



Einsle • Hummel

2. Auflage

Kognitive Umstrukturierung

Techniken der Verhaltenstherapie



E-Book inside +
Arbeitsmaterial

BELTZ



Dr. Franziska Einsle, Psychologische Psychotherapeutin mit Fachkunde Verhaltenstherapie und Supervisorin bei der DGVT. Langjährige Mitarbeiterin in der Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik am Universitätsklinikum Dresden sowie am dortigen Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Lehrtätigkeiten an der SRH Fachhochschule für Gesundheit in Gera. Frau Einsle ist die Psychologische Leitung der Tagesklinik II mit den therapeutischen Schwerpunkten Depressionsbehandlung, Emotionsregulation und schematherapeutischem Arbeiten bei Persönlichkeitsstörungen der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik der Lukas-Stiftung Altenburg.



Katrin V. Hummel, Psychologische Psychotherapeutin mit Fachkunde Verhaltenstherapie und Psychotraumatheapeutin. Langjährige wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie sowie der Institutsambulanz der TU Dresden. Seit 2022 ist Frau Hummel in eigener Niederlassung tätig mit den therapeutischen Schwerpunkten Expositionstherapie bei Angst sowie der Behandlung von Traumafolgestörungen.

Franziska Einsle • Katrin V. Hummel

Kognitive Umstrukturierung

Techniken der Verhaltenstherapie

Mit E-Book inside und Arbeitsmaterial

2., vollständig überarbeitete Auflage

BELTZ

Dr. Franziska Einsle
Evangelische Lukas-Stiftung
Zeitzer Straße 28
04600 Altenburg

Dipl.-Psych. Katrin V. Hummel
Praxis für Psychotherapie
Rothermundstr. 6
01277 Dresden

Reihe »Techniken der Verhaltenstherapie«
Herausgeber:
Dr. Peter Neudeck
Praxis in der Salzgasse
Salzgasse 7
50667 Köln

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.



Dieses Buch ist erhältlich als:
ISBN 978-3-621-28999-3 Print
ISBN 978-3-621-29000-5 E-Book (PDF)

2. Auflage 2024

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

Lektorat: Dagmar Kühnle Zerpa
Umschlagbild: ©Gettyimages / Dimitris66
Herstellung: Victoria Larson
Satz: WMTP Wendt-Media Text-Processing GmbH, Birkenau
Druck und Bindung: 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

Vorwort zur 2. Auflage	9
I Grundlagen der kognitiven Umstrukturierung	
1 Kognition in der Verhaltenstherapie	14
2 Klassische Ansätze der Kognitiven Therapie nach Ellis, Beck und Meichenbaum	23
3 Indikation und Kontraindikationen	55
4 Sokratischer Dialog – Grundhaltung, Fragetechnik und Umstrukturierungsmethode	62
II Kognitive Umstrukturierung: das praktische Vorgehen	
5 Vermittlung des kognitiven Modells	70
6 Identifizieren dysfunktionaler Kognitionen	79
7 Infragestellen dysfunktionaler Kognitionen und Erarbeitung funktionaler Kognitionen	98
8 Stabilisierung funktionaler Kognitionen	125
9 Umgang mit besonderen Herausforderungen	128
III Kognitive Techniken im Rahmen neuerer Therapieansätze	
10 Kognitive Umstrukturierung der Metakognitionen – Metakognitive Therapie	142
11 Akzeptanz- und Commitmenttherapie als Strategie der kognitiven Umstrukturierung	159
12 Schematherapie als Strategie der kognitiven Umstrukturierung	179
Anhang	
Wissen überprüfen	196
Hinweise zum Arbeitsmaterial	199
Literatur	202
Sachwortverzeichnis	210

Inhalt

Vorwort zur 2. Auflage 9

I Grundlagen der kognitiven Umstrukturierung

1	Kognition in der Verhaltenstherapie	14
1.1	Historische Entwicklung	14
1.2	Das kognitive Modell	15
2	Klassische Ansätze der Kognitiven Therapie nach Ellis, Beck und Meichenbaum	23
2.1	Rational-emotive Therapie (RET) nach Ellis	23
2.1.1	Grundlagen der Rational-emotiven Therapie (RET)	23
2.1.2	Therapeutisches Vorgehen innerhalb der Rational-emotiven Therapie (RET)	30
2.2	Kognitive Therapie (KT) nach Beck	36
2.2.1	Grundlagen der Kognitiven Therapie (KT) nach Beck	36
2.2.2	Therapeutisches Vorgehen innerhalb der Kognitiven Therapie (KT) nach Beck	41
2.3	Stressimpfungstraining nach Meichenbaum	45
2.3.1	Die Grundlagen des Stressimpfungstrainings nach Meichenbaum	46
2.3.2	Therapeutisches Vorgehen innerhalb des Stressimpfungstrainings	48
3	Indikation und Kontraindikationen	55
3.1	Indikation und Wirksamkeit	55
3.2	Kontraindikationen	60
4	Sokratischer Dialog – Grundhaltung, Fragetechnik und Umstrukturierungsmethode	62
4.1	Sokratische Idee und psychotherapeutischer sokratischer Dialog	63
4.2	Das »Sokratische« am sokratischen Dialog	64

II Kognitive Umstrukturierung: das praktische Vorgehen

5	Vermittlung des kognitiven Modells	70
5.1	Allgemeines Prozedere	71
5.2	Mögliche Probleme bei der Vermittlung des kognitiven Modells	74
5.3	Psychoedukation zu kognitiven Fehlern	76
5.4	Ergänzungen zur Vermittlung des kognitiven Modells	78
6	Identifizieren dysfunktionaler Kognitionen	79
6.1	Identifizieren automatischer Gedanken in konkreten Problemsituationen	79
6.2	Identifizieren stabiler Grundannahmen	86

7	Infragestellen dysfunktionaler Kognitionen und Erarbeiten funktionaler Kognitionen	98
7.1	Explikativer sokratischer Dialog	98
7.2	Bearbeitung automatischer Gedanken in konkreten Problemsituationen	103
7.3	Bearbeitung stabiler Grundannahmen	110
7.4	Verhaltensexperimente	120
8	Stabilisierung funktionaler Kognitionen	125
9	Umgang mit besonderen Herausforderungen	128
9.1	Der Prozess der Umstrukturierung kommt ins Stocken	128
9.2	»Überzeugungskämpfe« und Abwehr	130
9.3	Repetitive negative Denkprozesse	134
9.4	Umgang mit Scham- und Schuldgedanken	137
9.5	Ausgeprägtes Verbitterungserleben	138
III	Kognitive Techniken im Rahmen neuerer Therapieansätze	
10	Kognitive Umstrukturierung der Metakognitionen – Metakognitive Therapie	142
10.1	Grundlagen der Metakognitiven Therapie (MKT)	142
10.2	Techniken der kognitiven Umstrukturierung als Teil der MKT	146
10.3	MKT versus KVT	158
11	Akzeptanz- und Commitmenttherapie als Strategie der kognitiven Umstrukturierung	159
11.1	Grundlagen der Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT)	160
11.2	ACT als therapeutische Technik der kognitiven Umstrukturierung	162
11.3	ACT versus KVT	177
12	Schematherapie als Strategie der kognitiven Umstrukturierung	179
12.1	Grundlagen der Schematherapie	179
12.2	Techniken der kognitiven Umstrukturierung als Teil der Schematherapie	182
12.3	Schematherapie versus KVT	193
Anhang		
	Wissen überprüfen	196
	Hinweise zum Arbeitsmaterial	199
	Literatur	202
	Sachwortverzeichnis	210

Vorwort zur 2. Auflage

Wir freuen uns sehr über die Möglichkeit, eine überarbeitete Auflage unseres Buches schreiben zu dürfen, muss es doch bedeuten, dass unter Ihnen, liebe Kolleginnen und Kollegen, ein Interesse an diesem wunderbaren Thema besteht und unser Buch offensichtlich eine gewisse Umsetzungshilfe bietet. Herzlichen Dank dafür!

Wir wollen mit einer kleinen Rückschau beginnen, denn seit dem Erscheinen der 1. Auflage dieses Buches im Jahr 2015 ist viel Zeit vergangen. Wir sind in dieser Zeit therapeutisch gewachsen, haben spannende Patient:innen kennengelernt und durften viele hilfreiche Erfahrungen im Umgang mit kognitiven Techniken sammeln. Gleichzeitig waren die letzten Jahre geprägt von großen Herausforderungen an die Gesellschaft, jede:n Einzelne:n und deren psychisches Wohlbefinden. Auswirkungen der Klimakrise, hohe Flüchtlingszahlen, die Covid-19-Pandemie und zuletzt den vermehrten militärisch ausgetragenen Konflikten. Welche Bedeutung solche Herausforderungen möglicherweise auch für die psychische Gesundheit haben, zeigen Befragungen durch den größten deutschen Berufsverband von Psychotherapeut:innen, wonach die Anmeldezahlen für ambulante Psychotherapien in Deutschland von Anfang der Pandemie (Januar 2020) bis Anfang 2021 um 40 % gestiegen und bis Mitte 2022 ungefähr auf diesem Niveau verblieben sind (Rabe-Menssen, 2021, 2022). Hinter all diesen Zahlen stecken die Menschen, die, jeder und jede mit ihren ganz eigenen Problembereichen, täglich in unsere Einrichtungen kommen und uns berichten, wie verunsichert sie sich angesichts dieser Herausforderungen fühlen. Psychotherapie und insbesondere kognitive Techniken stellen eine erfolgsversprechende Hilfe dar, um mit dieser nur begrenzt veränderbaren, gesellschaftspolitischen Situation umgehen zu können. Kognitive Techniken sind in der Lage, subjektive Annahmen oder Befürchtungen der Realität gegenüberzustellen und Korrekturen in Denkweisen und inneren Haltungen durchzuführen, um dann günstiges, ziel- und werteorientiertes Verhalten zu fördern. Wichtige Ansatzpunkte in der kognitiven Arbeit mit unseren Patient:innen können daher sein: Sind die Annahmen mit den realen Gegebenheiten und Fakten vereinbar? Sind sie hilfreich? Sind damit verbundene Verhaltensweisen günstig und vor allem realistisch? Wieviel Kraft kosten sie mich? Ist mein Handeln vereinbar mit meinen Werten und Zielen im Leben?

