

1 Einleitung: Zielsetzung des Leitfadens

Was dieser Leitfaden will: Er will

- therapeutischen Anfängern (Verhaltenstherapeuten in ihrer Therapieausbildung, Psychologie- und Medizinstudenten im Studium) erste Einblicke in das faszinierende Gebiet der Kognitiven Therapien geben und deren wichtigste Prinzipien und Vorgehensweisen anhand von konkreten Beispielen vorstellen,
- in der Praxis tätigen Psychotherapeuten (mit verhaltenstherapeutischer Grundausbildung) eine Fülle von konkreten Anleitungen und Materialien geben, um Methoden der Kognitiven Umstrukturierung wirkungsvoll in ihr therapeutisches Handeln integrieren zu können,
- weiterhin Praktikern, die bereits mit Methoden der Kognitiven Umstrukturierung arbeiten, die Möglichkeit geben, ihren Umgang mit diesen Methoden anhand der im Buch aufgezeigten Fehlerquellen zu reflektieren und zu optimieren,
- einige Missverständnisse gegenüber den Kognitiven Therapien abbauen und
- die Kluft zwischen eher theoretisch orientierten Lehrbüchern der Kognitiven Therapie bzw. Kognitiven Verhaltenstherapie und praktisch-therapeutischem Handeln überbrücken helfen.

Der Leitfaden richtet sich also in erster Linie an Psychotherapeuten bzw. psychotherapeutisch interessierte Leser, und hier vor allem an solche, die bereits verhaltenstherapeutische Grundkenntnisse besitzen. Da die kognitiv-verhaltenstherapeutischen Konzepte jedoch auch sehr fruchtbar in Bereichen wie Gesundheitsförderung, Beratung und Training angewandt

werden können, dürften auch in diesen Feldern tätige Personen von dem Leitfaden profitieren können.

Die Idee zu diesem Buch entstand bei der Durchführung von Workshops, Seminaren und fallbezogenen Supervisionen im Rahmen der Aus- und Weiterbildung von Psychotherapeuten Mitte der 1990er Jahre. Immer wieder begegnete mir bei diesen Tätigkeiten einerseits ein großes Interesse an den Methoden Kognitiver Therapien, andererseits aber – auch bei langjährig erfahrenen Praktikern – eine gewisse Hilflosigkeit bezüglich der konkreten Handhabung und Umsetzung kognitiver Interventionen und ein großes Bedürfnis nach konkreten Anleitungen. Diesem Bedürfnis sollte der vorliegende Leitfaden entgegenkommen und dabei nicht zuletzt auch Missverständnisse aufklären wie, unter »Kognitiver Umstrukturierung« sei lediglich ein emotionsfreies Sprechen über bestimmte Einstellungen des Patienten zu verstehen, es handle sich dabei um ein buchstäbliches »Auswechseln« negativer durch positive Gedanken, ohne dabei deren Kontext zu beachten, oder es sei so etwas Ähnliches wie »positives Denken« und lasse sich auf einige Standardfragen reduzieren wie: »Was ist denn so schlimm an Ihrem Problem?«.

Die in diesem Buch beschriebenen Methoden der Kognitiven Umstrukturierung wurden seit Ende der 1980er Jahre insbesondere von Verhaltenstherapeuten in ihr bis dahin im Wesentlichen von den Lerntheorien geprägtes Methodenrepertoire übernommen. Sie sind mittlerweile fester Bestandteil der sog. »Kognitiven Verhaltenstherapie«, die einen Haupttrend der modernen Psychotherapie darstellt und zu den einflussreichsten Therapiesystemen unserer Tage gehört. Methoden der Kognitiven Umstrukturierung haben als *ein* Behandlungsbaustein (neben andern) Eingang gefunden in eine Vielzahl von störungsspezifischen Therapieprogrammen, die in den letzten beiden Jahrzehnten im Bereich der Verhaltenstherapie entwickelt und erfolgreich wissenschaftlich evaluiert wurden. Erste Beispiele waren die Manuale von Margraf & Schneider (1989/2013) für den Bereich der Panikstörungen und Hautzinger (1989/2021) für den Bereich der Depressionen. Weitere in den folgenden Jahren vorgelegte Manuale zu verschiedenen Störungsbildern sind im Anhang aufgelistet. Das vorliegende Buch soll diese wichtigen, empirisch fundierten und für die Praxis hilfreichen Manuale nicht ersetzen, sondern ergänzen und untermauern. Es soll den Prozess der Kognitiven Umstrukturie-

