



Einsle • Hummel

Kognitive Umstrukturierung

Techniken der Verhaltenstherapie



ARBEITSMATERIAL

Einsle • Hummel

Kognitive Umstrukturierung

Franziska Einsle • Katrin V. Hummel

Kognitive Umstrukturierung

Techniken der Verhaltenstherapie

Mit Arbeitsmaterial

BELTZ

Anschrift der Autorinnen:
Prof. Dr. Franziska Einsle
SRH Fachhochschule für Gesundheit Gera gGmbH
Neue Straße 28–30
07548 Gera

Dipl.-Psych. Katrin V. Hummel
Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie
Technische Universität Dresden
Chemnitzer Str. 46
01187 Dresden

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

Dieses E-Book ist auch als Printausgabe erhältlich (ISBN 978-3-621-28257-4).

Das Werk und seine Teile sind urheberrechtlich geschützt. Jede Nutzung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf der vorherigen schriftlichen Einwilligung des Verlages. Hinweis zu § 52a UrhG: Weder das Werk noch seine Teile dürfen ohne eine solche Einwilligung eingescannt und in ein Netzwerk eingestellt werden. Dies gilt auch für Intranets von Schulen und sonstigen Bildungseinrichtungen.

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.



1. Auflage 2015

© Beltz Verlag, Weinheim, Basel 2015
Werderstraße 10, 69469 Weinheim
Programm PVU Psychologie Verlags Union
<http://www.beltz.de>

Lektorat: Claudia Silbereisen
Herstellung: Sonja Frank
Reihengestaltung: Federico Luci, Odenthal
Umschlagbild: istockphoto/Popartic – Rubik's Cube wird mit freundlicher Erlaubnis von Rubiks Brand Ltd. verwendet – www.rubiks.com
Satz: Beltz Bad Langensalza GmbH, Bad Langensalza

E-Book

ISBN 978-3-621-28279-6

Inhaltsübersicht

Vorwort	11
I Grundlagen der kognitiven Umstrukturierung	15
1 Kognition in der Verhaltenstherapie	16
2 Indikation und Kontraindikationen	23
3 Sokratischer Dialog als Grundhaltung der kognitiven Umstrukturierung	29
II Kognitive Umstrukturierung: praktisches Vorgehen	37
4 Vermittlung des kognitiven Modells	39
5 Identifizieren dysfunktionaler Kognitionen	46
6 Infragestellen dysfunktionaler Kognitionen und Erarbeitung funktionaler Kognitionen	63
7 Einübung funktionaler Kognitionen als neue Bewältigungsfertigkeiten	88
III Spezifische kognitive Therapietechniken für besondere Herausforderungen	91
8 Rational-emotive Therapie (RET) nach Ellis	92
9 Kognitive Therapie nach Beck	106
10 Irrationale Selbstinstruktionen: Stressimpfungstraining nach Meichenbaum	117
11 Systemimmanente Kognitive Therapie	127
12 Kognitive Umstrukturierung der Metakognitionen – die Metakognitive Therapie nach Wells	139
13 Akzeptanz- und Commitmenttherapie als Strategie der kognitiven Umstrukturierung	157
14 Schematherapie als Strategie der kognitiven Umstrukturierung	176
Anhang	193
Prüfungsfragen	194
Hinweise zum Arbeitsmaterial	197
Liste ausgewählter Selbsthilfebücher zur kognitiven Umstrukturierung	198
Literaturverzeichnis	199
Sachwortverzeichnis	206

Inhalt

Vorwort	11
I Grundlagen der kognitiven Umstrukturierung	15
1 Kognition in der Verhaltenstherapie	16
1.1 Historische Entwicklung	16
1.2 Das kognitive Modell	17
2 Indikation und Kontraindikationen	23
2.1 Indikation und Wirksamkeit	23
2.2 Kontraindikationen	27
3 Sokratischer Dialog als Grundhaltung der kognitiven Umstrukturierung	29
3.1 Sokratische Idee und psychotherapeutischer sokratischer Dialog	30
3.2 Das »Sokratische« am sokratischen Dialog	31
3.3 Einbettung des sokratischen Dialogs als Umstrukturierungsmethode im therapeutischen Prozess	34
II Kognitive Umstrukturierung: praktisches Vorgehen	37
4 Vermittlung des kognitiven Modells	39
4.1 Allgemeines Prozedere	39
4.2 Mögliche Probleme bei der Vermittlung des kognitiven Modells	42
4.3 Psychoedukation zu kognitiven Fehlern	43
4.4 Ergänzungen zur Vermittlung des kognitiven Modells	45
5 Identifizieren dysfunktionaler Kognitionen	46
5.1 Identifizieren automatischer Gedanken in konkreten Problemsituationen	46
5.2 Identifizieren stabiler Grundannahmen	51
Exkurs: Plananalyse	59

