

Kognitive Interventionen

Martin Hautzinger
Patrick Pössel

Standards der
Psychotherapie

 **hogrefe**

Kognitive Interventionen

Standards der Psychotherapie

Band 1

Kognitive Interventionen

Prof. Dr. Martin Hautzinger, Prof. Dr. Patrick Pössel

Herausgeber der Reihe:

Prof. Dr. Martin Hautzinger, Prof. Dr. Kurt Hahlweg,
Prof. Dr. Jürgen Margraf, Prof. Dr. Winfried Rief

Martin Hautzinger
Patrick Pössel

Kognitive Interventionen



Prof. Dr. Martin Hautzinger, geb. 1950. 1971–1976 Studium der Psychologie in Bochum und Berlin. 1980 Promotion. 1981–1983 Assistent Professor am Department of Psychology der University of Oregon, Eugene, USA. 1984–1989 Hochschulassistent für Klinische und Differentielle Psychologie an der Universität Konstanz. 1987 Habilitation. 1990–1996 Professor für Klinische Psychologie am Psychologischen Institut der Universität Mainz. Seit Oktober 1996 Ordinarius für Psychologie und Leiter der Abteilung Klinische Psychologie und Psychotherapie am Psychologischen Institut der Universität Tübingen.

Prof. Dr. Patrick Pössel, geb. 1969. 1990–1995 Studium der Psychologie in Gießen. 1995–2001 Mitarbeiter in einer psychologischen Praxis in Frankfurt am Main. 1999 Promotion. 1999–2001 Post-Doktorand an der Universität Tübingen. 2002 Approbation zum Psychologischen Psychotherapeuten. 2001–2007 Wissenschaftlicher Assistent in der Abteilung Klinische und Physiologische Psychologie der Universität Tübingen. 2004 Habilitation. 2005–2007 Visiting Assistant Professor am Department of Psychology and Human Development an der Vanderbilt University, USA. 2007–2010 Assistant Professor, 2010–2015 Associate Professor und seit 2015 Full Professor am Department of Educational and Counseling Psychology an der University of Louisville, KY, USA.

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat gemeinsam mit den Autoren bzw. den Herausgebern große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen, Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskriptherstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Copyright-Hinweis:

Das E-Book einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar.

Der Nutzer verpflichtet sich, die Urheberrechte anzuerkennen und einzuhalten.

Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Merkelstraße 3
37085 Göttingen
Deutschland
Tel. +49 551 999 50 0
Fax +49 551 999 50 111
verlag@hogrefe.de
www.hogrefe.de

Satz: Mediengestaltung Meike Cichos, Göttingen
Format: PDF

1. Auflage 2017

© 2017 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen

(E-Book-ISBN [PDF] 978-3-8409-2831-4; E-Book-ISBN [EPUB] 978-3-8444-2831-5)

ISBN 978-3-8017-2831-1

<http://doi.org/10.1026/02831-000>

Nutzungsbedingungen:

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Audiodateien.

Anmerkung:

Sofern der Printausgabe eine CD-ROM beigelegt ist, sind die Materialien/Arbeitsblätter, die sich darauf befinden, bereits Bestandteil dieses E-Books.

Inhaltsverzeichnis

Einführung	1
1 Kognitive Modelle und Konzepte	4
1.1 Rational-Emotive Theorie	5
1.2 Reformulierte Rational-Emotive-Theorie	8
1.3 Kognitive Theorie psychischer Störungen	9
1.3.1 Ursprüngliche Kognitive Theorie	10
1.3.2 Theorie der „core beliefs“	13
1.4 Schematheorie	15
1.5 Informationsverarbeitung bei Ängsten	18
1.6 Selbstinstruktionstheorie	21
1.7 Hilflosigkeits- und Hoffnungslosigkeitstheorie	23
1.8 Theorie der Selbstkontrolle	27
1.9 Response Stile und repetitives Denken	31
1.10 Metakognitive Modelle	32
1.11 Achtsamkeit (Mindfulness) und Akzeptanz	38
1.12 Weisheitstheorie	41
1.13 Modell der sozialen Informationsverarbeitung	44
1.14 Eine allgemeine, vereinheitlichende kognitive Theorie	47
1.15 Schlussfolgerungen und Überleitung	48
2 Diagnostik und Indikation	52
2.1 Selbstbeobachtung automatischer Gedanken	52
2.2 Angstkognitionen (ACQ)	52
2.3 Dysfunktionale Einstellungen (DAS)	53
2.4 Attributionsstil (ASQ)	54
2.5 Response Stil (RSQ)	55
2.6 Rumination (RS)	55
2.7 Schemata (YSQ)	56
2.8 Achtsamkeit und Akzeptanz (FFA und MAAS)	56
2.9 Indikation kognitiver Interventionen	57
3 Praktische Umsetzung und Therapie	59
3.1 Grundmerkmale kognitiver Therapien	62
3.2 Gesprächsführung und Interaktionen bei kognitiven Therapien	63
3.3 Gedankenkontrollen	68
3.3.1 Verdeckte Gedankenkontrolle	69

