-C1-Logik***.

Anders verhält es sich mit den Verhaltenskonsequenzen: Aus eigener Erfahrung wissen wir, daß man sehr wohl lächeln und sich freundlich verhalten kann, obwohl einem zum Heulen zumute ist.
Auch wenn wir Angst haben oder innerlich vor Wut verdampfen: Wir *können* uns zwar unseren Gefühlen gemäß verhalten, *müssen* es aber nicht.
Hieran ist also zu drehen, langfristig jedoch oft nur um den Preis *psychosomatischer Reaktionen* wie z.B. Magen- und Darmbeschwerden, Herz- und Kreislaufstörungen, Migräne- und Asthmaanfälle, Muskelverspannungen, Kopf- oder Herzschmerzen.

Dieser Zusammenhang soll nun aber bitte nicht als Empfehlung mißverstanden werden, zukünftig *Echtheit um jeden Preis* zu zeigen, und ohne Rücksicht auf die damit verbundenen Konsequenzen stets die momentane Gefühlslage zum Maßstab für das Verhalten zu machen.
Nicht nur, daß kräftiges *Dampfablassen* zu jeder Gelegenheit natürlich keine "knackige psychosomatische Gesundheit" gewährleistet, die negativen sozialen Konsequenzen im Privat- und Berufsleben aus solchem Verhalten können immens sein.
Wie bei einem Dampfkessel ist es zwar nützlich, zum Druckausgleich ein Ventil zur Verfügung zu haben, langfristig ist es aber gesünder, ein paar Briketts weniger aufzulegen, wenn der Druck zu groß wird.
Für uns heißt das natürlich: Bei zu starkem emotionalen Druck das ***B*** verändern!

Fassen wir nun noch einmal das A-B-C-Modell zusammen:

A	**Situation**	⟶	**B**	**B1. subjektive Beschreibung** **B2. Interpretation, Konsequenz** **B3. Bewertung**	⟶ **C**	**C1. Gefühl** **C2. Verhalten**

Um dies alles wieder etwas greifbarer zu machen, betrachten wir nun einige Beispiele.

Beispiele für das ABC-Modell:

(B2) **Die augenblickliche Situation A:**
Mein Kollege sitzt mir im Büro gegenüber. Er sagt: "Der Chef will dich sehen."

Das Bewertungssystem B:
B1. ***(die subjektive Beschreibung):***
Seit drei Tagen haben die beiden mich nicht mehr gefragt, ob ich mit ihnen in die Kantine will. Jetzt klingt er so höhnisch.
B2. ***(die Interpretation und vermutete Konsequenzen):***
Bestimmt hat er gegen mich intrigiert und will mich rausekeln. Die beiden haben sich gegen mich verbündet. Das ist hinterhältig und unfair! Das macht man nicht!
B3. ***(die Bewertung):*** Sauerei!

Die Gefühls- und Verhaltenskonsequenzen C:
C1. ***(das Gefühl):***
Wut (Ärger 9)
körperliche Begleitsymptome der Emotion:
Schläfenpochen, Erröten, Druck im Magen
C2. ***(das Verhalten):***
Ich beiße die Zähne zusammen, schweige und blättere in Unterlagen.

(B3) **Die augenblickliche Situation A:**
Ich sitze in der U-Bahn. Die Türen schließen sich.

Das Bewertungssystem B:
B1. ***(die subjektive Beschreibung):***
Schon so oft ist mir auf dieser Strecke vor Angst fast schlecht geworden. Jetzt sind wir gleich 4 Minuten im Tunnel. Ich bin eingeschlossen, kann hier nicht weg.
B2. ***(die Interpretation und vermutete Konsequenzen):***
Ich könnte wieder einen Panikanfall kriegen. Ich halte das bestimmt nicht aus! Ich könnte vor Angst verrückt werden, ausflippen und versuchen, aus dem Zug zu springen. Alle werden beobachten, wie ich ausraste.
B3. (***die Bewertung):*** Das wäre entsetzlich!

Die Gefühls- und Verhaltenskonsequenzen C:
C1. ***(das Gefühl):***
Angst (8)
körperliche Begleitsymptome der Emotion:
Herzrasen, Kreislaufstolpern, Schwindelgefühl, Übelkeit, Erbleichen
C2. ***(das Verhalten):***
Ich halte meine Handtasche fest und blicke auf den Boden.

(B4) **A:** Ich sitze zu Hause in der Küche. Es ist 12.30 Uhr. Ich bin allein.

B:

B1. Nun sind die Kinder auch schon selbständig und ziehen bald aus. Keiner braucht mich mehr.

B2. Ich bin nutzlos und überflüssig, kann nur noch die Zeit totschlagen. Irgendwie hat alles keinen Sinn mehr. Es ist alles so hoffnungslos, nutzlos.

B3. Wie furchtbar.

C:

C1. Niedergeschlagen (9)
(keine Begleitsymptome beobachtet)

C2. Ich sitze regungslos und blicke gegen die Wand.

(B5) **A:** Ich stehe in der Disco am Tresen. Schräg gegenüber sitzt eine Frau. Wir haben Blickkontakt, sie lächelt mich an.

B:

B1. Die sieht ja echt toll aus. Genau mein Typ. Wir scheinen ja auf der gleichen Wellenlänge zu senden.

B2. Ich sollte jetzt was tun, hingehen und ein Gespräch anfangen. Mir fällt bestimmt nichts Interessantes ein, und der Faden reißt gleich ab. Das wird peinlich. Sie wird mich verachten und abblitzen lassen. Die anderen werden sich eins feixen, und ich bin unten durch.

B3. Das wäre schrecklich peinlich.

C:

C1. Angst (7)
(*Schwitzen*)

C2. Ich bleibe sitzen und sehe in die andere Richtung.

Wir haben bisher erfahren, was Emotionen eigentlich sind, wie sie entstehen, wie wir sie beeinflussen können, und wir lernten das *ABC-Modell* der Gefühle kennen.
Bevor wir uns nun im nächsten Abschnitt genauer mit den für unser Gefühlsleben so wichtigen Bewertungen beschäftigen, folgen zunächst zur Wiederholung dieses Kapitels einige Übungsaufgaben.

5. Übungsaufgaben zu II.