rung in seinen grundlegenden Schritten verständlich machen und Methoden zum Vorgehen innerhalb dieser einzelnen Schritte vorstellen. Ein Verstehen des grundlegenden Prozesses der Kognitiven Umstrukturierung ist m. E. Voraussetzung für den effektiven Einsatz der in diesem Prozess zur Anwendung gelangenden einzelnen methodischen Vorgehensweisen und für die Fähigkeit, sie auf den jeweiligen Klienten mit seiner spezifischen Problematik zu adaptieren.

Alle drei »Hauptströmungen« Kognitiver Therapien, aus denen die in diesem Buch vorgestellten methodischen Vorgehensweisen abgeleitet sind (die Rational-Emotive Therapie nach Albert Ellis, die Kognitive Therapie nach Aaron Beck und das Stressimpfungstraining nach Donald Meichenbaum), gehören nach Grawe, Donati & Bernauer (1994/2001) zu den »hochwirksamen« psychotherapeutischen Verfahren, die durch zahlreiche empirische Untersuchungen ihre Wirksamkeit nachzuweisen vermochten (für eine differenzierte Einschätzung des Forschungsstandes vgl. de Jong-Meyer 2009, S. 622–624). Alle drei ähneln sich in ihren Grundannahmen und grundsätzlichen therapeutischen Vorgehensweisen sehr stark, obwohl sie natürlich unterschiedliche Schwerpunkte setzen. Es schien daher beim Verfassen des Buches 1998 nicht sinnvoll und weiterführend, die einzelnen Ansätze mit ihren verschiedenen Begrifflichkeiten weiterhin in Konkurrenz und »nebeneinander« darzustellen (was bis dato in den entsprechenden Lehrbüchern meist der Fall war). Eher sollte der Versuch gewagt werden, die verschiedenen methodischen Vorgehensweisen, die aus diesen drei Ansätzen abgeleitet werden können, zusammenzustellen und zu erläutern, an welcher Stelle des Prozesses der Kognitiven Umstrukturierung sie sinnvoll zur Anwendung gelangen können.

Der Zielsetzung des Buches entsprechend wird im Folgenden nur recht kurz auf die drei theoretischen Ansätze eingegangen, auf die der Leitfaden Bezug nimmt: Kapitel 2 führt in die zentralen Annahmen, Begriffe und therapeutischen Vorgehensweisen der Therapiekonzeptionen von Ellis, Beck und Meichenbaum ein. Unterschiede und Gemeinsamkeiten werden benannt. Kapitel 3, das den Hauptteil des Buches ausmacht, umfasst dann den »eigentlichen« Leitfaden, in dem der Prozess der Kognitiven Umstrukturierung in fünf Schritte aufgeteilt wird und Methoden und Materialien zum Vorgehen innerhalb dieser fünf Schritte vorgestellt werden. Einige Anmerkungen zur konkreten Anwendung und Umsetzung des