3.3.2	Gedankenstopp	70
3.3.3	Pumptechnik: Gedankenkarten	71
3.4	Selbstinstruktionen und kognitives Erproben	74
3.4.1	Selbstverbalisationstraining	74
3.4.2	Stressbewältigungstraining	76
3.4.3	Kognitive Probe	77
3.4.4	Stressimpfung	79
3.4.5	Zeitprojektion	80
3.4.6	Idealisiertes Selbstbild	80
3.5	Kognitive Therapie	81
3.5.1	Entdecken und Beobachten automatischer Gedanken	83
3.5.2	Erkennen kognitiver Verzerrungen	85
3.5.3	Spaltenprotokolle negativer Gedanken	87
3.5.4	Realitätstesten und Experimentieren	88
3.5.5	Alternative Erklärungen, Reattribuierungstechnik	89
3.5.6	Rollentausch	90
3.5.7	Stuhldialog	91
3.5.8	Entkatastrophisieren	92
3.5.9	Problematisches Denken überprüfen	94
3.5.10	Grundüberzeugungen erkennen und verändern	95
3.5.11	Werte erkennen und bearbeiten	100
3.5.12	Weisheitstherapie	104
3.5.13	Humorthherapie	106
3.6	Metakognitive Therapien	108
3.6.1	Problemlösen	108
3.6.2	Metakognitives Training	112
3.6.3	Metakognitive Therapie	113
3.7	Akzeptanz und Achtsamkeit	118
3.7.1	Akzeptanz und Selbstverpflichtung	118
3.7.2	Achtsamkeit	120
4	Evidenzlage und wissenschaftliche Beurteilung	124
4.1	Gedankenkontrollen	124
4.2	Selbstinstruktionen und kognitives Probehandeln	124
4.3	Kognitive Therapien	125
4.4	Metakognitive Therapien	126
4.5	Akzeptanz und Achtsamkeit	127
5	Anwendungsbeispiele	128
5.1	Behandlung Sozialer Phobien	128
5.2	Behandlung Posttraumatischer Belastungsstörungen	130
6	Weiterführende Literatur	132
7	Literatur	132

8	Anhang	141
	Spaltenprotokoll negativer Gedanken	141
	Protokoll: Denken überprüfen	142
	Werte bearbeiten	144
	Metakognitive Fallkonzeption	145
	Aufmerksamkeitstraining	146
	Akzeptanzübung	148
	Achtsamkeitsübungen	151

Einführung

Die Macht der „Gedanken“ (vgl. Langer, 1989)

Bringt man *Zimmermädchen* eines großen Hotels dazu, das Überziehen von Betten, das Schrubben von Bädern und Fußböden als eine besondere Art von Fitnesstraining und sportliche Aktivität zu sehen, dann stellt man nach einem Monat fest, dass die veränderte Einstellung dazu führt, dass alle sich fitter fühlen und im Durchschnitt sogar ein Kilogramm abnehmen. Eine Kontrollgruppe in derselben Hotelanlage, die ihren Job wie gewohnt, mit derselben Haltung wie zuvor erledigt, fühlt sich unverändert und verliert kein Gewicht.

Bringt man gebrechliche, passive *alte Männer*, die es gewohnt sind, betreut und gepflegt zu werden, für eine Woche in einer abgelegenen Wohnanlage (Kloster) unter, und gestaltet die Räume und Anlage so, wie es war, als die über 80-Jährigen um die 20 Jahre alt waren (Bücher, Poster, Musik, Filme, Themen, Ereignisse) und fordert man die Männer auf, sich über die Ereignisse, Filme, Bücher, Musik so zu unterhalten, als fänden sie aktuell statt, verbunden mit der Information, dass genug Essen in der Küche sei, doch sie sich selbst um das Essen kümmern müssen, dann zeigt sich: Diese Experimentalgruppe schneidet in Leistungs-, Seh- und Hörtests deutlich besser ab, ist insgesamt positiver gestimmt, aktiver und beweglicher.

Der Begriff „Kognition“ umfasst die Prozesse des Wahrnehmens, Erkennens, Begreifens, Bewertens, Urteilens, Erklärens, Schließens, Antizipierens und Erinnerns (Neisser, 1976). Die kognitive Psychologie beschäftigt sich mit Fragen, wie Menschen ihre Erfahrungen strukturieren, wie sie ihnen einen Sinn unterlegen, indem sie Reize in verwertbare Informationen transformieren.

Im Verständnis der kognitiven Psychologie ist Lernen und Verhalten nicht als passive Bildung von Reiz-Reaktions-Verbindungen zu verstehen, sondern als aktiver Prozess. Der Lernende interpretiert eine Situation im Lichte dessen, was in der Vergangenheit schon erworben wurde. Neue Informationen werden in ein Netzwerk vorhandenen Wissens, von Neisser (1976) als Schemata bezeichnet, eingepasst und die vorhandenen Strukturen werden neu organisiert. Diese kognitiven Überlegungen wurden von R. S. Lazarus (1966) und von Bandura (1969) zunächst beim Erleben bzw. der Verarbeitung von Belastungen (Stress) und beim sozialen und stellvertretenden

Denken und
Informations-
verarbeitung

Lernen bzw. der Selbststeuerung von Verhalten experimentell untersucht und dann auf psychopathologische Phänomene wie Furcht, Angst, Stress, Ärger, Depression und andere angewandt (Mahoney, 1974; Meichenbaum, 1979).

Selbstwirksamkeit und Mindfulness

Theoretisch hat vor allem Bandura (1977) mit seiner Theorie der „Self Efficacy“ und Langer (1989) mit ihrer Theorie der „Mindfulness“ einen Rahmen geliefert, der die Effekte unterschiedlicher kognitiver Interventionen integriert. Effekte kognitiver Interventionen lassen sich dadurch erklären, dass sie den Klienten bzw. Patienten ein „Gefühl“ der Selbstwirksamkeit und der Einflussmöglichkeiten vermitteln, also den „Glauben“ daran, dass sie Kontrolle haben und angestrebte Ziele erreichen können.