(Ü 9) Bitte zählen Sie die 8 Gefühle auf, und erstellen Sie Ihren persönlichen "Gefühlsstern", indem Sie Ihre eigenen Begriffe für Emotionen nach Intensität auf die sieben Skalen einordnen.

(Ü10) Wodurch wird die Art und Intensität von Emotionen bestimmt und gesteuert?

(Ü11) Ziel der Kognitiven Verhaltenstherapie ist es,

a: ( ) die Umwelt zu verändern.
b: ( ) sich besser zusammenreißen zu lernen.
c: ( ) Bewertungen auf ihre Angemessenheit zu überprüfen.
d: ( ) Bewertungen bewußt zu machen.
e: ( ) Gefühle durch logisches Denken zu ersetzen.
f: ( ) Gründe und Schuldige für meine Probleme zu suchen.
g: ( ) negative Gefühle nach und nach abzuschaffen.
h: ( ) unangemessene Bewertungen durch angemessene zu ersetzen.

(Ü12) Was ist unter dem Begriff *B3-C1-Logik* zu verstehen?

(Ü13) Was ist bei der Beschreibung der *augenblicklichen Situation A* wichtig?

(Ü14) Wenn ein erwachsener Mensch emotional beeinträchtigt ist und bleibt, dann ist die Verantwortung dafür zu suchen

a: ( ) in der Natur oder dem persönlichen Schicksal.
b: ( ) bei den Eltern und der Erziehung.
c: ( ) bei ihm selbst und seiner Art des Denkens und Bewertens.
d: ( ) in der belastenden Situation oder bei anderen Personen.
e: ( ) in den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen.

(Ü15) Beschreiben Sie andere Möglichkeiten als *Bewertungen*, durch die Emotionen entstehen oder gesteuert werden können. Begründen Sie bitte, warum sich der psychotherapeutische Prozeß aber nur auf diejenigen bezieht, die durch Lernprozesse veränderbar sind.

(Ü16) Weshalb ist es für uns so schwierig, Realität zu beschreiben?

(Ü17) Mein Gefühl zu einer Person, Situation oder Sache entsteht

a: ( ) automatisch.
b: ( ) durch meine Erziehung.
c: ( ) durch meine Bewertung.
d: ( ) situationsbedingt.
e: ( ) naturgemäß.

(Ü18) Was beschreibt das *Bewertungssystem **B***? Welche Unterteilungen kennen Sie?

(Ü19) Wenn ich ein belastendes, krankmachendes Gefühl dauerhaft loswerden möchte, dann kann ich dies erreichen, indem ich

a: ( ) nicht mehr daran denke.
b: ( ) meine Bewertung verändere.
c: ( ) das Gefühl nicht zeige, es unterdrücke.
d: ( ) mir darüber Klarheit verschaffe, warum das so ist.

(Ü20) Wenn man schon einmal dabei ist: Wieso ist es nicht sinnvoll, gleich alle negativen Gefühle abzubauen?

(Ü21) Bitte erstellen Sie einige eigene Beispiele für ABC-Abläufe aus Ihrem Alltagsleben nach folgendem Muster:

	B1:	C1:
A:	B2:	
	B3:	C2:

"Kognitive Interventionsmethoden"

Dr. Andreas Veith, Zentrum für Psychotherapie Dortmund,
- Ausbildungszentrum der DGVT e.V. -
Chemnitzer Str. 38, 44139 Dortmund

- Organisatorisches, Erwartungen und Überblick

- "Auffrischen" der Kenntnisse der kognitiven Therapieansätze Teil 1:
  - Meichenbaum: Der „übungsorientierte“ Ansatz

- "Auffrischen" der Kenntnisse der kognitiven Therapieansätze Teil 2:
  - Beck, Ellis: Der einsichtsorientierte Ansatz

Die Basiskompetenzen:

- Der sokratische Dialog: Methode Gesprächsführung bei kognitiven Interventionen und gleichzeitig Veränderungsmethode

- „Wie komm ich ran an die „heißen Kognitionen?“:
  Methoden der Kognitionsexploration

- Damit der Patient weiß, worum es geht!:
  Vermittlung des kognitiven Störungsmodells

Negative automatische Gedanken und Überzeugungen verändern: Die Disputation

- Verbale Reattributionsmethoden

- „Stabilisierung“ dysfunktionaler Annahmen

- Verhaltensbezogene Reattributionsmethoden

- Die Disputation von Überzeugungen

- Reprise Meichenbaum: Selbstverbalisation - Erarbeiten funktionaler Kognitionen

Diskussion, Ausblick, Abschluss

Ergänzendes Skript zum Workshop „Kognitive Interventionsmethoden

Transkripte, Anleitungen, weitergehende Informationen und Literatur

Irrationalismen (Ellis, 1977)

Irrglaube Nr. 1:
Die Meinung, es sei für jeden Menschen absolut notwendig, von praktisch jeder anderen Person in seinem Umfeld geliebt oder anerkannt zu werden.

Irrglaube Nr. 2:
Die Meinung, dass man sich nur dann als wertvoll empfinden dürfe, wenn man in jeder Hinsicht kompetent, tüchtig und leistungsfähig ist.

Irrglaube Nr. 3:
Die Idee, dass bestimmte Menschen böse, schlecht und schurkisch seien und für ihre Schlechtigkeit streng zu rügen und zu bestrafen seien.

Irrglaube Nr. 4:
Die Vorstellung, dass es schrecklich und katastrophal ist, wenn die Dinge nicht so sind, wie man sie gerne haben möchte.

Irrglaube Nr. 5:
Die Vorstellung, dass menschliches Leiden äußere Ursachen habe und dass der Mensch wenig Einfluss auf seinen Kummer und seine psychischen Probleme nehmen könne.

Irrglaube Nr. 6:
Die Überzeugung, dass man sich über tatsächliche oder eingebildete Gefahren große Sorgen machen, sich ständig mit der Möglichkeit ihres Eintreten befassen müsse.

Irrglaube Nr. 7:
Die Meinung, es sei leichter, bestimmten Schwierigkeiten auszuweichen, als sich ihnen zu stellen.

Irrglaube Nr. 8:
Die Vorstellung, dass man sich auf andere verlassen sollte und dass man einen Stärkeren braucht, auf den man sich stützen kann.

