



Beck

3. Auflage

Praxis der Kognitiven Verhaltenstherapie



E-Book inside auf
psychotherapie.tools

BELTZ

Judith S. Beck, PhD
Beck Institute for Cognitive Behavior Therapy
One Belmont Avenue
Bala Cynwyd, PA 19004-1610
USA

Das Original des Buchs ist unter dem Titel »Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond« (3rd edition) erschienen.

Copyright © 2021 The Guilford Press. A Division of Guilford Publications, Inc.
Published by arrangement with the Guilford Press

All Rights Reserved. Authorised translation from the English language edition by The Guilford Press. Responsibility for the accuracy of the translation rests solely with Julius Beltz GmbH & Co.KG and is not the responsibility of The Guilford Press. No part of this book may be reproduced in any form without the written permission of the original copyright holder, The Guilford Press.

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme. Die Verlagsgruppe Beltz behält sich die Nutzung ihrer Inhalte für Text und Data Mining im Sinne von § 44b UrhG ausdrücklich vor.

Haftungshinweis: Trotz sorgfältiger inhaltlicher Kontrolle übernehmen wir keine Haftung für die Inhalte externer Links. Für den Inhalt der verlinkten Seiten sind ausschließlich deren Betreiber verantwortlich.



Dieses Buch ist erhältlich als:
ISBN 978-3-621-28895-8 Print
ISBN 978-3-621-28896-5 E-Book (PDF)

3. Auflage 2024

© 2024 Programm PVU Psychologie Verlags Union
in der Verlagsgruppe Beltz · Weinheim Basel
Werderstraße 10, 69469 Weinheim

Alle deutschsprachigen Rechte vorbehalten

Lektorat: Dagmar Kühnle Zerpa
Umschlagbild: © Getty Images / Sergei Krestinin
Herstellung: Uta Euler
Satz: WMTP Wendt-Media Text-Processing GmbH, Birkenau
Gesamtherstellung: Beltz Grafische Betriebe, Bad Langensalza
Beltz Grafische Betriebe ist ein klimaneutrales Unternehmen (ID 15985-2104-100).
Printed in Germany

Weitere Informationen zu unseren Autor:innen und Titeln finden Sie unter: www.beltz.de

Inhaltsübersicht

Geleitwort	12
Vorwort	14
1 Einführung in die Kognitive Verhaltenstherapie	16
2 Behandlungsprinzipien der KVT	30
3 Das kognitive Fallkonzept	40
4 Die therapeutische Beziehung	65
5 Die Eingangsdiagnostik	80
6 Die erste Therapiesitzung	95
7 Aktivitäten planen – Verhaltensaktivierung	122
8 Aktivitätenpläne	138
9 Behandlungsplanung	161
10 Sitzungen strukturieren	176
11 Probleme beim Strukturieren von Sitzungen	192
12 Automatische Gedanken identifizieren	208
13 Emotionen	223
14 Automatische Gedanken überprüfen	234
15 Auf automatische Gedanken reagieren	253
16 Achtsamkeit in die KVT integrieren	262
17 Grundannahmen und bedingte Annahmen	270
18 Annahmen modifizieren	289
19 Zusätzliche Techniken	310
20 Imaginative Techniken	327
21 Beendigung der Therapie und Rückfallprävention	339
22 Probleme im Therapieverlauf	350
Anhang	
Fallbeispiel Finn: Zusammenfassung	362
Hinweise zum Arbeitsmaterial	369
KVT-Ressourcen	374
Literatur	376
Sachwortverzeichnis	384

Inhalt

Geleitwort	12
Vorwort	14
1 Einführung in die Kognitive Verhaltenstherapie	16
1.1 Was ist Kognitive Verhaltenstherapie (KVT)?	17
1.2 Theoretisches Modell der KVT	19
1.3 Forschung zur KVT	20
1.4 Entwicklung der Kognitiven Verhaltenstherapie nach Beck	20
1.5 Genesungsorientierte Kognitive Therapie (KVT-Recovery)	22
1.6 Eine typische kognitive Intervention	23
1.7 Wie Sie die Durchführung der Kognitiven Verhaltenstherapie erlernen	24
1.8 Wie Sie dieses Buch am besten nutzen können	27
2 Behandlungsprinzipien der KVT	30
3 Das kognitive Fallkonzept	40
3.1 Einführung in das kognitive Fallkonzept	40
3.2 Grundannahmen	44
3.3 Kognitives Fallkonzept im Fallbeispiel »Finn«	50
3.4 Grafische Darstellung des kognitiven Fallkonzepts	56
4 Die therapeutische Beziehung	65
4.1 Vier Leitlinien	66
4.2 Gute therapeutische Fertigkeiten zeigen	67
4.3 Affekte der Klientinnen monitoren und Feedback einholen	69
4.4 Zusammenarbeit mit Klienten	70
4.5 Die therapeutische Beziehung an die einzelnen Klienten anpassen	70
4.6 Selbstoffenbarung einsetzen	71
4.7 Störungen beheben	73
4.8 Erfahrungen auf andere Beziehungen übertragen lassen	75
4.9 Umgang mit negativen Reaktionen gegenüber Klientinnen	76
5 Die Eingangsdiagnostik	80
5.1 Ziele der diagnostischen Sitzung	81
5.2 Struktur der diagnostischen Sitzung	82
5.3 Die Eingangsdiagnostik beginnen (1. Sitzungsteil)	82
5.4 Diagnostik durchführen (2. Sitzungsteil)	84
5.5 Diagnostischen Eindruck, Therapieziele und Behandlungsplan vermitteln (3. Sitzungsteil)	88
5.6 Einen Aktivitätenplan erstellen (4. Sitzungsteil)	90

5.7	Erwartungen an die Behandlung etablieren (5. Sitzungsteil)	92
5.8	Zusammenfassen und Feedback einholen (6. Sitzungsteil)	93
5.9	Tätigkeiten zwischen Diagnostik und erster Therapiesitzung	93
6	Die erste Therapiesitzung	95
6.1	Ziele und Struktur der ersten Sitzung	95
6.2	Die Stimmung erheben	97
6.3	Medikation und andere Behandlungen überprüfen	99
6.4	Eine Tagesordnung aufstellen	100
6.5	Aktivitätenplan auswerten und aktualisieren	101
6.6	Über die Diagnose sprechen und Psychoedukation zur Depression	104
6.7	Werte und Wünsche identifizieren	111
6.8	Ziele setzen	115
6.9	Aktivitäten planen	118
6.10	Zusammenfassung am Ende der Sitzung	118
6.11	Feedback einholen	120
7	Aktivitäten planen – Verhaltensaktivierung	122
7.1	Verhaltensaktivierung konzeptualisieren	123
7.2	Mangel an Kontrolle oder Freude konzeptualisieren	125
7.3	Termine planen für Aktivitäten	126
7.4	Widerstand gegen die Planung von Aktivitäten begegnen	130
7.5	Aktivitätentabellen einsetzen	132
7.6	Aktivitäten bewerten	133
7.7	Arten von Aktivitäten	134
7.8	Vorhersagen einschätzen mithilfe der Aktivitätentabelle	135
8	Aktivitätenpläne	138
8.1	Aktivitätenpläne festlegen	139
8.2	Typen von Elementen der Aktivitätenpläne	139
8.3	Klienten zur Aufstellung von Aktivitätenplänen ermuntern	141
8.4	Die Beteiligung an Aktivitätenplänen verstärken	141
8.5	Probleme antizipieren und ihnen vorbeugen	145
8.6	Ein mögliches negatives Ergebnis vorbereiten	150
8.7	Aktivitätenpläne überprüfen	151
8.8	Schwierigkeiten erfassen und verstehen	152
9	Behandlungsplanung	161
9.1	Therapeutische Ziele erreichen	162
9.2	Behandlungsplanung über den Therapieverlauf	163
9.3	Erstellen des Behandlungsplans	164
9.4	Behandlungsplanung zum Erreichen eines spezifischen Ziels	165
9.5	Einzelne Sitzungen planen	167
9.6	Entscheiden, sich auf ein Thema oder ein Ziel zu konzentrieren	170
9.7	Klienten helfen, eine problematische Situation zu identifizieren	172

10	Sitzungen strukturieren	176
10.1	Inhalt der Sitzungen	176
10.2	Der erste Teil der Sitzung	178
10.3	Die mittleren Teile der Sitzung	186
10.4	Sitzungsende: abschließende Zusammenfassung, Aktivitätenplan überprüfen und Feedback	189
11	Probleme beim Strukturieren von Sitzungen	192
11.1	Allgemeine Schwierigkeiten beim Strukturieren	192
11.2	Häufige Probleme in den strukturierten Teilen der Sitzungen	196
11.3	Abweichen von der Tagesordnung	205
11.4	Wenn Klienten am Ende einer Sitzung aufgewühlt oder verzweifelt sind	206
12	Automatische Gedanken identifizieren	208
12.1	Charakteristika automatischer Gedanken	209
12.2	Klienten automatische Gedanken erläutern	211
12.3	Automatische Gedanken identifizieren	212
12.4	Ein erweitertes kognitives Modell	213
12.5	Formen von automatischen Gedanken	215
12.6	Schwierigkeiten beim Erkennen automatischer Gedanken	218
12.7	Den Klienten beibringen, automatische Gedanken zu erkennen	221
13	Emotionen	223
13.1	Positive Emotionen hervorrufen und stärken	224
13.2	Negative Emotionen benennen	225
13.3	Die Intensität von Emotionen einschätzen	226
13.4	Automatische Gedanken und Emotionen unterscheiden	228
13.5	Den Inhalt automatischer Gedanken mit Emotionen abgleichen	230
13.6	Negative Emotion verstärken	231
13.7	Annahmen über negative Emotionen überprüfen	231
13.8	Emotionsregulationstechniken	232
14	Automatische Gedanken überprüfen	234
14.1	Arten von automatischen Gedanken	234
14.2	Auswahl der zentralen automatischen Gedanken	235
14.3	Fragen zur Überprüfung automatischer Gedanken	236
14.4	Das Ergebnis der Überprüfung bewerten	242
14.5	Verstehen, warum eine kognitive Umstrukturierung nicht erfolgreich ist	243
14.6	Alternative Methoden, automatische Gedanken zu adressieren	245
14.7	Wenn automatische Gedanken wahr sind	250

15	Auf automatische Gedanken reagieren	253
15.1	Therapienotizen verfassen	253
15.2	Arbeitsblätter einsetzen	256
16	Achtsamkeit in die KVT integrieren	262
16.1	Was ist Achtsamkeit?	262
16.2	Formelle und informelle Achtsamkeitspraxis	264
16.3	Eigene Achtsamkeitspraxis	264
16.4	Techniken vor der Einführung von Achtsamkeit	265
16.5	Einführung der Achtsamkeit	266
16.6	Techniken nach einer Achtsamkeitsübung	267
16.7	Die AWARE-Technik	267
17	Grundannahmen und bedingte Annahmen	270
17.1	Grundannahmen, Schemata und Modi	271
17.2	Adaptive Grundannahmen identifizieren	276
17.3	Dysfunktionale Grundannahmen identifizieren	278
17.4	Dysfunktionale bedingter Annahmen identifizieren	281
17.5	Entscheiden, ob man eine dysfunktionale Annahme verändert	282
17.6	Entscheiden, wann man eine dysfunktionale Annahme verändert	283
17.7	Psychoedukation zu dysfunktionalen Annahmen	283
17.8	Klienten motivieren, dysfunktionale Annahmen zu verändern	287
18	Annahmen modifizieren	289
18.1	Adaptive Annahmen stärken	289
18.2	Maladaptive Annahmen verändern	293
19	Zusätzliche Techniken	310
19.1	Emotionsregulationstechniken	311
19.2	Fertigkeitentraining	312
19.3	Problemlösetechniken	313
19.4	Entscheidungen treffen	315
19.5	Schrittweise Aufgabenzuweisung und Treppenmetapher	317
19.6	Exposition	318
19.7	Rollenspiele	321
19.8	Einsatz von Tortendiagrammen	322
19.9	Selbstvergleiche	324
20	Imaginative Techniken	327
20.1	Positive Bilder hervorrufen	327
20.2	Negative mentale Bilder erkennen	331
20.3	Psychoedukation zu belastenden inneren Bildern	332
20.4	Spontan auftretende negative Bilder behandeln	333

21	Beendigung der Therapie und Rückfallprävention	339
21.1	Rückfallprävention in der Anfangsphase der Therapie	339
21.2	Rückfallprävention im Verlauf der Therapie	341
21.3	Rückfallprävention gegen Ende der Therapie	343
21.4	Selbsttherapiesitzungen	346
21.5	Vorbereitung auf Rückschläge nach dem Therapieende	346
21.6	Auffrischungssitzungen	348
22	Probleme im Therapieverlauf	350
22.1	Die Existenz eines Problems aufdecken	351
22.2	Probleme konzeptualisieren	351
22.3	Verschiedene Problemarten	352
22.3.1	Diagnose, Fallkonzepterstellung und Behandlungsplanung	353
22.3.2	Therapeutische Beziehung	353
22.3.3	Motivation	354
22.3.4	Struktur und Tempo der Therapiesitzung	354
22.3.5	Klienten mit der KVT vertraut machen und an diese Arbeitsart gewöhnen	355
22.3.6	Reagieren auf dysfunktionale Kognitionen	356
22.3.7	Erreichen der therapeutischen Ziele in und zwischen den Sitzungen	357
22.3.8	Verarbeitung der Sitzungsinhalte	357
22.4	Festgefahrene Punkte	358
22.5	Probleme in der Therapie behandeln	359
Anhang		
	Fallbeispiel Finn: Zusammenfassung	362
	Hinweise zum Arbeitsmaterial	369
	KVT-Ressourcen	374
	Literatur	376
	Sachwortverzeichnis	384

Geleitwort

Ich freue mich sehr über die dritte Auflage dieses Buches. Der Einsatzbereich der Kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) ist allein in den letzten zehn Jahren sprunghaft gewachsen. Diese neue Auflage ist unter anderem aufgrund der Adaptation von Techniken aus einer Vielzahl von psychotherapeutischen Methoden in die kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlung wertvoll. Sie finden hier beispielsweise Interventionen aus der Akzeptanz- und Commitmenttherapie, der Dialektisch-Behavioralen Therapie, der Achtsamkeitsbasierten kognitiven Therapie (MBCT). Ebenso wichtig ist aber auch, dass die Genesungs- oder Stärkenorientierung als Aspekt der KVT aufgenommen wurde. Das Fallbeispiel »Finn« begleitet einen einzelnen depressiven Klienten während des gesamten Buches. Eine zweite, komplexere Klientin »Maria« wird ebenfalls ausführlich porträtiert, um Variationen der Behandlung zu veranschaulichen, wenn Schwierigkeiten auftreten.