Reziprozität von Denken, Affekt und Verhalten

Dies setzt jedoch immer auch Verhaltensänderungen und Handlungserfahrungen, nicht nur Einsichten, Erleben und Denken voraus. Umwelt, Kognitionen, Affekte und Verhalten beeinflussen sich ständig reziprok (Bandura, 1986; Langer, 1989; Neisser, 1976).

Alle kognitiven Interventionen berücksichtigen daher Reize und Bedingungen, die von außen kommen, ebenso, wie die Konsequenzen, die Handlungen in der Umwelt haben (vgl. Abbildung 1). Dennoch interessieren mehr die internen, weniger bewussten Prozesse, also Kognitionen und Affekte. Es ist eine Grundüberlegung aller kognitiver Interventionen, dass nicht das, was von außen kommt, unser Verhalten und Erleben bestimmt, sondern die „Ansichten, die wir von den Dingen haben“ (Epictet). Es ist sinnvoll, kognitive Prozesse zu unterscheiden, die einer Veränderung zugrunde liegen, und kognitive Verfahren, die diese Prozesse in Gang setzen. Kognitive Interventionen dürfen für sich in Anspruch nehmen, dass sie eine Fülle von Methoden und Techniken entwickelt haben, die automatisierte, rasch ablaufende Vorgänge erkennen und analysieren lassen, die Prozesse in Gang setzen, die Veränderungen einleiten, die Selbststeuerung ermöglichen und die Verhaltensänderungen dauerhaft stabilisieren.

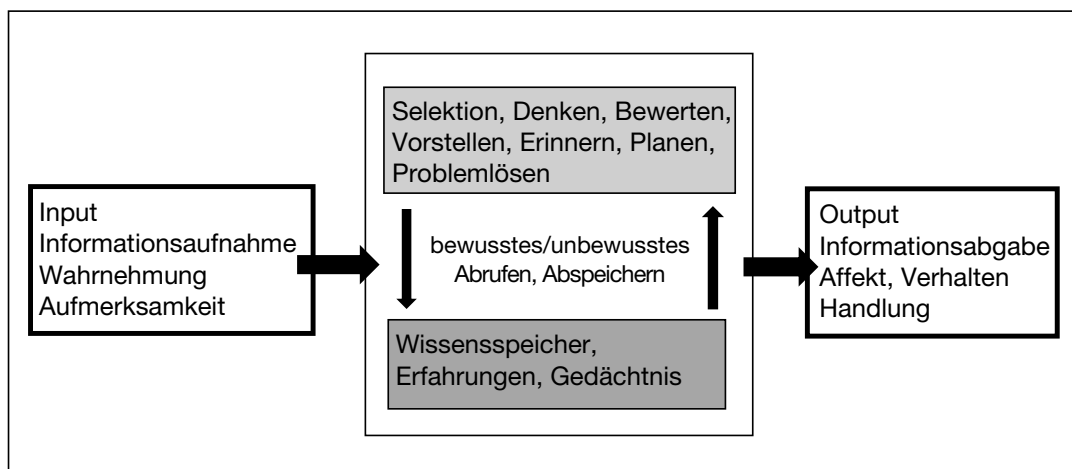


Abbildung 1: Grundlegendes kognitives Modell

Ziele dieses Buches

- Vorstellung der wichtigsten theoretischen Konzepte, die relevant für kognitive Interventionen sind.
- Darstellung diagnostischer Instrumente zur Erfassung kognitiver Konstrukte.
- Darstellung erfolgreicher kognitiver Interventionen und hilfreicher Therapiematerialien.
- Hinweise auf wissenschaftliche Evidenzen und Indikationen für die Therapietechniken.
- Illustrierende Fallbeispiele und Literaturempfehlungen zur Vertiefung.

1 Kognitive Modelle und Konzepte

Rational- Emotive Therapie

Das Modell von Ellis (1962) gehört zu den ersten kognitiven Interventionskonzepten. Es wurde bereits in den 1950er-Jahren entwickelt und erklärt nach Ansicht des Autors die meisten psychischen Probleme, d.h. es ist nicht auf bestimmte Störungen beschränkt. Elemente der auf dem Modell beruhenden sogenannten „Rational-Emotiven Therapie“ haben Eingang in viele kognitive und verhaltenstherapeutische Interventionen gefunden. Dennoch ist das Modell von Ellis bis heute im Vergleich zu den anderen kognitiven Konzepten nur wenig untersucht worden. Neben der ursprünglichen Form des Modells existiert heute eine Weiterentwicklung, die sogenannte „Reformulierte Rational-Emotive Theorie“ (Ellis, 1991).

Kognitive Therapie

Ein weiteres Modell ist die „Kognitive Theorie“, welche Beck (1967) ursprünglich zum Verständnis depressiver Störungen entwickelte und die von ihm und seinen Mitarbeitern (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1994) zur Grundlage für ausgesprochen effiziente Interventionen verwendet wurde. Diese auf die Behandlung depressiver Störungen zugeschnittenen Interventionsmethoden wurden dann auf unterschiedlichste psychopathologische Bereiche ausgeweitet. Erst kürzlich wurde ein „unified model“ der Depression (Beck & Bredemeier, 2016) vorgeschlagen, das neben kognitiven auch biologische und evolutionäre Faktoren integriert (siehe Kapitel 1.14).