Irrglaube Nr. 9:
Die Vorstellung, dass die eigene Vergangenheit entscheidenden Einfluss auf unser gegenwärtiges Verhalten hat und dass etwas, das sich früher einmal auf unser Leben auswirkte, dies auch weiterhin tun müsse.

Irrglaube Nr. 10:
Die Neigung, sich über die Probleme und Verhaltensschwierigkeiten anderer Leute aufzuregen.

Irrglaube Nr. 11:
Die Vorstellung, dass es für jedes menschliche Problem eine absolut richtige, perfekte Lösung gibt, und dass es eine Katastrophe sei, wenn diese perfekte Lösung nicht gefunden wird.

Der sokratische Dialog: Beispieltransskripte

Beispiel eines sokratischen Dialogs mit einem sozial-phobischen Patienten

TH: Können Sie sich an das letzte Mal erinnern, als Sie in Gegenwart anderer ängstlich wurden?

P: Ja, das war gestern. Ich wollte mir neue Schuhe kaufen.

TH. Wie haben Sie sich gefühlt, als Sie Schuhe kaufen gehen wollten?

P: Ich fand vor allen Dingen ziemlich blöd, dass ich alleine gehen musste.

TH: Dass Sie alleine gehen mussten? Was ist so schlimm daran?

P: Es ist irgendwie ein komisches Gefühl, alleine Schuhe kaufen zu gehen.

TH: Was meinen Sie damit?

P: Die meisten Menschen, die man in der Stadt sieht, sind mit jemand anderem unterwegs.

TH: Was könnte denn passieren, wenn Sie alleine in die Stadt gehen?

P: Naja, jeder wird es bemerken und denken, irgendetwas stimmt nicht mit mir.

TH: Wenn die Leute Sie bemerken würden, wie würde sich das anfühlen?

P: Ich würde mich irgendwie verlegen und befangen fühlen.

TH: Was wäre daran schlimm?

P: Ich weiß nicht, was Sie meinen, äh, das ist einfach ein Scheißgefühl.

TH: Was ist denn nun wirklich geschehen, als Sie losgegangen sind?

P: Na ja, letztendlich hab ich, habe ich es nicht getan.

TH: Sind Sie gar nicht in die Stadt gegangen?

P: Doch, ich bin in die Stadt gegangen, habe Schaufenster angeschaut, aber keine Schuhe anprobiert.

TH: Was wäre passiert, wenn Sie in einen Laden gegangen wären und Schuhe anprobiert hätten?

P: Na, wahrscheinlich nichts.

TH: Sie klingen nicht sehr überzeugt?! Was, glauben Sie, ist das Schlimmste, das hätte passieren können, wenn Sie in einen Laden gegangen wären und Schuhe anprobiert hätten?

P: Es hätte passieren können, dass ich panische Angst bekomme und mich im Laden zu einem Idioten gemacht hätte.

Beispiel für einen sokratischen Dialog mit einem Zwangspatienten

TH. Welche Symptome besorgen Sie am meisten?

P: Ich möchte diese furchtbaren Gedanken nicht mehr haben.

TH: Welche Gedanken sind es genau, die Ihnen am meisten Sorgen machen?

P: Manchmal habe ich ein Bild vor Augen von Männern, die sich küssen.

TH: Das ist einer von den Gedanken, die Sie nicht mehr haben wollen. Was würde passieren, wenn Sie dieses Bild weiter hätten?

P: Diese Bilder ruinieren mein Leben. Ich kann einfach nicht mit Ihnen umgehen.

TH: Es ist sehr unangenehm für Sie, diese Bilder vor Augen zu haben. Aber was könnte passieren, wenn Sie sie weiterhin hätten?

P: Sie könnten mich beeinträchtigen, könnten mir schaden.

TH: Wenn Sie sagen, diese Bilder könnten Ihnen schaden, was genau meinen Sie damit?

P: Ich habe Angst, dass sie mich schwul machen.

TH: Sie glauben, dass Sie diese Bilder haben, könnte dazu führen, dass Sie selber schwul werden? Auf einer Skala von 0 bis 100, wie überzeugt sind Sie von dieser Annahme?

P: Ungefähr 50 . Aber ich weiß, dass ich nicht schwul bin.

TH: Wenn Sie diese Gedanken bekommen, was tun Sie dann, um mit ihnen umzugehen?

P: Ich kann nichts tun. Das passiert einfach so.

TH: Gibt es irgendetwas, dass Sie versuchen, um sie zu stoppen?

P: Ich sage mir, dass ich nicht schwul bin und versuche, mich auf irgendetwas anderes zu konzentrieren.

TH: Tun Sie irgendetwas, um sich zu beweisen, dass Sie nicht schwul sind?

P: Ich versuche, diese Gedanken wegzudrängen und mit einem Bild von einem Mann und einer Frau zu ersetzen. Manchmal schaue ich auch den Mädchen hinterher, um zu gucken, ob ich sie noch attraktiv finde.

Methoden der Exploration automatischer Gedanken

l. Szenario schlimmster Konsequenzen

Ausgangspunkt ist die Frage:

„Was ist das Schlimmste, das passieren könnte, wenn....?“

Beispiel (soziale Phobie):

P: Ich habe mich in der Gruppe sehr verlegen und unsicher gefühlt.

TH: Welche Gedanken hatten Sie, als Sie sich so fühlten?

P: Ich hatte keine Gedanken, ich hatte nur dieses Gefühl.

TH: Als Sie sich so unsicher fühlten, was war Ihnen da am deutlichsten? War es ein Gefühl?

P: Mein Kopf war total leer, ich wusste nicht, was ich sagen sollte.

TH: Was ist das Schlimmste, was hätte passieren können, als Ihr Kopf total leer war und Sie nicht wussten, was Sie hätten sagen können?

P: Die Leute hätten denken können, dass mit mir irgendetwas nicht in Ordnung ist.

TH: Was ist das Schlimmste, das sie hätten denken können?

P: Sie könnten denken, ich bin dumm und langweilig.

TH: Als Sie in dieser Situation waren, haben Sie da auch gedacht, dass die anderen denken könnten, sie wären dumm und langweilig?

P: Das ist das, was ich normalerweise denke.