Aber auch unabhängig von aktuellen gesellschaftspolitischen Herausforderungen, die allermeisten psychischen Störungen gehen mit Denkverzerrungen oder ungünstigen Annahmen einher. Die Annahme, keine Kompetenzen zu besitzen im Rahmen einer depressiven Symptomatik, die Befürchtung, abgelehnt zu werden bei sozialphobischen Ängsten, die Erwartung lebensbedrohlicher Gefahr beim Auftreten einer Panikattacke oder der Glaube, zutiefst wertlos zu sein im Rahmen der Borderline Persönlichkeitsstörung, sind nur einige Beispiele, wie sich ungünstige Annahmen in verschiedenen Störungsbereichen äußern können.

Die psychotherapeutische Arbeit an solchen gedanklichen Strukturen umfasst erlernbare Techniken. Gleichzeitig erfordert deren Anwendung aus unserer Sicht Geduld, Neugier und eine grundsätzlich wertschätzende Haltung gegenüber anderen Meinungen und Sichtweisen. Für uns bedeutet kognitive Umstrukturierung, dass wir uns gemeinsam mit unseren Patient:innen auf den Weg machen, um aus dem Blickwinkel von neugierigen Wissenschaftler:innen auf eine strukturierte Art und Weise Annahmen und Hypothesen zu überprüfen. Dieses Buch bietet eine Vielzahl an Interventionen, um in jedem Schritt des Umstrukturierungsprozesses, sei es Exploration, Veränderung oder Stabilisierung des Gelernten, ein für den jeweiligen Fall geeignetes Vorgehen ableiten zu können. Und dennoch verlangt kognitive Umstrukturierung unserer Meinung nach eine grundlegende Eigenschaft, die durch keine Technik ersetzbar ist: gesunden Menschenverstand.

In unseren Workshops zu Techniken der kognitiven Umstrukturierung berichten uns insbesondere jüngere Kolleg:innen häufiger, dass sie eine gewisse Scheu vor diesen Techniken haben im Vergleich zu verhaltensbasierten Interventionen. Der Grund mag eben auch darin liegen, dass es neben den erlernbaren Techniken kein rezeptartiges Vorgehen für den gesunden Menschenverstand gibt. Kognitive Umstrukturierung scheint daher unberechenbarer als andere Interventionen, da das Ergebnis nicht immer genau vorhersehbar ist. Kognitive Umstrukturierung erfordert neben dem Wissen um Techniken meist Erfahrung, Aushalten-Können von Unsicherheiten und Lernen an und vor allem von Patient:innen. Die Botschaft soll an dieser Stelle deshalb lauten: Machen Sie sich mit den kognitiven Techniken vertraut, aber – noch viel wichtiger – trauen Sie sich, diese Techniken anzuwenden und sich selbst sowie Ihrem Menschenverstand zu vertrauen. Vieles von dem, was Sie in Ihren Therapiegesprächen intuitiv tun, sind bereits Techniken der kognitiven Umstrukturierung.

Diese überarbeitete Auflage beinhaltet neben der gewohnten Vielzahl an Techniken außerdem ein neues Kapitel zu besonderen Herausforderungen. Dieses greift häufige Schwierigkeiten (z. B. »Glaubenskämpfe«) und besondere Anwendungsfelder kognitiver Umstrukturierung auf (z. B. »Schulddisputation«).

Auch in dieser 2. Auflage verstehen wir kognitive Umstrukturierung in der weitesten Definition, die dem Begriff zugrunde liegen kann. Es werden nicht nur klassische, hauptsächlich verbale Techniken der Umstrukturierung integriert, also solche, die auf eine inhaltsbezogene Veränderung von Gedanken abzielen, sondern auch kognitive Techniken aus Ansätzen der dritten Welle, die das Erlernen eines neuen Umgangs mit Gedanken im Allgemeinen ermöglichen. Unserem Verständnis nach zieht beispielsweise der Aufbau einer akzeptierenderen Haltung gegenüber den eigenen gedanklichen Produkten ebenfalls eine Veränderung des Gedankens selbst nach sich. Denn durch achtsames Beobachten, ohne auf einen Gedanken hin handeln zu müssen, verliert der Gedanke selbst an »Wahrheit«, insofern dass dessen »Richtigkeit« oder »Falschheit« keine Rolle mehr spielt.

Wir möchten außerdem die Bedeutung von verhaltensbezogenen Interventionen betonen, die sich neben verbalen Methoden ebenfalls bestens zur Überprüfung von verzerrten Annahmen und Befürchtungen eignen. Am Beispiel der Verhaltensexperimente

- 2.1 Rational-emotive Therapie (RET) nach Ellis
- 2.2 Kognitive Therapie (KT) nach Beck
- 2.3 Stressimpfungstraining nach Meichenbaum

2.1 Rational-emotive Therapie (RET) nach Ellis

Die Rational-emotive Therapie (RET) nach Albert Ellis ist die älteste der kognitiven Theorien und betont die Bedeutung grundlegender Bewertungsmuster, insbesondere sog. »irrationaler« Gedanken. Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass Ellis selbst die RET als reinen kognitiven Ansatz als missverstanden empfindet, da diese viele konfrontative Elemente beinhalte, die eine Auseinandersetzung mit belastenden Emotionen ermöglichen soll, u. a. Shame-Attack-Übungen oder In-vivo-Expositionen (Ellis, 1997).

Ellis war zunächst als praktisch tätiger Sexual- und Familientherapeut aktiv und hatte sich dann nach seiner Promotion der klassischen psychoanalytischen Therapie verschrieben, da er diese für die tiefgreifendste und effektivste Form der Psychotherapie hielt (Ellis, 1975; Ellis & Dryden, 2007). Basierend auf seiner praktischen Tätigkeit als Psychoanalytiker begann Ellis sich mit Philosophie auseinanderzusetzen, um seine Art des therapeutischen Arbeitens weiter zu verstehen und zu verbessern. Dabei verschrieb er sich dem philosophischen Grundsatz, dass Menschen an sich nicht durch Dinge bzw. Erlebnisse zerstört/beeinflusst werden, sondern vielmehr durch ihre Art, wie sie Dinge bzw. Erlebnisse betrachten und bewerten. Diese Erkenntnis prägte sein weiteres therapeutisches Arbeiten und die Entwicklung der RET. Anders als Beck (s. Abschn. 2.2) entwickelt Ellis somit aus einer praktischen und philosophischen Perspektive heraus seine Überlegungen zur Irrationalität von Gedanken und deren Einfluss auf das Entstehen und die Aufrechterhaltung psychischer Störungen. Für einen vertieften Einblick in die Weiterentwicklung der RET sei auf Dryden und Bernard (2021) verwiesen.

2.1.1 Grundlagen der Rational-emotiven Therapie (RET)

Theoretischer Hintergrund

Basierend auf seiner Auseinandersetzung mit verschiedenen Philosophen, z. B. Kant, Spinoza, Schopenhauer und Popper, legte Ellis der RET verschiedene Prinzipien zugrunde:

- ▶ Gedanken und Ideen sind kraftvoll und bedeutsam.
- ▶ Menschen entwickeln Hypothesen über die sie umgebende Welt, wobei diese Hypothesen nicht einfach als wahr bzw. hilfreich angenommen, sondern getestet werden sollten.
- ▶ Einer der Hauptgründe für menschliche Störungen ist rigider Absolutismus. Menschen sollten daher nicht bewertet und in Kategorien eingeteilt bzw. abgestempelt werden.
- ▶ Ein Mensch ist das Zentrum seines, aber nicht *des* Universums.
- ▶ Jeder hat die (wenn auch nicht uneingeschränkte) Kraft bzw. Möglichkeit der Entscheidung, wie er sein Leben gestalten und mit seinen Gefühlen umgehen möchte.

Neben der intensiven Beschäftigung mit philosophischen Ansätzen über das Denken und die Wahrnehmung interessierte sich Ellis auch für die Lehre der Semantik, insbesondere dafür, dass Sprache einen bedeutsamen Effekt auf unser Denken, aber auch unser Fühlen hat (Ellis & Dryden, 2007).

Ellis beschäftigte sich jedoch auch mit verschiedenen psychologischen Ansätzen, die in sein therapeutisches Arbeiten und sein Störungsverständnis einfließen. Seine Ansichten zur Bedeutung des Absolutismus für die Entwicklung psychischer Störungen sind insbesondere geprägt durch die Arbeit von Horney (1950, zit. nach Ellis & Dryden, 2007). Darüber hinaus haben die Ansätze von Adler und der Individualpsychologie Eingang in die Grundlagen der RET gefunden, insbesondere:

- (1) die Betonung von Gefühlen der Minderwertigkeit
- (2) die Bedeutung von Zielen und Werten des Menschen
- (3) aktiv-direktives Verhalten sowie ausgeprägtes kognitiv-persuasives Herangehen der Therapeut:innen
- (4) die Idee, dass Stress auf sozialen Interessen basiert

Auch wenn der Ursprung der RET ein sehr kognitiver ist, so betont Ellis dennoch die Bedeutung von verhaltens- und emotionsbezogenen Techniken. Dies führte dazu, dass die Rational-emotive Therapie sich über die Zeit zur Rational-emotiven Verhaltenstherapie (REVT; Rational Emotive Behavior Therapy, REBT) entwickelt hat (Ellis & Dryden, 2007).

»Irrationale« Gedanken. Die RET geht davon aus, dass Menschen dann glücklich und psychisch gesund sind, wenn sie sich aktiv mit der Erreichung ihrer Lebensziele auseinandersetzen und an der Erreichung dieser arbeiten können. Als »irrational« bezeichnet Ellis dabei alles, was uns von der Erreichung unserer Ziele abhält. Hierbei geht es somit weniger darum, dass ein Gedanke kognitiv nachvollziehbar und logisch ist, sondern vielmehr darum zu verstehen, welchen Sinn ein Gedanke für eine Person hat und ob ihr dieser Gedanke hilft, sich so zu fühlen und zu verhalten, wie es ihren Zielen entspricht.

■ Definition

Ein »irrationaler« Gedanke lässt sich für eine einzelne Person definieren als eine Überzeugung, die rigide und extrem sowie unlogisch und nicht empirisch ist und die Person vom Erreichen eigener Lebensziele abhält.