Als ich in den 1960er- und 1970er-Jahren die kognitive Therapie entwickelte, konzentrierte ich mich bei der Erstellung der Fallkonzepte und Behandlung von Patienten auf deren Probleme, negative Kognitionen und dysfunktionale Bewältigungsstrategien. Mitte der 1980er-Jahre konnte ich behaupten, dass die kognitive Therapie den Status eines »Psychotherapiesystems« erlangt hatte. Sie bestand aus (1) einer Theorie der Persönlichkeit und der Psychopathologie mit soliden empirischen Erkenntnissen zur Unterstützung der Postulate, (2) einem Psychotherapiemodell mit einer Reihe von Grundsätzen und Strategien, die mit der Theorie der Psychopathologie übereinstimmten und (3) soliden empirischen Erkenntnissen basierend auf klinischen Outcome-Studien zur Unterstützung der Wirksamkeit des Ansatzes.

Jetzt, zu Beginn des dritten Jahrzehnts des dritten Jahrtausends, haben wir einen anderen Schwerpunkt in der Konzeptualisierung und Behandlung entwickelt. Zwar sind die negativen Aspekte der Erfahrungen des einzelnen Klienten nach wie vor wichtig, doch ist es mindestens ebenso bedeutsam, seine Wünsche, Werte, Ziele, Stärken und Ressourcen in das Fallkonzept einzubeziehen. Ziel ist es, den Klienten bei Schritten zu unterstützen, die mit dem verbunden sind, was ihm selbst am wichtigsten ist. Es ist auch wichtig, Hindernisse zu erkennen, die dem Ergreifen dieser Schritte im Wege stehen, grundlegende KVT-Techniken (z. B. kognitive Umstrukturierung, Problemlösen, Kompetenztraining) zu nutzen, um die Hindernisse zu überwinden, und dem Klienten dabei zu helfen, positive Schlussfolgerungen über sich selbst aus seinen Erfahrungen zu ziehen.

Diese dritte Auflage bietet den Lesern neue Einblicke in die KVT des 21. Jahrhunderts und ist sowohl für diejenigen wichtig, die bereits in der traditionellen KVT bewandert sind, als auch für Studierende und Ausbildungskandidaten, die neu auf diesem Gebiet sind. Angesichts der enormen Menge an neuer Forschung und der Ausweitung von Ideen, die das Feld in aufregende neue Richtungen bewegen, begrüße ich, dass dieser

Band erweitert wurde, um verschiedene Möglichkeiten der Fallkonzepterstellung und Behandlung unserer Klienten einzubeziehen.

Die Anwendungsmöglichkeiten der KVT bei einer Vielzahl von psychischen und somatischen Störungen gehen weit über das hinaus, was ich mir vorstellen konnte, als ich meine ersten depressiven und ängstlichen Klienten mit kognitiver Therapie behandelte. Die beeindruckende Vielfalt der verschiedenen KVT-Anwendungen basiert auf den in diesem Buch dargelegten Grundprinzipien. Dieses Buch wurde von Dr. Judith Beck geschrieben, einer der führenden KVT-Ausbilderinnen der zweiten Generation, die als Teenager eine der ersten war, die mir zuhörte, als ich meine neue Theorie erläuterte. Das Buch hilft angehenden Therapeutinnen und Therapeuten dabei, die modernsten Grundlagen der KVT zu erlernen. Selbst Therapeuten, die mit der traditionellen KVT vertraut sind, dürften es als sehr hilfreich empfinden, um einen stärkenbasierten Ansatz zu verfolgen, ihre Wahrnehmungsfähigkeiten zu schärfen, ihr therapeutisches Repertoire zu erweitern, eine effektivere Behandlung zu planen und Schwierigkeiten in der Therapie zu beheben. Natürlich kann kein Buch eine kognitiv-verhaltenstherapeutische Supervision ersetzen – aber dieses Buch ist ein wichtiger Band und kann die Supervisionserfahrung bereichern.

Judith Beck ist hervorragend qualifiziert, um diesen Leitfaden zur KVT anzubieten. In den letzten 35 Jahren hat sie viele Hunderte von Workshops und Schulungen in KVT auf der ganzen Welt sowie online durchgeführt, Anfänger und erfahrene Therapeuten betreut, an der Entwicklung von Behandlungsleitlinien für verschiedene Störungen mitgewirkt und sich aktiv an der KVT-Forschung beteiligt. Vor diesem Hintergrund hat sie ein Buch geschrieben, das eine Fülle von Informationen zur Anwendung der KVT enthält und dessen frühere Auflagen zentrale Texte in vielen Studiengängen der Psychologie, Psychiatrie, Sozialen Arbeit und Beratung sind.

Die Praxis der KVT ist nicht einfach. Zu viele Fachleute aus dem Bereich der psychischen Gesundheit nennen sich KVT-Therapeuten, verfügen aber nicht einmal über die grundlegendsten konzeptionellen und therapeutischen Fähigkeiten. Judith Beck will mit ihrem Buch sowohl Neulinge als auch erfahrene Therapeutinnen und Therapeuten in der KVT ausbilden, lehren und schulen, und das ist ihr in bewundernswerter Weise gelungen.

Dr. Aaron T. Beck

Vorwort

Ich freue mich, Ihnen diese dritte Auflage der »Kognitiven Verhaltenstherapie« vorstellen zu können. Bevor ich mit der Überarbeitung begonnen habe, bat ich Fachleute aus der ganzen Welt um Feedback zur zweiten Auflage. Was würden sie gerne verbessert sehen? Was hat funktioniert und was nicht? Die Antworten haben mir bei der Konzeption der Änderungen und Ergänzungen, die ich vornehmen wollte, sehr geholfen. In diese Auflage sind somit die Rückmeldungen vieler Leser eingeflossen, und sie spiegelt den neuesten Stand der Forschung und die aktuellen Entwicklungen auf dem Gebiet der Kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) wider.

Die Leserinnen und Leser haben immer wieder geäußert, dass sie sich einen komplexeren Klienten wünschen, der im gesamten Buch als Hauptbeispiel dient. »Finn«, der Klient im Fallbeispiel in dieser Auflage, ist daher schwerer depressiv als die Klientin in der zweiten Auflage. Zusätzlich zu seiner Depression kämpft Finn auch mit mittelschweren Angstzuständen und komplizierenden Problemen wie Arbeitslosigkeit und einer kürzlich erfolgten Scheidung. Ich habe auch ein zweites Klientenbeispiel, »Maria«, mit Borderline-Persönlichkeitsmerkmalen aufgenommen.

Eine weitere wichtige Änderung besteht darin, dass ich einen Großteil des Textes überarbeitet habe, um sowohl unsere traditionelle Orientierung als auch eine Recovery- bzw. Genesungs-Orientierung zu berücksichtigen. Die genesungsorientierte kognitive Therapie (KVT-Recovery oder KVT-R, Beck et al., 2020b) ist eine hochmoderne, evidenzbasierte Behandlung für Menschen, bei denen eine schwere psychische Erkrankung, einschließlich Schizophrenie, diagnostiziert wurde und von denen viele seit Jahrzehnten im Krankenhaus sind. Die KVT-R wurde von meinem Vater, Dr. Aaron T. Beck, und seiner Forschungs- und Ausbildungsgruppe, die jetzt Teil des *Beck Institute for Cognitive Behavior Therapy* ist, entwickelt und wird derzeit erforscht. Unsere anderen Psychotherapeuten und Ausbilder und ich haben diesen Ansatz für die Arbeit mit unseren ambulanten Klienten angepasst, die unter einer Vielzahl von psychischen Störungen und Problemen und medizinischen Erkrankungen mit psychologischen Komponenten leiden. Die Recovery-Orientierung konzentriert sich darauf, die Werte und Bestrebungen der Klienten (und die Bedeutung ihrer Bestrebungen) zu erkennen und ihnen dabei zu helfen, in ihrem Leben ein Gefühl von Zielstrebigkeit und Eigenverantwortung zu entwickeln. Dies geschieht, indem sie jede Woche Schritte zur Verwirklichung ihrer Ziele unternehmen. Wir konzentrieren uns darauf, den Klienten dabei zu helfen, positive Schlussfolgerungen über sich selbst, andere und ihre Zukunft zu ziehen, die sich aus diesen positiven Handlungen ergeben, und wir identifizieren und verstärken ihre positiven Eigenschaften, Fähigkeiten und Ressourcen. Wir betonen das Erleben positiver Emotionen sowohl innerhalb als auch außerhalb der Sitzungen. Wir gehen davon aus, dass die Recovery-Bewegung in den kommenden Jahren und Jahrzehnten eine große Rolle bei der Gestaltung der Zukunft der KVT und der Psychotherapie im Allgemeinen spielen wird.

Schließlich habe ich diese Ausgabe in einem hoffentlich leserfreundlicheren Stil verfasst. Wenn ich Workshops am Beck-Institut in Philadelphia oder Online-Kurse gebe, beziehe ich oft Anekdoten aus meiner eigenen klinischen Praxis ein. Außerdem ermutige ich die Teilnehmenden zur Interaktion, z. B. indem ich sie auffordere, Rollenspiele mit anderen Teilnehmern durchzuführen, Fragen zu beantworten und ihre eigenen herausfordernden Fälle für Feedback und Diskussionen vorzustellen. Die meisten Teilnehmenden empfinden diese interaktiven Komponenten als sehr sinnvoll und inspirierend. In dieser Ausgabe des Buches verwende ich nicht nur einen persönlicheren Ansatz, sondern habe jeweils am Kapitelende auch klinische Tipps aus meiner eigenen Praxis, Reflexionsfragen und Übungen für die Praxis aufgenommen, um Ihnen zu helfen, sich mit dem Material zu beschäftigen.

Ich hoffe, dass Sie dieses Buch so gerne lesen, wie ich es geschrieben habe. Ich sage immer, dass das Erlernen der KVT ein lebenslanges Unterfangen ist. Unabhängig davon, wo Sie auf Ihrer Reise stehen, hoffe ich, dass dieses Buch Sie dazu inspiriert, mehr über die Kognitive Verhaltenstherapie zu lernen.

Danksagung. Im Alter von 98 Jahren lehrte mich Aaron Beck, mein Vater, immer noch die Kognitive Verhaltenstherapie (KVT). In jüngster Zeit haben er und unser Kollegium am *Beck Institute for Cognitive Behavior Therapy* in einem Vorort von Philadelphia eine Genesungsorientierte Kognitive Therapie für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen entwickelt und erforscht. Ich habe die KVT-Recovery bei den Klienten, die ich in unserer Ambulanz behandle, mit großem Erfolg angewandt. Ich freue mich sehr über diese neue Entwicklung, bei der der Schwerpunkt darauf liegt, die Klienten zu motivieren, indem sie ihre Ziele und Werte, ihren Sinn und Zweck erkennen, sich auf ihre Stärken und Ressourcen konzentrieren, ihnen dabei zu helfen, Hindernisse zu überwinden, um jede Woche auf ihre Ziele hinzuarbeiten, und positive Schlussfolgerungen über ihre Erfahrungen und sich selbst ziehen. Ich bin meinem Vater und unserem Team unter der Leitung von Paul Grant und Ellen Inverso dankbar, dass sie die Genesungsorientierung, die ich in dieses Buch aufgenommen habe, inspiriert haben.

Ebenso glücklich bin ich über die Zusammenarbeit mit unserem Team von hervorragenden Kliniker:innen, Rob Hindman, Norman Cotterell, Fran Broder und Allen Miller. Sie behandeln Klienten, unterrichten in unseren Workshops, betreuen Therapeuten (vom Anfänger bis zum Experten) und sind an der Entwicklung des Therapieverfahrens beteiligt. Ich lerne so viel, wenn ich mit ihnen jede Woche bei unseren Fallkonferenzen über meine Klienten spreche. Sie und Brianna Bliss haben zur Verbesserung dieses Manuskripts beigetragen.

Dankbar bin ich auch Lisa Pote, die das Beck-Institut in ein weltweites Schulungs- und Ressourcenzentrum verwandelt hat, und Kitty Moore von The Guilford Press, die seit fast 25 Jahren meine Freundin und Herausgeberin ist. Großer Dank gebührt auch meinem Mann Richard Busis, der mich täglich ermutigt und das Manuskript abschließend bearbeitet hat. Abschließend möchte ich meiner wunderbaren Assistentin Sarah Fleming danken, die mir auf unermessliche Weise geholfen hat, dieses Buch in Druck zu bringen.

Ich danke Ihnen allen.

Judith Beck

1 Einführung in die Kognitive Verhaltenstherapie

- 1.1 Was ist Kognitive Verhaltenstherapie (KVT)?
- 1.2 Theoretisches Modell der KVT
- 1.3 Forschung zur KVT
- 1.4 Entwicklung der Kognitiven Verhaltenstherapie nach Beck
- 1.5 Genesungsorientierte Kognitive Therapie (KVT-Recovery)
- 1.6 Eine typische kognitive Intervention
- 1.7 Wie Sie die Durchführung der Kognitiven Verhaltenstherapie erlernen
- 1.8 Wie Sie dieses Buch am besten nutzen können

Finn (Name und einige identifizierende Merkmale geändert) ist ein 55-jähriger geschiedener Amerikaner europäischer Herkunft, der vor mehr als zwei Jahren nach großen Schwierigkeiten am Arbeitsplatz und in seiner Ehe schwer depressiv wurde. Zu Behandlungsbeginn war er sehr isoliert und passiv und verbrachte die meiste Zeit zuhause, sah fern, surfte im Internet und spielte gelegentlich Videospiele.