2. Exploration spezifischer Episoden

Hierbei sind bzgl. der Art der Fragen zwei Aspekte besonders zu beachten:

Sie sollen

- ⇨ konkret und situationsbezogen sein und
- ⇨ Situations- und Handlungselemente sollen in die Frage aufgenommen werden

Gut: „In dem Moment, in dem Sie die Tür zu Ihrem Zimmer aufmachten und sahen, dass Ihr Mann in Ihren Unterlagen herumwühlte, was haben Sie da zu sich selbst darüber gesagt?"

oder: „Gestern, als Sie bemerkten, dass die Schmerzen in Ihrem Arm wieder anfangen, was dachten Sie darüber?

Nicht so gut: „Was geht Ihnen in diesen Situationen denn so durch den Kopf?

3. Ansetzen am emotionalen oder Symptomerleben

Oft ist Patienten das Gefühl/die Symptome in der Situation wesentlich deutlicher in Erinnerung als die Gedanken. Über eine Explizierung der erlebten Gefühle können dann die Gedanken konkretisiert werden.

Beispiel:

TH: Wann haben Sie sich das letzte Mal in der Öffentlichkeit ängstlich

gefühlt?

P: An diesem Wochenende war es ziemlich schlimm.

TH: Erzählen Sie mir darüber. Wo waren Sie?

P: Es war am Sonntag. Wir machten uns gerade fertig, um auszugehen, und ich begann, mich nervös zu fühlen.

TH: Wie hat sich das genau angefühlt?

P: Schrecklich. Meine Beine waren schwach und ich hatte das Gefühl zu schwanken.

TH: Welche Gedanken gingen Ihnen durch den Kopf, als Sie bemerkten, dass Ihre Beine schwach waren und Sie zu schwanken glaubten?

P: Ich hab gedacht, dass ich nicht ausgehen will.

TH: Haben Sie befürchtet, dass Ihnen etwas passieren könnte, wenn Sie sich so fühlen und dann trotzdem ausgehen?

P: Ich fühle mich oft genau so. Es ist wirklich furchtbar.

TH: Sind Sie schließlich ausgegangen?

P: Ja, wir führen zum Restaurant und dann wurde es wirklich schlimm.

TH: Was genau wurde wirklich schlimm?

P: Ich bebte und zitterte am ganzen Körper.

TH: Als Sie merkten, dass Sie am ganzen Körper zitterten, was ging Ihnen da durch den Kopf?

P: Ich wollte zurück zum Auto und nach Hause.

TH: Als Sie diese Symptome bemerkten, haben Sie gedacht, dass irgendetwas Schlimmes passieren könnte?

P: Ich dachte, meine Beine wären zu schwach, und dass ich nicht mehr laufen könnte und zusammenbrechen würde.

TH: Wie sehr waren Sie in dieser Situation davon überzeugt, dass genau das passieren würde?

4. Affect shifts

Unter Affect shifts werden gefühlsmäßige Veränderungen des Patienten in der Situation verstanden. Sie deuten daraufhin, dass NATs aktiviert worden waren. Das Vorgehen lässt sich folgendermaßen beschreiben:

1. TH. gibt Hinweis, dass ihm die gefühlsmäßige Veränderung des Patienten aufgefallen ist.
2. P. wird aufgefordert, das erlebte Gefühl zu beschreiben.
3. Ausgehend von dem Gefühlserleben wird versucht, die NATs zu explorieren.

Beispiel:

P: Ich kann dieses Gefühl nicht erklären. Das ist, als wenn sich alles um mich herum ändert.

TH: Wenn Sie sagen, dass die Dinge um Sie herum sich verändern, wie sieht das genau aus?

P: Es ist, als wenn alles unwirklich wäre. Wie wenn ich abdrifte.

TH: Wie wenn Sie abdriften? So wie wenn Sie von den Dingen um Sie herum losgelöst werden?

P: Ja, es ist, als wenn alles ganz unwirklich wird. Es ist wirklich beängstigend (der Patient legt die Hände über die Augen und schüttelt den Kopf).

TH: Es sieht so aus, als wenn Sie jetzt auch ein bisschen ängstlich werden?!

P: Ja, es ist furchtbar. Ich merke, dass ich Panik bekomme.

TH: Welche Symptome spüren Sie jetzt?

P: Ich spüre, dass meine Hände kribbeln und vor allen Dingen dieses komische Unwirklichkeitsgefühl.

TH: Welche Gedanken gehen in gerade durch den Kopf?

P: Es ist furchtbar. Es ist, ich glaube, ich werde verrückt.

TH: Der Gedanke, verrückt zu werden, ist sicherlich ein Gedanke der Angst machen kann. Wie sicher sind Sie sich im Moment, dass Ihre Symptome bedeuten, dass Sie verrückt werden?

5. Symptomprovokation, Exposition und Manipulation von Sicherheitsverhalten

Beispiel:

TH: Ich möchte Sie bitten, die Straße alleine entlang zu gehen und in fünf Minuten zu mir zurückzukommen. Wie fühlen Sie sich, wenn Sie daran denken, das jetzt zu tun?

P: Ich bin schon ängstlich. Ich bin nicht sicher, ob ich das schaffe.

TH: Welche Symptome merken Sie jetzt gerade?

P: Ich bekomme schlecht Luft und ich habe das Gefühl, als würde ich zittern.

TH: Was denken Sie gerade?

P: Ich habe keine Gedanken. Ich fühle mich einfach nur ängstlich.

TH: Könnten Sie bitte ein kleines Stück alleine gehen, lassen Sie uns sagen, bis zur Ecke dort hinten und dann zurück?

P: Ich werd 's versuchen. (Patient kommt zurück).

TH: Wie fühlen Sie sich jetzt?

P: Ich bin immer noch nervös. Es wird nicht besser.

TH: Glauben Sie, dass irgendetwas Schlimmes passieren könnte, wenn die Symptome schlimmer werden?

P: Ich fühl mich so albern und kindisch, dass ich es nicht mal schaffe, ein Stück die Straße entlang zu gehen, ohne zu zittern.

TH: Wenn Sie sagen. Sie fühlen sich albern und kindisch, meinen Sie dann, dass Sie albern und kindisch aussehen?

