

Kognitive Interventionen

Bearbeitet von
Martin Hautzinger, Patrick Pössel

1. Auflage 2017. Buch. Rund 160 S. Softcover
ISBN 978 3 8017 2831 1
Gewicht: 1 g

[Weitere Fachgebiete > Psychologie > Psychotherapie / Klinische Psychologie](#)

schnell und portofrei erhältlich bei


DIE FACHBUCHHANDLUNG

Die Online-Fachbuchhandlung beck-shop.de ist spezialisiert auf Fachbücher, insbesondere Recht, Steuern und Wirtschaft. Im Sortiment finden Sie alle Medien (Bücher, Zeitschriften, CDs, eBooks, etc.) aller Verlage. Ergänzt wird das Programm durch Services wie Neuerscheinungsdienst oder Zusammenstellungen von Büchern zu Sonderpreisen. Der Shop führt mehr als 8 Millionen Produkte.

Kognitive Interventionen

Martin Hautzinger
Patrick Pössel

Leseprobe

Erfahren Sie mehr auf
unserer Webseite unter:
hgf.io/standards-01

Standards der
Psychotherapie

 **hogrefe**

Kognitive Interventionen

Standards der Psychotherapie
Band 1

Kognitive Interventionen

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

Herausgeber der Reihe:

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

Martin Hautzinger
Patrick Pössel

Kognitive Interventionen

 **hogrefe**

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

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

Mehr Informationen über unsere neue Buchreihe *Standards der Psychotherapie* finden Sie auf unserer Webseite unter hgf.io/standards-01.

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

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

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

Satz: Mediengestaltung Meike Cichos, Göttingen

Leseprobe
© 2016 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen

Inhaltsverzeichnis

Einführung	1
1 Kognitive Modelle und Konzepte	4
1.1 Rational-emotive Theorie	5
1.2 Reformulierte Rational-Emotive-Theorie	8
1.3 Kognitive Theorie psychischer Störungen	9
1.3.1 Ursprüngliche Kognitive Theorie	10
1.3.2 Theorie der „core beliefs“	13
1.4 Schematheorie	15
1.5 Informationsverarbeitung bei Ängsten	18
1.6 Selbstinstruktionstheorie	21
1.7 Hilflosigkeits- und Hoffnungslosigkeitstheorie	23
1.8 Theorie der Selbstkontrolle	27
1.9 Response Stile und repetitives Denken	31
1.10 Metakognitive Modelle	32
1.11 Achtsamkeit (Mindfulness) und Akzeptanz	38
1.12 Weisheitstheorie	41
1.13 Modell der sozialen Informationsverarbeitung	44
1.14 Schlussfolgerungen und Überleitung	47
2 Diagnostik und Indikation	49
2.1 Selbstbeobachtung automatischer Gedanken	49
2.2 Angstkognitionen (ACQ)	49
2.3 Dysfunktionaler Einstellungen (DAS)	50
2.4 Attributionstil (ASQ)	51
2.5 Response Stil (RSQ)	52
2.6 Rumination (RS)	52
2.7 Schemata (YSQ)	53
2.8 Achtsamkeit und Akzeptanz (FFA und MAAS)	53
2.9 Indikation kognitiver Interventionen	54
3 Praktische Umsetzung und Therapie	56
3.1 Grundmerkmale kognitiver Therapien	59
3.2 Gesprächsführung und Interaktionen bei kognitiven Therapien	60
3.3 Gedankenkontrollen	65
3.3.1 Verdeckte Gedankenkontrolle	66
3.3.2 Gedankenstopp	67