2

Dies lässt sich an folgendem Beispiel verdeutlichen: Wenn mein Ziel ist, dass ich mit meinem Partner einen harmonischen Abend haben möchte, und mein Partner kommt später von der Arbeit als abgesprochen, dann wäre der Gedanke »Immer kommt er zu spät, die Arbeit ist ihm wichtiger als ich« nicht zielführend, sondern nach Ansicht von Ellis »irrational«, während der Gedanke »Er hatte bestimmt ganz schön Stress auf Arbeit, ich lasse ihn erst mal ankommen und mache es uns im Wohnzimmer ein bisschen gemütlich« zielführend sein kann und damit im Sinne Ellis »rational« wäre.

Bedeutung »irrationaler« Gedanken innerhalb der Störungsgenese. Unangemessene, irrationale Bewertungen der Situation sind demnach zentral an der Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen beteiligt. Psychische Störungen sind gekennzeichnet als lang andauernde, festgefahrene oder sehr stark ausgeprägte Gefühle und damit einhergehenden Verhaltensweisen. Dabei basiert eine psychische Störung nach Ellis auf einer verzerrten Wahrnehmung, einer falschen Interpretation oder unlogischen Annahmen, die im Rahmen der Therapie verändert werden müssen, um die Funktionsfähigkeit der Patient:innen wiederherzustellen. Deshalb werden die irrationalen Überzeugungen, die zu emotionalen Störungen führen, im Rahmen der RET identifiziert und durch kognitive und / oder verhaltensorientierte Disputationsmethoden modifiziert (s. Abschn. 2.1.2).

Ellis geht davon aus, dass Menschen generell eine starke Tendenz zu irrationalem Denken angeboren ist, die sich auch kultur- und epochenunabhängig stabil nachweisen lässt. Selbst vermeintlich kompetente und »wissende« Menschen, z. B. Psychotherapeut:innen, zeigen immer wieder Ansätze menschlicher Irrationalität und »Schwarzmalerei«. Dabei scheint das bloße Wissen, um die eigene Irrationalität des Denkens nicht auszureichen, um das Denken zu verändern. Hinzu kommt, dass verschiedene Institutionen, wie Eltern, Schule, Medien oder die Kirche, durch die Äußerung und Belohnung absoluter Forderungen, z. B. »Nur wer Leistung bringt, ist ein wertvoller Mensch«, »Nur wer immer ruhig zuhört, ist ein guter Schüler«, »Du sollst nie fremdgehen«, »Du musst dich den Regeln unterordnen, sonst wirst du bestraft«, diese Tendenz zu irrationalem Denken stärken und aufrechterhalten.

Irrationales Denken führt nach Ellis im weiteren Verlauf zu irrationalen Prämissen (auch Annahmen über die eigene Person und andere) sowie zu absolutistischen Lebensphilosophien. Als besonders problematisch für die Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen sieht er das Vorliegen absoluter Forderungen an sich selbst, an andere und an die Welt. Diese zentrale Annahme steuert eine ungünstige Wahrnehmung der Umgebung und damit das Auftreten ungünstiger Emotionen und Verhaltensweisen. Die irrationalen Prämissen werden bei kritischen Lebensereignissen aktiviert.

Zu psychischen Störungen kommt es dann, wenn die Personen eine zu starke Übernahme des irrationalen Denkens aufweisen und sie dieses nicht begrenzen können. Dabei sieht Ellis insbesondere darin ein Problem, dass Betroffene irrational darauf beharren, dass Wünsche erfüllt und mächtige Abneigungen beseitigt werden.

Drei Formen der Angst. Abhängig von den vorausgehenden irrationalen Überzeugungen unterscheidet Ellis in seinem Störungsverständnis darüber hinaus drei »Formen der Angst«, die bei verschiedenen psychischen Störungen anzutreffen sind und ein unterschiedliches therapeutisches Vorgehen implizieren (Carlson & Knaus, 2013):

- (1) **Ich-Angst (»ego anxiety«).** Die »Ich-Angst« basiert auf absoluten Forderungen an die eigene Person (»Ich muss von allen geliebt werden«) sowie globalen negativen Selbstbewertungen (»Ich bin für alles zu dumm«) und geht damit einher, dass sich eine Person in ihrem Selbst oder in ihrem Wert bedroht sieht. Das rationale Gegenstück zur Ich-Angst ist die uneingeschränkte Selbstakzeptanz.
- (2) **Angst vor Unbehagen (»discomfort anxiety«).** Die »Angst vor Unbehagen« basiert darauf, dass absolute Forderungen an andere bzw. die Lebensumstände (»Mir muss es immer gut gehen«) gestellt werden und eine geringe Frustrationstoleranz (»Ich kann das nicht aushalten«) vorliegt. Die Angst entsteht dann, wenn sich die Person darin bedroht sieht, dass die eigene bequeme Situation sowie das eigene Wohlbefinden nicht mehr gewährleistet sind. Das rationale Gegenstück hierzu ist gekennzeichnet durch das Aushalten von Unannehmlichkeiten und Unsicherheiten. Das rationale Gegenstück zur Angst vor Unbehagen ist emotionale Stabilität.
- (3) **Angst vor der Angst (»anxiety over anxiety«):** Die »Angst vor der Angst« potenziert die eigentliche Angst vor einer Situation. Diese Erwartungsangst führt zur Aufrechterhaltung der Symptomatik. Das rationale Gegenstück dazu wäre, Angst als »normales«, nicht-bedrohliches Gefühl wahrzunehmen.

Zielstellung der RET. Der RET liegt die Annahme zugrunde, dass das Auftreten der irrationalen Gedanken genetisch angelegt ist und allen innewohnt. Dennoch betont Ellis, dass Menschen ihrer Biologie nicht sklavisches ausgeliefert sind, sondern vielmehr die Wahl haben, ob sie ihr Denken aktiv verändern und hinterfragen wollen. Dabei haben Menschen (a) die Einsichtsfähigkeit, inwieweit das Denken ihr Fühlen und Verhalten beeinflusst, und (b) die Fähigkeit zu sehen, dass sie ihr Denken verändern und dies auch umsetzen können (Ellis & Dryden, 2007). Ziel der darauf basierenden therapeutischen Änderung ist es, dass Patient:innen vor allem für spezifische, persönlich bedeutsame auslösende Ereignisse rationale Bewertungen erarbeiten. Darüber hinaus ist es ideal, wenn sie am Ende der Behandlung eine generell rationalere, also funktionalere Sicht auf ihr Leben aufweisen und somit die zugrunde liegenden irrationalen Lebensphilosophien ad acta legen. Dadurch wird nicht nur eine Reduktion der aktuell belastenden Symptomatik erreicht, sondern gleichzeitig eine Rückfallprophylaxe. Geprägt sein könnte diese neue Lebenseinstellung durch die Relativierung absoluter Forderungen, eine Erhöhung der Selbstakzeptanz und Frustrationstoleranz sowie einer realistischeren Einschätzung dessen, welche Bedeutung einzelne Ereignisse für das eigene Leben haben.

Das ABC-Modell. Die Sichtweise der RET über Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen beruht auf dem ABC-Modell (s. Abb. 2.1). Dabei werden die Gefühle / Affekte und Verhaltensweisen (Reaktion C), nicht direkt über das auslösende Ereignis (A) verursacht, sondern vielmehr über die dysfunktionalen (irrationalen, logisch und empirisch nicht belegbaren, situationsunangemessenen, selbstschädigenden und nicht zielführenden) Bewertungen (B) der auslösenden Situation.

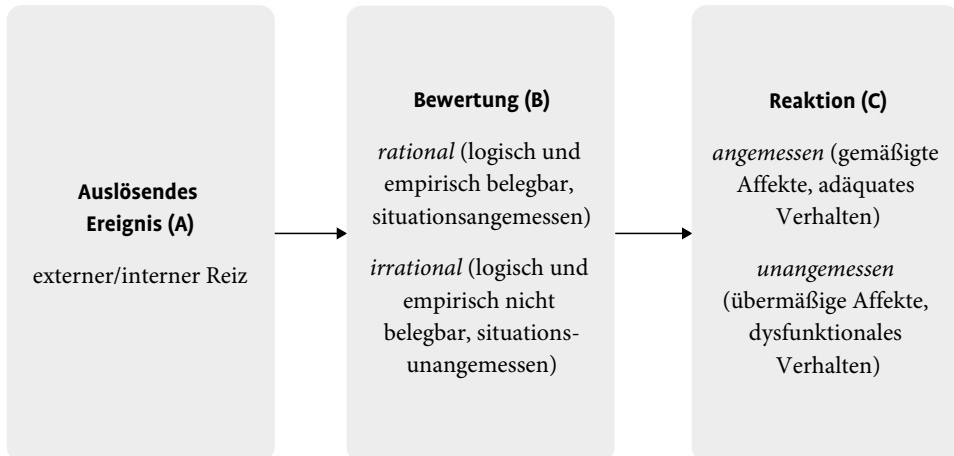


Abbildung 2.1 Schematische Darstellung des ABC-Modells von Ellis

Situation (A) und Bewertung (B). Auslösende Ereignisse können aktuelle oder frühere Situationen, aber auch Gedanken, Gefühle und Verhaltensweisen sein. Die Ereignisse helfen der Person beim Erreichen ihrer Ziele, können diese aber auch blockieren. Welche auslösenden Ereignisse von einer Person »ausgesucht« werden, hängt von ihrer biologischen Prädisposition und bisherigen Lebenserfahrungen ab. Die darauf folgenden Bewertungen des Ereignisses basieren ebenfalls auf biologischen Determinanten und Vorerfahrungen und sind als eine Art Mediator für die danach folgenden Konsequenzen zu verstehen. Hierbei haben Personen oft eine Vielzahl von Kognitionen in einer Situation, und es ist die Aufgabe der Therapeut:innen, die für die Therapie wichtigen rationalen und irrationalen Bewertungen gemeinsam mit den Patient:innen herauszufiltern. Die von Ellis als am wichtigsten betrachteten Bewertungen sind in Tabelle 2.1 zusammengefasst. Dabei gilt es, therapeutisch zwischen irrationalen Muss-Gedanken (»Ich muss immer ...«) und rationalen Vorlieben (»Es wäre schön, wenn ich ...«) zu unterscheiden und letztere zu fördern.