6	Infragestellen dysfunktionaler Kognitionen und Erarbeitung funktionaler Kognitionen	63
6.1	Bearbeitung automatischer Gedanken in konkreten Problemsituationen	63
6.2	Bearbeitung stabiler Grundannahmen	80
7	Einübung funktionaler Kognitionen als neue Bewältigungsfertigkeiten	88
III	Spezifische kognitive Therapietechniken für besondere Herausforderungen	91
8	Rational-emotive Therapie (RET) nach Ellis	92
8.1	Grundlagen der rational-emotiven Therapie (RET)	92
8.2	RET als therapeutische Technik der kognitiven Umstrukturierung	99
8.3	Indikation für RET	104
8.4	Fazit	105
9	Kognitive Therapie nach Beck	106
9.1	Die Grundlagen der Kognitiven Therapie (KT) nach Beck	106
9.2	Kognitive Therapie nach Beck als therapeutische Technik der kognitiven Umstrukturierung	111
9.3	Indikation für die Kognitive Therapie nach Beck	115
9.4	Fazit	116
10	Irrationale Selbstinstruktionen: Stressimpfungstraining nach Meichenbaum	117
10.1	Grundlagen des Stressimpfungstrainings nach Meichenbaum	117
10.2	Stressimpfungstraining als therapeutische Technik der kognitiven Umstrukturierung	120
10.3	Indikation für Stressimpfungstrainings nach Meichenbaum	125
10.4	Fazit	126
11	Systemimmanente Kognitive Therapie	127
11.1	Definition von Systemimmanenz	127
11.2	Grundlegende Techniken und Strategien der Systemimmanenten Kognitiven Therapie	128
11.3	Ablauf der Systemimmanenten Kognitiven Therapie	132
11.4	Wann ist Systemimmanenz in welchem Ausmaß indiziert?	136
11.5	Fazit	137

12	Kognitive Umstrukturierung der Metakognitionen – die Metakognitive Therapie nach Wells	139
12.1	Grundlagen der Metakognitiven Therapie (MKT)	139
12.2	MKT als therapeutische Technik der kognitiven Umstrukturierung	146
12.3	MKT versus KVT?	155
13	Akzeptanz- und Commitmenttherapie als Strategie der kognitiven Umstrukturierung	157
13.1	Was ist ACT?	158
13.2	ACT als therapeutische Technik der kognitiven Umstrukturierung	160
13.3	ACT versus KVT	174
14	Schematherapie als Strategie der kognitiven Umstrukturierung	176
14.1	Theoretischer Hintergrund und Störungsverständnis	176
14.2	Schematherapie als therapeutische Ergänzung zur kognitiven Umstrukturierung	180
14.2.1	Die therapeutische Beziehung in der Schematherapie	180
14.2.2	Diagnostik und schematherapeutische Fallkonzeption	181
14.2.3	Therapeutische Techniken zur Modifizierung der Modi	184
14.3	Schematherapie versus kognitive Umstrukturierung	190
14.4	Fazit	191
	Anhang	193
	Prüfungsfragen	194
	Hinweise zum Arbeitsmaterial	197
	Liste ausgewählter Selbsthilfebücher zur kognitiven Umstrukturierung	198
	Literaturverzeichnis	199
	Sachwortverzeichnis	206

Vorwort

Wir erinnern uns beide noch gut an den Beginn unserer Verhaltenstherapieausbildung, an die Faszination für therapeutische Techniken und unsere Neugier auf die ersten Patientenkontakte, aber auch gleichzeitig an die damit einhergehende Unsicherheit, ob das erlernte Wissen ausreichen würde, um mit den Problemstellungen der Patienten umgehen zu können.