Finn und ich trafen uns über einen Zeitraum von acht Monaten zu insgesamt 18 Sitzungen, in denen wir sowohl traditionelle Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) als auch eine genesungsorientierte Weiterentwicklung der KVT, die sogenannte KVT-Recovery (KVT-R), einsetzten. Auf die Genesungsorientierung als wichtige konzeptuelle Weiterentwicklung wird in diesem und anderen Kapiteln eingegangen. Zunächst führte ich die Diagnostik durch. In der ersten Behandlungssitzung informierte ich Finn dann über seine Diagnose, die der KVT zugrunde liegende Theorie, den Ablauf der Therapie und den von mir vorgeschlagenen Behandlungsplan. Ich erkundigte mich nach seinen Wünschen (wie er sein Leben gestalten wollte) und Werten (was ihm wirklich wichtig war), und dann legten wir Therapieziele fest. Finn wollte ein besseres Leben führen, produktiv und hilfreich für andere sein sowie optimistisch, widerstandsfähig und souverän. Konkret war es ihm wichtig, in der Organisation seines Zuhauses besser zurechtzukommen, einen Job zu finden, die Beziehungen zu seiner Ex-Frau und seinen Kindern zu verbessern, wieder Kontakt zu Freunden aufzunehmen, wieder zur Kirche zu gehen und körperlich in Form zu kommen. Wir besprachen, wie er in der kommenden Woche aktiver werden könnte, und einigten uns auf einen Aktivitätenplan (d. h. therapeutische Hausaufgaben). Dann erkundigte ich mich nach Finns Reaktion auf die Sitzung.

Im Folgenden bestand der größte Teil jeder Sitzung darin, Finn dabei zu helfen, seine Ziele für die Sitzung zu bestimmen, zu entscheiden, welche Schritte er in der kommen-

den Woche unternehmen wollte, Lösungen für mögliche Hindernisse zu finden, seine negative Stimmung zu reduzieren und die positive Stimmung zu verbessern. Wir beschäftigten uns häufig mit dem Lösen von Problemen und dem Aufbau von Fertigkeiten, insbesondere hinsichtlich der Veränderung seiner depressiven Denk- und Verhaltensweisen. Ich setzte nicht nur verschiedene Interventionen ein, sondern brachte Finn auch bei, wie er diese Techniken selbst anwenden kann, um seine Widerstandsfähigkeit zu stärken und einen Rückfall zu verhindern. Die eingesetzte Struktur und die Techniken waren ebenso wichtig wie die Entwicklung einer guten therapeutischen Beziehung. Das Fallbeispiel Finn wird uns durch das gesamte Buch begleiten und Sie werden noch viel über Finn und seine Behandlung erfahren. Eine Zusammenfassung dieses Fallbeispiels finden Sie auch im Anhang.

In einem weiteren Fallbeispiel lernen wir Maria kennen. Maria ist 37 Jahre alt und leidet unter wiederkehrenden schweren Depressionen und Zügen einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. Ihre Behandlung war sehr viel komplexer und dauerte wesentlich länger. Maria sah sich selbst als hilflos, minderwertig, nicht-liebenswert und emotional verletztlich an. Andere Menschen sah sie als potenziell kritisch, gefühllos, nicht-fürsorglich und als Quelle von Verletzungen. Diese Überzeugungen wurden oft auch während unserer Sitzungen ausgelöst. Anfangs war sie mir gegenüber sehr misstrauisch – auf der Hut, dass ich ihr nicht in irgendeiner Weise schade. Es war viel schwieriger als bei Finn, eine enge therapeutische Beziehung zu Maria aufzubauen. Ihre große Hoffnungslosigkeit und Angst vor der Therapie und vor mir hinderten sie eine ganze Weile daran, sich voll auf die Behandlung einzulassen. Während Finns Behandlung das Standardvorgehen darstellt, musste ich die Behandlung für Maria erheblich anpassen.

Im weiteren Verlauf dieses Kapitels werden Sie Antworten auf die folgenden Fragen finden:

- ▶ Was ist KVT? Welche Theorie steckt hinter KVT?
- ▶ Was sagt die Forschung über ihre Wirksamkeit?
- ▶ Wie wurde das Therapieverfahren entwickelt?
- ▶ Was ist genesungsorientierte Kognitive Verhaltenstherapie (KVT-R)?
- ▶ Wie sieht eine typische kognitive Intervention aus?
- ▶ Wie können Sie ein effektiver KVT-Therapeut werden?
- ▶ Wie können Sie dieses Buch am besten nutzen?

1.1 Was ist Kognitive Verhaltenstherapie (KVT)?

Aaron Beck entwickelte in den 1960er- und 1970er-Jahren eine Form der Psychotherapie, die er ursprünglich »Kognitive Therapie« nannte, ein Begriff, der oft synonym mit »Kognitiver Verhaltenstherapie« (KVT) verwendet wird. Beck (1964) entwickelte eine strukturierte, gegenwartsorientierte Kurzzeit-Psychotherapie für Depressionen. Seitdem haben er und andere auf der ganzen Welt diese Therapie erfolgreich an eine erstaunlich vielfältige Gruppe von Menschen mit einem breiten Spektrum von Störungen und Problemen angepasst, und zwar in vielen Settings und Formaten. Diese Anpassun-

gen veränderten den Fokus, die Techniken und die Dauer der Behandlung, aber die theoretischen Annahmen selbst blieben konstant.

Alle von Becks Modell abgeleiteten Formen der KVT stützen sich auf kognitive Konzepte: die maladaptiven oder dysfunktionalen Überzeugungen, Verhaltensweisen und aufrechterhaltenden Faktoren, die eine bestimmte Störung charakterisieren (Alford & Beck, 1997). Auch wir stützen uns bei der Behandlung auf unser Fallkonzept bzw. unser Verständnis der einzelnen Klienten und ihrer spezifischen Grundannahmen und Verhaltensmuster. Eine der zugrunde liegenden negativen Überzeugungen von Finn lautete etwa: »Ich bin ein Versager«, und er zeigte ein ausgeprägtes Vermeidungsverhalten, um seine (vermeintliche) Inkompetenz oder sein Versagen zu verbergen. Sein Vermeidungsverhalten verstärkte jedoch ironischerweise seine Überzeugung zu versagen.

Ursprünglich als Psychoanalytiker ausgebildet, stützte sich Beck bei der Entwicklung der KVT auf zahlreiche Quellen, darunter frühe Philosophen wie Epiktet und Theoretikerinnen wie Karen Horney, Alfred Adler, George Kelly, Albert Ellis, Richard Lazarus, Albert Bandura und viele andere. Becks Arbeit wurde wiederum von einer Vielzahl von Forscherinnen und Theoretikern in den Vereinigten Staaten und international erweitert, die hier nicht alle aufgezählt werden können. Historische Übersichten über das Feld zeigen anschaulich, wie die verschiedenen Strömungen der KVT entstanden und gewachsen sind (Arnkoff & Glass, 1992; Beck, 2005; Dobson & Dozois, 2009; Thoma et al., 2015).

Einige Varianten und Weiterentwicklungen der KVT weisen Merkmale der Beck'schen Therapie auf, ihre Formulierungen und Behandlungsschwerpunkte variieren jedoch bis zu einem gewissen Grad. Dazu gehören etwa die Rational-emotionale Verhaltenstherapie (Ellis, 1962), die Dialektisch-Behaviorale Verhaltenstherapie (Linehan, 1993), die Problemlösungstherapie (D'Zurilla & Nezu, 2006), die Akzeptanz- und Commitmenttherapie (Hayes et al., 1999), Expositionstherapie (Foa & Rothbaum, 1998), Kognitive Verarbeitungstherapie (Resick & Schnicke, 1993), CBASP (McCullough, 1999), Verhaltensaktivierung (Lewinsohn et al., 1980; Martell et al., 2001) und die kognitive Verhaltensmodifikation (Meichenbaum, 1977). Die aus dem Beck'schen Modell abgeleitete Form der KVT umfasst Techniken aus all diesen Methoden sowie aus anderen evidenzbasierten Psychotherapien mit kognitiven Grundlagen. Im Laufe der Zeit wird es nützlich sein, mehr über andere evidenzbasierte Interventionen zu erfahren. Es wäre jedoch nicht sinnvoll, sich damit auseinanderzusetzen, während Sie die KVT noch erlernen. Ich möchte Sie ermutigen, zunächst die Grundlagen der KVT zu beherrschen und dann zusätzliche Techniken zu erlernen.

KVT wurde an Patientinnen und Patienten mit unterschiedlichem Bildungsstand und Einkommen sowie an eine Vielzahl von Kulturen und Altersgruppen angepasst. Sie wird heute in Krankenhäusern und Kliniken, Schulen, Berufsbildungsprogrammen, im Strafvollzug und vielen anderen Einrichtungen eingesetzt. Sie findet im Gruppen-, Paar- und Familiensetting statt. Die in diesem Buch beschriebene Behandlung konzentriert sich zwar auf 45- bis 50-minütige Einzelsitzungen im ambulanten Setting, doch können die therapeutischen Interaktionen auch kürzer sein. Vollständige Sitzungen sind für manche Patient:innen nicht adäquat, z.B. für diejenigen, die zur Behandlung einer

schweren Schizophrenie stationär eingewiesen wurden. Zudem nutzen verschiedene Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen KVT-Techniken, ohne vollständige Therapiesitzungen durchzuführen, etwa im Rahmen von kurzen Arzt- oder Rehabilitationsterminen oder Medikamentenkontrollen. Auch medizinische Hilfsberufe und Selbsthilfegruppen setzen entsprechend angepasste KVT-Techniken ein.

1.2 Theoretisches Modell der KVT

Das *kognitive Modell* geht davon aus, dass allen psychischen Störungen dysfunktionales Denken (das die Stimmung und das Verhalten des Klienten beeinflusst) gemeinsam ist. Wenn Menschen lernen, ihr Denken realistischer und anpassungsfähiger einzuschätzen, reduzieren sich negative Emotionen und dysfunktionales Verhalten. Wenn Sie etwa sehr deprimiert sind und Schwierigkeiten haben, sich zu konzentrieren und Ihre Rechnungen zu bezahlen, haben Sie vielleicht einen *automatischen Gedanken*, eine Idee (in Worten oder Bildern), die Ihnen sofort in den Sinn kommt: »Ich kann nichts richtig machen«. Dieser Gedanke führt dann zu einer bestimmten Reaktion: Sie fühlen sich vielleicht traurig (Emotion) und ziehen sich ins Bett zurück (Verhalten).

In der traditionellen KVT würde Ihre Therapeutin Ihnen wahrscheinlich helfen, die Gültigkeit dieses Gedankens zu überprüfen, und Sie könnten zu dem Schluss kommen, dass Sie übergeneralisiert haben und in Wirklichkeit trotz Ihrer Depression viele Dinge gut machen. Wenn Sie Ihre Erfahrungen aus dieser neuen Perspektive betrachten, würde Ihre negative Stimmung wahrscheinlich abnehmen, und Sie könnten sich funktionaler verhalten (z. B. anfangen, Rechnungen zu bezahlen). Auch bei einem genesungsorientierten Ansatz würde Ihr Therapeut Ihnen helfen, Ihre automatischen Gedanken zu bewerten. Der Schwerpunkt läge jedoch weniger auf den bereits aufgetretenen Gedanken als vielmehr auf den Gedanken, die in der kommenden Woche wahrscheinlich auftauchen werden und Sie daran hindern könnten, ein bestimmtes Ziel zu erreichen.

Drei Ebenen von Kognitionen. Sowohl adaptive als auch maladaptive Kognitionen treten auf drei Ebenen auf:

- ▶ Automatische Gedanken (z. B. »Ich bin zu müde, um etwas zu tun«) befinden sich auf der oberflächlichsten Ebene.
- ▶ Dann gibt es bedingte Annahmen, wie z. B. zugrunde liegende Glaubenssätze (z. B. »Wenn ich versuche, eine Beziehung einzugehen, werde ich abgewiesen«).
- ▶ Auf der tiefsten Ebene finden sich Grundannahmen über sich selbst, andere und die Welt (z. B. »Ich bin hilflos«, »Andere Menschen werden mich verletzen«, »Die Welt ist gefährlich«).

Um eine dauerhafte Verbesserung der Stimmung und des Verhaltens der Patient:innen zu erreichen, arbeiten Sie auf allen drei Ebenen. Die Änderung sowohl der automatischen Gedanken als auch der zugrunde liegenden dysfunktionalen Annahmen führt zu einer dauerhaften Veränderung. Nehmen wir beispielsweise an, Sie unterschätzen ständig Ihre Fähigkeiten. In diesem Fall haben Sie vielleicht die Grundannahme, inkompetent zu sein. Wenn Sie diese allgemeine Überzeugung ändern (d. h. sich selbst in einem

realistischeren Licht sehen), kann sich Ihre Wahrnehmung bestimmter Situationen, die Sie täglich erleben, verändern. Sie werden nicht mehr so viele Gedanken mit dem Thema Inkompetenz haben. Stattdessen werden Sie in bestimmten Situationen, in denen Sie Fehler machen, wahrscheinlich denken: »Ich bin nicht gut in dieser [*bestimmten Aufgabe*].« Darüber hinaus ist es bei der Genesungsorientierung wichtig, realistisch positive automatische Gedanken (z. B. »Ich kann viele Dinge gut«) und realistisch positive bedingte Annahmen und Grundannahmen zu kultivieren (z. B. »Wenn ich durchhalte, kann ich wahrscheinlich lernen, was ich brauche« und »Ich habe Stärken und Schwächen wie jeder andere«).

1.3 Forschung zur KVT

Die KVT wurde seit der Veröffentlichung der ersten Studie von Rush et al. im Jahr 1977 ausgiebig getestet. Inzwischen haben mehr als 2.000 Studien die Wirksamkeit der KVT bei einem breiten Spektrum psychischer Störungen und Probleme und medizinischer Erkrankungen mit psychologischen Komponenten nachgewiesen. Viele Studien zeigten auch, dass die KVT dazu beiträgt, künftige Probleme und Störungen zu verhindern oder deren Schwere zu verringern. Von Brachel et al. (2019) zeigten beispielsweise, dass sich ambulante Patient:innen mit einer Reihe psychischer Störungen, die im Rahmen der Routineversorgung mit KVT behandelt wurden, fünf bis 20 Jahre nach Beendigung der Therapie weiter verbesserten, und zwar stärker als diejenigen, die eine medizinische Behandlung erhielten. Für Metaanalysen und Übersichten zur KVT siehe: Butler et al., 2006; Carpenter et al., 2018; Chambless & Ollendick, 2001; Dobson et al., 2008; Dutra et al., 2008; Fairburn et al., 2015; Hanrahan et al., 2013; Hofmann et al., 2012; Hollon et al., 2014; Linardon et al., 2017; Magill & Ray, 2009; Matusiewicz et al., 2010; Mayo-Wilson et al., 2014; Öst et al., 2015, und Wuthrich & Rapee, 2013. Eine Liste mit Störungen, bei denen KVT sich als wirksam erwiesen hat, findet sich z. B. unter www.div12.org/psychological-treatments/treatments oder www.nice.org.uk/about/what-we-do/our-programmes/nice-guidance/nice-guidelines. Zu Studien zur genesungsorientierten Kognitiven Therapie sei auf Beck et al. (2020b) sowie Grant et al. (2012, 2017) verwiesen.