Kognitions- psychologische Grundlagen

Hatten Ellis und Beck, als Kliniker und Therapeuten, kognitive Konzepte und Interventionen ohne Kenntnis bzw. Wissen (kognitions-)psychologischer Theorien entwickelt, nutzten Autoren wie R. S. Lazarus, Bandura, A. A. Lazarus, Meichenbaum, Mahoney, Seligman, Kanfer, Teasdale, Abramson, Clark u. v. a. Konzepte aus der Allgemeinen Psychologie, der Motivationspsychologie, der Attributionstheorie, der Handlungstheorie, der Emotionspsychologie und der Lernpsychologie, heute zunehmend der Neuropsychologie und Biologischen Psychologie (z. B. Förstl, Hautzinger & Roth, 2006; Böker & Seifritz, 2012), um diese internen Vorgänge bei der Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen zu verstehen.

Einflussreich für ein kognitives Verständnis von Angst und Stress waren die Überlegungen und Forschungsergebnisse der sogenannten Berkley-Gruppe um R. S. Lazarus (1966). Lazarus hatte schon in den 1950er-Jahren Experimente zur Angst und Stressentstehung durchgeführt. Klassisch sind seine Unfallfilme (z. B. Sägewerkarbeiter, der sich einen Daumen absägt), die er einsetzte, um bei Probanden subjektiv und physiologisch Furchtreaktionen zu provozieren. Die Gruppe konnte zeigen, dass die zuvor gegebenen Informationen bzw. den Filmen unterlegten Erklärungen

in signifikanter Weise die emotionalen Reaktionen modifizierten. Zeigte man Probanden z.B. einen Film, der Beschneidungsrituale bei jugendlichen Kriegern eines Urwaldstammes zeigte, dann waren die Schreckreaktionen und physiologischen Stressreaktionen dann besonders heftig, wenn betont wurde, dass diese Beschneidung besonders schmerzhaft und für den jungen Mann gefährlich sei. Es traten kaum Stress- und Furchtreaktionen auf, wenn durch einen Filmkommentar betont wurde, dass die Beschneidung von den jungen Männern herbeigesehnt wurde, denn dadurch wurden sie in den Kreis der geschlechtsreifen Männer und Stammeskrieger aufgenommen. R. S. Lazarus baute diese Untersuchungen zu einem Stressmodell aus (vgl. Abbildung 2), das auf zwei kognitiven Prozessen beruhte: Bedrohungsbewertung („primary appraisal“) und Handlungsbewertung („secondary appraisal“). Stress und Angst entsteht dann, wenn eine Situation als bedrohlich beurteilt wird und keine Handlungsoptionen (Flucht, Vermeidung, Uminterpretationen) zur Verfügung stehen.

**Stressforschung
– cognitive appraisal**

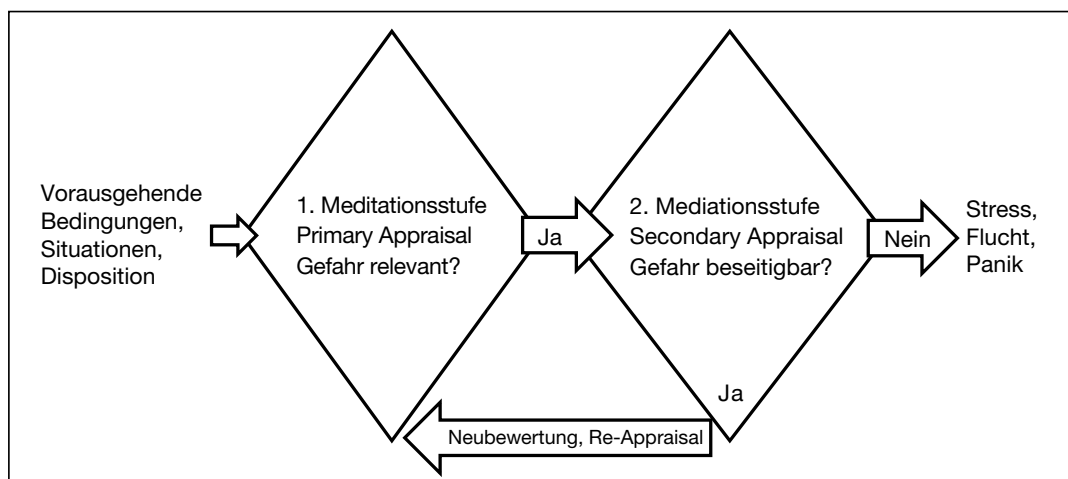


Abbildung 2: Kognitives Stress- und Angstmodell der Berkley-Gruppe (R. S. Lazarus, 1966)

1.1 Rational-Emotive Theorie

Nach Ellis (1962, 1977) führt nicht ein äußeres Ereignis zu emotionalen oder verhaltensmäßigen Folgen, sondern Überzeugungen in Hinblick auf ein Ereignis sind die Ursache für jede Reaktion. Eine Erfahrung oder ein Ereignis („activating event“) aktiviert eine bestimmte Überzeugung („belief“) in Bezug auf diesen Auslöser. Erst diese Überzeugung ist es, die Reaktionen auf emotionaler und Verhaltensebene auslösen („consequences“). Aus der Abkürzung der englischen Begriffe entstand der Name „A-B-C-D-Theorie“ (vgl. Abbildung 3).