Uns erging es so, dass besonders die expositionsbasierten Techniken zu Beginn der Ausbildung intuitiv zunächst die spannenderen Interventionen zu sein versprochen. Gesprächsführungstechniken und basale Techniken zur Disputation waren schließlich auch schon Teil des Studiums. Allerdings waren diese teilweise so trocken, dass wir uns nur schwer vorstellen konnten, wirklich so »gestelzt« mit Patienten zu reden. Einen echten Therapiedialog zu führen und hier und da ungünstige Gedanken zu hinterfragen, trauten wir uns schon allein aufgrund unseres gesunden Menschenverstandes zu. Was sich allerdings noch alles hinter dem Begriff der kognitiven Umstrukturierung verbergen und welche Stolperfallen man mit einem angemessenen Vorwissen umgehen kann, sollten wir erst später im Laufe der Ausbildung merken.

Die intensive Beschäftigung mit Gedanken bzw. Kognitionen in Forschung und Therapie läutete in den 1970er Jahren die kognitive Wende und somit einen Paradigmenwechsel ein, der den Menschen als aktiven Konstrukteur seiner Realität betrachtet, dessen Gedanken und Verhalten mehr als nur gelernte und verstärkte Reiz-Reaktions-Verbindungen ausmachen. Zukünftiges zu antizipieren oder Vergangenes zu bewerten, als Besonderheit des Menschen verglichen mit anderen Lebewesen, ist mehr als adaptiv, hilft diese Fähigkeit doch zu überleben, Gefahren zu antizipieren und vergangene Fehler für die Zukunft zu korrigieren. Doch eben diese Fähigkeit scheint bei aller Adaptivität unter bestimmten Bedingungen Leiden verursachen zu können. Nämlich dann, wenn Gedanken über Vergangenes, Gegenwärtiges oder Zukünftiges nicht mehr in einem ausgeglichenen Maß auftreten. Stattdessen sind solche Gedanken unangemessen, wenig nützlich oder schlichtweg falsch und somit destruktiv in dem Sinne, dass schwerwiegende Symptome entstehen oder diese aufrechterhalten werden. Eine psychotherapeutische Behandlung dieser ungünstigen Gedanken, die dem »K« in der KVT entspricht, hat wenig mit »ein bisschen reden« und »hier und da kritisch nachfragen« zu tun.

Kognitive Umstrukturierung umfasst aus unserer Sicht erlernbare Techniken, deren systematische Anwendung viel Geduld und eine Haltung des Nicht-Überzeugen-Wollens erfordert. Dabei machen sich Therapeut und Patient gemeinsam auf den Weg, um als neugierige Wissenschaftler die eigenen Annahmen und Hypothesen zu überprüfen. In einem Punkt jedoch sollten wir mit unserer anfänglichen Sicht bis heute recht behalten. Kognitive Umstrukturierung verlangt eine grundlegende Eigenschaft, die durch keine Technik ersetzbar ist: gesunden Menschenverstand.

Der Grund, weshalb kognitive Verfahren bei Ausbildungskandidaten in der Verhaltenstherapie möglicherweise zunächst weniger beliebt sind als verhaltensbasierte Interventionen, mag eben darin liegen, dass es für den gesunden Menschenverstand kein rezeptartiges Vorgehen gibt. Es erfordert Erfahrung, Aushalten von Unsicherheiten und Lernen am und vor allem vom Patienten. Die Botschaft soll an dieser Stelle deshalb lauten: Machen Sie sich mit den kognitiven Techniken vertraut und – 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.

Um Sie darin zu unterstützen, Techniken kennenzulernen und zu sehen, dass diese effektiv umsetzbar sind, bieten wir Ihnen Vorgehensweisen der kognitiven 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. Gleichzeitig betonen wir an verschiedenen Stellen auch die Bedeutung von verhaltensbezogenen Interventionen zur Überprüfung und Korrektur von Befürchtungen und Gedanken.