3.3.3	Pumptchnik: Gedankenkarten	68
3.4	Selbstinstruktionen und kognitives Erproben	71
3.4.1	Selbstverbalisationstraining	71
3.4.2	Stressbewältigungstraining	73
3.4.3	Kognitive Probe	74
3.4.4	Stressimpfung	76
3.4.5	Zeitprojektion	77
3.4.6	Idealisiertes Selbstbild	77
3.5	Kognitive Therapie	78
3.5.1	Entdecken und Beobachten von automatischen Gedanken ..	80
3.5.2	Erkennen kognitiver Verzerrungen	82
3.5.3	Spaltenprotokolle negativer Gedanken	84
3.5.4	Realitätstesten und Experimentieren	85
3.5.5	Alternative Erklärungen, Reattribuierungstechnik	86
3.5.6	Rollentausch	87
3.5.7	Stuhldialog	88
3.5.8	Entkatastrophisieren	89
3.5.9	Problematisches Denken überprüfen	91
3.5.10	Grundüberzeugungen erkennen und verändern	92
3.5.11	Werte erkennen und bearbeiten	97
3.5.12	Weisheitstherapie	101
3.5.13	Humorthherapie	103
3.6	Metakognitive Therapien	105
3.6.1	Problemlösen	105
3.6.2	Metakognitives Training	109
3.6.3	Metakognitive Therapie	110
3.7	Akzeptanz und Achtsamkeit	115
3.7.1	Akzeptanz und Selbstverpflichtung	115
3.7.2	Achtsamkeit	117
4	Evidenzlage und wissenschaftliche Beurteilung ..	121
4.1	Gedankenkontrollen	121
4.2	Selbstinstruktionen und kognitives Probehandeln	121
4.3	Kognitive Therapien	122
4.4	Metakognitive Therapien	123
4.5	Akzeptanz und Achtsamkeit	124
5	Anwendungsbeispiele kognitiver Interventionen ..	125
5.1	Behandlung Sozialer Phobien	125
5.2	Behandlung Posttraumatischer Belastungsstörungen	127
	Weiterführende Literatur	129
	Literatur	129
	Anhang	137

Einführung

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

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

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

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

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

Denken und
Informations-
verarbeitung

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

Selbstwirksamkeit und Mindfulness

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

Reziprozität von Denken, Affekt und Verhalten

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

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

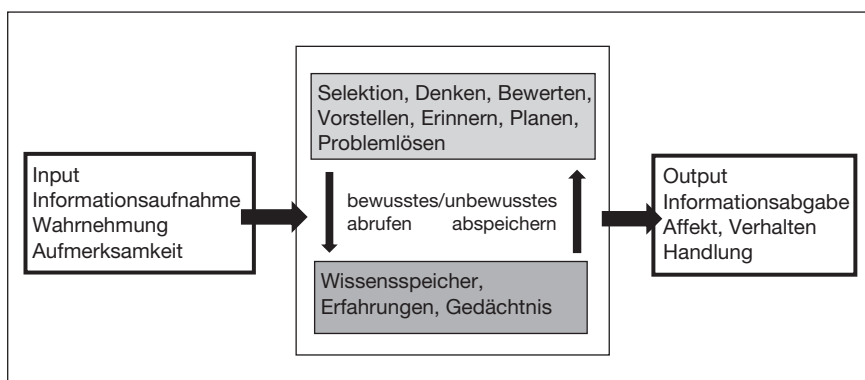


Abbildung 1: Grundlegendes kognitives Modell

Ziele dieses Buches

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

3 Praktische Umsetzung und Therapie

Kognitive Interventionen verbreitet und wesentlich

Die Bearbeitung und Therapie kognitiver Prozesse begann mit Cautela (1967) und basierte noch auf dem lerntheoretischen Modell der verdeckten Konditionierung. Weitere Überlegungen und klinische Anwendungen haben dann vor allem A.A. Lazarus (1971), Meichenbaum (1977) und Mahoney (1974) vorgeschlagen, um so gemeinsam mit parallelen Entwicklungen (z. B. Kanfer & Goldstein, 1975) die „kognitive Wende“ in der klinischen Psychologie und Psychotherapie zu vollziehen. Heute existieren elaborierte und evaluierte Therapiekonzepte und Therapiehandbücher für fast alle psychischen Störungen (Hautzinger, 2011). Dabei kommen selten alleine kognitive Interventionen zur Anwendung, sondern diese sind dabei ein wesentliches Element zur Einleitung und Erreichung dauerhafter Verhaltensänderungen.