**A-B-C: Auslöser
– Bewertung –
affektive Folgen**

Unter A („activating event“) versteht Ellis nicht ausschließlich äußere Ereignisse, sondern bezeichnet mit diesem Begriff alles, was auf einen Men-

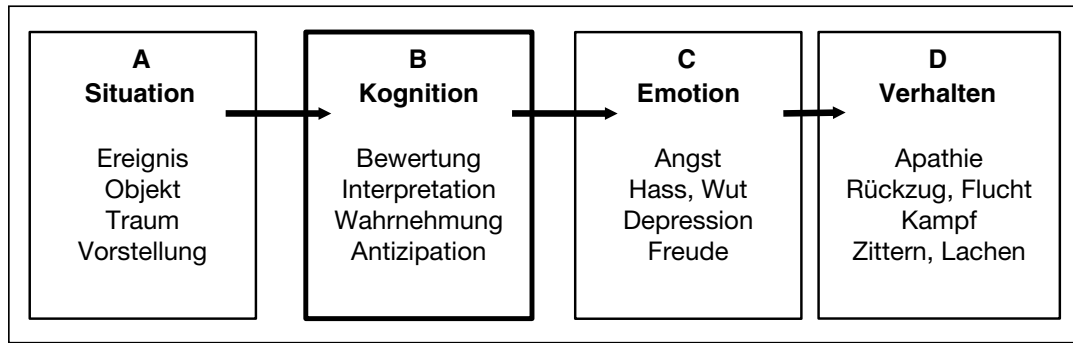


Abbildung 3: A-B-C-D-Theorie nach Ellis (1962, 1977)

schen einwirkt und zu einer Bewertung führt. Dies können äußere Ereignisse, Erinnerungen, Traumbilder, Antizipationen zukünftiger Situationen, Gefühle, aber auch andere Überzeugungen sein, so dass Feedback-Schleifen entstehen, an denen mehrere Überzeugungen netzwerkartig beteiligt sind.

Irrationale Überzeugungen

Ellis (1962) führt die meisten psychischen Probleme und Störungen auf wenige („elf“) krankmachenden Überzeugungen zurück (vgl. Kasten), die er „irrational beliefs“ nennt, wobei er betont, dass jeder Mensch irgendwann einmal irrational denkt (Ellis, 1977).

Irrationale Überzeugungen (vgl. Ellis, 1962, 1977)
<ul style="list-style-type: none"> • Nr. 1: Es ist absolut notwendig, von jeder anderen Person im eigenen Umfeld geliebt oder anerkannt zu werden. • Nr. 2: Man darf sich nur dann als wertvoll empfinden, wenn man in jeder Hinsicht kompetent und leistungsfähig ist. • Nr. 3: Bestimmte Menschen sind böse, schlecht und schurkisch und gehören für ihre Schlechtigkeit streng gerügt und bestraft. • Nr. 4: Es ist schrecklich und katastrophal, wenn die Dinge nicht so sind, wie man sie gerne haben möchte. • Nr. 5: Menschliches Leiden hat äußere Ursachen und der Mensch hat wenig Einfluss auf seinen Kummer und seine psychologischen Probleme. • Nr. 6: Man muss sich ständig große Sorgen über tatsächliche oder eingebildete Gefahren machen und sich mit der Möglichkeit ihres Eintretens befassen. • Nr. 7: Es ist leichter, bestimmten Schwierigkeiten auszuweichen, als sich ihnen zu stellen. • Nr. 8: Man soll sich auf andere verlassen und man braucht einen Stärkeren, auf den man sich stützen kann. • Nr. 9: Die eigene Vergangenheit hat entscheidenden Einfluss auf das gegenwärtige Verhalten und etwas, das sich früher einmal auf das Leben ausgewirkt hat, muss dies auch weiterhin tun.

- Nr. 10: Die Neigung, sich über die Probleme und Verhaltensschwierigkeiten anderer Leute aufzuregen.
- Nr. 11: Es gibt für jedes menschliche Problem eine absolut richtige, perfekte Lösung und es ist eine Katastrophe, wenn diese perfekte Lösung nicht gefunden wird.

Mehl (1991) definiert diese krankmachenden, irrationalen Überzeugungen als Überbewertungen, unzulässige Verallgemeinerungen, unlogische und unbewiesene Annahmen, fehlerhafte Schlussfolgerungen und absolutistische Auffassungen gegenüber verschiedenen Lebensbereichen, insbesondere denen der sozialen Wertung und persönlichen Geltung.

Kern dieser irrationalen Überzeugungen sind die drei folgenden, selbst auferlegten sogenannten „mussturbatorischen Ideologien“, also Gebote, dass etwas unter bestimmten Bedingungen geschehen muss (Ellis, 1977):

Mussturbatorische Ideologie

- Ich muss meine Sache gut machen und ich muss für meine Leistungen Anerkennung bekommen, sonst gelte ich als ein wertloses Subjekt.
- Die anderen müssen sich mir gegenüber freundlich, rücksichtsvoll und gerecht verhalten, sonst sind sie menschlich gesehen eine Null.
- Meine Lebensbedingungen müssen immer gut und problemlos sein, damit ich praktisch alles, was ich will, ohne allzu viel Mühe und Anstrengung bekommen kann, andernfalls ist die Welt von Grund auf schlecht und das Leben erscheint kaum lebenswert.