P: Ja, die Leute werden bemerken, dass mit mir was nicht stimmt.

TH: Was ist das Schlimmste, was sie bemerken könnten?

P: Sie könnten sehen, dass ich komisch gehe.

TH: Wie würde das aussehen, wenn Sie komisch gehen?

P: Es sieht wahrscheinlich so aus, als wenn ich mich langsam vortaste. Die Leute werden denken, ich wäre betrunken oder so.

TH: Einer der Gedanken, der Ihnen Angst macht, scheint zu sein, dass Sie komisch laufen und die Leute das bemerken werden, und dass sie denken werden, Sie sind betrunken. Wie sehr glauben Sie, dass das jetzt passieren könnte?

P: So wie ich mich gerade fühle, ist es schon sehr wahrscheinlich.

TH: Auf einer Skala von 0 bis 100 , wie sehr glauben Sie, dass das passieren könnte?

P: Ungefähr 80 .

TH: O.K. . Können Sie bitte die Straße weiter hinaufgehen und lassen Sie uns dann sehen, was passiert.

6. Als-Ob-Methoden

Die Situation wird im Rollenspiel oder in der Imagination nacherlebt, als ob sie gerade jetzt passieren würde. Die Imagination kann zusätzlich durch eine Zeitlupeninstruktion (remote recall) verlangsamt werden, wodurch die Erkennbarkeit von Gedankenblitzen erhöht werden kann.

7. Audio-Video-Feedback

8. Fragebögen und Gedankenprotokolle

9. Fragen nach bildhaften Vorstellungen

10. Ansetzen an der Bedeutung

z.B. „Was bedeutet es für Sie, dass Ihr Mann in Ihren Unterlagen herumwühlt?“

„Waren das Gedanken, die Sie auch in dieser Situation hatten?"

Verbale Reattributionsmethoden

Definieren und Operationalisieren

Der erste Schritt bei der Veränderung negativer automatischer Gedanken ist, ein genaues Verständnis davon zu entwickeln, was bestimmte Bewertungen für den Patienten bedeuten. Oftmals werden schon bei der genauen Definition zentraler Konzepte kognitive Verzerrungen deutlich.

Beispiele für Definitions- und Operationalisierungsfragen sind:

⇒ Wenn Sie sagen, dass Sie (damit nicht umgehen können, die Kontrolle verlieren, es nicht aushallen können, es nicht schaffen ....), was genau meinen Sie dann?

⇒ Wenn Sie (.....), was ist das Schlimmste, das passieren könnte?

⇒ Wie würde („es nicht schaffen, versagen, die Kontrolle verlieren") genau aussehen?

⇒ Können Sie einmal versuchen , zu definieren, was ..... für Sie bedeutet?

⇒ Wenn das so wäre, was würde es für Sie bedeuten?

⇒ Wenn das so wäre, was wäre daran so schlimm?

⇒ Was zeichnet für Sie (einen Versager, abstoßend sein, usw.) aus?

⇒ Wenn Sie nicht (versagen, die Kontrolle verlieren, geschätzt werden usw.) würden, was wäre dann anders als jetzt?

Gültigkeit in Frage stellen

Hierbei werden die Beweise, die ein Patient für seine dysfunktionalen Annahmen hat, exploriert und infragegestellt. Mögliche Fragen sind:

⇒ Was macht Sie so sicher, dass (die angenommene Katastrophe) geschehen wird?

⇒ Woher wissen Sie, dass ..... zu .... führt?

⇒ Welche Gründe haben Sie, anzunehmen, dass genau das passieren wird?

⇒ Haben Sie das schon einmal erlebt?

Das Fehlen von Beweisen für Annahme kann die Überzeugung von der Gültigkeit der Annahme schwächen. Kann der Patient Aspekte anführen, die seine Annahmen unterstützen, muss nach alternativen Erklärungen oder Gegenbeweisen gesucht werden. Gegebenenfalls kann auch mit der Analyse von Gedankenfehlern fortgefahren werden.

Gegenbeweise finden

Mögliche Fragen zum Finden von Gegenbeweise sind:

⇒ Was könnte dafür sprechen, dass (Annahme) nicht wahr ist oder dass (Katastrophe) nicht passiert?

⇒ Was wären Hinweise, die eine andere Bewertung dieses Zusammenhangs nahe legen würden?

⇒ Können Sie sich auch noch andere Arten vorstellen, diesen Zusammenhang zu sehen? Was spricht dafür?

⇒ Ist (Katastrophe) schon einmal passiert? Warum nicht?

⇒ Haben Sie das schon einmal erlebt? Wie sind solche Situationen bislang gelaufen?

Beispiel für den Gebrauch von Definieren, Beweis und Gegenbeweis:

TH: Wenn Sie sagen, dass Sie sich dumm verhalten, was genau meinen Sie damit?

P: Ich meine, dass ich mich so verhalte, dass die Leute glauben, ich wäre blöd.

TH: Was wird passieren, dass die Leute das denken werden?

P: Ich werd' irgendwas Blödes machen und die Aufmerksamkeit aller auf mich ziehen.

TH: Was genau werden Sie tun?

P: Ich weiß nicht. Vielleicht werde ich daherstammeln oder falsche Worte benutzen oder nicht wissen, was ich sagen soll.

TH: Ihr Gedanke über die Situation ist also, dass Sie vielleicht etwas Falsches sagen könnten und die Leute denken würden, dass Sie dumm sind?!

P: Ja, genau.

TH: Haben Sie irgendeinen Beweis, dass genau das passieren wird?

P: Es ist schon mal passiert, in Situationen, wo ich ängstlich war. Ich weiß dann nicht, was ich sagen soll, und mein Kopf wird total leer.

TH: So dass Sie schon ein paar Mal erlebt haben, dass Ihr Kopf ganz leer wird und Sie nicht wissen, was Sie sagen sollen, aber.., woher wissen Sie, dass die Leute Sie dann für dumm halten?

P: Na ja, genau weiß ich das nicht.

TH: Wie würden die Leute reagieren, wenn sie denken würden, Sie wären dumm?

P: Ich denke, sie würden nicht mehr mit mir sprechen und über mich lachen.

TH: Gibt es irgendwelche Hinweise, dass die Leute das mit Ihnen machen?