Tabelle 2.1 Wichtige Bewertungen (B) im Rahmen des ABC-Modells (in Anlehnung an Ellis & Dryden, 2007)

Bewertung	Erklärung	Beispiel
Wertende Beobachtungen	Es werden die reinen Beobachtungen dargestellt; wenn sie mit unseren Zielen zusammenhängen und unsere Gedanken evaluieren, werden sie als wertend bezeichnet.	»Die Frau sitzt auf der Parkbank (darüber freue ich mich, denn wir waren verabredet).«
Wertende Schlussfolgerung	Es wird basierend auf den Beobachtungen eine (oder auch mehrere) Hypothese(n) aufgestellt; diese ist wiederum bezogen auf unsere Ziele.	»Die Frau sitzt auf der Parkbank und wartet auf mich (darüber freue ich mich, denn wir waren verabredet).«
Positive rationale »Vorzugsbewertungen«	Diese Bewertungen beziehen sich auf positive, nicht-absolute Schlussfolgerungen und kennzeichnen, welche Bewertung eine Person bevorzugt.	»Ich mag es, wenn mich andere Leute für kompetent halten (aber sie müssen nicht).« → Dies wird in einer Vortragssituation, in der viele Fragen gestellt werden, zu Gedanken führen wie »(Ich vermute,) sie halten mich für kompetent.«
Positive irrationale »Musterbationen«	Diese Bewertungen beziehen sich auf positive, absolute Schlussfolgerungen und kennzeichnen, welche Bewertung eine Person unbedingt braucht.	»Ich brauche es, wenn mich andere für kompetent halten.« → Dies wird in einer Vortragssituation, in der viele Fragen gestellt werden, zu Gedanken führen wie »Ich bin eine gefragte Person, alle finden mich toll.«
Negative rationale »Vorzugsbewertungen«	Diese Bewertungen beziehen sich auf negative, nicht-absolute Schlussfolgerungen und kennzeichnen, welche Bewertung eine Person nicht bevorzugt.	»Ich mag es nicht, wenn mich andere Leute für inkompetent halten (aber sie müssen es auch nicht).« → Dies wird in einer Vortragssituation, in der viele Fragen gestellt werden, zu Gedanken führen wie »(Ich vermute,) sie halten mich für inkompetent.«
Negative irrationale »Musterbationen«	Diese Bewertungen beziehen sich auf negative, absolute Schlussfolgerungen und kennzeichnen, welche Bewertung eine Person unbedingt vermeiden bzw. verhindern muss.	»Es darf unter keinen Umständen passieren, dass mich andere Leute für inkompetent halten.« → Dies wird in einer Vortragssituation, in der viele Fragen gestellt werden, zu Gedanken führen wie »Ich bin inkompetent und ich werde mich immer inkompetent verhalten.«

Manifestationsformen irrationaler Bewertungen. Irrationale Bewertungen zeigen sich nach Ansicht von Ellis durch einen ausgeprägten Absolutismus und Ausdrücke wie »müssen« oder »sollte« und sind dadurch gekennzeichnet, dass sie zu unangemessenen Gefühlen und/oder Verhaltensweisen führen. Diese erlebt eine Person als belastend oder beeinträchtigend. Außerdem hindern diese Emotionen oder Verhaltensweisen die Person daran, die eigenen Lebensziele zu realisieren. Am Beispiel lässt sich das folgendermaßen verdeutlichen: Wenn eine Person die grundlegende Annahme vertritt, »Ich muss immer alles richtig machen und darf unter keinen Umständen einen Fehler machen«, so wird sie bereits beim kleinsten Fehler oder der kleinsten Unstimmigkeit mit anderen aufgrund irrationaler Schlussfolgerungen wie »Warum muss immer mir so etwas passieren« oder »Es ist eine Katastrophe, dass dies passiert ist« ein ungutes Gefühl, vielleicht Angst vor der Reaktion der anderen oder Traurigkeit bezüglich der eigenen Unzulänglichkeit haben. Dies führt zumeist (dauerhaft) zur Beeinträchtigung dahingehend, dass die Person mit ihrem Leben überfordert ist und sich keinen neuen Herausforderungen stellen kann. So kann sie ihr Ziel, ein erfülltes und herausforderndes Leben zu haben, nicht realisieren. Ob dies so eintritt oder nicht, entscheidet sich, basierend auf der Definition von Ellis, allein dadurch, ob eine Bewertung / Schlussfolgerung irrational ist. Demgegenüber gehen rationale Bewertungen einher mit angemessenen, nicht-belastenden und zielführenden Gefühlen und funktionalen Verhaltensweisen.

Grundkategorien irrationaler Überzeugungen. Walen et al. (2011) ordnen die von Ellis in verschiedenen Publikationen benannten irrationalen Überzeugungen in vier Grundkategorien (s. Kasten). Dabei treten Überzeugungen selten in Reinform auf, sondern stellen vielmehr eine Kombination der vier Grundkategorien dar. Des Weiteren geht die RET davon aus, dass die absoluten Forderungen hierarchisch eine Vormachtstellung haben und die anderen Kategorien eine Art Ableitung aus diesen Muss-Gedanken darstellen (Ellis & Dryden, 2007). Aus den Muss-Gedanken leiten sich darüber hinaus auch die von Beck benannten kognitiven Fehler (s. Abschn. 2.2 sowie Abschn. 5.3) ab.

Vier Grundkategorien irrationaler Bewertungen (Walen et al., 2011)

- (1) **Absolute Forderungen (auch Muss- oder Soll-Gedanken):** Dabei geht es um alle Gedanken, die sich auf »Ich muss ...« und »Andere müssen ...« beziehen. Forderungen sind entweder an die eigene Person (z. B. auf sehr gute Leistungen oder die Anerkennung anderer), auf andere (z. B. andere müssen mich unbedingt gut behandeln) oder an die Welt (z. B. Bedingungen müssen günstig und ohne Mühsal sein) gerichtet.
- (2) **Globale negative Selbst- / Fremdbewertungen (auch »Verdammung«):** Statt Bezug zu nehmen auf eine einzelne Erfahrung oder Verhaltensweise, wird die gesamte Person negativ konnotiert, z. B. »Ich bin ein Versager« oder »X ist durch und durch böse«.

- (3) **Katastrophendenken (auch »Schwarzmalen«):** Ein negatives Ereignis wird nicht als unangenehm und negativ bewertet, sondern als extrem unangenehm, als Qual sowie als besondere Last, z. B. »Es ist eine Katastrophe, wenn ...«.
- (4) **Niedrige Frustrationstoleranz:** Ereignisse werden nicht als negativ, sondern als unerträglich oder überhaupt nicht aushaltbar bewertet, z. B. »Ich kann das unter keinen Umständen aushalten«.

Die Konsequenzen aus solchen irrationalen Bewertungen können sich als Gefühle oder Verhaltensweisen, aber auch als Gedanken (z. B. Zwangsgedanken) manifestieren. Konsequenzen sind jedoch nicht gezwungenermaßen verursacht durch das Zusammenspiel von Ereignis (A) und Bewertung (B), da Menschen zum Teil auch direkt auf Ereignisse reagieren, was durch die Stärke der Situation (z. B. Autounfall), aber auch den direkten Einfluss biologischer Faktoren (z. B. genetische Prädisposition) verursacht wird. In Abhängigkeit davon, welche Bewertungen mit einer Situation einhergehen, können auch gleichzeitig positive und negative Konsequenzen folgen. Ziel der RET ist es dabei nicht, negative Konsequenzen, z. B. negative Emotionen, komplett aus dem Erfahrungsschatz der Patient:innen zu streichen, sondern vielmehr gesunde Emotionen aus rationalen Erfahrungen und Schlussfolgerungen Patient:innen erlebbar zu machen.

Sekundäre ABC-Modelle (Symptomstress). Darüber hinaus kann eine Konsequenz des primären ABC-Modells (z. B. Traurigkeit über den Streit mit dem Partner) zum auslösenden Ereignis eines neuen, sekundären Modells führen, das wiederum dysfunktionale Bewertungen nach sich zieht (z. B. »Es ist schrecklich, dass ich traurig bin. Ich müsste mich besser im Griff haben«) und darüber zu einer weiterführenden ungünstigen Emotion oder Verhaltensweise (z. B. Ärger über die Traurigkeit) führt. Letzteres bildet ein für die RET bedeutsames Konzept, den sog. »Symptomstress«. Hierüber erklärt Ellis, wie es zum Auftreten sekundärer Depression bei Angst oder aber auch der Angst vor der Angst kommen kann. Der Symptomstress kann dabei wirken wie eine Blockade, sodass zunächst an der Akzeptanz der primären Emotionen im Rahmen einer wertschätzenden, akzeptierenden therapeutischen Beziehung gearbeitet werden muss, um diese später bearbeiten zu können.

2.1.2 Therapeutisches Vorgehen innerhalb der Rational-emotiven Therapie (RET)

Behandlungsrational

Die RET beruht, wie oben beschrieben, auf dem ABC-Modell. Sie zielt darauf ab, die in der Situation aktivierten irrationalen Bewertungen therapeutisch aufzugreifen, um dadurch zu einer Veränderung der zeitstabilen, belastenden Emotionen und Verhaltensweisen zu gelangen.

Fokus auf Musturbationen. Ein Hauptaugenmerk der Behandlung liegt auf der Umstrukturierung absoluter Forderungen (an sich selbst, an andere sowie an die Lebensumstände). Ellis (1996) begründet dies damit, dass die »Musturbationen« unter anderem

die Wahrscheinlichkeit von nicht-empirisch begründbaren Gedanken im Sinne Becks (s. auch Abschn. 2.2) erhöhen, letztere aber einer Überprüfung durch Therapeut:in und Patient:in weniger zugänglich sind. An einem Beispiel verdeutlicht, geht Ellis davon aus, dass der Muss-Gedanke »Ich muss immer komplett symptomfrei sein« leichter zu disputieren ist als der dazugehörige Gedanke im Sinne Becks »Wenn ich Herzklopfen habe, heißt das, ich bekomme einen Herzinfarkt«. Darüber hinaus können auch unwahrscheinliche Situationen, wie sie in der Bearbeitung nach dem Vorgehen von Beck als Relativierung herangezogen werden, in der Realität tatsächlich eintreten (z. B. ein Panikpatient bekommt tatsächlich einen Herzinfarkt).