Diese musturbatorischen Ideologien äußern sich wiederum in den folgenden zusammenhängenden Problemkategorien:

- Jemand oder etwas solle oder müsse anders sein, als es gegenwärtig der Fall ist.
- Es ist schrecklich, entsetzlich oder katastrophal, dass es nicht anders ist.
- Eine Person oder Sache, die nicht so sein sollte, wie sie ist, kann nicht ertragen oder geduldet werden.
- Personen haben entsetzliche Fehler gemacht oder machen sie noch. Da diese Personen nicht so handeln dürfen, verdienen die entsprechenden Personen nur Schlechtes im Leben, sie dürfen verurteilt werden und können mit Recht als Nichtsnutz, wertloses Subjekt oder als Stück Dreck bezeichnet werden.

Ellis (1962) geht in seiner ursprünglichen Theorie davon aus, dass Überzeugungen zu konkreten, beobachtbaren Gedanken und diese wiederum zu Gefühlen führen. Basierend auf diesen Überlegungen hat Ellis die ersten „kognitiven“ Interventionen entwickelt, die er unter dem Namen Rational-Emotive Therapie (RET) zusammenfasste. Ein Therapeut, der nach der RET vorgeht, bemüht sich die irrationalen Überzeugungen eines Patienten zu identifizieren (mittels des A-B-C-D-Schema, vgl. Abbildung 3) und

A-B-C-D-E-Modell

über die Technik der sokratischen Gesprächsführung der Person Einsicht in die Unbegründetheit und Irrationalität der bisherigen Überzeugungen zu vermitteln. Die Bearbeitung der irrationalen Überzeugungen (B) führt dann zu weniger irrationalen, freundlicheren, konstruktiveren Kognitionen (D), die zu verändertem emotionalen Erleben und Verhalten führen (E) (vgl. dazu das Spaltenprotokoll im Anhang auf Seite 141 und die Abbildung 21).

Ellis (1959) ist davon überzeugt, dass alle erfolgreichen Therapeuten – ob sie sich dessen bewusst sind oder nicht – ihre Patienten lehren bzw. veranlassen ihre Lebensgeschichte und ihre Sichtweisen der Welt und der eigenen Person auf neue Weise zu sehen bzw. kritisch durch zu arbeiten und dadurch ihr unrealistisches und unlogisches Denken, Fühlen und Verhalten zu ändern.

1.2 Reformulierte Rational-Emotive-Theorie

Ziele, Werte, Wünsche

Die ursprüngliche Struktur der Rational-Emotiven Theorie (Ellis, 1962, 1977) bleibt in der reformulierten Theorie (Ellis, 1991, 1997) erhalten. Ellis präzisiert jedoch die beiden Hauptqualitäten irrationaler Überzeugungen und ergänzt das theoretische System um Ziele, Werte und Wünsche („goals“) und definiert die Zusammenhänge zwischen Überzeugungen, Gedanken und Emotionen neu. Demnach sind irrationale Überzeugungen, die bisher nur implizit in seiner Theorie enthalten waren, implizit und explizit rigide, dogmatische Forderungen oder Befehle, die sich in Formulierungen wie „ich muss“, „ich soll“, „zu sein“ oder „zu haben“ ausdrücken. Weiterhin sind irrationale Überzeugungen in höchstem Grade unrealistische und übergeneralisierende Folgerungen und Ursachenerklärungen (Kausalattributionen). Theoretisch bedeutsamer ist die Einführung von „goals“. Die Grundlage dafür ist das Verständnis vom Menschen als zielorientiertes Wesen mit biologischen und durch Lernen erworbenen Zielen. Grundlegende Ziele sind: zu überleben, relativ schmerzfrei zu sein und zufrieden zu sein. Werden Ereignisse als förderlich für die persönlichen Ziele erlebt, führt dies zu positiven Gefühlen und zu Versuchen, diese Ereignisse gezielt herbeizuführen. Werden Ereignisse hingegen als hinderlich für die eigenen Ziele und Wünsche interpretiert, führt dies zu Frustration, Ärger, Furcht, Trauer, Hilflosigkeit, Resignation oder sogar Depression (Ellis, 1991) und der Betroffene versucht, ein erneutes Auftreten dieser Ereignisse zu verhindern. Rationale und realistische Überzeugungen helfen, Ereignisse zu verkraften, die nicht förderlich für die eigenen Ziele sind, indem „gesunde“ emotionale Reaktionen auftreten (z. B. Frustration) und darüber die frustrierenden Ereignisse in Zukunft gemieden werden. Irrationale Überzeugungen führen hingegen zu Hilflosigkeit, Resignation, Angst und Depressionen, was dann dazu führt, dass die hinderlichen Ereignisse

und Zustände nicht bewältigt, vermieden oder verändert werden. Schließlich geht Ellis (1997) nun davon aus, dass sich Überzeugungssysteme auch unmittelbar in Emotionen niederschlagen können und erst anschließend Gedanken die zugrunde liegenden Überzeugungen ausdrücken bzw. zugänglich werden. Emotionen und Kognitionen stellen parallele Verarbeitungsmodi dar und sind somit nicht mehr hierarchisch geordnet.

Aus dieser veränderten Sichtweise ergibt sich, dass affektives Erleben sich nicht einfach dadurch ändern lässt, dass man die Kognitionen (Gedanken) verändert, sondern entscheidend ist, dass es gelingt, die grundlegenden, als irrational angenommenen Überzeugungen (beliefs) zu korrigieren. Dafür werden dann verschiedene kognitive Interventionen, doch auch imaginative Techniken und vor allem konfrontative, verhaltensnahe Methoden vorgeschlagen bzw. zugelassen (siehe dazu Bandura, 1986).