1.4 Entwicklung der Kognitiven Verhaltenstherapie nach Beck

In den späten 1950er-Jahren war Aaron Beck ein zertifizierter Psychoanalytiker: Seine Klienten assoziierten frei auf einer Couch, während er Interpretationen vornahm. Beck erkannte, dass die Konzepte der Psychoanalyse experimentell validiert werden mussten, wenn diese Psychotherapieschule von der Wissenschaft ernstgenommen werden sollte. Beck beschloss daher in den frühen 1960er-Jahren, das psychoanalytische Konzept zu testen, wonach Depressionen das Ergebnis einer nach innen gerichteten Feindseligkeit gegenüber dem eigenen Selbst sind.

Er untersuchte die Träume depressiver Patient:innen, von denen er annahm, dass sie mehr feindselige Themen enthielten als die Träume psychiatrischer Patient:innen ohne Depression. Zu seiner Überraschung stellte er schließlich fest, dass die Träume der von Depression Betroffenen weniger feindselige Themen und weitaus mehr Themen wie Mangelhaftigkeit, Entbehrung und Verlust enthielten. Er erkannte, dass diese Themen auch in deren Denken präsent waren, wenn sie wach waren. Weitere seiner Studien brachten Beck zu der Überzeugung, dass auch eine damit zusammenhängende psychoanalytische Vorstellung – dass Depressive ein Bedürfnis zu leiden haben – unzutreffend sein könnte (Beck, 1967). An diesem Punkt war es fast so, als ob eine Reihe von Dominosteinen fiel: Wenn diese psychoanalytischen Konzepte nicht stimmten, wie konnte man dann die Depression verstehen?

Als Beck seinen Klient:innen auf der Couch zuhörte, stellte er fest, dass sie gelegentlich von zwei Arten des Denkens berichteten: einem Strom freier Assoziationen und einem Strom schneller, bewertender Gedanken, insbesondere über sich selbst. Eine Frau erzählte etwa von ihren sexuellen Erfahrungen. Am Ende der Sitzung berichtete sie spontan, dass sie sich dabei ängstlich gefühlt habe. Aaron Beck nahm eine Interpretation vor: »Sie dachten, ich kritisiere Sie«. Die Klientin widersprach: »Nein, ich hatte Angst, ich würde Sie langweilen.« Als er seine anderen depressiven Klient:innen befragte, erkannte Beck, dass alle von ihnen »automatische« negative Gedanken hatten, die eng mit ihren Gefühlen verbunden waren. Er begann, ihnen zu helfen, ihre unrealistischen und dysfunktionalen Gedanken zu erkennen, zu bewerten und darauf zu reagieren. Als er dies tat, ging es ihnen rasch besser.

Beck begann daraufhin, seine Assistenzärzte für Psychiatrie an der Universität von Pennsylvania in dieser Form der Behandlung zu unterrichten. Auch sie stellten fest, dass ihre Patient:innen gut darauf ansprachen. Mit dem leitenden Assistenzarzt A. John Rush, später eine führende Autorität der Depressionstherapie, war sich Beck einig, dass eine Outcome-Studie notwendig war, um die Wirksamkeit der kognitiven Therapie zu belegen. Ihre 1977 veröffentlichte randomisierte, kontrollierte Studie mit depressiven Patienten wies nach, dass die kognitive Therapie genauso wirksam war wie Imipramin, ein gängiges Antidepressivum. Dies war eine erstaunliche Studie. Es war eine der ersten Studien, in der eine Gesprächstherapie mit einem Medikament verglichen wurde. In einer Follow-up-Studie erwies sich die kognitive Therapie bei der Rückfallprävention als wesentlich wirksamer als Imipramin. Zwei Jahre später veröffentlichten Beck et al. (1979) das erste Behandlungsmanual für kognitive Therapie.

Ab Ende der 1970er-Jahre begannen Beck und seine Postdoktoranden, Angstzustände, Substanzkonsum, Persönlichkeitsstörungen, Paarprobleme, Feindseligkeit, Bipolare Störungen und andere Erkrankungen zu untersuchen, indem sie kognitive Therapie einsetzten. Zunächst erfassten sie klinische Beobachtungen über die Störung; sie skizzierten die aufrechterhaltenden Faktoren und die wichtigsten Kognitionen (Gedanken und zugrunde liegende Annahmen, Emotionen und Verhaltensweisen). Dann testeten sie ihre Theorien, passten die Behandlung an und führten randomisierte kontrollierte Studien durch. Spulen Sie einige Jahrzehnte vor. Dr. Beck und ich sowie Forschende auf der ganzen Welt studieren, konzeptualisieren, adaptieren und testen weiterhin Be-

handlungen für Klient:innen aus einem immer breiteren Störungs- und Problemkreis. Die KVT wird heute an den meisten Graduiertenschulen in den USA und Ausbildungsinstituten in vielen anderen Ländern gelehrt. Sie ist das am weitesten verbreitete Therapieverfahren der Welt (David et al., 2018; Knapp et al., 2015).

1.5 Genesungsorientierte Kognitive Therapie (KVT-Recovery)

In den letzten Jahrzehnten hat es auf dem Gebiet der psychischen Gesundheit eine Innovation gegeben: die Recovery-Bewegung, die als alternativer Ansatz zum medizinischen Modell für Personen mit einer schweren psychischen Erkrankung ins Leben gerufen wurde. Aaron Beck, unsere Kollegen vom *Beck Institute for Cognitive Behavior Therapy* und ich entwickeln diese Genesungsorientierte Kognitive Therapie oder Recovery-oriented Cognitive Therapy (CT-R, deutsch: KVT-R) für Menschen mit einer Vielzahl von Diagnosen weiter. Die KVT-R, eine Anpassung der traditionellen KVT, behält die theoretische Grundlage des kognitiven Modells bei, wenn es darum geht, individuelle Fallkonzepte zu erstellen, die Behandlung zu planen und durchzuführen. Der Schwerpunkt liegt jedoch zusätzlich auf der kognitiven Formulierung der *adaptiven* Überzeugungen und Verhaltensstrategien der Klient:innen sowie auf Faktoren, die eine positive Stimmung aufrechterhalten. Anstatt die Symptome und die Psychopathologie zu betonen, hebt KVT-Recovery die Stärken, persönlichen Qualitäten, Fähigkeiten und Ressourcen der Patient:innen hervor.

Genesungsorientiert habe ich auch Finns Wünsche und Werte eruiert und konzeptualisiert, um die Behandlung zu planen. Beispielweise war Finn seine Familie sehr wichtig, und trotz seiner schweren Depression war er bereit, sich zu bemühen, stärker mit den Familienmitgliedern zu interagieren. Wir planten für Finn zwischen den Sitzungen potenziell lohnende Aktivitäten und *halfen ihm, positive Schlussfolgerungen aus diesen Erfahrungen zu ziehen*. Wir erarbeiteten positive Kognitionen und Erinnerungen und nutzten die therapeutische Beziehung und eine Vielzahl von Techniken, um eine adaptive Grundannahme über das Selbst zu stärken und positive Emotionen innerhalb und außerhalb der Sitzungen zu fördern.

Ein Unterschied zwischen der traditionellen KVT und der KVT-R ist die Zeitorientierung. In der traditionellen KVT neigen wir dazu, über Probleme zu sprechen, die in der vergangenen Woche aufgetreten sind, und KVT-Techniken anzuwenden, um sie anzugehen. In der genesungsorientierten Weiterentwicklung konzentrieren wir uns mehr auf die Zukunftswünsche der Klient:innen, ihre Werte und die Schritte, die sie jede Woche in Richtung ihrer Ziele unternehmen können. Die üblichen KVT-Techniken werden eingesetzt, um Herausforderungen oder Hindernisse zu überwinden, auf die die Klienten bei der Umsetzung dieser Schritte stoßen werden.

1.6 Eine typische kognitive Intervention

Nachfolgend finden Sie einen Auszug aus einer Therapiesitzung mit Finn, der einen Eindruck von einer typischen kognitiv-verhaltenstherapeutischen Intervention gibt. Zunächst vereinbaren Finn und ich, über ein Ziel zu sprechen, an dem Finn arbeiten möchte. Wir (Judith Beck, Therapeutin = Th; Finn = F) besprechen die Schritte, die er unternehmen kann, und die Hindernisse, die sich ihm in den Weg stellen könnten.

Th: Okay, möchten Sie zuerst über Ihr Ziel sprechen, eine neue Arbeit zu finden?

F: Ja, ich brauche das Geld wirklich.

Th: Welchen Schritt würden Sie gerne in der kommenden Woche angehen?

F: [*seufzt*] Ich denke, ich sollte meinen Lebenslauf aktualisieren.

Th: Das ist sehr wichtig. [*beginnt mit der Problemlösung*] Wie wollen Sie das angehen?

F: Ich weiß es nicht. Ich habe ihn mir seit Jahren nicht mehr angesehen.

Th: Wissen Sie, wo die Unterlagen sind?

F: Ja. Aber ich bin mir nicht sicher, was ich da reinschreiben soll.

Th: Wie könnten Sie das herausfinden?

F: Ich denke, ich könnte online gehen. Aber meine Konzentration war in letzter Zeit nicht so gut.

Th: Wäre es besser, wenn Sie mit jemandem sprechen, der sich mit Lebensläufen besser auskennt als Sie?

F: Ja. [*denkt nach*] Ich könnte mit meinem Sohn reden.

Th: Was würden Sie davon halten, ihn heute anzurufen? Könnte irgendetwas dazwischenkommen?

F: Ich weiß es nicht. Ich sollte in der Lage sein, selbst herauszufinden, was zu tun ist, ohne ihn zu belästigen.

Th: Das ist ein interessanter Gedanke – dass Sie in der Lage sein sollten, es herauszufinden. Haben Sie schon viel Erfahrung damit, sich die Lebensläufe anderer Leute anzusehen?

F: Nein, ich weiß nicht, ob ich jemals einen von jemand anderem gesehen habe.

Th: Was glauben Sie, wie viel Mühe es für Ihren Sohn sein würde?

F: Nicht so viel, denke ich.

Th: Woran sollten Sie sich erinnern, bevor Sie ihn anrufen?

F: Dass er in letzter Zeit viel mehr Erfahrungen mit Lebensläufen gemacht hat als ich. Dass er wahrscheinlich damit einverstanden ist, mir zu helfen.

Th: [*lobt Finn*] Das ist ausgezeichnet. Können Sie ihn heute tagsüber anrufen?

F: Heute Abend wäre besser.

Finn war leicht in der Lage, einen wenig hilfreichen Gedanken zu identifizieren, der ein Hindernis für das Erreichen eines wichtigen Ziels hätte darstellen können, und darauf

zu reagieren. Ich bat ihn, sich vorzustellen, dass er mit der Hilfe seines Sohnes seinen Lebenslauf erfolgreich überarbeitet hätte. Dann fragte ich ihn, wie er sich in diesem Bild fühlte, und half ihm, einige der positiven Gefühle direkt in unserer Sitzung zu erleben. (Manche Klient:innen, die mit einem ähnlichen Problem konfrontiert sind, benötigen vielleicht eine größere therapeutische Anstrengung, bevor sie in der Lage sind, die Vorstellung auch auf der Verhaltensebene umzusetzen.)

1.7 Wie Sie die Durchführung der Kognitiven Verhaltenstherapie erlernen

Ich hoffe, Sie haben den Ehrgeiz, ein hervorragender Therapeut bzw. eine hervorragende Therapeutin zu werden und in Ihrem Beruf vielen Menschen zu helfen. Dieses Ziel vor Augen zu haben, kann Ihnen helfen, durchzuhalten, wenn Sie sich beim Lesen dieses Buches fragen, ob Sie es schaffen werden, sich die KVT anzueignen. Falls Sie sich ängstlich fühlen, denken Sie daran, dass Sie dem kognitiven Modell zufolge in diesem Fall negative Gedanken gehabt haben. Sie werden im Laufe des Buches lernen, wie Sie mit solchen nicht-hilfreichen Gedanken umgehen können. In der Zwischenzeit ist es hilfreich, sich jede Woche ein konkretes Leseziel zu setzen und die Hindernisse zu bedenken, die sich Ihnen bei der Umsetzung der notwendigen Schritte in den Weg stellen könnten. Stellen Sie dabei sicher, dass Ihre Erwartungen an sich selbst angemessen sind.

Ich selbst war keine sehr gute Therapeutin, als ich mit KVT begann. Wie hätte es auch anders sein können? Ich hatte vorher noch nie eine Therapie gemacht. Seien Sie also sich selbst gegenüber großzügig, wenn Sie gerade erst anfangen oder wenn Sie relativ neu in der KVT sind. Sie sind in guter Gesellschaft. Erkennen Sie die Lektüre jedes Kapitels an und geben Sie sich selbst Anerkennung. Loben Sie sich für die Beantwortung der Reflektionsfragen und die Durchführung der praktischen Übungen, die Sie am Ende jedes Kapitels finden. Vergleichen Sie sich mit gleichermaßen erfahrenen Kolleginnen, nicht mit erfahrenen KVT-Therapeutinnen.

Wir verwenden in der KVT häufig Analogien und Metaphern (Stott et al., 2010). Hier ist eine Analogie, die wir häufig in der Therapie verwenden und die Sie vielleicht selbst nützlich finden:

»Erinnern Sie sich daran, wie Sie gelernt haben, Auto zu fahren oder ein Musikinstrument zu spielen? Fühlten Sie sich anfangs ein wenig unbeholfen? Mussten Sie viel Aufmerksamkeit auf kleine Details und Bewegungen verwenden, die Ihnen jetzt leicht und automatisch von der Hand gehen? Haben Sie sich jemals entmutigt gefühlt? Hat der Prozess im Laufe der Zeit mehr und mehr Sinn ergeben und sich immer angenehmer angefühlt? Haben Sie ihn schließlich so weit gemeistert, dass Sie die Aufgabe mit relativer Leichtigkeit und Zuversicht erledigen konnten? Die meisten Menschen haben genau diese Erfahrung gemacht, als sie eine Fähigkeit erlernten, die sie jetzt beherrschen.«

Der Lernprozess ist beim Erlernen eines Psychotherapieverfahrens derselbe. Halten Sie Ihre Ziele klein, klar definiert und realistisch. Vergleichen Sie Ihre Fortschritte mit Ihren

Fähigkeiten vor dem Lesen dieses Buches oder mit dem Zeitpunkt, als Sie mit der KVT begannen. Achten Sie darauf, dass Sie Ihr Selbstvertrauen nicht untergraben, indem Sie Ihren derzeitigen Kenntnisstand mit Ihrem Endziel vergleichen.