Unterschiedliche Herangehensweisen in Therapie

Kognitive Interventionen teilen wir in fünf Kategorien ein, die sich grundlegend in zwei, eigentlich sich widersprechenden Herangehensweisen unterscheiden lassen (vgl. Abbildung 17). Eifert und Forsyth (2005) haben diesen Widerspruch bzw. Unterschied einmal folgendermaßen zugespitzt ausgedrückt:

Mainstream CBT ... conceptualize thoughts, feelings and behavior as problems that warrant clinical attention. ... The word ‚mastery‘ as contained in the titles of most manuals is not accidental and reflects the underlying philosophy and approach of such treatments: ... to assist patients in becoming better at controlling. We (ACT) suggest a different strategy, which is to directly address the struggle to control and avoid unwanted thoughts and feelings: ... relax with negative feelings by being and moving with it. It means being willing to live such a life and take the totality of personal pains and joys along the ride.

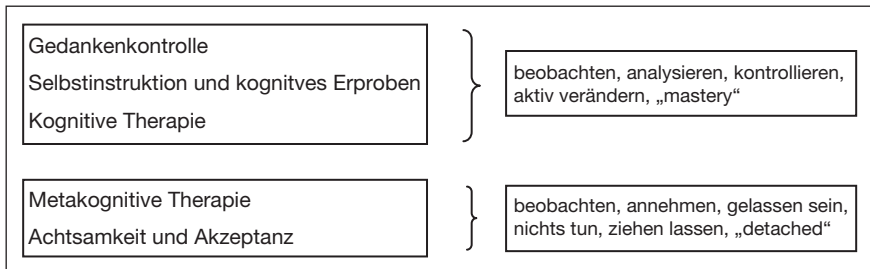


Abbildung 17: Kategorien kognitiver Interventionen

Das Vorgehen kognitiver Interventionen lässt sich generell in *fünf Schritte* unterteilen:

1. *Entdecken (beobachten, wahrnehmen) von kognitiven Vorgängen.* Beobachtung (Selbstbeobachtung) von emotionalem bzw. somatischem Befinden (z. B. Schmerzen, Angst, Panik, Niedergeschlagenheit, Wut usw.) und der dabei auftretenden kognitiven Vorgängen (z. B. automatische Gedanken, Bedeutungen, Ansprüche, Sorgen), welche funktionalen und dysfunktionalen Charakter haben können.
2. *Erkennen wie Kognition auf Fühlen und Handeln steuernd einwirken.* Erkennen und Akzeptieren des Zusammenhangs von Emotionen, Kognitionen und Verhalten. Insbesondere der Bedeutung von kognitiven Prozessen auf das emotionale Erleben und somatische Befinden. Dabei geht es darum, dass Patienten anhand eigener Beobachtungen akzeptieren, dass die automatisch, unbewusst ablaufenden Kognitionen das Befinden, die Beschwerden und die krankhaften Prozesse steuern. Diese Erkenntnis wird als neue Stärke („empowering“) erlebt, da Patienten damit Kontrolle über somatische und psychische Beschwerden, Erleben, Affekt und Verhalten erlangen können.
3. *Veränderter Umgang mit kognitiven Automatismen.* (a) Evidenzüberprüfung: Die erkannten verzerrten Kognitionen (automatischen Gedanken, Regeln, Schemata, Grundüberzeugungen, Selbstinstruktionen) werden einer kritischen Analyse unterzogen. Es geht darum die dysfunktionalen Kognitionen zu hinterfragen, zu überprüfen, Belege für und gegen bestimmte Gedanken zu finden, Alternativen bzw. hilfreichere, situationsangemessenere, freundlichere Gedanken (Urteile, Einschätzungen, Selbstbeurteilungen usw.) zu finden und zu formulieren. (b) Akzeptanz und achtsames Annehmen: Gedanken von einer Metaposition aus wahrnehmen, achtsame und gelassene Aufmerksamkeit schenken, nicht vermeiden, sondern annehmen, nicht verändern wollen, sondern zulassen, wodurch die Gedanken sich auflösen, weiterziehen, verschwinden.
4. *Training der neuen Strategien (Übungs- und Lernphase unter Anleitung).* Die neuen Erkenntnisse, die hilfreichereren und funktionaleren Gedanken, die Haltung der Akzeptanz und Achtsamkeit müssen nun intensiv und über längere Zeit unter Anleitung trainiert werden. Nur über die Erfahrung (Lernen), dass die neuen Strategien und Herangehensweisen hilfreich sind, emotionale Blockaden und Rumination, Selbstabwertungen und Impulsivität dadurch vermieden werden, entwickeln sich neue Verarbeitungsmuster, Gedächtnisinhalte und Netzwerke. Dabei kommt es immer wieder zu Rückschlägen und dem automatischen Auftreten alter, dysfunktionaler Muster. Dies erfordert Hilfestellung und Bestärkung, Anpassen und gemeinsames Üben.