Der Text gliedert sich in vier Teile. Zunächst werden die allgemeinen theoretischen Grundlagen der Kognitiven Therapie dargestellt. Aufbauend auf dem kognitiven Modell wird schließlich das praktische Vorgehen Schritt für Schritt erklärt, wobei neben der Vermittlung des kognitiven Modells auf die Identifikation sowie die anschließende Modifikation dysfunktionaler Gedanken eingegangen wird. Im dritten Teil werden spezifische Techniken der kognitiven Umstrukturierung vorgestellt. Über die traditionellen Ansätze von Aaron T. Beck, Albert Ellis und Donald Meichenbaum hinaus werden im vierten Teil auch systemimmanente, metakognitive, akzeptanzbasierte und schematherapeutische Techniken beleuchtet, um das Repertoire für besondere Herausforderungen zu erweitern. Dabei liegt der Fokus auf dem gezielten Einsatz dieser Techniken in der Kognitiven Therapie.

Obwohl das vorliegende Buch kein rezeptartig aufbereitetes Therapiemanual darstellt, erhebt es den Anspruch, Ausbildungstherapeuten und erfahrenen Therapeuten ein Ratgeber für praktisch-therapeutisches Arbeiten zu sein. Mittels zur Verfügung gestellter Arbeitsblätter und Beispieldialoge soll ein direktes Umsetzen in die Therapie ermöglicht werden.

An dieser Stelle möchten wir noch Moritz und Hubert sowie Stephan und Janek danken, die uns in der Zeit der Anfertigung dieses Buches so oft dabei geholfen haben, unsere Gedanken zu strukturieren.

Zuletzt möchten wir mit aller Nachdrücklichkeit darauf hinweisen, dass in allen im Text genannten männlichen Formen stets die weibliche eingeschlossen ist. Der Einfachheit halber wurde auf deren explizite Nennung verzichtet.

Gera und Dresden,
März 2015

Franziska Einsle und Katrin Veronika Hummel

I Grundlagen der kognitiven Umstrukturierung

- 1 Kognition in der Verhaltenstherapie
- 2 Indikation und Kontraindikationen
- 3 Sokratischer Dialog als Grundhaltung der kognitiven Umstrukturierung

1 Kognition in der Verhaltenstherapie

Der Terminus »kognitive Umstrukturierung« erinnert beim ersten Hören zumeist an Begriffe wie Gehirnwäsche, Gedankenmanipulation oder Gedankenprogrammierung. Dabei basiert dieses zentrale Element der Kognitiven Verhaltenstherapie tatsächlich auf einer durch den Therapeuten angeleiteten Veränderung der gedanklichen Strukturen eines Patienten, die allerdings, im Gegensatz zu den oben genannten Begriffen, der Herstellung der Funktionsfähigkeit eines Patienten und somit dessen Wohlbefinden dienen.

Kognitive Umstrukturierung umfasst neben der Aufklärung über kognitive Zusammenhänge die Identifikation und Veränderung ungünstiger gedanklicher Strukturen (auch dysfunktionale Kognitionen). Unter den dysfunktionalen Kognitionen werden Verzerrungen der Wahrnehmung, negative Bewertungen, Fehlinterpretationen oder ungünstige Grundüberzeugungen bzw. Schemata subsumiert.

1.1 Historische Entwicklung

In den 1970er Jahren kam es in der Klinischen Psychologie zu einem Wandel in der Betrachtung psychischer Störungen. Bis dahin lag der Fokus auf dem Behaviorismus (»erste Welle« der Verhaltenstherapie), der bezogen auf die Entstehung psychischer Störungen davon ausging, dass Menschen zugrunde liegende ungünstige Verhaltensweisen durch ihre Umwelt »erlernen« (durch klassische und operante Konditionierung) und somit wenig Einfluss darauf haben. Ellis, Beck und Meichenbaum (s. Kap. 8–10) hingegen, als Vertreter verschiedener kognitiver Theorien und geprägt durch die Beschäftigung mit der Philosophie und eigenen therapeutischen Erfahrungen, sehen den Menschen nicht als ausgeliefertes Wesen. Vielmehr konstruiert sich der Mensch seine Umwelt selbst und speichert somit eine gedankliche Vorstellung seiner individuellen Realität ab (auch Kognitivismus). Prägende Philosophen für die Entwicklung kognitiver Theorien waren unter anderem Epiktet (50–138 n. Chr.) mit seiner Aussage: »Nicht die Dinge selbst beunruhigen die Menschen, sondern ihre Vorstellung von den Dingen«, aber auch Sokrates (469–399 v. Chr.) mit seiner Vorstellung von Wissensvermittlung als individuelle Konstruktion von Wahrheiten anstatt direkter Wissensvermittlung.