Wenn Sie sich unsicher oder ängstlich fühlen, wenn Sie beginnen, die KVT in Ihrer Praxis anzuwenden, machen Sie sich eine »Bewältigungskarte«, eine physische oder virtuelle Karteikarte, auf die Sie Aussagen geschrieben haben, die wichtig sind und an die Sie sich erinnern möchten. Sie werden Bewältigungskarten oder Ähnliches auch mit Ihren Klient:innen verwenden (denn wir sorgen dafür, dass alles, woran sie sich erinnern sollen, aufgeschrieben wird). Meine Assistenzärzte in der Psychiatrie haben oft wenig hilfreiche Gedanken, bevor sie ihre ersten ambulanten Patient:innen sehen. Nachdem wir diese besprochen haben, erstellen sie eine Karte, die die Gedanken adressiert. Die Karte ist individuell gestaltet, hat aber im Allgemeinen folgenden Inhalt:

- ▶ Mein Ziel ist es nicht, diesen Klienten heute zu heilen. Das erwartet auch niemand von mir.
- ▶ Mein Ziel ist es, eine gute Beziehung aufzubauen und Hoffnung zu wecken, zu erkennen, was für diesen Menschen wirklich wichtig ist, und vielleicht einen Schritt zu finden, den der Klient in dieser Woche unternehmen kann, um seine Ziele zu erreichen.

Das Lesen einer solchen Karte kann Ihnen helfen, Ihre Ängste abzubauen, damit Sie sich auf Ihre Patient:innen konzentrieren und effektiver arbeiten können.

Für den ungeschulten Beobachtenden erscheint die KVT manchmal täuschend einfach. Das *kognitive Modell*, d. h. die These, dass die Gedanken eines Menschen seine Emotionen und sein Verhalten (und manchmal auch seine Physiologie) beeinflussen, ist recht einfach. Erfahrene KVT-Therapeut:innen erledigen jedoch viele Aufgaben auf einmal: Beziehungsaufbau, Kontaktaufnahme und Aufklärung der Klient:innen, Sammlung von Daten, Erstellung eines Fallkonzepts, Arbeit an den Zielen der Patienten und Überwindung von Hindernissen, Vermittlung von Fertigkeiten, Zusammenfassen und Einholen von Feedback. Während sie diese Aufgaben erfüllen, klingen sie fast als würden sie »einfach« ein Gespräch führen.

Als Neuling müssen Sie jedoch bewusster und strukturierter vorgehen und sich auf weniger Elemente gleichzeitig konzentrieren. Obwohl das Ziel letztlich darin besteht, all die genannten Elemente miteinander zu verweben und die Therapie so effektiv und effizient wie möglich durchzuführen, müssen Sie zunächst lernen, die therapeutische Beziehung aufzubauen und das Fallkonzept zu erstellen. Sie werden dann auch die Techniken der KVT (und anderer Verfahren) erlernen, aber dies geschieht am besten Schritt für Schritt.

Man kann die Entwicklung von Fachwissen in der KVT als vier Stufen verstehen. (Die Beschreibungen gehen davon aus, dass Sie die grundlegenden Beratungsfähigkeiten be-

reits beherrschen: Zuhören, Einfühlungsvermögen, Fürsorge, positive Wertschätzung und Aufrichtigkeit sowie genaues Verstehen, Reflektieren und Zusammenfassen).

- ▶ In **Stufe 1** erlernen Sie die grundlegenden Fähigkeiten, einen Fall basierend auf der Anamnese und Diagnostik und den in der Sitzung gesammelten Daten kognitiv zu konzeptualisieren. Sie lernen, wie Sie eine tragfähige therapeutische Beziehung aufbauen können. Sie lernen, wie Sie die Sitzung strukturieren und das Fallkonzept und Ihren gesunden Menschenverstand nutzen, um die Behandlung unter Berücksichtigung der Werte, Wünsche und Ziele Ihrer Klient:innen zu planen. Sie helfen ihnen, Lösungen für die Hindernisse zu entwickeln, mit denen diese konfrontiert sind, und ihre dysfunktionalen Gedanken auf eine andere Art zu betrachten. Sie lernen, grundlegende kognitive und verhaltenstherapeutische Techniken anzuwenden und Ihren Patient:innen beizubringen, wie man sie einsetzt.
- ▶ In **Stufe 2** werden Sie geübt darin, Ihr Fallkonzept mit Ihrem Wissen über Techniken zu integrieren. Sie stärken Ihre Fähigkeit, den Ablauf der Therapie zu verstehen. Es fällt Ihnen leichter, kritische Behandlungsziele zu erkennen, und Sie werden geschickter darin, Fallkonzepte zu entwickeln, zu verfeinern und dazu zu nutzen, flexibel Entscheidungen über Interventionen zu treffen. Sie erweitern Ihr Repertoire an Strategien und werden geübt in der Auswahl, dem Timing und der Umsetzung geeigneter Techniken sowie in der Stärkung der therapeutischen Beziehung.
- ▶ In **Stufe 3** integrieren Sie automatisch neue Daten in das Fallkonzept. Sie verfeinern Ihre Fähigkeit, Hypothesen aufzustellen, um Ihre Sicht auf den Klienten zu bestätigen oder zu revidieren. Sie variieren die Struktur und die Techniken der KVT je nach Bedarf, insbesondere bei Klient:innen mit Persönlichkeitsstörungen und anderen schwerwiegenden Störungen und Problemen. Sie werden immer geschickter darin, Brüche in der therapeutischen Allianz zu verhindern und zu beheben.
- ▶ In **Stufe 4** lernen Sie KVT im Laufe Ihres Berufslebens weiter. Ich lerne ständig von jedem Klienten, den ich behandle. Ich nehme an wöchentlichen Fallkonferenzen teil, berate mich in klinischen Fragen mit Kolleg:innen und Supervisand:innen und bleibe auf dem neuesten Stand der KVT-Forschung und -Praxis, indem ich Bücher und Artikel lese und regelmäßig an Kongressen teilnehme. Ich bin heute eine viel bessere Therapeutin als noch vor fünf Jahren. Und hoffentlich bin ich in fünf Jahren eine bessere Therapeutin als heute. Ich hoffe, dass Sie eine ähnliche Einstellung zur Bedeutung des lebenslangen Lernens entwickeln werden.

Beginn der Arbeit mit KVT bei Behandler:innen anderer Therapierichtungen. Wenn Sie bereits in einem anderen psychotherapeutischen Verfahren praktizieren, aber neu in der KVT sind, werden Sie wahrscheinlich effektiver sein, wenn Sie sie mit Beginn einer neuen Behandlung anwenden. Wenn Sie sich entscheiden, die KVT bei Klient:innen einzuführen, mit denen Sie bereits arbeiten, ist es wichtig, dass Sie dies in Zusammenarbeit mit ihnen tun. Sie sollten beschreiben, was Sie anders machen möchten, dies begründen und die Zustimmung Ihres Gegenübers einholen. Die meisten Klient:innen sind mit solchen Änderungen einverstanden, wenn sie positiv formuliert sind und ihnen zugutekommen. Wenn sie zögern, können Sie eine Veränderung (z. B. die Festlegung

einer Tagesordnung) als »Experiment« und nicht als Verpflichtung vorschlagen, um sie zu motivieren, es zu versuchen.

Th: Ich habe gerade ein wichtiges Buch darüber gelesen, wie man eine Therapie effektiver gestalten kann, und dabei an Sie gedacht.

P: Oh?

Th: Ja, und ich habe ein paar Ideen, wie es Ihnen vielleicht schneller besser gehen könnte. [*arbeitet mit der Klientin zusammen*] Ist es in Ordnung, wenn ich Ihnen davon erzähle?

P: Okay.

Th: Eine Sache, die ich gelesen habe, nennt sich »die Tagesordnung festlegen«. Das bedeutet, dass ich Sie zu Beginn der Sitzung fragen möchte, an welchen Zielen oder Themen Sie in der Sitzung arbeiten möchten. Sie könnten etwa sagen, dass Sie daran arbeiten möchten, mehr soziale Kontakte zu knüpfen oder mehr im Haushalt zu tun. Das wird uns helfen herauszufinden, wie wir unsere Zeit in der Sitzung besser nutzen können. [*Pause*] Wie hört sich das an?

1.8 Wie Sie dieses Buch am besten nutzen können

Dieses Buch richtet sich an Studierende, Ausbildungskandidaten und Psychotherapeut:innen auf jeder Stufe der Erfahrung und Kompetenzentwicklung, die die grundlegenden Bausteine der kognitiven Fallkonzeptualisierung und Behandlung noch nicht beherrschen – oder die lernen wollen, wie man die Prinzipien der KVT-R in die Behandlung einbezieht. Dabei ist entscheidend, die grundlegenden Elemente der KVT (und KVT-R) zu beherrschen, damit Sie verstehen, wie und wann Sie die Standardbehandlung für einzelne Klient:innen variieren können.

Die Kapitel dieses Buches sind so konzipiert, dass sie in der angegebenen Reihenfolge gelesen werden. Vielleicht möchten Sie die Einführungskapitel überspringen und gleich zu den Praxis-Kapiteln übergehen. Die KVT besteht jedoch nicht nur aus der Anwendung von kognitiven und verhaltenstherapeutischen Techniken. Sie beinhaltet unter anderem die geschickte Auswahl und den effektiven Einsatz vieler verschiedener Interventionen basierend auf Ihrem Fallkonzept.

Materialien und Ressourcen

- ▶ **Englischsprachige Videos:** Unter beckinstitute.org/KVTresources finden Sie englischsprachige Videos zur Behandlung von Finn. Hier sehen Sie, wie Judith Beck arbeitet.
- ▶ **Arbeitsblätter:** Alle im Text erwähnten Arbeitsblätter stehen Ihnen digital im E-Book inside zur Verfügung.
- ▶ **Adressen und Links:** Eine Liste mit weiteren KVT-Ressourcen finden Sie im Anhang.

■ Tipp

Ein Hinweis zu den Arbeitsblättern: Sie werden möglicherweise einige Arbeitsblätter ausdrucken wollen, da sie eine große Menge an Informationen enthalten. Vielleicht müssen Sie auch weitere Arbeitsblätter ausdrucken, wenn Sie zum ersten Mal mit der KVT arbeiten. Sobald Sie sich jedoch mit dem Material vertraut gemacht haben, ist es oft besser, die Arbeitsblätter von Hand zu zeichnen, während Sie in der Sitzung mit einem Klienten sitzen. So können Sie die Materialien nach Bedarf individualisieren, und vermeiden ggfs. eine negative Reaktion derjenigen Patient:innen, die formale Arbeitsblätter nicht mögen.

Sie fördern Ihre Entwicklung als KVT-Therapeut:in, wenn Sie das Gelernte auf sich selbst anwenden. Stellen Sie sicher, dass Sie alle Übungen machen. In der Praxisübung am Ende dieses Kapitels werden Sie beispielsweise aufgefordert, Ihre eigenen automatischen Gedanken zu identifizieren, während Sie dieses Buch lesen. Sie können sie notieren und sich wieder auf das Lesen konzentrieren. Oder Sie nutzen die Reflexionsfragen zu diesem Kapitel, um eine Bewältigungskarte für sich selbst zu erstellen, nachdem Sie Ihre automatischen Gedanken identifiziert haben. Indem Sie Ihr eigenes Denken in den Mittelpunkt stellen, können Sie Ihre KVT-Fähigkeiten verbessern, Ihre dysfunktionalen Gedanken ändern und Ihre Stimmung (und Ihr Verhalten) positiv beeinflussen, sodass Sie aufnahmefähiger für das zu Lernende werden.

Bei anderen Übungen werden Sie gebeten, ein Rollenspiel mit einem Freund, einer Kollegin oder einem Familienmitglied zu machen. Wenn Sie keinen Partner für ein Rollenspiel finden, können Sie eine Niederschrift mit einem imaginären Klienten verfassen. Sie können auch beides tun. Je mehr Sie das Vokabular und die Konzepte der KVT üben, desto besser wird Ihre Behandlung sein.

Wenn Sie sich die grundlegenden Fertigkeiten der KVT beibringen, indem Sie sich selbst als Subjekt verwenden, werden Sie besser in der Lage sein, dieselben Fertigkeiten in der Therapie zu vermitteln. Ein zusätzlicher Bonus ist, dass Sie bei diesem Vorgehen Ihren Klient:innen selbst Auskunft geben können, was diese ermutigen kann, die Fertigkeit ebenfalls zu üben.

Es ist auch wichtig, dass Sie wissen, was in diesem Buch *nicht* behandelt wird. Der Schwerpunkt liegt auf Depressionen, und für die Behandlung anderer Störungen sind Anpassungen des Vorgehens erforderlich. Es wird nicht darauf eingegangen, wie die Behandlung für Jugendliche oder ältere Erwachsene angepasst werden kann. Auch die sehr wichtigen Themen Selbstverletzung, Drogenkonsum, Suizidalität oder Homizidalität werden außen vor gelassen. Ergänzen Sie Ihr Wissen, um mit Patient:innen effektiv arbeiten zu können, die sich erheblich von dem hier beschriebenen Fallbeispiel Finn unterscheiden.

Zusammenfassung

Die KVT wurde von Aaron Beck in den 1960er- und 1970er-Jahren entwickelt und hat sich seitdem in mehr als 2.000 veröffentlichten Studien als wirksam erwiesen. Heute gilt sie als der »Goldstandard« der Psychotherapie (David et al., 2018). Sie basiert auf der

Theorie, dass das Denken der Menschen ihre Emotionen und ihr Verhalten beeinflusst. Indem sie ihren Klient:innen helfen, dysfunktionales oder wenig hilfreiches Denken zu bewerten und zu verändern, können KVT-Therapeut:innen eine dauerhafte Veränderung von Stimmung und Verhalten bewirken. Verwendet werden verschiedene psychotherapeutische Techniken, die in den Rahmen des kognitiven Modells und der jeweils individuellen Fallkonzeptualisierung eingebettet sind. In jüngster Zeit wurde der traditionellen KVT ein Fokus auf Genesungsorientierung hinzugefügt, der Werte und Ziele, das Ziehen positiver Schlussfolgerungen aus täglichen Aktivitäten und das Erleben positiver Emotionen innerhalb und außerhalb der Therapiesitzung betont.