P: Nein, einige Leute vielleicht, aber normalerweise nicht.

TH: Das klingt so, als gäbe es eigentlich eher einige Hinweise darauf, dass das Gegenteil von Ihrer Annahme stimmt, also Hinweise darauf, dass die Leute nicht denken, sie wären dumm?!

P: Ja schon, wenn man so ´rum drauf schaut.

TH: Welche Hinweise gibt es, dass die Leute nicht denken, Sie wären dumm?

P: Nun ja, ich hab' ein paar gute Freunde, und mit meinen Kollegen komme ich eigentlich auch gut klar.

TH: Was meinen Sie genau, wenn Sie sagen, ich komme mit meinen

Kollegen gut klar?

P: Manche Kollegen fragen mich z.B. um Rat, wenn sie auf der

Arbeit nicht weiterkommen.

TH: Ist das für Sie ein Hinweis darauf, dass die Leute denken, Sie wären dumm?

P: Nein, nein, natürlich nicht. Genau das Gegenteil.

TH: Es scheint so, dass manchmal, wenn Sie Angst haben, Sie nicht wissen, was Sie sagen sollen, aber, es scheint auch so, als wenn die Leute nicht denken, dass Sie deswegen dumm sind. Wenn die Leute nicht denken, dass Sie dumm sind, was sonst könnten sie denken?

P: Tja, vielleicht haben sie nicht mal gemerkt, dass ich unruhig bin.

TH: Selbst wenn sie es bemerken würden, was könnten sie denken?

P: Vielleicht denken sie einfach nur, dass ich ruhig bin oder irgendwie nachdenklich, oder irgendetwas anderes.

TH: Wenn Sie jetzt darüber nachdenken, wie sehr sind Sie überzeugt, dass die Leute denken, Sie wären dumm?

Balancing out

Hier wird zunächst das schlimmste Szenario einer Befürchtung, dann der bestmögliche Ausgang und dann das wahrscheinlichste Szenario entworfen. In der Folge geht es dann darum, Argumente zu finden, die dafür sprechen, dass das wahrscheinlichste Szenario auch eintreten wird.

Kognitive Verzerrungen benennen

Um negative automatische Gedanken zu entwerten, werden kognitive Verzerrungen und Denkfehler identifiziert und benannt. Dazu:

Dreispaltentechnik

automatischer Gedanke/Überzeugung	Gedankenfehler	alternativer Gedanke
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!*

Die Identifikation von kognitiven Verzerrungen und Gedankenfehlern wird anhand von Protokollen automatischer Gedanken zu Hause und in den Sitzungen beständig geübt. Rationale Antworten auf typische NATs können auch auf „Flash cards" geschrieben werden, u.U. zusammen mit Beweisen für die rationale Antwort.

Kosten-Nutzen-Analyse

Kosten-Nutzen-Analysen haben zwei Ziele:

1. Steigerung der Motivation
2. Bewertungen und Überzeugungen zu explizieren und zu hinterfragen.

Vorgehen:

1. Festlegen auf eine Einstellung, Überzeugung oder ein bestimmtes Verhalten.
2. Konstruktion einer Zweispalten-Tabelle mit den Spalten ‚Kosten und Nutzen' oder ‚Vorteile und Nachteile'.
3. Herausarbeiten der Vorteile einer bestimmten Überzeugung/eines bestimmten Verhaltens. Einige der Vorteile werden weitere Annahmen und Bewertungen enthalten, die dann weiter hinterfragt werden können! (Achtung! Auf Struktur der Disputation achten!)
4. Auflisten der Nachteile der bestimmten Überzeugung/des bestimmten Verhaltens.
5. Möglichkeiten, die Vorteile des Problemverhaltens/der problematischen Überzeugung durch weniger problematische Verhaltensweisen/Überzeugungen zu erzielen, werden exploriert.

Kuchendiagramm

Mittels Kuchendiagramm werden Alternativen zu NATs entwickelt.Ziel ist, die Einschätzung der Wahrscheinlichkeit von angenommenen katastrophalen Folgen zu reduzieren oder Verantwortungszuschreibungen zu verändern.

Vorgehen:

1. Definition der problematischen Annahme.
2. Einschätzen der Überzeugung
3. Erstellen einer Liste mit alternativen Erklärungen
4. Zuordnen der prozentualen „Kuchenteile" zu den einzelnen Alternativen. Dabei sollte mit der wahrscheinlichsten Alternative begonnen werden. Als letztes sollte die katastrophiesierende oder dysfunktionale Erklärung des Patienten dem Kuchen zugeordnet werden.

Weitere Methoden der verbalen kognitiven Umstrukturierung

⇒ Psychoedukative Strategien

⇒ Kontinuierliche Präsentation und Integration neuer Informationen in das Störungsmodell

⇒ Das Erstellen von Handlungsplänen

⇒ Point and Counterpoint (Rollenwechsel von Therapeut und Patient)

⇒ Ein-Personen-Rollenspiel

⇒ Entkatastrophisieren und Bewältigungsimaginationen

⇒ Mini-Surveys

Verhaltensexperimente

Vier Prinzipien bei der Durchführung von Verhaltensexperimenten

Vier Prinzipien müssen bei der Planung von Verhaltensexperimenten beachtet werden:

1. „Identifikation von Schlüsselkognitionen", die durch das Experiment in Frage gestellt oder verändert werden sollen.
2. Operationalisierung dieser Schlüsselkognitionen in konkrete und beobachtbare Aussagen.
3. Festlegen, welche Variablen im Experiment manipuliert werden müssen, damit die Schlüsselkognitionen infragegestellt werden können (Manipulation von Vermeidungs- und Sicherheitsverhalten).

   ⇒ Ausgangspunkt eines Verhaltensexperiments ist eine testbare Vorhersage!
4. Überzeugungsrating vor und nach der Durchführung des Verhaltensexperiments.