In jüngerer Zeit hingegen forderten Vertreter der Phänomenologie, wie beispielsweise Husserls, dass sich die Philosophie mehr darauf konzentrieren solle, was beobachtbar bzw. phänomenal ist, und weniger auf Deutungen der Welt (zit. nach Leahy, 2007; Wilken, 2013). Kognitive Therapeuten beschäftigen sich, aufbauend auf diesen philosophischen Wurzeln, damit, wie gedankliche Prozesse (Kognitionen) das Handeln und Fühlen von Menschen beeinflussen, und wie im Gegenzug ungünstige

kognitive Prozesse durch den Einbezug von Logik und Empirie zu beeinflussen sind. Eine Verschiebung des Interesses in der Psychologie hin zu kognitiven Prozessen und die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit Kognitionen u. a. durch Bandura, Kelly, Heider (zit. nach Wilken, 2013) gingen einher mit einer Reihe von technischen und gesellschaftlichen Entwicklungen (Digitalcomputer, Künstliche Intelligenz, Genetik, unzureichende Übertragbarkeit behavioristischer Modelle auf den Menschen) und somit auch mit einem »kognitiveren« Menschenbild.

Der Einbezug kognitiver Variablen in die Modelle zur Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen sowie die psychotherapeutische Veränderung dieser Variablen wird wissenschaftstheoretisch als kognitive Wende der Verhaltenstherapie (»zweite Welle« der Verhaltenstherapie) bezeichnet. Die kognitive Wende betont insbesondere die Bedeutung der Kognition für das Zustandekommen von spezifischen Emotionen und Verhalten im Rahmen eines kognitiven Modells. Dieses wiederum bildete die Grundlage für die Entwicklung psychotherapeutischer Techniken zur kognitiven Umstrukturierung.

1.2 Das kognitive Modell

Das kognitive Modell geht davon aus, dass Gefühle und Verhaltensweisen von Personen durch die Wahrnehmung bzw. Interpretation von Situationen beeinflusst werden. Somit nimmt die auslösende Situation auf emotionale und verhaltensmäßige Reaktion nur indirekt Einfluss über die Kognitionen (Leahy, 2007). Folgende Abbildung veranschaulicht das kognitive Modell, das sich bei einzelnen Vertretern kognitiver Theorien und Verfahren, beispielsweise im ABC-Modell von Ellis wiederfindet (vgl. Abschn. 8.1).

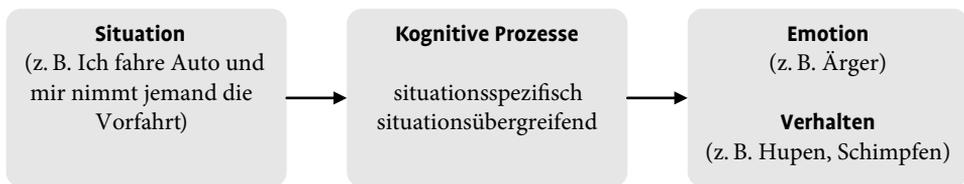


Abbildung 1.1 Schematische Darstellung des kognitiven Modells (modif. nach Wilken, 2013)

Unter kognitiven Prozessen sind Bewertungen, Annahmen, Hypothesen, Einstellungen, Selbstverbalisationen, kognitive Fehler, Vorwegnahmen und Antizipationen, Lebensregeln und -philosophien und Wahrnehmungen zu verstehen (s. a. Wilken, 2013). Da dem kognitiven Modell die Idee zugrunde liegt, dass kognitive Prozesse durch situationsspezifische (automatische) ebenso wie durch situationsübergreifende Kognitionen (bedingte Annahmen und Grundannahmen) gekennzeichnet sind, wird im Folgenden diese Unterteilung übernommen, nach der sich auch das konkrete Vorgehen der kognitiven Umstrukturierung unterscheiden lässt.