ABCZDE-Schema. Basierend auf dem ABC-Modell erfolgt die Behandlung nach dem ABCZDE-Schema, wobei das ABC-Modell ergänzt wird durch die Berücksichtigung der Ziele der Patient:innen (Z), die das Vorgehen bei der Disputation (D) prägen und letztendlich zum Ergebnis der kognitiven Umstrukturierung, dem Effekt (E) führen. Dieses Vorgehen ist zusammenfassend in Abbildung 2.2 dargestellt (detaillierter lässt sich das Schema auch anhand des **AB 1** »ABC-Modell zur Umstrukturierung irrationaler Gedanken« des Arbeitsmaterials nachvollziehen). Bei der Disputation würde, wie oben beschrieben, als Erstes an der Reduktion des »Symptomstresses«, d. h. an der dysfunktionalen Bewertung der zugrunde liegenden Emotion gearbeitet.

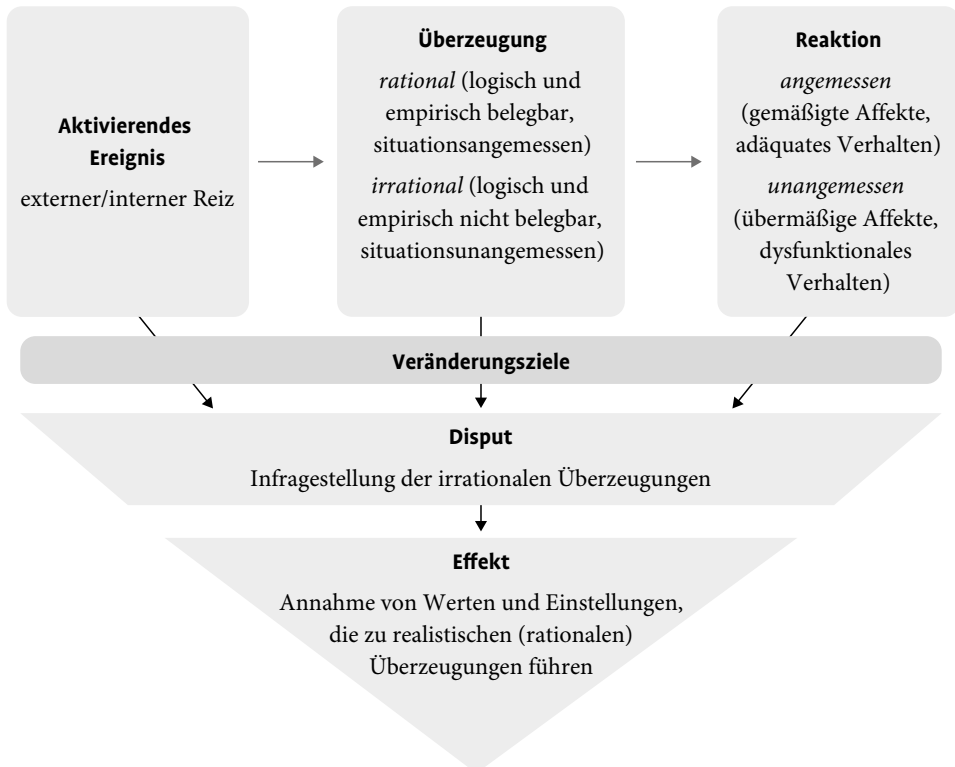


Abbildung 2.2 Schematische Darstellung des ABCZDE-Schemas von Ellis

Ellis und Dryden (2007) schlagen drei Möglichkeiten vor, wie Therapeut:innen das Rational der RET ableiten können:

- (1) **»Vortherapeutische Rollen-Instruktions-Prozeduren«:** Dabei wird Patient:innen mittels Psychoedukation vor der Therapie verdeutlicht, welche Erwartungen an sie als Behandelte gestellt werden, sowie umgedreht, was der Patient bzw. die Patientin von Therapeut:in und Therapie erwarten kann.
- (2) **Referat des Therapeuten bzw. der Therapeutin:** Hierbei wird Patient:innen ebenfalls mittels Psychoedukation direktiv am Anfang der Therapie aufgezeigt, was im Rahmen einer RET passiert.
- (3) **Rückmeldung anhand von Beispielsituationen:** Patient:innen wird am Anfang der Therapie basierend auf ihren eigenen Problemen veranschaulicht, was im Rahmen der RET passiert.

Hierbei kann zur Unterstützung der Rationalableitung das ABC-Modell und im weiteren Verlauf auch das ABCZDE-Modell herangezogen werden.

Bezogen auf das Therapeutenverhalten im Kontext der RET stellen Ellis und Dryden (2007) folgende Forderungen an gute RET-Therapeut:innen: Sie ...

- ▶ fühlen sich mit der stark strukturierten Therapie wohl und sind gleichzeitig flexibel genug, wenn Probleme auftauchen;
- ▶ haben eine Vorliebe für intellektuelle und philosophische Fragestellungen und nutzen die RET zur Erweiterung dieser Tendenz;
- ▶ sind gern aktiv und direktiv, können sich aber auch an die Notwendigkeit der therapeutischen Beziehung anpassen;
- ▶ unterstützen den Patienten bzw. die Patientin darin, das Gelernte in den Alltag zu übertragen, und geben verhaltensbezogene Instruktionen;
- ▶ haben wenig Angst vor eigenen Fehlschlägen sowie eine hohe Frustrationstoleranz z. B. gegenüber langsameren Veränderungsprozessen bei Patient:innen und akzeptieren auch Misserfolge der Patient:innen;
- ▶ stellen bezogen auf die Denkprozesse und ihr gesamtes Verhalten gesunde Rollenmodelle für Patient:innen dar;
- ▶ fühlen sich mit einer Vielzahl an therapeutischen Techniken wohl und können diese flexibel in Abhängigkeit von den Bedürfnissen der Therapie und des Patienten bzw. der Patientin anwenden.

Behandlungstechniken

Für die kognitive Umstrukturierung wird im Rahmen der RET, basierend auf der Annahme, dass Gedanken, Gefühle und Verhalten miteinander interagieren, eine Vielzahl an Techniken herangezogen, die sowohl an den Kognitionen, aber eben auch den Emotionen und dem Verhalten ansetzen. Nach Meinung von Ellis ist es nur so möglich, eine langfristig stabile Veränderung bei Patient:innen zu bewirken. Ellis und Dryden (2007) beschreiben die RET als eine Therapie, die sich einem »theoretisch fundierten Eklektizismus« (S. 44) verschrieben hat. Dies bedeutet, dass viele Techniken im Kontext der Behandlung genutzt werden können, solange sie dem theoretischen Modell der RET folgen. Neben kognitiven Techniken kommen hierbei emotive und verhaltensbezogene

Techniken zur Anwendung, die im Folgenden überblicksartig beschrieben werden. Zu Techniken, die sich mit diesem Modell nicht vereinbaren lassen, gehören nach Ellis beispielsweise Entspannungsverfahren, da diese Patient:innen in ihrer dysfunktionalen Lebenssicht »Ich muss Situationen aus dem Weg gehen, kann mich diesen nicht direkt stellen« unterstützen, aber auch die systematische Desensibilisierung, da diese die niedrige Frustrationstoleranz der Patient:innen verstärken.

(a) Kognitive Techniken. Im Rahmen der Disputationstechniken ist Ellis ein großer Verfechter des »sokratischen Dialogs«. Zu Beginn werden auch hier dysfunktionale Gedanken, insbesondere die »Musturbationen«, identifiziert. Eine typische Frage im Rahmen der darauf folgenden Disputation nach RET ist »Warum muss es so sein, dass Sie ...?«. Es wird somit versucht, das »Muss« in eine Formulierung »Ich fände es schön, wenn ...« umzustrukturieren. Diese Bewertungen werden dazu insbesondere bezogen auf deren Nutzen zum Erreichen der eigenen Lebensziele sowie deren zugrunde liegende Logik und deren empirische Untermauerung disputiert. Dies erfolgt ähnlich, wie es im explikativen sokratischen Dialog (s. Abschn. 7.1) und normativen sokratischen Dialog (s. Abschn. 7.3) beschrieben wird. Dabei folgt Ellis in der Disputation drei Leitfragen:

- (1) »Ist die Aussage wahr?«
- (2) »Ist die Aussage logisch?«
- (3) »Ist die Aussage hilfreich?«

Die Disputation basiert hierbei zumeist auf offenen Fragen und der Strategie des geleiteten Entdeckens. Bei der Disputation wird auch darauf geachtet, dass Patient:in (und natürlich auch Therapeut:in) eine aktive, selbst-bestärkende Sprache verwendet (z. B. statt »Man kann nicht immer darauf achten, was man denkt«, besser »Ich habe nicht darauf geachtet, was mir durch den Kopf ging ...«).

Unterstützt wird die Disputationsphase auch dadurch, dass sich der Patient die Aufnahmen der Therapiesitzung zu Hause noch einmal anhören und z. B. als Dialog zwischen seiner rationalen vs. irrationalen Ansicht zusammenfasst. Darüber hinaus unterstützt der Therapeut bzw. die Therapeutin dabei, zwischen absoluten Werten (Ansprüchen, Forderungen, Befehlen) und nicht-absoluten Werten (Bevorzugen, Wünsche, Neigungen) zu unterscheiden und auch die daraus entstehenden Bewertungen zu differenzieren.

Einen besonderen Stellenwert nimmt für Ellis die Bibliothherapie ein, bei der Patient:innen angehalten werden, sich mit Literatur oder Tonaufnahmen, entwickelt für Betroffene, auseinanderzusetzen. Des Weiteren spielen Hausaufgaben in Form der wiederholten Bearbeitung von ABC-Schemata anhand eigener Beispiele aus dem Alltag eine bedeutsame Rolle im Kontext der RET (s. **AB 1** »ABC-Modell zur Umstrukturierung irrationaler Gedanken«). RET-Therapeut:innen halten ihre Patient:innen dazu an, die erlernten Techniken auch in Gesprächen mit Freunden und Verwandten anzuwenden, sodass eine rationalere Lebenssicht immer mehr Eintritt in den Alltag der Patient:innen findet.

(b) Emotive Techniken. Neben den Techniken zur Bearbeitung der Kognitionen zieht Ellis emotive, also Emotionen berücksichtigende Methoden heran, um die belastenden

Emotionen direkt zu bearbeiten. Dabei kann nach Ellis und Dryden (2007) die durch die therapeutische Beziehung etablierte bedingungslose Akzeptanz des Patienten bzw. der Patientin als eine wichtige grundlegende Technik verstanden werden, die Patient:innen das Erleben verschiedenster Emotionen erlaubt.