Leitfadens finden sich in Kapitel 4. In Kapitel 5 und 6 wird auf wesentliche Aspekte der Therapeut-Klient-Beziehung sowie auf häufige Schwierigkeiten und Fehler beim Erlernen und Anwenden von Verfahren der Kognitiven Umstrukturierung eingegangen. Im abschließenden Kapitel 7 werden noch einmal einige übergreifende Aspekte (wie die Förderung der Selbsthilfefähigkeiten des Klienten und die mögliche Verbindung symptombezogener und biographisch orientierter Arbeit in den Kognitiven Therapien) thematisiert. Zudem werden beispielhaft einige neuere theoretische und methodische Entwicklungen vorgestellt (Ansätze aus den Verfahren der sog. »Dritten Welle« der Verhaltenstherapie) und ihre Bezüge zum hier dargestellten Vorgehen kurz skizziert. Das ausführliche Literaturverzeichnis erleichtert die Suche nach weiterführender Literatur; im Anhang sind konkrete Materialien für den Therapeuten und zur Unterstützung der Selbsthilfepraxis des Klienten zusammengestellt.

2 Theoretische Grundlagen der Kognitiven Umstrukturierung: Die »Kognitiven Therapien« nach Ellis, Beck und Meichenbaum

Im Folgenden werden die drei Hauptströmungen der Kognitiven Therapie kurz vorgestellt: die Rational-Emotive Therapie nach Ellis, die Kognitive Therapie nach Beck und das Stressimpfungstraining nach Meichenbaum. Den Abschluss des Kapitels bildet eine Zusammenschau der drei Ansätze.

Da es sich bei dem vorliegenden Buch nicht um eine wissenschaftliche Abhandlung zum Vergleich der drei Ansätze handelt, sondern um den Versuch, aus den drei Ansätzen Hilfen für die psychotherapeutische Praxis abzuleiten, werden wissenschaftlich interessante Themen wie z. B. die verschiedenen Hypothesen zu den Beziehungen zwischen Kognitionen und Emotionen oder auch die bisher ungeklärte Frage der eigentlichen Wirkmechanismen bei der Kognitiven Umstrukturierung im Rahmen dieses Buches *nicht* diskutiert.

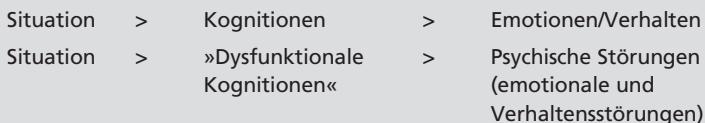
Betont sei schon vorab, dass alle drei Ansätze sich in ihrem praktisch-therapeutischen Vorgehen sehr ähneln. Die konzeptuellen Unterschiede zwischen den Ansätzen dürften innerhalb der klinischen Praxis teilweise kaum identifizierbar sein.

Das grundlegende theoretische Modell menschlichen Erlebens und Verhaltens und das damit verbundene Menschenbild ist für Vertreter aller drei Ansätze gleich verbindlich. Es besagt im Wesentlichen das, was bereits der römische Stoiker Epiktet (50–138 n. Chr.) formulierte: »Nicht die Dinge selbst beunruhigen die Menschen, sondern ihre Vorstellungen von den Dingen« (Epiktet 1984, S. 24), ein Satz, der in fast allen einführenden Lehrbüchern zur Kognitiven Therapie zitiert wird. Demnach kann der Mensch über seine »Vorstellungen« (Kognitionen) sein Erleben und Verhalten in entscheidendem Maße selbst bestimmen. Er ist also – im Gegensatz zu klassisch-behavioristischen Auffassungen – Umwelteinflüssen (bestimmten Stimuli, Verstärkern) nicht hilflos ausgeliefert und –

im Gegensatz zu klassisch-psychoanalytischen Auffassungen – nicht passives Opfer seiner vergangenen Erfahrungen, sondern er kann, durch die Art und Weise, wie er die Ereignisse und Situationen in seinem Leben »kognitiv verarbeitet«, wie er sie interpretiert und bewertet, sein aktuelles Erleben und Verhalten selbst steuern bzw. zumindest beeinflussen – eine Auffassung, der sowohl die moderne Verhaltenstherapie als auch die moderne Psychoanalyse weitgehend zustimmen dürften, die aber so explizit zuerst von Vertretern Kognitiver Therapieverfahren formuliert wurde.