Verhaltensexperimente enthalten meist zwei zentrale Elemente:

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

Durchführung eines Verhaltensexperiments

1. Fokussieren einer Schlüsselkognition und Diskussion von Beweisen, die die Überzeugung in diese Annahme unterstützen. Die Suche nach Beweisen vermittelt Ideen darüber, was genau im Experiment manipuliert werden sollte. Zusätzlich sollten in dieser Anfangsphase schon einige verbale Reattributions-strategien angewandt werden, um die Motivation des P., sich auf das Experiment einzulassen, zu erhöhen.
2. Identifikation von Situationen, in denen die problematischen Kognitionen und Verhaltensweisen auftreten, und Identifikation von Verhaltensweisen oder Variablen, die eine Entkräftigung der Überzeugung verhindern (normalerweise Vermeidung, Sicherheitsverhalten, Flucht oder checking behavior).
3. Vermittelns des Rationals für das Experiment. Das Rational sollte die Bedeutung bestimmter Verhaltensweisen zur Aufrechterhaltung dysfunktionaler Überzeugungen verdeutlichen und die Notwendigkeit des Experiments und der Manipulation dieser Verhaltensweisen erklären. Am Ende dieser Phase muß die Frage: ⇒***„was ist das Ziel dieses Experiments?"*** vom Patienten klar beantwortet werden können. Einschätzen auf den Überzeugungsratings.
4. (Mehrmalige) Durchführung des Verhaltensexperiments.
5. Diskussion der Ergebnisse des Experiments auf der Basis von Störungsmodell und Therapierational. Einschätzen auf den Überzeugungsratings. Ableitung ähnlicher Experimente als Hausaufgabe. Bei verbleibender Überzeugung Durchführung weiterer Experimente.

Wenn Verhaltensexperimente die Vermittlung des Therapierationals/Störungsmodells zum Ziel haben, wird zunächst auf die Vermittlung des Rationals für das Experiment verzichtet. Falls das Experiment dann nicht im Rahmen des vorgesehenen Therapierationals „funktionieren" könnte, könnte dies die Überzeugung des Patienten von der Fallkonzeptualisierung vermindern.

P		E		T		S
Prepare	⇒	**Expose**	⇒	**Test**	⇒	**Summarise**
1. Fokussieren einer Kognition und Beweise explorieren 2. Stimuli und Verhalten explorieren 3. Rational präsentieren		4. Exposition und Manipulation von Vermeidungs-und Sicherheitsverhalten, Hineingehen in die Situation und Erproben des neuen Verhaltens				5. Diskussion der Ergebnisse im Sinne des Therapie-rationals

Schwierigkeiten bei der Planung und Durchführung von Verhaltensexperimenten

1. Schwierigkeiten bei der Formulierung eines passenden Experiments
   - ⇒ ungenügende Fallkonzeptualisierung?
   - ⇒ unklare primäre negative automatische Gedanken oder Überzeugungen?
   - ⇒ Vermeidungs- und Sicherheitsverhalten unzureichend spezifiziert?
2. P. läßt sich auf Experiment nicht ein
   - ⇒ Ist das Rational für das Experiment richtig verstanden?
   - ⇒ Massive Überzeugung, dass eine Katastrophe eintreten wird?
3. Angst des Therapeuten/der Therapeutin vor der Durchführung des Experiments
   - ⇒ Wird es meinem Patienten/meiner Patientin schlechter gehen?
   - ⇒ Wird mein Patient/meine Patientin die Therapie abbrechen?
   - ⇒ Tritt die Katastrophe, die mein Patient/meine Patientin befürchtet, vielleicht wirklich ein?

Bearbeitung von Überzeugungen: Vertical-Arrow-Technik (Burns, 1980)

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

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

Beispiel für die Ergebnisse einer Vertikal-Arrow-Analyse für einen sozial-phobischen Patienten

P: Und wenn ich z.B. stottern würde oder dummes Zeugs reden würde?

TH: Wenn Sie stottern würden und dummes Zeug reden würden, was wäre so schlimm daran?

P: Jeder wird es bemerken.

TH: Wenn die Leute es merken, was würde das für Sie bedeuten?

P: Sie würden über mich lachen.

TH: Was wäre daran so schlimm?

P: Sie würden mich nicht mehr ernst nehmen.

TH: Was würde das für Sie bedeuten, wenn die Leute Sie nicht mehr ernst nehmen würden?

P: Sie würden denken, ich bin dumm.

TH: Was wäre, wenn die Leute denken würden. Sie wären dumm?

P: Wahrscheinlich bedeutet es, dass ich dumm bin.

TH: Ihre Annahme ist also, dass, wenn Sie stottern oder dummes Zeug reden, die Leute dann denken werden, dass Sie dumm sind oder dass es vielleicht auch heißt, dass Sie wirklich dumm sind? Wie sehr sind Sie davon überzeugt?

P: Es ist schon ziemlich dumm, das zu glauben, oder? Das ist doch nicht normal, oder?

TH: Wie sehr sind Sie davon überzeugt, dass, wenn Sie stottern oder dummes Zeug reden, die Leute denken werden, dass Sie dumm sind?

P: 80!

TH: Wie sehr sind Sie davon überzeugt, dass Sie dumm sind?

P: Normalerweise denke ich nicht, dass ich dumm bin, aber wenn ich Angst habe, dann glaube ich wirklich dran.

TH: Wie sehr sind Sie dann in solchen Situationen davon überzeugt?

P: Vollkommen.

Die Vertikal-Arrow-Analyse sollte mit Typ I-Kognitionen (problemimmanente Kognitionen) und Typ II-Kognitionen (Kognitionen über das Problem) durchgeführt werden.

Schemaveränderung mit Hilfe der Vertikal-Arrow-Analyse

1. Erläuterung des Schemabegriffs.
2. Besprechung des Ergebnisses der Vertikal-Arrow-Analyse mit dem Patienten/der Patientin.
3. Einsatz verbaler und verhaltensbezogener Reattributionsstrategien zur Veränderung der Verbindungen zwischen den einzelnen Ebenen der Vertikal-Arrow-Analyse.

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

Und wenn ich stottere und dummes Zeug rede?

↓

Jeder wird es merken

↓

Sie werden über mich lachen

↓

Sie werden mich nicht mehr ernst nehmen

↓

Sie werden denken, dass ich dumm bin

↓

Ich denke, dass ich dumm bin

Annahme:

Wenn ich stottere oder dummes Zeug rede, heißt das, dass ich dumm bin.

Überzeugung:

Ich bin dumm.

Regeln:

„Drücke Dich immer perfekt aus."