Automatische Gedanken

Automatische Gedanken stellen die oberste Ebene der Kognitionen dar, da sie spezifisch für bestimmte Situationen sind. Sie werden zwar in der Situation selten bewusst wahrgenommen, sind aber leicht zugänglich und liegen bei jedem Menschen vor (Beck, 2013). Diese Gedanken treten spontan auf und sind nicht das Ergebnis von Nachdenken oder Überlegen. Sie beeinflussen, wie sich Menschen in einer Situation fühlen und verhalten (s. Abb. 1.2).

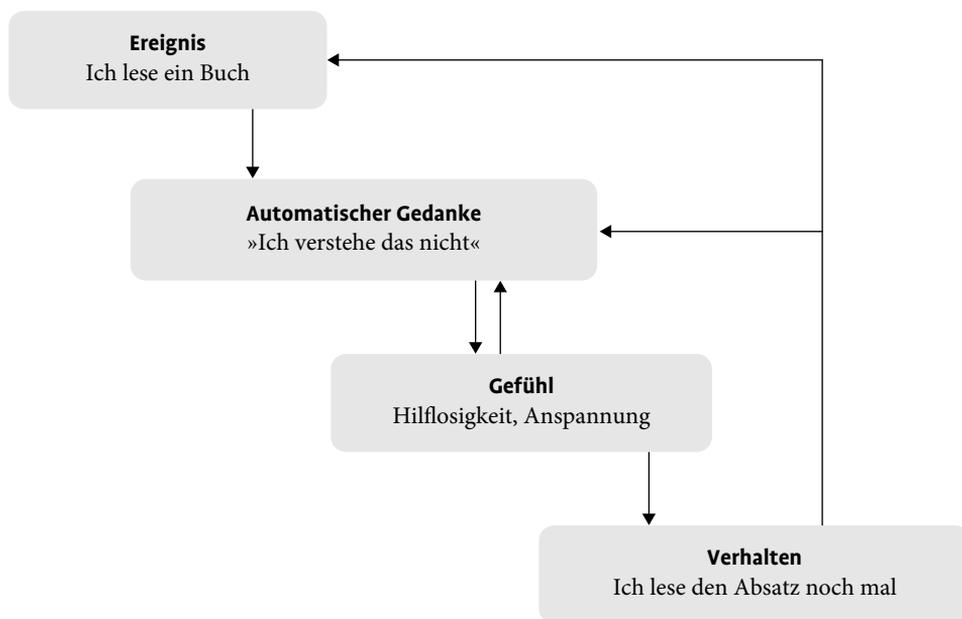


Abbildung 1.2 Schematische Darstellung der Bedeutung automatischer Gedanken (modif. nach Beck, 2013)

Unter »normalen«, also gesunden Bedingungen werden diese Gedanken an der Realität getestet. Reaktionen darauf, also Gefühle und Verhaltensweisen, können dann nach eigenen Wünschen angepasst werden.

Welche Art von automatischen Gedanken in einer bestimmten Situation aktiviert wird, hängt von früheren Lernerfahrungen ab, die die Sicht auf das Selbst, andere und die Welt prägen (und in Grundannahmen gespeichert sind). Bildlich lässt sich die Bedeutung von automatischen Gedanken als Resultat des Blicks durch eine Brille beschreiben, durch die die Umgebung und eigene Erlebnisse betrachtet werden. Dabei wird die Art der Ausgestaltung der eigenen Brille von kognitiven Therapeuten als »bedingte Annahme« oder auch als »Grundannahme« bezeichnet. Wird dabei die »rosarote Brille« (z. B. eine sehr optimistische Grundannahme, wie »Mir gelingt alles«) aufgesetzt, erfolgt eine andere Bewertung der Situation, also ein anderer automatischer Gedanke, als wenn durch die »tief-schwarz getönte Brille« (z. B. eine sehr pessimistische Grundannahme, wie »Mir gelingt nichts«) geschaut wird.