Sogenannte »dysfunktionale« Kognitionen tragen dabei aus Sicht der Kognitiven Therapien zu psychischen Störungen (emotionalen und Verhaltensstörungen) bei; in der Therapie geht es entsprechend darum, diese dysfunktionalen Kognitionen in Richtung »funktionaler« Kognitionen zu beeinflussen, um dadurch das damit verbundene psychische Leid zu verringern.

Kasten 1: Grundannahme Kognitiver Therapien



Der Begriff der »Kognitionen« (bzw. dysfunktionalen Kognitionen) umfasst dabei so unterschiedliche Dinge wie Wahrnehmungen, Interpretationen und Bewertungen von Ereignissen, Annahmen und Hypothesen, Antizipationen und Erwartungen, Lebensregeln und Lebensphilosophien, Einstellungen, Überzeugungen, Grundhaltungen, inneres Sprechen, Selbstverbalisationen, Bewältigungssätze, Denkfehler u.ä. Er wird in den verschiedenen Ansätzen Kognitiver Therapien unterschiedlich spezifiziert (vgl. die Darstellung der Ansätze in den folgenden Abschnitten). Folgt man der in der modernen Emotionstheorie geläufigen Unterscheidung zwischen »kognitiven Inhalten«, »kognitiven Struktu-

ren« und »kognitiven Prozessen«, so handelt es sich in allen drei Ansätzen um die Spezifizierung bestimmter kognitiver Inhalte (vgl. Schelp & Kemmler 1988, 1991). Im Folgenden wird jedoch – der Einfachheit halber – weiter von dem Oberbegriff der »Kognitionen« gesprochen (mit der Unterscheidung in funktionale und dysfunktionale Kognitionen).

Mit ihren Auffassungen bzw. Menschenbildannahmen waren bzw. sind Ellis, Beck und Meichenbaum Vorreiter und Vertreter der sog. »Kognitiven Wende«, die in den 1960er/1970er-Jahren die gesamte Psychologie erfasste: Das bis dahin vorherrschende »Behavioristische Forschungsparadigma«, geprägt durch Namen wie Pavlow und Skinner und durch die Begriffe des klassischen und operanten Konditionierens, wurde abgelöst durch das sog. »Kognitive Forschungsparadigma«, geprägt durch Namen wie Heider, Kelly, Bandura und – in der Klinischen Psychologie – neben Ellis, Beck und Meichenbaum vor allem auch Mahoney, Maultsby und A. Lazarus. Die Forschung wandte sich internen Prozessen wie Ursachenbeschreibungen, Erwartungen, Kontrollüberzeugungen u.ä. zu. Das Kognitive Forschungsparadigma sieht den Menschen als reflexives, ständig Hypothesen (über sich und seine Umwelt) generierendes und prüfendes Subjekt (»man as scientist«-Modell, vgl. Groeben & Scheele 1977). Die Verhaltenstherapie rezipierte Anfang der 1980er Jahre dieses neue Modell weitgehend und erkannte zunehmend die Bedeutung von Kognitionen für die Entstehung, Aufrechterhaltung und Behandlung von psychischen Störungen (sog. »Kognitive Wende der Verhaltenstherapie«).

Die Rational-Emotive Therapie nach Ellis

Die Rational-Emotive Therapie (»RET«, seit 1993 auch als Rational-Emotive Verhaltenstherapie »REVT« bezeichnet) ist der älteste der drei kognitiv-psychologischen Behandlungsansätze und wurde in den 1950er-Jahren von dem amerikanischen Psychologen A. Ellis entwickelt. Wie bei vielen anderen neueren Richtungen der Psychotherapie war auch für die Entwicklung der RET die Auseinandersetzung mit der klassischen Psychoanalyse ein wichtiger Ausgangspunkt.