Des Weiteren ist das therapeutische Verhalten in der RET geprägt durch ein energisch-aktives Vorgehen bei der Disputation, das eben auch die Emotionen der Patient:innen ansprechen und aktivieren soll.

Als weiteres Beispiel sei auf die sogenannten »rational-emotiven-Imaginationübungen« verwiesen. Diese haben das Ziel, ähnlich wie die im Rahmen der Schematherapie eingesetzten Übungen (s. Kap. 12), durch das Fördern einer genauen Vorstellung der auslösenden Situation das belastende Gefühl im Therapieraum zu erfahren. Diese Imagination mit Ansprechen möglichst aller Sinneskanäle ermöglicht im Verständnis der Problemaktualisierung von Grawe (2004), dass diese überhaupt erst bearbeitet werden können. Dabei können Patient:innen auch imaginieren, wie das Problem durch eine rationalere Sichtweise gelöst wird und welche Konsequenzen mit der geänderten Sichtweise einhergehen.

Eine weitere mögliche Imaginationübung bezieht sich darauf, dass sich der Patient bzw. die Patientin ein negatives Erlebnis vorstellt und dann im Zeitsprung schaut, wie sich dieses Erlebnis auf das Leben in der Zukunft auswirkt (»Zeitprojektion«). Ziel ist es hier, dass indirekt realisierbar wird, dass das Leben trotz der Erfahrung weitergeht und er bzw. sie eine Bewältigung erreichen und sich auf die Verwirklichung eigener Ziele konzentrieren kann.

Emotive Aspekte lassen sich auch durch Rollenspiele realisieren, bei denen der Patient bzw. die Patientin die Rollen der irrationalen sowie der rationalen Bewertung einnimmt und diese selbst disputiert.

Als weitere emotive Techniken können zur Anwendung kommen:

- ▶ **Humor:** Lernen, rational über sich und andere zu denken, indem man sich selbst nicht so ernst nimmt.
- ▶ **Selbstoffenbarung des Therapeuten bzw. der Therapeutin:** Therapeut:innen als Modell für rationales Denken, aber auch die Veränderung des Denkens durch Techniken der RET.
- ▶ **Verwendung von Geschichten, Fabeln, Sprüchen etc.:** Dabei können die Patient:innen auch angehalten werden, das Gelernte selbst in Spruch- oder Gedichtform festzuhalten.

(c) Verhaltensbezogene Techniken. Des Weiteren legte Ellis Wert auf sogenannte verhaltensorientierte Disputationstechniken, die Verhaltensexperimenten ähneln. Dabei ging es Ellis insbesondere um »schambesetzte Mutproben«. Diese später auch unter den Begriffen »Shame Attack«- oder Peinlichkeitsübungen bekannten Verhaltensexperimente beziehen sich darauf, dass der Patient bzw. die Patientin prüfen soll, wie die Umwelt im Allgemeinen auf ein absurdes, peinliches oder beschämendes Verhalten reagiert. Dies stellt insbesondere eine Herausforderung an die absoluten Forderungen dar, wie z. B. »Ich darf nie auffallen«, »Andere müssen sich mir gegenüber immer korrekt verhalten,

dürfen nicht über mich lachen« sowie das Katastrophendenken, z. B. »Ich werde mich total blamieren«. Außerdem geht es darum, Unbehagen auszuhalten und die bisher damit einhergehende Angst zu verlieren mit der Idee: »Das fühlt sich zwar schrecklich an, geht aber vorbei.«

In eine ähnliche Richtung gehen »Risiko-Experimente«, bei denen Patient:innen ein kalkulierbares Risiko eingehen und Bewertungen überprüfen (z. B. »Ich schicke eine E-Mail raus, ohne sie noch mal gelesen zu haben«). Dabei schreiben Patient:innen vorher Befürchtungen auf, die dann ähnlich zu anderen Verhaltensexperimenten im Nachgang bewertet werden. Bei der Planung ist darauf zu achten, dass der Patient bzw. die Patientin tatsächlich die Erfahrung machen kann, dass die Befürchtung nicht zur Realität wird, und somit ein Neulernen erfolgen kann. Ergänzt werden können diese Experimente durch rationale Selbstaussagen, die vom Patienten bzw. der Patientin auf kleinen Karten niedergeschrieben werden, ähnlich denen von Meichenbaums Selbstinstruktionstraining (s. Abschn. 2.3).

Als weitere verhaltensbezogene Techniken können in Anlehnung an Ellis und Dryden (2007) zur Anwendung kommen:

- ▶ **»So-als-ob«-Rollenspiele:** Hierbei sollen sich Patient:innen so verhalten, als würde sie bereits rational denken. Dadurch sollen sie realisieren, dass eine Veränderung generell möglich ist.
- ▶ **»In der Situation bleiben«:** Hierbei geht es darum, auch über längere Zeit in unangenehmen Situationen zu bleiben, um negative Emotionen besser tolerieren zu lernen.
- ▶ **»Anti-Verschleppungs«-Übungen:** Patient:innen werden dahingehend unterstützt, mit Aufgaben besser früher als später anzufangen, auch mit der Idee, die damit einhergehenden Anstrengungen besser aushalten zu lernen.
- ▶ **»Belohnungen« und »Strafen«:** Diese Übungen dienen insbesondere dem Ziel, dass Patient:innen sich unangenehmen Situationen stellen, um dadurch langfristige Ziele zu erreichen.
- ▶ **Fertigkeiten-Trainings:** Sie sollen bewirken, dass fehlende Fertigkeiten zum Erreichen der Ziele der Patient:innen aufgebaut werden, um damit ein rationales Denken zu ermöglichen.

Fazit • Rational-emotive Therapie (RET) nach Ellis

Zusammenfassend betrachtet zeigt sich, dass die RE(V)T ein ganzheitlicher, humanistisch-orientierter Psychotherapieansatz der Kognitiven Verhaltenstherapie ist. Bemerkenswert dabei ist, dass Theorie und Vorgehen stets an aktuelle, auch therapeutisch-praktische Erkenntnisse angepasst wurden. Die RET zielt auf die Veränderung absolutistischer Bewertungen von Situationen ab, sogenannte Musturbationen, und trägt darüber zum Wohlbefinden und zur Verwirklichung der individuellen Ziele der Patient:innen bei. Der Hauptfokus liegt darauf, dass absolutistische Lebensphilosophien als Grundlage psychischer Störungen frühzeitig in der Therapie identifiziert und basierend auf kognitiven, aber auch emotiven und verhaltensbezogenen Techniken verändert werden.

9

Umgang mit besonderen Herausforderungen

- 9.1 Der Prozess der Umstrukturierung kommt ins Stocken
- 9.2 »Überzeugungskämpfe« und Abwehr
- 9.3 Repetitive negative Denkprozesse
- 9.4 Umgang mit Scham- und Schuldgedanken
- 9.5 Ausgeprägtes Verbitterungserleben

Im Rahmen der kognitiven Umstrukturierung kann es zu einer Reihe von Schwierigkeiten und Herausforderungen kommen (s. auch Probleme in Abschn. 5.2). Wir möchten im Folgenden auf einige dieser Schwierigkeiten und Herausforderungen eingehen, auf die wir in unseren Therapieprozessen immer wieder gestoßen sind, und Lösungsmöglichkeiten dafür vorstellen.

9.1 Der Prozess der Umstrukturierung kommt ins Stocken

Es ist vermutlich eher die Ausnahme als die Regel, dass der Prozess der kognitiven Umstrukturierung gradlinig verläuft. Unserer Erfahrung nach kommt es beim Hinterfragen gedanklicher Muster auch immer wieder zu Irritationen, Rückfragen, innerlichem Widerstand und Trotz oder eben auch zu Rückfällen in alte Gedankenmuster. Hier gilt es aufseiten der Therapeut:innen, innerlich »einen Schritt zurückzutreten« und zu prüfen, welche Ursachen hinter diesen Phänomenen liegen.

Eine der häufigsten Ursachen ist unserer Erfahrung nach, dass Therapeut:innen ungeduldig werden und zu schnell Veränderungsprozesse erwarten. Dabei besteht ein besonders großes Risiko, Patient:innen von der eigenen Einstellung zu überzeugen und zu »missionieren«. Hier hilft, sich vor Augen zu halten, dass Patient:innen schon seit vielen Jahren in den gedanklichen Mustern festhängen und eine Veränderung v. a. die Geduld aller Beteiligten bedarf (»Gras wächst nicht schneller, wenn man dran zieht« – Afrikanisches Sprichwort). Wenn diese therapeutische »Ungeduld« einem sehr häufig begegnet, hilft es auch, sich supervisorische Unterstützung zu eigenen Anteilen und eigenen dysfunktionalen Einstellungen zu holen. Andernfalls kann ein innerer Antreiber, wie »Ich kann als Therapeut:in nur nützlich sein, wenn ich Patient:innen zu neuen Denkmustern motiviere«, kontraproduktiv für therapeutisches Arbeiten sein.

Eine weitere mögliche Ursache für Schwierigkeiten im Prozess der kognitiven Umstrukturierung liegt darin begründet, dass die Reflexionsfähigkeit des Patienten bzw. der Patientin eingeschränkt ist bzw. individuelle Vorerfahrungen zur Auseinandersetzung mit eigenen Gedanken sehr unterschiedlich sein können. Patient:innen haben dabei ein sehr unterschiedliches Vorwissen bzw. setzen sich auf sehr unterschiedlichen Ebenen

mit Gedanken auseinander. Während Therapeut:innen sich auf der einen Seite Gedanken wie »In meinen Kopf lasse ich keinen reingucken« oder »Gedanken sind einfach da und nicht veränderbar/kontrollierbar« gegenübersehen, konfrontieren andere Patient:innen sie mit Gedanken wie »Meine Gedanken sollen im Einklang sein mit dem kollegialen Gedächtnis« oder »meine Gedanken sind ein Magnet, sie saugen mein ganzes Erleben an, da komme ich nicht von los«. Hier ist es wichtig, sich als Therapeut bzw. Therapeutin – auch wenn es mühsam erscheint – in die gedankliche (und sprachliche) Welt der Patient:innen zu begeben und zu prüfen, wie sich unsere Vorstellungen zu Gedanken (s. Kap. 1) an die Vorstellungen der Patient:innen anpassen lassen.