5. *Selbstständige Anwendung und Beibehalten der neuen Strategien.* Die Veränderung von kognitiven Prozessen und die Entwicklung einer veränderten Haltung gegenüber negativen, spontan sich aufdrängenden Gedanken dauern und machen ein längerfristiges, selbstständiges Arbeiten erforderlich. Die alten kognitiven Netzwerke sind tief verankert und noch lange aktiv. Der neue Umgang mit Gedanken, das veränderte, konstruktive, selbstwirksame Denken muss trainiert werden. Vergleichbar einem Muskel und körperlichen Bewegungsabläufen, die erst durch regelmäßiges Training und häufiges Benutzen automatisiert werden. Daher sind Selbstkontrolle und selbstständiges Anwenden weit über die Therapie hinaus nötig.

**„Kognitive Prozesse ändern, ist ganz schön schwer“ –
eine Metapher**

Stellen Sie sich einen tief im Dschungel lebenden Menschenstamm vor. Die Gruppe lebt in ihren aus Zweigen und Blattmaterial gebauten Hütten. Wasser, Früchte, Gemüse und Tiere gibt es ausreichend. Doch auch so ein paradiesisches Leben macht es notwendig, gelegentlich die vom Körper verbrauchten Materialien auszuscheiden. Dafür hat die Dorfgemeinschaft 80 Meter von den Hütten entfernt, hinter ein paar Büschen und Bäumen ein Loch gegraben. Diese „Toilette“ wird von allen mehrfach am Tag aufgesucht. Entsprechend ist inzwischen der Weg zu dem Toilettenloch ausgetrampelt, breit und leicht zu finden. Selbst im Dunkeln, ohne Mondschein, finden die Dorfbewohner das Plumpsklo. Irgendwann, nach vielen Monaten oder gar Jahren ist jedoch das Loch voll und nicht länger zu benutzen. Nun gräbt die Dorfgemeinschaft in eine andere Richtung ein neues Loch. Der Weg dorthin wird notdürftig von Büschen und kleinen Bäumen befreit. Diesen neuen Weg zu finden, fällt anfangs selbst am Tag zunächst schwer. Stellen Sie sich nun vor, dass seit einem Tag das neue Toilettenloch besteht. In der Nacht werden Sie von heftigen Bauchschmerzen wach und müssten wegen des sich ankündigenden Durchfalls eigentlich schon beim Klo sein. Sie springen auf, rennen los. Wohin rennen Sie in Ihrer Not? Natürlich in die alte, falsche Richtung. Vielleicht fällt Ihnen auf halbem Weg ein, dass Sie falsch unterwegs sind und kehren um, Sie schaffen es jedoch nicht rechtzeitig zum neuen Klo, wofür Sie sich heftige Vorwürfe machen.