Reflexionsfragen

Was haben Sie in diesem Kapitel über KVT oder die genesungsorientierte KVT Neues gelernt? Wie könnten Ihnen KVT-Techniken helfen? Welche Gedanken könnten Leser:innen haben, die sie davon abhalten würden, KVT-Fähigkeiten bei sich selbst anzuwenden? Was wären gute Antworten auf mögliche Einwände?

Übung für die Praxis

Nehmen Sie ab sofort wahr, wenn

- ▶ sich Ihre Stimmung in eine negative Richtung verändert oder intensiviert hat,
- ▶ Sie körperliche Empfindungen haben, die mit negativen Emotionen verbunden sind (z. B. Ihr Herz schlägt schnell, wenn Sie ängstlich werden), und / oder
- ▶ wenn Sie ein nicht-hilfreiches Verhalten zeigen oder hilfreiches Verhalten vermeiden.

Stellen Sie sich selbst die Frage, welche Emotion Sie erleben, sowie die Kernfrage der kognitiven Therapie: *Was ging mir gerade durch den Kopf?*

So lernen Sie, Ihre eigenen automatischen Gedanken zu erkennen. Achten Sie besonders auf automatische Gedanken, die dem Erreichen Ihrer Ziele im Wege stehen, vor allem auf solche, die Sie beim Lesen dieses Buches und beim Ausprobieren von Techniken mit Patient:innen behindern. Vielleicht erkennen Sie Gedanken wie die folgenden:

- ▶ »Das ist zu schwer.«
- ▶ »Das schaffe ich vielleicht nicht.«
- ▶ »Das fühlt sich für mich nicht angenehm an.«
- ▶ »Was ist, wenn ich es versuche und es meinem Klienten nicht hilft?«

Erfahrene Therapeutinnen und Therapeuten, die bereits ein anderes Therapieverfahren einsetzen, könnten sich anderer automatischer Gedanken bewusst sein:

- ▶ »Das wird nicht funktionieren.«
- ▶ »Der Klient wird es nicht mögen.«
- ▶ »Es ist zu oberflächlich / strukturiert / unempathisch / einfach.«

2 **Behandlungsprinzipien der KVT**

In diesem Kapitel erfahren Sie mehr über die Behandlungsprinzipien der Kognitiven Verhaltenstherapie. Obwohl die Behandlung auf jeden Klienten zugeschnitten, d. h. individualisiert, durchgeführt wird, gibt es Gemeinsamkeiten, die für die meisten Klientinnen und Klienten gelten. Aber machen Sie sich keine Sorgen, dass Sie sich in diesem Kapitel bereits alles merken müssen – Sie werden alle Konzepte an verschiedenen Stellen im Buch kennenlernen. Hier bekommen Sie jedoch einen ersten Eindruck davon, wie KVT funktioniert.

Prinzipien der Therapie

- (1) Die KVT-Behandlungspläne basieren auf einem sich ständig weiterentwickelnden kognitiven Fallkonzept.
- (2) Die KVT erfordert eine solide therapeutische Beziehung.
- (3) KVT überwacht kontinuierlich den Fortschritt des Klienten.
- (4) KVT ist kultursensibel und passt die Behandlung an den Einzelnen an.
- (5) KVT betont das Positive.
- (6) KVT betont die Zusammenarbeit und aktive Teilnahme.
- (7) KVT ist wertebasiert, nach vorn und zielgerichtet.
- (8) KVT betont anfangs die Gegenwart.
- (9) KVT ist edukativ.
- (10) KVT hat den Anspruch, zeitlich begrenzt zu sein.
- (11) KVT-Sitzungen sind strukturiert.
- (12) KVT verwendet geleitetes Entdecken und bringt den Klienten bei, auf ihre dysfunktionalen Kognitionen zu reagieren.
- (13) KVT beinhaltet Aktivitätenpläne (therapeutische Hausaufgaben).
- (14) KVT verwendet verschiedene Techniken, um Denken, Stimmung und Verhalten zu verändern.

Prinzip 1: Die KVT-Behandlungspläne basieren auf einem sich ständig weiterentwickelnden kognitiven Fallkonzept.

Bei der Erstellung des Fallkonzepts der Patient:innen stütze ich mich auf die Daten, die sie in der Eingangsdiagnostik (Kap. 3) angeben, und auf die kognitiven Formulierungen, d. h. zentrale Kognitionen, Verhaltensstrategien und aufrechterhaltende Faktoren, die ihre Störung(en) charakterisieren. Von Anfang an beziehe ich auch Stärken, positive Eigenschaften und Ressourcen in mein Fallkonzept ein. Ich verfeinere diese Konzeptualisierung im Laufe der Therapie, wenn ich zusätzliche Daten sammle, und ich verwende das Fallkonzept zur Planung der Behandlung.

Mein Behandlungsplan für Finn konzentrierte sich zunächst auf seine aktuellen Kognitionen und problematischen Verhaltensweisen, die ihn beim Erreichen seiner Ziele behinderten. Wir besprachen, dass Finn zunehmend im Einklang mit seinen Werten und Wünschen handeln sollte, und er begann, seine positiven Erfahrungen zu beobachten. Gegen Mitte der Therapie konzentrierten wir uns auch auf die Grundannahmen, die sein Selbstvertrauen untergruben. Am Ende der Behandlung legten wir den Schwerpunkt auf die Planung der Zukunft, das Erkennen von Hindernissen und die Entwicklung eines Plans, diese Hindernisse zu überwinden. Wir gingen auf maladaptive Kognitionen bezüglich des Therapieendes ein und konzentrierten uns auf Kognitionen und Verhaltensweisen, die für die Rückfallprävention wichtig sind.

Ich konzeptualisiere Finns Schwierigkeiten in drei Zeitabschnitten.

- (1) *Gegenwart*: Von Anfang an identifiziere ich die aktuellen Kognitionen, die seine Bestrebungen *behindern* (»Ich bin ein Versager«; »Ich kann nichts richtig machen«).
- (2) *Beginn der Depression*: Ich identifiziere Verhaltenshindernisse, die zur *Aufrechterhaltung* seiner Depression beitragen (Isolation, Inaktivität). Darüber hinaus identifiziere ich auslösende Faktoren, die Finns Wahrnehmung zu Beginn seiner Depression beeinflusst haben. Er hatte Schwierigkeiten bei der Arbeit und verlor dann seinen Arbeitsplatz; seine Frau kritisierte ihn zunehmend und ließ sich von ihm scheiden. Diese Ereignisse führten zu seiner Überzeugung, dass er inkompetent sei.
- (3) *Vergangenheit*: Ich stelle Hypothesen auf über die *wichtigsten Ereignisse* in Finns *Entwicklung* und seine *permanenten Interpretationsmuster* für diese Art von Ereignissen, die ihn für Depressionen prädisponiert haben könnten. Als er noch ein Kind war, erwartete seine Mutter von ihm, dass er zu Hause wichtige Aufgaben übernahm, für die er gemäß seines Alters bzw. Entwicklungsstands noch nicht reif war. Anstatt zu erkennen, dass seine überforderte Mutter zu viel von ihm erwartete, interpretierte er ihre Kritik als berechtigt.

Prinzip 2: Die KVT erfordert eine solide therapeutische Beziehung.

Klient:innen sind unterschiedlich gut in der Lage, anfangs eine gute therapeutische Beziehung aufzubauen. Es war nicht schwer, die Beziehung zu Finn aufzubauen, obwohl er zu Beginn skeptisch war, dass ich ihm helfen könnte. Die Anwendung von Gesprächstechniken nach Carl Rogers, das Erfragen von Finns Reaktion auf den Behandlungsplan, das Treffen gemeinsamer Entscheidungen über die Behandlung, das Angeben von Gründen für Interventionen, das Verwenden von Selbstoffenbarungen, das Einholen von Feedback während und am Ende der Sitzungen und die große Anstrengung, Fortschritte zu erzielen (und ihn diese erkennen zu lassen), trugen zu unserem Bündnis bei.

Allgemein: Verwenden Sie genügend Zeit auf die Entwicklung der therapeutischen Beziehung, damit eine effektive Zusammenarbeit, eine gute Teamarbeit, erfolgen kann. Nutzen Sie die Beziehung, um aufzuzeigen, dass die negativen Überzeugungen des Klienten, insbesondere in Bezug auf sich selbst (und manchmal auch in Bezug auf andere), unzutreffend sind und dass positivere Annahmen gültig sind. Wenn die Beziehung solide ist, haben Sie mehr Zeit, den Patient:innen zu helfen, die Hindernisse zu überwinden, mit denen sie in der kommenden Woche konfrontiert sein werden. Bei manchen

Klient:innen, insbesondere bei solchen mit Persönlichkeitsstörungen, muss der Schwerpunkt allerdings viel stärker auf die therapeutische Beziehung gelegt werden, und es bedarf fortgeschrittener Strategien, um ein gutes Arbeitsbündnis zu schmieden (J.S. Beck, 2005; Beck et al., 2015; Young, 1999).

Prinzip 3: KVT überwacht kontinuierlich den Fortschritt der Klienten.

Das erste KVT-Behandlungsmanual, »Cognitive Therapy of Depression« (Beck et al., 1979), empfahl den Therapeut:innen, wöchentliche Symptom-Checklisten zu verwenden und am Ende der Sitzungen sowohl mündliches als auch schriftliches Feedback von den Klient:innen einzuholen. Verschiedene Studien haben seitdem gezeigt, dass ein routinemäßiges Monitoring die Ergebnisse verbessert (Boswell et al., 2015; Lambert et al., 2001, 2002; Weck et al., 2017). Die Fortschritte der Patient:innen sind größer, wenn sowohl sie als auch die Therapeut:innen Rückmeldungen über die Fortschritte der Therapie erhalten. Mit der zunehmenden Betonung der Genesungsorientierung messen viele KVT-Therapeut:innen auch das allgemeine Funktionsniveau der Klient:innen, den Fortschritt bei der Erreichung ihrer Ziele und das Gefühl der Zufriedenheit, der Verbundenheit und des Wohlbefindens.

Prinzip 4: KVT ist kultursensibel und passt die Behandlung individuell an.

Die KVT spiegelt traditionell die Werte der dominanten Kultur in den Vereinigten Staaten wider. In der Therapie können jedoch deutlich bessere Ergebnisse erzielt werden, wenn sich die Therapeut:innen der unterschiedlichen ethnischen und kulturellen Hintergründe der Menschen, die sie behandeln, bewusst sind und die Bedeutung kultureller und ethnischer Unterschiede, Präferenzen und Praktiken anerkennen (Beck, 2016; Smith et al., 2011; Sue et al., 2009). Die KVT neigt dazu, Rationalität, wissenschaftliche Methoden und Individualismus zu betonen. Klient:innen aus anderen Kulturen haben möglicherweise andere Werte und Präferenzen, etwa emotionales Schlussfolgern, unterschiedliche Grade des Emotionsausdrucks sowie Kollektivismus oder Interdependenz.

Wenn sich die Kulturen der Menschen in Ihrer Praxis von Ihrer eigenen unterscheiden, müssen Sie möglicherweise Ihre kulturelle Kompetenz verbessern. Es kann nämlich sein, dass Sie sich Ihres eigenen kulturellen Bias gar nicht bewusst sind. Möglicherweise sind Sie sich auch des Ausmaßes der kulturellen Voreingenommenheit nicht bewusst, die manche Klient:innen erfahren, insbesondere wenn sie nicht der Mehrheitskultur angehören. Solche Voreingenommenheiten und Vorurteile können eine wichtige Rolle bei den Schwierigkeiten Ihrer Patient:innen spielen.

Unterschiede zwischen Ihnen beiden können jedoch nicht nur kultureller Natur, sondern können sehr vielfältig sein. Dazu gehören Alter, religiöse oder spirituelle Orientierung, ethnische Zugehörigkeit, sozioökonomischer Status, Behinderung, Geschlecht, sexuelle Identität und sexuelle Orientierung (Iwamasa & Hays, 2019). Achten Sie darauf, dass Sie sich über die Merkmale Ihrer Klient:innen informieren und antizipieren, wie diese Unterschiede für die Behandlung relevant sein könnten. Hays (2009) beschreibt Strategien, um die KVT kultursensibel zu gestalten. Dazu gehören die Einschätzung der Bedürfnisse des Klienten und seiner Familie, die Betonung von kultursensiblen Verhal-

tensweisen, die Identifizierung kulturspezifischer Stärken und Hilfen und die Validierung der Unterdrückungserfahrungen der Klienten. Natürlich müssen Sie immer noch ein individuelles Fallkonzept des Klienten erstellen und dürfen nicht einfach automatisch davon ausgehen, dass Sie die Behandlung für eine bestimmte Person variieren müssen.

Prinzip 5: KVT betont das Positive.

Neuere Forschungen zeigen, wie wichtig die Betonung positiver Emotionen und Kognitionen bei der Behandlung von Depressionen ist (z.B. Chaves et al., 2019). Sie helfen Ihren Klient:innen, aktiv an der Kultivierung positiver Stimmungen und Gedanken zu arbeiten. Es ist auch wichtig, Hoffnung zu wecken.

Finn neigte wie die meisten depressiven Menschen dazu, sich auf das Negative zu konzentrieren. Wenn er depressiv war, achtete er automatisch (d.h. ohne sich dessen bewusst zu sein) und selektiv auf negative Erfahrungen. Manchmal interpretierte er auch neutrale Erfahrungen fälschlicherweise als negativ und ignorierte häufig positivere Erfahrungen oder erkannte sie gar nicht. Seine Schwierigkeit, positive Daten direkt als solche zu verarbeiten, führte dazu, dass er ein verzerrtes Bild von sich selbst entwickelte. Um diesem Merkmal der Depression entgegenzuwirken, helfen Sie Ihren Klient:innen kontinuierlich, sich auf das Positive zu konzentrieren. Ich möchte, dass Finn anfängt, Erfahrungen zu machen, aus denen er folgert, dass er ein einflussreicher Mensch ist, der Probleme lösen, Hindernisse überwinden und ein zufriedenstellendes Leben führen kann.