Albert Ellis (geb. am 27.09.1913) war erst mit 29 Jahren zum Psychologiestudium gekommen, nachdem er zunächst eine kaufmännische Ausbildung absolviert und mehrere Jahre als Kaufmann gearbeitet hatte. Nach seiner Promotion 1947 an der Columbia Universität in New York arbeitete er als leitender Psychologe mit abgeschlossener psychoanalytischer Ausbildung an verschiedenen klinischen und diagnostischen Institutionen in New Jersey. 1952 eröffnete er in New York als Psychoanalytiker seine eigene Praxis, setzte sich aber in verschiedenen Studien intensiv mit den Positionen der Psychoanalyse auseinander, die er zunehmend in Frage stellte. Bereits ab 1954 verstand er sich nicht mehr als Psychoanalytiker und begründete seinen eigenen psychotherapeutischen Ansatz, die Rational-Emotive Therapie, die er 1955 erstmals vorstellte und seitdem kontinuierlich weltweit propagierte und weiterentwickelte (vgl. zu diesen Ausführungen zur Person von A. Ellis Hoellen 1993). 1961 gründete er das Institut für Rational-Emotive Therapie in New York, dessen (aktiver) Präsident er bis zu seinem Tode am 24.07.2007 blieb. Obwohl er seinen Ansatz außerhalb der akademischen Psychologie (eher aus seiner praktischen psychotherapeutischen Tätigkeit heraus) entwickelte und Ellis für die wissenschaftliche Klinische Psychologie lange Zeit als nicht ernst zu nehmender und häufig auch provozierender Außenseiter galt, hielt er seinen Ansatz doch stets für eine wissenschaftlich-empirische Überprüfung offen. Ellis wird mittlerweile als »Grandfather« der Kognitiven Therapien gesehen; alle Autoren, die Arbeiten zur Kognitiven Umstrukturierung vorgelegt haben, nehmen zumindest unter anderem Bezug auf die RET von Ellis (vgl. Fliegel et al. 1998, S. 192).

Zentrale Annahmen und Begriffe

Wie bereits erwähnt, unterscheiden sich die verschiedenen Vertreter Kognitiver Therapieverfahren in ihrer Spezifizierung der sog. »dysfunktionalen« (unangemessenen, störungsgenerierenden) Kognitionen. Ellis beschäftigt sich in seinem Ansatz primär mit dem Einfluss, den **Bewertungen** bzw. Bewertungsmuster (»beliefs«, »belief systems«) für die Entstehung und Aufrechterhaltung von Emotionen und Verhaltensweisen haben; sog. **irrationale Bewertungen** werden als zentral für die Entste-

hung und Aufrechterhaltung psychischer (emotionaler und Verhaltens-) Störungen angesehen.

Die Begriffe »irrational« und »rational« werden in ihrer deutschen Übersetzung häufig missverstanden und führen daher nicht selten zu Fehleinschätzungen der RET (vgl. Schelp & Kemmler 1988, Wilken 1994). »Irrational« wird von Ellis – abweichend vom deutschen Sprachgebrauch – synonym mit »inappropriate« (unangemessen, nicht hilfreich, nicht zielführend, selbstschädigend) gebraucht. »Rational« hingegen hat nichts mit »gefährlos« oder »verkopt« zu tun, sondern wird synonym mit »appropriate« (angemessen, hilfreich, zielführend) verwandt.