Korrektur von irrationalen Überzeugungen

1.3 Kognitive Theorie psychischer Störungen

Ursprünglich entstand die Kognitive Theorie als Erklärungsmodell der Depression (Beck, 1967, 1976), aus der Beschäftigung mit Träumen depressiver Menschen und der dabei erlebten Unhaltbarkeit psychodynamischer Spekulationen (Beck, 1967). Inzwischen wurde dieses kognitive Verständnis auf nahezu alle psychischen Zustände bzw. Störungen wie Furcht, Panik, Ängste, Zwänge, Manie, Paranoia, Euphorie, Liebe, Ärger, Wut und Hass (Beck, 1976; Beck, Emery & Greenberg, 1985), auf die unterschiedlichen Persönlichkeitsstörungen (Beck & Freeman, 1990; Young, 1994) und Substanzabhängigkeiten (Beck, 1993) angewendet. Das Modell hat dabei einige Wandlungen durchlaufen (Beck, 1967, 1996; Beck, 2011) ohne sich grundlegend verändert zu haben. Die Veränderungen ergaben sich durch Integration empirischer Befunde und neuere Erkenntnisse, doch auch durch die Ausweitung auf sehr unterschiedliche Störungsbilder. In letzterem Fall wurden vor allem die Inhalte der postulierten kognitiven Prozesse bzw. Strukturen der jeweiligen Störung (z. B. antisoziales Verhalten, Heroinabhängigkeit, dependente Persönlichkeit usw.) angepasst. Eine Überarbeitung (Beck, 1996; J. S. Beck, 2011) der Kognitiven Theorie führte zur Annahme und präziseren Konstruktion eines übergeordneten theoretischen Systems, welches das Zusammenwirken der kognitiven, affektiven motivationalen, verhaltensbezogenen und physiologischen Ebene erklären soll, doch auch diese Erweiterungen beließen die Kernelemente der ursprünglichen Theorie und die daraus folgenden Interventionen unverändert.

Zusammenwirken von Affekt, Körper, Motivation, Kognition, Verhalten

1.3.1 Ursprüngliche Kognitive Theorie

Kognitive Triade, Schemata

Dieses Modell besagt, dass bestimmte Kognitionen eine zentrale Stellung in der Entwicklung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen einnehmen. Hierbei unterteilt Beck (1967, 1976, 1996) Kognitionen in Schemata, kognitive Fehler, Grundannahmen (z. B. kognitive Triade) und automatische Gedanken.

Jeder psychischen Störung zugrunde liegend sind dysfunktionale kognitive Schemata. Ein Schema ist aus organisierten Elementen von vergangenen Reaktionen und Erfahrungen entstanden. Schemata bilden einen relativ kohärenten und beständigen Wissenskörper, der Wahrnehmungen, Informationsverarbeitungen und Einschätzungen steuert und beeinflusst. Alle Menschen haben derartige kognitive Verarbeitungsstrukturen. Sie sind in der Regel und für die meisten Lebensbereiche funktional. Dysfunktionale Strukturen werden bei der Mehrzahl der Menschen nur vorübergehend aktiviert bzw. kommen nur in Zeiten psychischer Belastungen zur Geltung. Bestimmte, persönlich relevante und thematisch gebundene bzw. bereichsspezifische Stressoren aktivieren die postulierten kognitiven Strukturen. Nach A. T. Beck (1996) lenken die Schemata den Prozess der Umwandlung von Reizen, Situationen und erlebten Tatsachen in Kognitionen, d. h. in Vorstellungen mit verbalem oder bildhaftem Inhalt.

Schemakongruente Informationen werden schnell verarbeitet

Schemakongruente Informationen werden schneller wahrgenommen und eher erinnert als schemainkongruente Reize. Sind funktionale, selbstwertdienliche Schemata aktiv, wird eine Situation eher positiv erlebt, während die gleiche Situation negativer erlebt wird, wenn dysfunktionale, selbstabwertende Schemata aktiviert sind. Hat sich ein Schema einmal gebildet, verfestigt es sich durch diesen nachfolgenden, reziproken Prozess der Beeinflussung der Informationsverarbeitung (Beck, 1976).

Erworbene kognitive Fehler und Dysfunktionen

Der Prozess der psychopathologisch relevanten Informationssteuerung ist mit „kognitiven Fehlern“ behaftet (vgl. Kasten), die aus (traumatischen) Erfahrungen, Erziehung, Sozialisation und Lebensbedingungen resultieren, folglich erworben (erlernt) wurden. Nach Alloy et al. (1985) können kognitive Fehler als proximale, kontributorische Ursache(n) psychischer Störungen verstanden werden, so dass durch sie das Auftreten einer psychischen Störung wahrscheinlicher wird.