In einigen Fällen treten Schwierigkeiten im Prozess der kognitiven Umstrukturierung auch dadurch auf, dass sich widerstrebende motivationale Tendenzen im Patienten bzw. in der Patientin zeigen. Hierzu zählt insbesondere auch, dass bestimmte Denkweisen und damit verbundene Symptome eine gewisse Funktionalität haben. Hier hilft zu meist die therapeutische Frage »Was hat der Patient bzw. die Patientin davon, wenn alles so bleibt, wie es ist?«. Zum Beispiel könnte deutlich werden, dass ein Patient durch ein verändertes Denken und Handeln mehr Verantwortung innerhalb der Familie übernehmen »müsste« oder eine Patientin sich bei Verlust der bisherigen Krankschreibung wieder um eine berufliche Perspektive kümmern müsste, was ihr große Angst bereitet. Diese Beispiele verdeutlichen, dass bestimmte Denk- und Verhaltensmuster vor dem Hintergrund verschiedener Motive eine starke Funktionalität erhalten und einen Einfluss auf die Veränderungsmotivation haben können. Diese Prozesse sind vielen Patient:innen und Therapeut:innen zu Beginn des therapeutischen Arbeitens nicht immer klar. Unserer Erfahrung nach sollte in diesen Fällen der Prozess der kognitiven Umstrukturierung pausiert und Methoden der Motivationsklärung angewendet werden (z. B. Noack & Beiling, 2019).

Ein ebenfalls nicht ganz seltenes Phänomen im Rahmen kognitiver Umstrukturierung ist, dass Patient:innen zu dem Ergebnis kommen, dass ihnen theoretisch alles klar ist und sie auch um die dysfunktionalen und funktionaleren Gedanken wissen, dass dies sich aber nicht in ihrem Fühlen und Handeln niederschlägt. Hierbei besteht oft das Problem, dass der Schritt der neuen Erfahrungen im Rahmen von Verhaltensexperimenten nicht gegangen wurde, oft weil die damit einhergehenden Veränderungen Befürchtungen hervorrufen, die dann zu einer Vermeidung führen. Ein Patient mit der Grundannahme »Ich darf niemanden enttäuschen« kann sich innerhalb der kognitiven Umstrukturierung den funktionaleren Satz erarbeiten »Ich halte es aus, andere zu enttäuschen, ich kann meinen Selbstwert auch durch meine Hobbys stabilisieren«. Ohne die Erfahrung, es tatsächlich auszuhalten, andere auch mal zu enttäuschen, indem dieser Patient z. B. seiner Schwiegermutter mal nicht beim Einkaufen-Gehen hilft und diese sich zumindest kurzfristig enttäuscht zurückzieht, wird langfristig keine Veränderung seines Fühlens und Handelns erleben. Somit reicht häufig die bloße Einsicht in dysfunktionales Denken für eine langfristige Stabilisierung der psychischen Gesundheit nicht aus. Grundsätzlich sind wir der Überzeugung, dass Erkenntnisse im Rahmen der kognitiven Umstrukturierung immer zusätzlich durch verhaltensbezogene Interventionen erprobt werden sollten, um neue theoretische Erkenntnisse in der Realität erfahrbar zu machen.

9.2 »Überzeugungskämpfe« und Abwehr

Besonders bei der Umsetzung klassischer Disputationstechniken, wie der logischen oder empirischen Disputation, besteht das Risiko, dass Therapeut:innen und Patient:innen in eine Art Argumentationskampf geraten. Patient:innen können sich überrumpelt fühlen, sollte zu schnell bzw. zu intensiv gegen ihre bisherige Denk-, Erlebens- und Verhaltensweise argumentiert werden. Diese Gefahr besteht unserer Erfahrung nach insbesondere dann, wenn der Prozess des Hinterfragens zu schnell und zu rezeptartig durchgeführt wird, weil zum Beispiel der Wunsch besteht, den / die Patient:in schnell zu überzeugen oder Therapeuti:innen eigene Unsicherheiten schlecht aushalten können und zu ungeduldig werden. Hilfreich ist an dieser Stelle eine Überprüfung der inneren Einstellung zum Patienten bzw. zur Patientin. Dabei sollte eine Haltung des Nicht-Überzeugen-Wollens und des gemeinsamen neugierigen Hinterfragens realisiert werden und somit eine Grundhaltung, dass sämtliche Denk- und Verhaltensweisen erlaubt und nachvollziehbar sind. Anstatt also Fragen zu stellen, die direkt darauf abzielen zu zeigen, wie ungünstig eine Denkweise ist, könnte diese mit all ihren Konsequenzen zunächst sachlich erfragt werden. Bestenfalls gelingt es Patient:innen dann mit etwas Zeit und Geduld selbst, Schlüsse abzuleiten, wie ungünstig, anstrengend oder inkonsistent diese Denkweise ist.

Systemimmanente Gesprächsführungstechniken

Besonders geeignet für ein solches Vorgehen sind systemimmanente Gesprächsführungstechniken innerhalb der systemimmanenten kognitiven Therapie (Tuschen & Fiegenbaum, 2000). Während es bei der Anwendung klassischer Disputationstechniken um ein direktes Infragestellen von dysfunktionalen Annahmen geht, nehmen systemimmanente Techniken den indirekten Weg. Therapeut:innen argumentieren nicht direkt gegen dysfunktionale Muster, auch nicht mittels geleiteten Entdeckens, sondern argumentieren aus dem Denk- und Wertesystem der Patient:innen heraus. Auf diesem »Umweg« werden so die ungünstigen Folgen bisheriger Annahmen und Verhaltensmuster herausgestellt. Dies wiederum erlaubt den Patient:innen, wichtige Schlussfolgerungen über eigene Annahmen oder Verhaltensweisen selbstständig zu ziehen und innerhalb eines offen belassenen Entscheidungsspielraums bedeutende Entscheidungen über Veränderungen in Denken und Handeln zu treffen. Systemimmanenz bedeutet, dass sich der oder die Therapeut:in in das Denk- und Wertesystem sowie in die Gefühlswelt der Patient:innen hineinversetzt und die Gedanken und Gefühle vorwegnimmt (Fiegenbaum et al., 1992; Tuschen & Fiegenbaum, 2000). Dafür stehen eine Reihe von Gesprächsführungstechniken zur Verfügung (in Anlehnung an Fiegenbaum & Tuschen-Caffier, 2000; Tuschen & Fiegenbaum, 2000).

Entpathologisieren. Der Therapeut bzw. die Therapeutin fühlt und denkt sich in das vom Patienten bzw. der Patientin präsentierte Problem hinein und formuliert daraus abgeleitete Gedanken, Gefühle und Verhaltensweisen. Er bzw. sie normalisiert anschließend Empfindungen der Patient:innen und signalisiert Verständnis.

T: Ich kann mir gut vorstellen, dass es Ihnen sehr schwerfallen muss, in die Therapie zu kommen. Da wenden Sie sich an Ihren Hausarzt, wegen Ihrer körperlichen Schmerzen, und dann sollen Sie zur Psychotherapie gehen. Das würde sich sicher für die meisten erst mal so anfühlen, als würde man sie nicht ernst nehmen.

Gedanken vorwegnehmen und zu Ende denken. Der Therapeut bzw. die Therapeutin begibt sich in das Denksystem der Patient:innen, um zunächst Annahmen und Befürchtungen aufzugreifen und deren Konsequenzen zu Ende zu denken.

T: Sie meinen also, dass alle Menschen Sie ablehnen, und ziehen sich deshalb immer mehr zurück?

P: Ja, zum Beispiel mein Partner, der sagt zwar immer, dass er mich liebt, aber ich merke doch, dass ich nur eine Last für ihn bin und er mich am liebsten verlassen würde.

T: Woher wissen Sie denn so sicher, dass Sie eine Last für ihn sind und er Sie verlassen möchte, wenn er doch das Gegenteil sagt?

P: Naja, ich spüre das halt, vielleicht sagt er ja einfach auch nur aus Mitleid, dass er mich liebt.

T: Oh ja, das verstehe ich sehr gut, klingt so, als könnten Sie sich gar nicht mehr sicher sein, ob er Sie liebt oder nur so tut als ob.

Was wäre denn die Konsequenz, wenn er nur aus Mitleid sagt, dass er Sie liebt?

P: Dann sind mein Misstrauen und mein Rückzug vielleicht sogar berechtigt.

T: Was wäre denn, wenn er Sie wirklich liebt, wie er sagt?

P: Das wäre schlecht, dann würde ich ihm ja großes Unrecht tun und alles wäre umsonst.

Kognitive Fallen verdeutlichen. Ziel dieser Technik ist es, durch Argumentation aus dem Denksystem des Patienten bzw. der Patientin heraus auf nicht-lösbare kognitive Schleifen hinzuweisen. Im folgenden Beispiel veranschaulicht der Therapeut mittels systemimmanenter Fragen die Diskrepanz zwischen dem erwünschten Gefühl (Vertrauen) und dem derzeitigen Verhalten (Misstrauen »unterstellen« und absolute Sicherheit verlangen). Ziel wäre es herauszuarbeiten, dass vertrauen können mit einer bewussten Entscheidung, vertrauen zu wollen, beginnt. Solange Patient:innen also nicht vertrauen wollen und bereit sind, Unsicherheiten in Kauf zu nehmen, werden sie vermutlich in einer Sackgasse bleiben.

P: Immer, wenn mein Mann später nach Hause kommt oder lange am Computer sitzt, dann denke ich, dass er sich mit einer anderen Frau trifft. Mit meinem Ex-Mann war das auch so, der hatte immer sehr einleuchtende Erklärungen parat, genau wie mein Mann heute. Ich weiß einfach nicht, ob ich ihm vertrauen kann, und deshalb kontrolliere ich alles, was ich kann.

T: Mmh, dann gehen Sie aufgrund Ihrer Erfahrungen natürlich erst einmal davon aus, dass Ihr Mann zwar sagt, er hat keine andere Frau, aber auch, dass dies nicht stimmt. Aufgrund der Erfahrungen verhalten Sie sich dann nachvollziehbarer Weise auch misstrauisch gegenüber Ihrem Mann. Was sagt dieses Verhalten denn über das Vertrauen aus, dass Sie Ihrem Mann entgegenbringen wollen?