Bedingte Annahmen und Grundannahmen

Die Stabilität, in der die Kognitionen (automatische Gedanken) in den Situationen aktiviert werden, wird von den übergeordneten Annahmen (auch bedingte Annahmen) sowie den darüber liegenden Grundannahmen gesteuert (s. Abb. 1.3).



Abbildung 1.3 Zusammenhang zwischen automatischen Gedanken, bedingten Annahmen und Grundannahmen an einem Beispiel

Grundannahmen. Grundannahmen sind definiert als Einstellungen (auch Beliefs oder Schemata) gegenüber sich selbst, anderen Menschen und gegenüber der eigenen Umwelt, die sich basierend auf Erfahrungen in Interaktion mit der Umwelt seit der Kindheit entwickeln. Grundannahmen werden von der Person für wahr gehalten, sie sind sehr starr und übergeneralisiert, aber dennoch durch therapeutische Techniken veränderbar. Grundannahmen sind unabhängig von der auslösenden Situation, führen aber zu sogenannten bedingten Annahmen und über diese wiederum zu bestimmten situationsspezifischen automatischen Gedanken. Grundannahmen beeinflussen somit dauerhaft die Wahrnehmung von Situationen sowie das Denken, Fühlen und Verhalten in spezifischen Situationen und können somit einen wesentlichen Anteil bei der Entstehung psychischer Störungen ausmachen. Grundannahmen sind die Grundlage des Selbstkonzeptes eines Menschen und begründen die Art, wie Patienten ihr Leben gestalten.

Sie beeinflussen

- (1) wie eine Person Informationen aus der Umgebung filtert
- (2) welche Entscheidungen eine Person trifft
- (3) charakteristische Verhaltensweisen einer Person

Inbesondere in belastenden Lebenssituationen können stabile Grundannahmen den negativen Effekt eines Ereignisses potenzieren, aber auch im positiven Sinne reduzieren. Dabei nehmen sie, basierend auf dem kognitiven Modell, Einfluss auf die automatischen Gedanken in einer Situation und vermitteln dies auf aktuelle Symptome. Darüber hinaus haben Grundannahmen einen Einfluss auf unser zukünftiges Verhalten, insbesondere in Stresssituationen. Es ist davon auszugehen, dass sich Grundannahmen im Laufe des Lebens durch die Interaktion mit wichtigen anderen entwickeln und modifizieren, z. B. Eltern, Lehrer, Freunde. Außerdem haben kritische Lebensereignisse und traumatische Erfahrungen, aber auch sehr positive Erlebnisse, wie Erfolgssituationen, einen bedeutsamen Einfluss auf die Entwicklung von Grundannahmen. Weiterhin beeinflussen biologisch getriggerte Faktoren, wie Temperament, Intellekt sowie besondere Talente (genauso wie das Fehlen von Talenten, z. B. Attraktivität, musikalisches Talent), die Ausformung stabiler Grundannahmen.

Bedingte Annahmen. Basierend auf den Grundannahmen formen Menschen Annahmen über sich und ihre Umwelt aus, die auch als bedingte Annahmen bezeichnet werden. Diese lassen sich als »Wenn-dann-Verknüpfungen« verstehen (s. a. Kap. 9) und stellen Regeln darüber auf, wie ein Individuum bestimmte Situationen bewerten und einordnen soll. Bedingte Annahmen stellen somit einen Vermittler zwischen den Grundannahmen und den automatischen Gedanken dar.

Das kognitive Modell als ein Störungsmodell

Dem kognitiven Modell liegt die Idee zugrunde, dass aufgrund bestimmter Gedanken, die wiederkehrend in einer Situation aktiviert werden, psychische Störungen begründet sind und durch deren Veränderung eine Verbesserung des emotionalen Befindens und der Abbau ungünstigster Verhaltensweisen zu erreichen ist. Solche Gedanken werden als »dysfunktionale Gedanken« bezeichnet, wobei die einzelnen kognitiven Theorien diesen Begriff unterschiedlich definieren (s. Kap. 8–10). Dysfunktionale Gedanken führen zu überdauernden Gefühls- und Verhaltensmustern, die meist inkongruent zu den eigenen Werten und Zielen sind. Daher kann der Begriff »dysfunktional« gleichgesetzt werden mit unangemessen, nicht zielführend oder nicht hilfreich.