So muss man sich unser neuronales Netzwerk vorstellen. Ein Gewirr von ausgetretenen Trampelpfaden, die wir im Schlaf finden und gewohnheitsmäßig gehen. Wenn Sie nun Einstellungen, Werthaltungen, Regeln, Bewertungen und den Umgang damit ändern wollen, dann rennen Sie immer wieder in die alte, falsche Richtung und „machen sich immer wieder in die Hose“. Erst allmählich, durch viel Üben und täglicher Benutzung der im Folgenden vorgeschlagenen Hilfen, entsteht ein neues

Netzwerk. Machen Sie sich keine Vorwürfe, dass die alten Trampelpfade so mächtig sind. Dafür können Sie nichts! Entwickeln Sie sich selbst gegenüber Akzeptanz und Gelassenheit, Geduld, Verständnis und Toleranz.

3.1 Grundmerkmale kognitiver Therapien

Die kognitiven Interventionen sind durch ein strukturiertes, problemzentriertes, auf die Bearbeitung konkreter, alltagsnaher Schwierigkeiten ausgerichtetes Vorgehen charakterisiert. Die Interaktion zwischen Therapeuten und Patienten ist am besten als kooperatives Arbeitsbündnis zur Lösung der Probleme der Patienten zu beschreiben. Therapeuten sind aktiv, direktiv, interessiert, neugierig, bemüht, empathisch, doch zielorientiert. Durch Erklärungen werden Verbindungen zwischen den persönlichen Erfahrungen (Lebensgeschichte) und einem kognitiven Verständnis psychischer Störungen hergestellt, um daraus dann die Motivation zur weiteren Mitarbeit, zur Initiierung von Veränderungen und vor allem zum längerfristigen Üben zu schaffen.

Der Aufbau von Therapiemotivation ist für jede Veränderung, somit auch für die kognitiven Interventionen entscheidend. Kanfer und Mitarbeiter (2012) beschreiben sieben zentrale Elemente zur Erzeugung bzw. zum Erhalt von Veränderungsmotivation:

**Aufbau von
Therapie-
motivation**

- Motivation durch Maximieren der persönlichen Kontrolle des Patienten,
- Selbstgesetzte Ziele als Quelle der Motivation,
- Motivation durch Steigerung der Selbstwirksamkeitserwartung,
- Motivation durch Selbststeuerung des Verhaltens,
- Motivation durch maximale Transparenz des therapeutischen Vorgehens,
- Motivation durch das Prinzip der Freiwilligkeit,
- Motivation durch Reduktion von Demoralisierung und Erzeugung von Optimismus

Diese Bedingungen werden nicht dadurch geschaffen, dass Therapeuten den Patienten alles abnehmen oder analysieren. Vielmehr ist ein wesentliches Merkmal, dass Therapeuten über die Art zu fragen bzw. zu interagieren die Patienten dazu bringt, die automatischen Gedanken und Grundüberzeugungen auszudrücken, zu hinterfragen, nach Alternativen zu suchen, einer Realitätsprüfung zu unterziehen und diese dann selbstständig weiter zu führen (fortgesetztes Erproben). Dieser Interaktionsstil, auch „sokratische Methode“ oder gelenktes Entdecken genannt, hilft verschiedene Sichtweisen, alternative Erklärungen und selbstwertfreundlichere Interpretationen „selbstständig“ zu generieren, was kognitive Dissonanz erzeugt und so Veränderung einleitet.

3.2 Gesprächsführung und Interaktionen bei kognitiven Therapien

Konkret, empathisch, änderungsorientiert

In verschiedenen kognitiven Ansätzen gibt es Empfehlungen, wie die Gesprächsführung und die Interaktion vom Therapeuten gestaltet werden sollte, um Patienten Einsichten zu vermitteln, zu motivieren oder zu einer Handlung zu bewegen.