- P: Ich kann ihm überhaupt nicht mehr vertrauen. Ich bin aufgrund meiner Erfahrungen so misstrauisch, dass ich ihm gar nicht vertrauen kann, obwohl ich es will.
- T: Was müsste Ihr Mann denn tun, damit Sie ihm überhaupt ansatzweise vertrauen könnten?
- P: Dass mein Mann eben immer pünktlich nach Hause kommt und nicht nachts noch seine E-Mails checkt! Und dass er mir immer sagt, wo er ist oder was er gerade macht ...
- T: Sprechen Sie hier von Sicherheit haben wollen, also hundertprozentig sicher sein zu können, oder von Vertrauen wollen?
- P: Ich kann doch nur Vertrauen haben, wenn ich mir hundertprozentig sicher bin!
- T: Das finde ich einen absolut nachvollziehbaren Gedanken. Aber lassen Sie uns das mal unterscheiden. Sprechen Sie nun davon, absolute Sicherheit haben zu wollen, oder davon, Ihrem Mann vertrauen zu wollen?
- P: Na, ich will mir sicher sein können, ich will nicht noch mal betrogen werden.
- T: Kann ich sehr gut verstehen. Wenn Sie absolute Sicherheit wollen, machen Sie dann nicht momentan alles richtig? Sie kontrollieren Ihren Mann und fordern bestimmte Dinge ein, um sich wirklich sicher sein zu können.
- P: Ja stimmt, wir sehen ja aber, was das bewirkt. Vertrauen hat es nicht gebracht.
- T: Mal rein hypothetisch gedacht, wie müssten Sie sich denn verhalten, wenn Sie sich für das Vertrauen entscheiden würden?
- P: Naja, ich weiß nicht ... vielleicht nicht ständig alles kontrollieren? Aber das würde ja bedeuten, ihn einfach machen zu lassen, und ich bleibe mit meinen Zweifeln zurück.
- T: Sie haben recht, vermutlich wissen Sie dann nicht genau, was passiert. Sie wissen jedoch in jedem Fall, dass all Ihre Bestrebungen und all die Kraft, die Sie bisher eingesetzt haben, um sich sicher sein zu können, nicht dazu geführt haben, dass sich Vertrauen eingestellt hat. Richtig?
- Ich kann mir gut vorstellen, dass sich das jetzt unbefriedigend anfühlt, denn eigentlich wollen Sie ja etwas anderes. Ich fürchte nur, dass das dann mit Vertrauen nicht mehr viel zu tun hat.

Dilemmata des Problemverhaltens aufzeigen. Bei dieser Technik versucht der Therapeut bzw. die Therapeutin, die ungünstigen Konsequenzen eines störungsbezogenen funktionalen Verhaltens herauszustellen. Therapeut:innen begeben sich dafür in die Perspektive der Patient:innen, indem sie deren Befürchtungen aufgreifen und weiterdenken. Gleichzeitig eröffnen sie eine alternative Perspektive und geben dem Patienten bzw. der Patientin die Möglichkeit, aus beiden Perspektiven Konsequenzen abzuleiten und eigene Schlussfolgerungen zu ziehen.

- T: Ich kann in Ihrem Fall sehr gut verstehen, dass Sie die Straßenbahn nicht mehr benutzen. Wenn ich davon ausgehen würde, dass ich dort eine Panikattacke erlebe und einen Herzinfarkt bekomme, dann würde ich das auch nicht machen. Wenn Sie sich also sicher sein können, dass Ihre Befürchtung eintritt, dann machen Sie ja gerade alles richtig.
- P: Es fühlt sich wirklich so an, als würde ich sterben, sobald ich einsteige, aber ich weiß nicht, ob ich mir sicher sein kann.
- T: Gäbe es denn eine Möglichkeit, wie Sie das rausfinden können?
- P: Indem ich in die Bahn gehe.
- T: Aber dann gehen Sie natürlich das gefühlte Risiko ein, dass Sie sterben könnten, oder?
- P: Was soll ich denn machen? Wenn ich nicht reingehe, denke ich weiterhin, ich werde sterben, und die Angst wird bleiben. Wenn ich reingehe, dann passiert das ja vielleicht wirklich!
- T: Sie haben recht und das würde ich mir an Ihrer Stelle gut überlegen. Ich kenne zwar niemanden, der an Angst gestorben ist und es macht auch wenig Sinn, da die Angst uns ja schützen will, aber ich würde dafür auch nicht meine Hand ins Feuer legen.

Kognitiv-affektive Reaktanz auflösen. Spürt der Therapeut bzw. die Therapeutin vonseiten der Patient:innen Widerstand, so kann davon ausgegangen werden (insofern sichergestellt ist, dass genügend psychoedukative Information gegeben wurde), dass Patient:innen sich zu sehr zu einer Änderung gedrängt fühlen. Der dahinterstehende Ambivalenzkonflikt kann konstruktiv aufgenommen werden, indem Therapeut:innen der Perspektive des Patienten bzw. der Patientin Raum lassen, diese ernst nehmen und Informationen relativiert bzw. eher beiläufig vermitteln.

- P: Wenn ich so niedergeschlagen und antriebslos bin, dann will ich einfach nur auf der Couch liegen und gar nichts machen. Was soll denn das für einen Sinn machen, dass ich mich dann aufraffe, ich muss mich dann ja wohl einfach erholen!
- T: Ich kann gut verstehen, dass Sie liegenbleiben möchten, wenn Sie sich so fühlen. Wenn Sie sich damit danach besser fühlen, ist das doch eine tolle Strategie im Umgang mit Ihrer Niedergeschlagenheit. Dann würde ich an Ihrer Stelle auch dabei bleiben. Den meisten meiner Patient:innen hilft das langfristig nicht, weil sie das noch tiefer in die Depressionsspirale bringt. Aber gut, dass Sie da offensichtlich eine funktionierende Methode für sich gefunden haben.

Aber, es ist auch hier wichtig, darauf hinzuweisen, dass eine sture und technisierte Anwendung der beschriebenen Gesprächsführungsstrategien die Gefahr birgt, dass therapeutische Äußerungen als Zynismus, Trotz oder Ironie wahrgenommen werden. Eine besonders hohe Gefahr besteht darin, dass Therapeut:innen in ihrer »allwissenden Expertenrolle« verharren und eine direkte Disputation in neuem Gewand betreiben. Um dies zu vermeiden, ist es notwendig, ein systemimmanentes Vorgehen nicht nur durch die Anwendung der beschriebenen Techniken zu begründen, sondern diese auf eine breite Basis zu stellen, die eine »systemimmanente therapeutischen Haltung« umfasst.

Konkret ist damit gemeint, dass der Therapeut bzw. die Therapeutin (1) die Bereitwilligkeit zeigt, in die Lebens- und Denkrealität des Patienten bzw. der Patientin einzutauchen, und (2) die interaktionellen, verhaltens-, denk- und emotionsbezogenen Besonderheiten vor dem Hintergrund der individuellen Lebenserfahrungen berücksichtigt und anerkennt.

Dies mag angesichts des grundlegenden Wissens um die Wichtigkeit des Aufbaus einer therapeutischen Beziehung trivial klingen. Erfahrungsgemäß ist es jedoch eben diese therapeutische Haltung, die aufseiten von Behandelnden wie auch aufseiten von Patient:innen Schwierigkeiten bereitet, vor allem, wenn der Wunsch nach schneller Veränderung stark ist.

9.3 Repetitive negative Denkprozesse

Hintergrund und Definitionen. Repetitives negatives Denken (RNT) meint ein prozesshaftes Denkmuster, das als repetitive, passiv, schwierig zu kontrollieren und auf negative Inhalte fokussierend verstanden werden kann (Ehring & Watkins, 2008). Es umfasst dabei störungsspezifische Phänomene wie Sorgen, die vor allem mit Angststörungen in Verbindung gebracht werden, oder Grübeln, was vor allem mit depressiven Störungen in Verbindung gebracht wird. RNT als transdiagnostisches Konstrukt fasst die Prozesscharakteristiken all dieser Phänomene zusammen und wurde entwickelt, nachdem gezeigt werden konnte, dass Sorgen und Grübeln mehr Gemeinsamkeiten teilen, als dass Unterschiede beobachtbar wären (Spinhoven et al., 2015). Sorgen und Grübeln unterscheiden sich zwar in konkreten Inhalten und auch in ihrem zeitlichen Bezug (Sorgen meist zukunftsgerichtet, Grübeln in die Vergangenheit gerichtet), teilen jedoch zentrale Prozesse, dass sie schwer kontrollierbar, sich wiederholend sind und Aufmerksamkeit bündeln. Auch wenn die Grübel- und Sorgeninhalte selbst unlogisch, unrealistisch oder unausgewogen sein mögen, so geht der ungünstige Effekt von RNT vor allem von seinen ungünstigen Prozesscharakteristiken aus. Schlussendlich findet RNT meist auf einem abstrakten-verbale Level statt, ist nicht zielführend bzw. lösungsorientiert und trägt damit zur eigenen Aufrechterhaltung bei. Es wird angenommen, dass ein sehr visueller, konkreter, ziel- und lösungsorientierter Denkstil funktionaler im Sinne der psychischen Gesundheit ist. Während es also bei ungünstigen automatischen Gedanken und Annahmen darum ging, dass der Inhalt der Gedanken selbst problematisch ist, so ist es bei RNT die generelle Art des Denkens, (d.h. die formalen Denkprozesse), die als problematisch betrachtet wird. Es wurde gezeigt, dass RNT sowohl das Erstauftreten als auch das Weiterbestehen depressiver und Angststörungen längsschnittlich vorhersagt (Hummel et al., 2021; Spinhoven et al., 2018b), weshalb RNT als zentraler und möglicherweise sogar kausaler Entstehungsfaktor psychischer Störungen gehandelt wird. Die wichtige Rolle von RNT als Entstehungsfaktor für psychische Störungen und damit als therapeutischen Ansatzpunkt zur Prävention und Behandlung wird auch durch Befunde gestützt, die zeigen, dass die therapeutische Reduktion von RNT mit einer Symptomreduktion von Angst und Depression einhergeht (z. B. Spinhoven et al., 2018a).