Prinzip 6: KVT legt großen Wert auf Zusammenarbeit und aktive Teilnahme der Patienten.

Sowohl Therapeut:innen als auch Klient:innen sind aktiv. Ich ermutige Finn, die Therapie als Teamarbeit zu betrachten: Gemeinsam entscheiden wir, woran wir in jeder Sitzung arbeiten, wie oft wir uns treffen sollten und was Finn zwischen den Sitzungen tun kann. Anfangs bin ich aktiver, wenn es darum geht, eine Richtung für die Therapiesitzungen und für einige Aktivitätenpläne (Therapiehausaufgaben) vorzuschlagen. Je weniger depressiv Finn ist und je mehr er sich an die Behandlung gewöhnt hat, desto mehr ermutige ich ihn, in den Sitzungen aktiv zu werden: Er entscheidet, welche Schritte er zur Erreichung seiner Ziele unternehmen will, löst mögliche Hindernisse, bewertet seine dysfunktionalen Kognitionen, fasst wichtige Punkte zusammen und erstellt Aktivitätenpläne.

Prinzip 7: KVT ist wertebasiert, nach vorn und zielgerichtet.

In der ersten Sitzung mit den Klient:innen fragen Sie sie nach:

- ▶ ihren Werten (was ihnen im Leben wirklich wichtig ist),
- ▶ ihren Wünschen (wie sie sein wollen, wie sie ihr Leben gestalten wollen) und
- ▶ ihren spezifischen Behandlungszielen (was sie als Ergebnis der Therapie erreichen wollen).

Verantwortungsbewusst, kompetent, produktiv und hilfreich für andere zu sein, waren wichtige Werte für Finn. Er wollte ein besseres Leben führen, seinen Optimismus und sein Wohlbefinden zurückgewinnen und das Gefühl haben, die Kontrolle zu haben. Zu seinen konkreten Zielen gehörte es, ein besserer Vater und Großvater zu sein und einen guten Job zu bekommen. Aber Gedanken wie »Ich bin ein Versager« und »Ich werde nie einen Job bekommen« waren Hindernisse. Sie trugen dazu bei, dass er die Schritte vermied, die er zum Erreichen seiner Ziele hätte unternehmen müssen.

Prinzip 8: KVT betont anfangs die Gegenwart.

Die Behandlung beinhaltet meistens eine starke Fokussierung auf die Fähigkeiten, die die Patient:innen benötigen, um ihre Stimmung (und ihr Leben) zu verbessern. Wenn sie diese Fähigkeiten konsequent anwenden (während und nach der Behandlung), haben sie bessere Ergebnisse als wenn sie dies nicht tun, selbst angesichts erheblicher belastender Lebensereignisse (Vittengl et al., 2019). Als Finn belastende Situationen realistischer betrachtete, Probleme löste und auf seine Ziele hinarbeitete, fühlte er sich weniger deprimiert. Seine Stimmung wurde positiver, als er seine Aufmerksamkeit auf das lenkte, was in seinem Leben gut lief und was diese Erfahrungen über ihn als Person Großartiges aussagten.

In drei Fällen verlagern Sie jedoch den Fokus auf die Vergangenheit:

- (1) wenn Klient:innen einen starken Wunsch danach äußern,
- (2) wenn die Arbeit an aktuellen Problemen und Zukunftswünschen keine ausreichende Veränderung bewirkt, oder
- (3) wenn Sie der Meinung sind, dass es für Sie und die Klientin wichtig ist, zu verstehen, wie und wann ihre wichtigsten dysfunktionalen Ideen und Bewältigungsstrategien entstanden sind und beibehalten wurden.

Anschließend besprechen Sie, was Ihre Patient:innen jetzt über die Vergangenheit wissen und wie sie ihr neues Wissen in der kommenden Woche nutzen können.

In der Mitte der Behandlung sprachen Finn und ich beispielsweise kurz über einige Ereignisse aus seiner Kindheit, um ihm zu helfen, einen Glaubenssatz zu erkennen, den er als Kind gelernt hatte: »Wenn ich um Hilfe bitte, sehen die Leute, wie inkompetent ich bin«. Ich half Finn, die Gültigkeit dieses Glaubenssatzes sowohl in der Vergangenheit als auch in der Gegenwart zu bewerten. Dies führte ihn zum Teil dazu, einen funktionaleren, vernünftigeren Glaubenssatz zu entwickeln. Hätte er eine Persönlichkeitsstörung gehabt, hätte ich vielleicht verhältnismäßig viel Zeit damit verbracht, seine Entwicklungsgeschichte und den Ursprung der Überzeugungen und des Bewältigungsverhaltens in der Kindheit zu erörtern.

Prinzip 9: KVT ist edukativ.

Ein Hauptziel der Behandlung ist es, den Prozess der Therapie verständlich zu machen. Finn fühlte sich wohler, wenn er wusste, was er von der Behandlung zu erwarten hatte, wenn ihm klar war, was ich von ihm wollte, wenn er das Gefühl hatte, dass er und ich ein Team waren, und wenn er eine konkrete Vorstellung davon hatte, wie die Therapie ablaufen würde, sowohl innerhalb einer Sitzung als auch im Verlauf der Behandlung. In

unserer ersten Sitzung informierte ich Finn über die Art und den Verlauf seiner Störung, den Ablauf der KVT, die Struktur der Sitzungen und das kognitive Modell. In den folgenden Sitzungen bot ich ihm zusätzliche Psychoedukation an, indem ich ihm mein fortlaufend verfeinertes Fallkonzept vorstellte und ihn um Feedback bat. Während der gesamten Behandlung verwendete ich Diagramme, um Finn zu helfen zu verstehen, warum er manchmal verzerrte Gedanken und maladaptive Reaktionen hatte. (Siehe Boisvert & Ahmed [2018] sowie Hefler-Kaufmann & Neudeck [2020] für Diagramme, die zur Psychoedukation von Klient:innen hilfreich sind.)

Während der gesamten Behandlung brachte ich Finn nach dem Einsatz verschiedener Techniken bei, wie er die Techniken selbst anwenden konnte, damit er lernen konnte, sein eigener Therapeut zu sein. Bei jeder Sitzung ermutigte ich Finn, die wichtigsten Ideen, die er gelernt hatte, aufzuschreiben, damit er seine neuen Erkenntnisse täglich überprüfen konnte. Finn überprüfte diese Notizen auch gelegentlich nach dem Therapieende, wenn er wieder in alte Denk- und Verhaltensmuster zurückfiel.

Prinzip 10: KVT hat den Anspruch, zeitlich begrenzt zu sein.

Wir haben früher gesagt, dass KVT eine Kurzzeittherapie ist. Viele Klient:innen mit unkomplizierten Depressionen und Angststörungen benötigen zwischen sechs und 16 Sitzungen. Bei manchen Störungen muss die Behandlung jedoch viel länger dauern. Wir versuchen, die Behandlung so kurz wie möglich zu gestalten und trotzdem unsere Ziele zu erreichen: den Klient:innen dabei zu helfen, eine Symptomlinderung bzw. Genesung von der Störung zu erreichen, auf die Erfüllung ihrer Wünsche, Werte und Ziele hinzuwirken, ihre dringlichsten Probleme zu lösen, Zufriedenheit und Freude am Leben zu haben und Fähigkeiten zu erlernen, die ihre Widerstandsfähigkeit fördern und Rückfälle vermeiden.

Finn hatte zunächst wöchentliche Therapiesitzungen. (Wäre seine Depression schwerer gewesen oder hätte er Suizidgedanken gehabt, hätte ich vielleicht häufigere Sitzungen angesetzt.) Nach zweieinhalb Monaten ging es Finn etwas besser und er war in der Lage, seine neu erworbenen Fertigkeiten zwischen den Sitzungen einzusetzen. Also beschlossen wir gemeinsam, zunächst alle zwei Wochen und dann monatlich Sitzungen anzusetzen. Auch nach der Beendigung der Therapie planten wir ein Jahr lang regelmäßige Auffrischungssitzungen alle drei Monate.

Einige Patient:innen benötigen über einen längeren Zeitraum hinweg wesentlich mehr Behandlung. Manche haben ein chaotisches Leben oder sind mit anhaltenden schweren Problemen wie Armut oder Gewalt konfrontiert. Einige haben chronische oder behandlungsresistente Störungen. Andere haben Persönlichkeitsstörungen, einen verfestigten Drogenkonsum, eine Bipolare Störung, Essstörungen oder Schizophrenie. Selbst ein oder sogar zwei Jahre Therapie können dann nicht ausreichend sein. Auch nach Beendigung der Therapie benötigen diese Klienten möglicherweise regelmäßige Sitzungen oder zusätzliche (in der Regel kürzere) Behandlungen.

Prinzip 11: KVT-Sitzungen sind strukturiert.

Wir sind bestrebt, die Therapie so effizient wie möglich durchzuführen, um den Klient:innen zu helfen, sich so schnell wie möglich besser zu fühlen. Die Einhaltung einer vorgegebenen Struktur (wie auch die Vermittlung der therapeutischen Techniken an die Patient:innen) erleichtert diese Ziele. In der Regel werden Sie diese Struktur in jeder Sitzung beibehalten (es sei denn, Ihr Patient ist dagegen, in diesem Fall müssen Sie die Struktur anfangs vielleicht aushandeln).

Ich beginne mit der Planung von Finns Behandlung, bevor er mein Büro betritt. Ich schaue mir seine Akte an, insbesondere seine Behandlungsziele und Aktivitätenpläne (einschließlich der Therapienotizen) der vorangegangenen Sitzung(en). Mein übergeordnetes therapeutisches Ziel ist es, Finns Stimmung während der Sitzung zu verbessern und einen Aktivitätenplan zu erstellen, damit er sich während der Woche besser fühlt und sich funktionaler verhält. Was ich in einer bestimmten Sitzung tue, hängt von Finns Zielen und Problemen, meinem Konzept, der Stärke unserer therapeutischen Beziehung, Finns Präferenzen und dem Stadium der Behandlung ab.

Ihr Ziel im ersten Teil einer Therapiesitzung ist es, das therapeutische Bündnis wiederherzustellen, den Aktivitätenplan zu überprüfen und Daten zu sammeln, damit Sie beide gemeinsam die Tagesordnung festlegen und Prioritäten setzen können. Im zweiten Teil der Sitzung besprechen Sie gemeinsam die Themen oder Ziele, die auf der Tagesordnung stehen. Diese Art von Diskussionen und Interventionen führen üblicherweise zu Aktivitätenplänen. Im letzten Teil der Sitzung fassen Sie oder die Klientin die Sitzung zusammen. Sie stellen sicher, dass der Aktivitätenplan angemessen ist, und holen dann das Feedback des Klienten ein und reagieren darauf. Während in der KVT erfahrene Therapeut:innen gelegentlich von diesem Format abweichen können, arbeiten Therapeut:innen, für die KVT noch neu ist, meist effektiver, wenn sie der vorgegebenen Struktur folgen.

Prinzip 12: KVT verwendet geleitetes Entdecken und bringt den Klientinnen bei, auf ihre dysfunktionalen Kognitionen zu reagieren.

Im Zusammenhang mit der Erörterung eines Problems oder Ziels stellt man den Patient:innen Fragen, die ihnen helfen, ihre dysfunktionalen Gedanken zu erkennen (indem man sie fragt, was ihnen durch den Kopf geht), die Gültigkeit und Nützlichkeit ihrer Gedanken zu bewerten (indem man eine Reihe von Techniken anwendet) und einen Aktivitätenplan zu entwickeln. Bei Finn setze ich behutsam *sokratische Fragen* ein, die ihm das Gefühl vermitteln, dass ich wirklich an *gemeinsamer »Erfahrungsauswertung«* interessiert bin, d. h. daran, ihm dabei zu helfen, die Richtigkeit und Nützlichkeit seiner Ideen durch eine sorgfältige Prüfung der Beweise zu ermitteln. Beachten Sie, dass wir nicht versuchen, *Kognitionen von Patient:innen in Frage zu stellen* (indem wir behaupten oder versuchen, sie davon zu überzeugen, dass ihre Gedanken oder Überzeugungen ungültig sind) – vielmehr helfen wir den ihnen bei der kognitiven Umstrukturierung, einem Prozess, bei dem wir maladaptives Denken bewerten und darauf reagieren.

In anderen Sitzungen frage ich Finn nach der Bedeutung seiner Gedanken, um die zugrunde liegenden Überzeugungen über sich selbst, die Welt und andere Menschen aufzudecken. Durch die Befragung leite ich ihn auch an, die Gültigkeit und Funktionalität seiner Überzeugungen zu bewerten. Von Beginn der Behandlung an helfe ich Finn, positive Überzeugungen über sich selbst zu festigen, indem ich ihm beibringe, sich selbst Anerkennung zu schenken, und ihn anleite, positive Schlussfolgerungen aus den Schritten zu ziehen, die er in Richtung seiner Ziele unternommen hat.

Je nach Art der Kognition, die Sie gemeinsam bearbeiten wollen, können Sie die oben genannten Techniken ersetzen oder ergänzen. Wenn automatische Gedanken Teil eines dysfunktionalen Denkprozesses sind, wie z. B. Grübeln, zwanghaftes Denken oder ständige Selbstkritik, können Sie den Klient:innen helfen, ihre Gedanken unvoreingenommen zu akzeptieren und ihnen zu erlauben, von selbst zu kommen und zu gehen. Um Kognitionen auf der emotionalen oder Bauchgefühlsebene zu verändern, können Sie Bilder verwenden, eine Geschichte erzählen, Analogien und Metaphern anbieten, erfahrungsorientierte Techniken anwenden, Rollenspiele machen oder Verhaltensexperimente vorschlagen.

Prinzip 13: KVT beinhaltet Aktivätspläne (Therapiehausaufgaben).

Ein wichtiges Ziel der Behandlung ist es, den Klient:innen zu helfen, sich am Ende der Sitzung besser zu fühlen und sie auf eine bessere Woche vorzubereiten. Aktivitätenpläne bestehen in der Regel aus

- ▶ der Identifizierung und Bewertung automatischer Gedanken, die den Zielen der Klient:innen im Wege stehen,
- ▶ der Umsetzung von Lösungen für Probleme und Hindernisse, die in der kommenden Woche auftreten könnten, und / oder
- ▶ dem Üben der in der Sitzung erlernten Verhaltensweisen.