Grundlegend für die RET ist die sog. ABC-Theorie (vgl. Ellis 1977/1982, 1979, 1998a). Sie wurde inzwischen mehrfach modifiziert und erweitert (vgl. z. B. Wessler & Wessler 1980; Ellis 1994, 1996, 1997/2008); die Grundbegriffe und Grundannahmen lassen sich in vereinfachter (und auch für Klienten leicht verständlicher) Form jedoch folgendermaßen beschreiben: Unter »A« (activating event) wird ein auslösendes Ereignis verstanden. Es kann sich dabei um ein äußeres oder innerpsychisches Ereignis handeln (z. B. Tod eines Familienangehörigen; Vorstellung des Scheiterns bei einer bevorstehenden Prüfung). Der Punkt »B« (beliefs, belief systems) bezeichnet die Bewertung des Ereignisses A. Sie erfolgt aufgrund bestimmter bewusster oder unbewusster Überzeugungen (Bewertungsmuster, Einstellungen oder Lebensregeln), die in der auslösenden Situation durch das Individuum aktiviert werden. »C« (consequence) kennzeichnet schließlich die emotionalen Reaktionen und Verhaltensweisen, die auf A folgen (z. B. Trauer oder Depression; Sorge oder Angst). Die *zentrale Annahme* lautet: Emotionale und Verhaltenskonsequenzen des Individuums (C) werden nicht *direkt* durch auslösende Ereignisse (A) verursacht; sie werden vielmehr *in erster Linie* durch die Art der Bewertung dieser Ereignisse (B) hervorgerufen. Dabei hebt Ellis hervor, dass A, B und C einander stets wechselseitig stark beeinflussen und insofern keine einfachen linearen Zusammenhänge postulierbar sind; als besonders bedeutsam für die Ausformung bestimmter Emotionen und Verhaltensweisen werden jedoch die Bewertungen unter Punkt B angesehen. (Die Bewertung eines Ereignisses als »irrelevant« führt zu keinen emotionalen Reaktionen, während die Bewertung als »günstig« zu positiven bzw. die Bewertung als »ungünstig« zu negativen Emotionen führt.)

Emotionale Störungen (damit sind in der RET sehr intensive und/oder langanhaltende negative Gefühle gemeint) und damit einhergehende unangepasste Verhaltensweisen sind nach Ellis in erster Linie durch in der Situation A aktivierte sog. »irrationale« Überzeugungen bzw. Bewertungsmuster (irrational beliefs) bedingt. **Irrationale Überzeugungen** sind operational dadurch definiert, dass sie zu »unangemessenen« Emotionen und Verhaltensweisen führen (wie z. B. starker Angst, Depression, massivem, quälenden Ärger, Vermeidungsverhalten, Abhängigkeiten), die das Individuum subjektiv belasten und die es an der Verwirklichung seiner persönlichen Lebensziele hindern (sind also »irrational« im Sinne von »selbstschädigend«, »nicht zielführend«). Meist widersprechen solche »irrationalen« Überzeugungen einer »wissenschaftlichen« Herangehensweise an die Realität, da sie z. B. in sich unlogisch sind (z. B. »Weil X mich nicht liebt, bin ich als Mensch wertlos.«) oder weil sich für sie in der Realität keine hinreichenden Belege finden lassen (z. B. »Ich bin in jeder Hinsicht ein Versager«); letztlich entscheidend für die Bestimmung des Begriffes »irrational« ist jedoch nicht die mangelnde Logik oder Realitätsnähe der Überzeugungen, sondern die Tatsache, dass das Individuum sie als belastend und hinderlich im Hinblick auf die Erreichung seiner eigenen Lebensziele erlebt (vgl. Ellis 1991, S. 203). **Rationale Überzeugungen** dagegen führen zu »angemessenen« (positiven oder negativen) Emotionen und Verhaltensweisen und helfen dem Menschen, seine selbstgewählten Ziele zu erreichen, sind also »rational« im Sinne von »hilfreich«, »zielführend«.

Nach Ellis werden Menschen bereits mit einer starken Disposition zu irrationalem (im Sinne von selbstschädigendem, nicht zielführendem) Denken geboren. Eine Indoktrination mit irrationalen Bewertungsmustern erfolgt zunächst in der Kindheit, z.B. durch Familie, Schule und Freundeskreis, wird jedoch auch während des gesamten weiteren Lebens, z.B. durch gesellschaftliche Institutionen und die Medien, fortgesetzt. In aktuell belastenden Lebenssituationen (z.B. Erfahrung von Zurückweisung, Misserfolg) werden solche irrationalen Bewertungsmuster aktiviert. Als letztlich verantwortlich für die Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen wird die fortgesetzte »Selbstindoktrination« des Individuums mit diesen irrationalen Überzeugungen in Form innerer Selbstgespräche angesehen.