„Vermeide, etwas zu sagen, dass für dumm gehalten werden könnte."

Literaturvorschläge zu kognitiven Interventionsmethoden:

- Beck, A.T., Rush, A.J. Shaw, B.F. & Emery, G. (1979). Cognitve therapy of depression. New York: Guilford Press.
- Beck, A.T.& Emery, G. (1985). Anxiety disorders amd phobias. A cognitive perspective. New York: Basic Books.
- Beck, A.T., Freeman, A. & al. (1990). Cognitve therapy of personality disorders. New York: Guilford Press.
- Beck, A.T., Wright, F.D., New,an, C.F. & Liese, B.S. (1993). Cognitve therapy of substance abuse. New York: Guilford Press.
- Beck, Judith S.(1999). Praxis der Kognitiven Therapie. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Ellis, A. (1962). Reason and emotion in pschotherapy. New York: Lyle Stuart.
- Ellis, A. (1997). Grundlagen und Methoden der Rational- Emotiven Verhaltenstherapie. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Ellis, A. & Hoellen, B. (1997). Die Rational- Emotive Verhaltenstherapie. Reflexionen und Neubestimmungen.. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Greenberger , D. & Padesky, C. (1996). Mind Over Mood. New York: Guilford Press
- Greenberger , D. & Padesky, C. (1995). Clinician's Guide to Mind Over Mood. New York: Guilford Press
- Hautzinger, M. (2000). Kognitive Verhaltenstherapie bei psychischen Störungen. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Robert L. Leahy (2007) Techniken kognitiver Therapie. Ein Handbuch für Praktiker. Paderborn: Junfermann.
- Wilken, B. (1998). Methoden der Kognitiven Umstrukturierung. Ein Leitfaden für die psychotherapeutische Praxis. Stuttgart: Kohlhammer.
- Ronen, T. (2000). Kognitive Verhaltenstherapie mit Kindern. Wege zur Selbstkontrolle bei Störung der sozialen und emotionalen Entwicklung. Bern: Huber:Bern.
- Stavemann, H. (1999) Emotionale Turbulenzen. Weinheim: Psychologie Verlagsunion.

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.

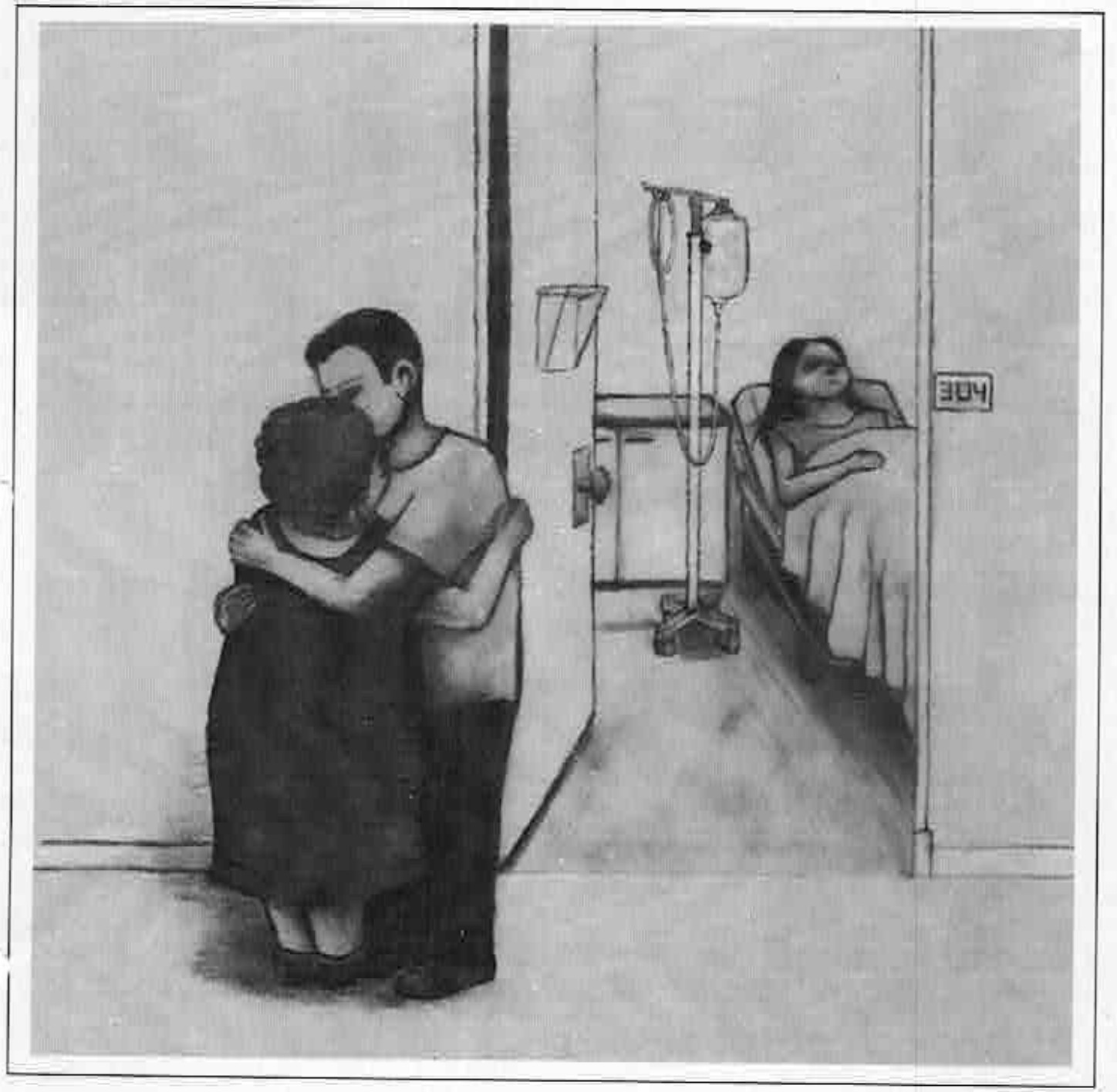
Wells, A. (2011b). *Metakognitive Therapie bei Angststörungen und Depression.* Weinheim: Beltz.

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.

Lehrbuch_Teil_3_Kapitel_26.indd 42 17.12.2017 00:07:42



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