Typische kognitive Verzerrungen

1. *Alles-oder-nichts-Denken*. Die Dinge werden nur in Schwarz-Weiß-Kategorien gesehen. Sobald eine Leistung nicht perfekt ist, sieht der Mensch sich als totalen Versager an.
2. *Übertreibende Verallgemeinerungen*. Ein einzelnes negatives Ereignis wird als Beispiel einer unendlichen Serie von Niederlagen angesehen.
3. *Geistiger Filter*. Ein einzelnes negatives Detail wird herausgegriffen, so dass das gesamte Wirklichkeitsbild dadurch getrübt wird.
4. *Abwehr des Positiven*. Positive Erfahrungen werden zurückgewiesen, indem darauf bestanden wird, dass sie aus irgendeinem Grund nicht zählen. Auf diese Weise werden Überzeugungen aufrechterhalten, auch wenn sie im Gegensatz zu den alltäglichen positiven Erfahrungen stehen.
5. *Voreilige Schlussfolgerungen*. Negative Interpretationen werden vorgenommen, auch wenn keine unumstößlichen Tatsachen vorhanden sind, die diese Schlussfolgerungen erhärten könnten. Depressive gehen häufig davon aus, dass eine andere Person negativ über sie denkt; sie versuchen nicht, sich darüber Klarheit zu verschaffen (Gedankenlesen). Andere Gedanken betreffen die Erwartung, dass die Dinge sich ungünstig für die eigene Person entwickeln, und es herrscht die Überzeugung vor, dass diese Vorhersage eine bereits feststehende Tatsache ist (falsche Vorhersagen).
6. *Über- und Untertreibung*. Die Wichtigkeit bestimmter Dinge (z. B. ein eigener Fehler oder die Leistung anderer) wird überschätzt oder andere Aspekte werden so stark unterschätzt, dass sie schließlich ganz unwichtig erscheinen (z. B. die eigenen Fähigkeiten, die Schwächen anderer Leute).
7. *Emotionale Beweisführung*. Es wird angenommen, dass die negativen Gefühle notwendigerweise genau das ausdrücken, was wirklich geschieht („Ich fühle es, also muss es real sein“).
8. *Wunschaussagen*. Es wird versucht, sich mit Aussagen wie „man sollte“ oder „man sollte nicht“ zu motivieren. Anforderungen wie „man muss“ oder „es hätte sich gehört“ gehören ebenfalls dazu. Der Druck derartiger Anforderungen produziert bei sich jedoch meist Teilnahmslosigkeit und Resignation.
9. *Etikettierungen*. Hierbei handelt es sich um eine besonders übertriebene Form der Verallgemeinerung. Mangels Verständnis für eigene Verzerrungen versieht sich der Mensch mit einem negativen Etikett (Selbstbeschreibung) „Ich bin ein ewiger Verlierer“. Wenn das Verhalten eines anderen Anstoß erregt, wird ihm ebenfalls ein negatives Etikett gegeben: „Er ist ein Vollidiot“. Falsches Etikettieren bedeutet, ein Ereignis mit einer ungenauen und emotional aufgeladenen Sprache zu beschreiben.
10. *Dinge persönlich nehmen*. Menschen neigen dazu, sich für ein negatives Ereignis verantwortlich zu fühlen, obwohl sie damit in Wirklichkeit gar nichts zu tun haben.

Zusammenfassend hängen nach Beck (1976) Emotionen und Erfahrungen, die eine Person in einer bestimmten Situation entwickelt, davon ab, welche Schemata ihr zur Verfügung stehen und welche Schemata aktuell aktiviert sind. Wenn aktiviert, werden die Schemata in Grundüberzeugungen ausgedrückt. Diese sind quasi der verbalisierbare Inhalt der Schemata. Die unbewussten Grundannahmen können als stabile, allgemeine grundlegende Überzeugungen über die Natur der Welt und das eigene Verhältnis zu ihr verstanden werden, wobei sie bei jeder Störung spezifische Inhalte haben. So besteht sie bei depressiven Patienten aus (unberechtigten, dysfunktionalen) negativen Grundannahmen im Hinblick auf die eigene Person, die Umwelt und die Zukunft. Beck (1967) spricht von der depressionstypischen negativen kognitiven Triade. Die Ähnlichkeit zwischen der kognitiven Triade und den drei musurbatorischen Ideologien von Ellis (1977) ist offensichtlich.

Beispiele für depressionstypische Grundannahmen sind:

- Um glücklich zu sein, muss ich in allem, was ich mache, erfolgreich sein.
- Um glücklich zu sein, müssen mich alle anderen immer akzeptieren.
- Wenn ich einen Fehler mache, bedeutet das, dass ich unfähig bin.
- Ich kann nicht leben, ohne dass mich jemand liebt.
- Wenn jemand mit mir nicht übereinstimmt, bedeutet das, dass er mich nicht mag.
- Der Wert meiner Person hängt davon ab, was andere von mir denken.

Bei manischen Patienten (z. B. im Rahmen einer Bipolaren Störung) dominieren Überzeugungen wie:

- „Sie wollen mich!“
- „Die anderen sind so langsam und umständlich.“
- „Wende dich gleich an die Besten, die Wichtigsten.“
- „Alle sind von meinen Ideen und Plänen begeistert!“
- „Ich weiß es am besten!“
- „Ich brauche keine Medikamente.“
- „Lebe den Tag und morgen wird es noch besser.“ usw.

Angstpatienten halten sich für bedroht (überschätzen die Bedeutung potenzieller Gefahren) und für besonders verletzlich. Sie unterschätzen dabei ihre eigenen Handlungs- und Bewältigungsmöglichkeiten. Beispiele dafür sind:

- „Alle werden mich schief ansehen.“
- „Der PC wird durchbrennen und das Büro in Flammen aufgehen.“
- „Dann bekomme ich einen Herzinfarkt und niemand hilft mir.“
- „Wenn ich ohnmächtig werde, dann halten mich alle für einen Penner.“
- „Sicherlich bricht Feuer aus und dann komme ich nicht mehr raus.“ usw.

Entsprechend dem Modell bilden diese dysfunktionalen Kognitionen eine proximale und hinreichende Bedingung für die Entstehung der jeweiligen psychischen Störung (Beck, 1976; Ehlers & Luer, 1996).