Patient:innen neigen dazu, vieles von dem, was in den Therapiesitzungen passiert, zu vergessen, und wenn sie das tun, haben sie tendenziell schlechtere Ergebnisse (Lee et al., 2020). Hier ist also eine Faustregel:

Wichtig

Alles, woran sich unsere Klientinnen und Klienten erinnern sollen, wird aufgezeichnet.

Sie oder Ihr Klient sollten Therapienotizen und Aktivitätenpläne aufschreiben, entweder auf Papier oder auf dem Handy oder Tablet des Klienten. Oder Sie können Therapienotizen mithilfe einer App auf dem Mobiltelefon aufzeichnen. Hier ist ein Beispiel für eine Therapienotiz, die Finn und ich gemeinsam verfasst haben:

Wenn ich anfangen zu denken, dass ich mich nicht hinsetzen und Rechnungen bezahlen kann, erinnere ich mich daran:

- ▶ Ich werde es nur 10 Minuten lang tun.
- ▶ Es mag schwierig sein, aber es wird wahrscheinlich nicht unmöglich sein.
- ▶ Die ersten ein oder zwei Minuten werden vermutlich am schwierigsten sein und dann wird es wahrscheinlich leichter werden.
- ▶ Ich sollte mich auf das positive Gefühl konzentrieren, das ich haben werde, wenn ich etwas schaffe, was ich bisher nicht geschafft habe.

Aktivitätenpläne ergeben sich ganz natürlich aus der Erörterung der einzelnen Ziele oder Themen auf der Tagesordnung. Sie müssen sie gemeinsam sorgfältig ausarbeiten, und zwar basierend auf der Art des Problems, Ihrer Vorstellung davon, was am meisten helfen würde, praktischen Erwägungen (wie Zeit, Energie und Möglichkeiten) und Eigenschaften der Klient:innen (z. B. Motivations- und Konzentrationsniveau und Vorlieben). Ein häufiger Fehler ist es, Aktivitätenpläne vorzuschlagen, die viel zu schwierig sind.

Prinzip 14: KVT verwendet verschiedene Techniken, um Denken, Stimmung und Verhalten zu verändern.

Tatsächlich adaptieren wir Strategien aus vielen psychotherapeutischen Modalitäten im Kontext kognitiver Konzepte. Abhängig vom Fallkonzept der Klientin kann ich beispielsweise Techniken aus der Akzeptanz- und Commitmenttherapie, der Verhaltenstherapie, der mitgeföhlorientierten Psychotherapie, der Dialektisch-Behavioralen Therapie, der Gestalttherapie, der Interpersonellen Psychotherapie, der Metakognitiven Therapie, der achtsamkeitsbasierten kognitiven Therapie (MBCT), der personenzentrierten Psychotherapie, der psychodynamischen Psychotherapie, der Schematherapie, der lösungsorientierten Therapie, der Wohlbefindenstherapie oder anderen anwenden. Solange Sie die KVT noch erlernen, wird es für Sie schwierig sein, eine größere Vielfalt an Interventionen als die in diesem Buch vorgestellten einzubeziehen. Ich möchte Sie ermutigen, zunächst die Grundlagen der KVT zu beherrschen und dann zusätzliche Techniken zu erlernen, die Sie im Rahmen einer kognitiven Fallkonzeptualisierung anwenden können. Während Sie als KVT-Psychotherapeut:in Fortschritte machen, wird es sich aber lohnen, diese und andere evidenzbasierte Behandlungen zu studieren.

Zusammenfassung

Die beschriebenen Grundprinzipien gelten für die meisten Klientinnen und Klienten. Geleitet von Ihrem kognitiven Fallkonzept variieren Sie die Techniken, die Sie anwenden, um die Behandlung auf den Einzelnen zuzuschneiden. Die KVT-Behandlung berücksichtigt die Kultur, die Familiengeschichte und andere wichtige Merkmale der Patient:innen, die Art ihrer Schwierigkeiten, Ziele und Wünsche, ihre Fähigkeit, eine starke therapeutische Bindung aufzubauen, die Veränderungsmotivation, bisherige Erfahrungen mit der Therapie und Präferenzen. Die Grundlage der Behandlung ist immer eine solide therapeutische Beziehung.

■ Reflexionsfragen

Welche der 14 Behandlungsprinzipien kannten Sie bereits als wichtige Elemente der KVT? Welche waren neu? Hat Sie eines von ihnen überrascht?

2

■ Übungen für die Praxis

Gehen Sie die Behandlungsgrundsätze durch. Beschreiben Sie in Ihren eigenen Worten, warum jeder Grundsatz wichtig ist. Überlegen Sie dann, was Sie noch über jedes Prinzip wissen möchten, und formulieren Sie eine entsprechende Frage.

3 Das kognitive Fallkonzept

- 3.1 Einführung in das kognitive Fallkonzept
- 3.2 Grundannahmen
- 3.3 Kognitives Fallkonzept im Fallbeispiel »Finn«
- 3.4 Grafische Darstellung des kognitiven Fallkonzepts

Das kognitive Fallkonzept ist der Eckpfeiler der Kognitiven Verhaltenstherapie. Sie erfahren in späteren Kapiteln mehr über die Elemente des Fallkonzepts und den Prozess seiner Erstellung. In diesem Kapitel finden Sie aber zunächst Antworten auf die folgenden Fragen:

- ▶ Was ist ein kognitives Fallkonzept?
- ▶ Wie leiten Sie den Prozess der Erstellung des Fallkonzepts ein?
- ▶ Wie helfen Ihnen automatische Gedanken, die Reaktionen der Klient:innen zu verstehen? Was sind Grundannahmen und bedingte Annahmen?
- ▶ Was ist ein komplexeres kognitives Modell? Wie sieht das Fallkonzept im Fallbeispiel »Finn« aus?
- ▶ Wie füllt man ein Diagramm zum kognitiven Fallkonzept aus?

3.1 Einführung in das kognitive Fallkonzept

Die Erstellung des Fallkonzepts bildet den Rahmen für die kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlung. Das Fallkonzept hilft:

- ▶ die Patient:innen, ihre Stärken und Schwächen, ihre Hoffnungen und Herausforderungen zu verstehen,
- ▶ zu erkennen, wie es dazu kam, dass sie eine psychische Störung mit dysfunktionalem Denken und maladaptivem Verhalten entwickelt haben,
- ▶ die therapeutische Beziehung zu stärken,
- ▶ die Behandlung innerhalb und zwischen den Sitzungen zu planen,
- ▶ geeignete Interventionen auszuwählen und die Behandlung bei Bedarf anzupassen,
- ▶ festgefahrene Situationen zu überwinden.

Das sich kontinuierlich weiterentwickelnde Fallkonzept hilft Ihnen, die Therapie effizient und effektiv zu planen (Kuyken et al., 2009; Needleman, 1999; Persons, 2008; Tarrrier, 2006). Sie beginnen mit der Erstellung bereits während des ersten Kontakts mit einer Klientin und verfeinern es bei jedem weiteren Kontakt. Es ist wichtig, das kognitive Fallkonzept auf die Diagnose(n) der Klientin, typische Kognitionen, Verhaltensstrategien und aufrechterhaltende Faktoren zuzuschneiden. Aber wichtig ist auch, dass das Fall-

konzept zu der Klientin passt. Sie sammeln kontinuierlich Daten, fassen zusammen, was Sie gehört haben, überprüfen Ihre Hypothesen mit der Klientin und ändern das Fallkonzept nach Bedarf. In den ersten Sitzungen wusste ich z.B. nicht, dass Maria die Grundannahme besaß, wertlos zu sein. Erst nachdem sie eine lautstarke Auseinandersetzung mit ihrer Mutter und ihrer Schwester hatte und davon berichtete, kam diese Überzeugung ans Licht.

Sie bestätigen, widerlegen oder ändern Ihre Hypothesen, wenn die Klient:innen neue Informationen präsentieren. Sie fragen sich ständig: »Sind diese neuen Daten, die ich gerade erhalten habe, Teil eines Musters, das ich bereits erkannt habe, oder ist es etwas Neues?« Wenn es sich um etwas Neues handelt, notieren Sie sich, dass Sie in zukünftigen Sitzungen überprüfen werden, ob diese Daten Teil eines anderen Musters sind.

Sie teilen das kognitive Fallkonzept mit der Klientin und erfragen, ob es »wahr klingt« oder »richtig erscheint«.

- ▶ Wenn Ihr Konzept zutreffend ist, sagt die Klientin unweigerlich etwas wie: »Ja, ich glaube, das ist richtig«.
- ▶ Wenn Sie sich irren, sagt die Klientin in der Regel: »Nein, das ist nicht ganz so. Es ist eher so ...«.

Die Rückmeldung der Klientin stärkt die Beziehung und ermöglicht es Ihnen, ein passgenaueres Fallkonzept zu entwerfen und eine wirksame Behandlung durchzuführen. Es kann sogar bereits therapeutisch wirksam sein, wenn Sie Ihr Fallkonzept mit der Klientin besprechen (Ezzamel et al., 2015; Johnstone et al., 2011). Finn fühlte sich besser, als ich ihm zu verstehen gab, dass er eigentlich nur *ein* Problem hatte: sich selbst als inkompetent und als Versager zu sehen.

Th: Ich denke, Sie glauben so sehr daran, dass Sie Dinge vermeiden, die Ihnen schwerfallen. Und wenn man deprimiert ist, erscheint einem fast *alles* schwer. [Pause] Meinen Sie, ich könnte Recht haben?

Es ist wichtig, sich in die Lage der Patient:innen zu versetzen, Empathie für ihre Erfahrungen zu entwickeln, ihre Gefühle zu verstehen und die Welt mit ihren Augen zu sehen. Deren Wahrnehmungen, Gedanken, Gefühle und ihr Verhalten sollten vor dem Hintergrund ihrer Interpretation vergangener und aktueller Erfahrungen, ihrer Stärken und Schwächen, ihrer Werte und Persönlichkeitseigenschaften, ihrer Biologie sowie ihrer Genetik und Epigenetik einen Sinn ergeben.

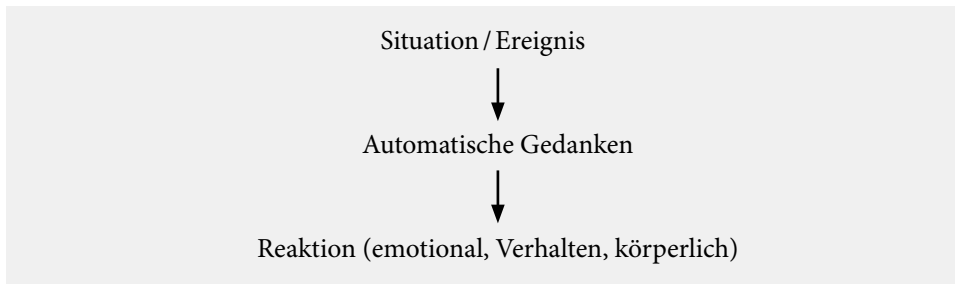
Das Fallkonzept hilft auch, die positiven Eigenschaften und Fähigkeiten der Klient:innen zu verstehen und darauf aufzubauen. Wenn Sie ihnen helfen, sich ihrer Stärken und Ressourcen bewusster zu werden, kann dies zu einer besseren Funktionsfähigkeit, einer verbesserten Stimmung und höheren Widerstandsfähigkeit führen (Kuyken et al., 2009). Das Fallkonzept hilft Ihnen auch zu verstehen, wie und warum Hindernisse für das Erreichen der Ziele der Patient:innen entstanden sind und aufrechterhalten werden.

Den Prozess der Fallkonzeptualisierung einleiten

Es gibt viele Fragen, die Sie während der Therapie im Auge behalten sollten, um Ihr Fallkonzept zu entwickeln und zu verfeinern. Kapitel 5 beschreibt die diagnostische Sitzung, in der Sie damit beginnen, zahlreiche Informationen zu sammeln: Angaben zur Identität der Klientin, Hauptbeschwerden, Hauptsymptome, psychischer Zustand und Diagnose, aktuell eingenommene psychopharmakologische Medikamente und bestehende Behandlungen, wichtige Beziehungen, das höchste Funktionsniveau im Lebenslauf und verschiedene Aspekte der Lebensgeschichte. Während der Behandlung werden Sie weitere Daten sammeln.

Automatische Gedanken helfen bei der Erklärung der Reaktionen der Klienten

KVT basiert auf dem *kognitiven Modell*, das davon ausgeht, dass Emotionen, Verhalten und Physiologie von Menschen durch ihre Wahrnehmung von Ereignissen beeinflusst werden (sowohl durch äußere Ereignisse, wie das Nichtbestehen eines Tests, als auch durch innere, wie belastende körperliche Symptome).



Es ist nicht die Situation an sich, die bestimmt, was Menschen fühlen und tun, sondern vielmehr die Art und Weise, wie Individuen eine Situation konstruieren (Beck, 1964; Ellis, 1962). Stellen Sie sich z. B. eine Situation vor, in der mehrere Personen einen Grundlagentext über KVT lesen. Sie reagieren auf dieselbe Situation mit ganz unterschiedlichen Gefühlen und Verhaltensweisen, je nachdem, was ihnen beim Lesen durch den Kopf geht:

- ▶ Leser A denkt: »Das ergibt wirklich Sinn. Endlich ein Buch, aus dem ich lernen kann, ein guter Therapeut zu sein!« Leser A ist begeistert und liest weiter.
- ▶ Leserin B hingegen denkt: »Dieser Ansatz ist zu simpel. Das wird nie funktionieren.« Leserin B ist enttäuscht und klappt das Buch zu.
- ▶ Leser C hat folgende Gedanken: »Dieses Buch ist nicht das, was ich erwartet habe. Was für eine Geldverschwendung.« Leser C ist verärgert und schmeißt das Buch weg.
- ▶ Leserin D denkt: »Ich muss das alles wirklich lernen. Was ist, wenn ich es nicht verstehe? Was, wenn ich nie gut darin werde?« Leserin D fühlt sich ängstlich und liest die gleichen Seiten immer wieder.
- ▶ Leser E hat andere Gedanken: »Das ist einfach zu schwer. Ich bin so dumm. Ich werde das nie schaffen. Ich werde es nie als Therapeut schaffen.« Leser E ist traurig und schaltet den Fernseher ein.