Auf der Ebene der automatischen Gedanken lassen sich unterschiedliche Typen dysfunktionaler Kognitionen unterscheiden. Diese automatischen Gedanken sind durch eine Verzerrung oder fehlerhafte Schlussfolgerung geprägt und werden als kognitive Fehler (s. Abschn. 4.3) beschrieben.

Typen ungünstiger automatischer Gedanken

- ▶ **Typ 1:** Die Gedanken sind verzerrt und treten trotz objektiv widersprechender Anhaltspunkte auf. Beispiel: »Ich hab in der ersten Arbeit nur eine Zwei

bekommen. Ich kann dieses Fach nicht bestehen, wenn ich schon am Anfang nicht *alles* verstehe!«

- ▶ **Typ 2:** Die Gedanken sind zutreffend, aber die daraus gezogene Schlussfolgerung ist falsch. Beispiel: »Ich habe nicht das gemacht, was ich meiner Mitbewohnerin versprochen habe. Deshalb bin ich ein schlechter Mensch.«
- ▶ **Typ 3:** Die Gedanken sind ebenfalls zutreffend, aber offensichtlich dysfunktional. Beispiel: »Ich brauche noch Stunden, um das hier fertigzustellen. Wahrscheinlich werde ich die ganze Nacht daran arbeiten müssen.«, statt: »Ich werde noch lange brauchen, aber ich schaffe das schon.«

Zu fehlerhaften Schlussfolgerungen oder verzerrten Wahrnehmungen, also zu kognitiven Fehlern, kommt es nach Annahmen des kognitiven Modells durch die stabilen Grundannahmen, wie das folgende Beispiel verdeutlicht.

Wenn ich einen Vortrag halten muss (Situation) und basierend auf meiner Grundüberzeugung (auch Schema oder Grundannahme) »Ich bekomme nie etwas auf die Reihe, ich bin ein Versager« den Gedanken habe »Alle werden mich anstarren« oder »Ich werde mich dauernd versprechen und die anderen lachen mich aus« (automatischer Gedanke), wird dies dazu führen, dass ich Angst empfinde (emotionale Reaktion), eine vermehrte körperliche Anspannung erlebe (physiologische Reaktion) und die Situation verlasse (motorische Reaktion). Aufgrund der kurzfristigen Konsequenz (z. B. »Ich habe die Situation überstanden«) erfolgt keine Korrektur, sondern eine Aufrechterhaltung der Kognitionen (langfristige Konsequenz) und damit auch eine Stabilisierung der emotionalen und verhaltensbedingten Symptomatik, was somit zur Aufrechterhaltung der psychischen Störung führt.

Würde ich in der Situation »Vortrag« aufgrund anderer Grundannahmen (z. B. »Ich kann meine Umgebung beeinflussen, ich bin selbstwirksam«) etwas anderes denken, z. B. »Ich werde das schaffen, ich bin gut vorbereitet und weiß, was ich zu tun habe«, werde ich vielleicht auch angespannt sein, aber kaum Angst empfinden und die Situation wahrscheinlich auch tatsächlich erfolgreich meistern.

Wie sich zeigt, finden sich die automatischen Gedanken und Grundannahmen an unterschiedlichen Stellen der Verhaltensanalyse wieder (Hautzinger, 2011c). Während automatische Gedanken die gedankliche Reaktion (R_{kognitiv}) im Rahmen der vertikalen Verhaltensanalyse widerspiegeln, finden sich die Grundannahmen als deren Voraussetzung in der Organismusvariable (O-Variable) wieder, der die horizontale Verhaltensanalyse (auch Makroanalyse, u. a. Sulz, 2011) zugrunde liegt.

Kognitive Umstrukturierung

Basierend auf der Annahme des kognitiven Modells, dass Personen über die Veränderungen ihrer Gedanken auch ihr Erleben und Verhalten in entscheidendem Maße selbst verändern können, liegt der Ansatzpunkt des therapeutischen Arbeitens auf der Veränderung krankmachender, dysfunktionaler Denkmuster. Als dysfunktionale Gedanken werden alle Gedanken einer Person betrachtet, die als ungünstig, unpassend,