Merke: Techniken der Gesprächsführung (Kanfer et al., 2012; Stavemann, 2002)

- *Naive Rolle*: Bei dieser „Gesprächstechnik“ nimmt der Therapeut die Rolle einer naiven Person ein. Im Rahmen dieser Rolle hält sich der Therapeut mit Vermutungen zurück, bis der Patient selbst solche äußert. Zum geeigneten Zeitpunkt benutzt der Therapeut ganz vorsichtig verbale Anstöße, Hinweise und Anregungen, so dass der Patient im Idealfall selbst eine Idee oder Vermutung äußert.
- *Konkretisierung*: Bei diesem Interaktionsstil bittet der Therapeut den Patienten kontinuierlich bestimmte Aspekte seiner Aussagen zu konkretisieren und zu präzisieren. Er stellt Fragen um vage Schilderungen in exakte Beschreibungen zu transformieren. Hierbei übernimmt der Therapeut immer die Verantwortung dafür, wenn er eine bestimmte Situation noch nicht richtig verstanden hat. Hierbei kann er auch verschiedene Aussagen so umformulieren, dass Inkonsistenzen in den Aussagen des Patienten deutlicher zutage treten. Anschließend wird der Patient gebeten zur Klärung des Aspektes beizutragen.
- *Spezifische Informationen*: Bei dieser Technik besteht der Therapeut auf spezifischen Informationen. Das Ziel dieses Vorgehens ist es, den Patienten zu bewegen von globalen Behauptungen und damit von einer automatisierten Informationsverarbeitung zu einer spezifischen, konkreten und bewussten Auseinandersetzung mit dem aktuellen Gesprächsthema und den damit verbundenen Problemen zu wechseln.
- *Kontrollierte Informationsverarbeitung*: Um eine kontrollierte Informationsverarbeitung bei Patienten zu initiieren, assistieren Therapeuten den Patienten bei der Unter- bzw. Durchbrechung alter, gewohnheitsmäßiger Denk-, Gefühls- und Verhaltensmuster, die ein Problem aufrechterhalten. Möglichkeiten kontrollierte Informationsverarbeitung zu initiieren sind:
 - a) Fragen in einer Form zu stellen, die ein Patient so noch nicht gehört hat;
 - b) Fragen zu stellen, die eine Neuverarbeitung vertrauter Informationen erfordern, wie z. B. Vergleiche anstellen lassen;
 - c) bei wichtigen Themen beharrlich nach Details zu fragen, nicht abschweifen;
 - d) Bewertungen, wie bzw. was im Moment das Wichtigste ist, vornehmen zu lassen und reflexive Fragen zu stellen („Was bedeutet es für Sie, wenn ...?“);

- e) zusammenfassen zu lassen, generelle Regeln zu abstrahieren, Erklärungen zu finden oder Analogien bilden zu lassen;
 - f) Fantasie und „Was-wäre-wenn“-Fragen zu stellen;
 - g) Abläufe künstlich zu verlangsamen und in Zeitlupe zu analysieren (ggf. auch im Rollenspiel, mit Videofeedback);
 - h) kognitive „Schocks“ zu präsentieren, d.h. Patienten über den negativsten Ausgang einer Problemsituation spekulieren zu lassen;
 - i) Patienten sich in andere Person hineinversetzen lassen (Perspektive zu wechseln).
- *Methode der unvollendeten Sätze:* Diese Technik dient dazu den Patienten dazu anzuregen, selbstständiges Denken und Verhalten an den Tag zu legen. Hierbei soll der Patient ein Stück weit mit dem Therapeuten denken und entsprechende Folgerungen ziehen. Hierzu beginnt der Therapeut einen Satz und hält dann inne, damit der Patient den Satz vervollständigen kann.
 - *Empathische Akzeptanz bei gleichzeitiger Betonung von Alternativen:* Bei diesem Vorgehen werden die Probleme des Patienten akzeptiert, ohne vorschnelle Änderungsvorschläge zu machen. Aber gleichzeitig versucht der Therapeut, dem Patienten mögliche Alternativen vorzuführen, indem er den Patienten nach Details seines Verhaltens befragt, dass er zeigen würde, wenn er sein Problem nicht hätte. Auf diese Weise soll die Aufmerksamkeit des Patienten weg von den Problemen hin zu potenziellen Zielen und alternative Verhaltensweisen gelenkt werden.
 - *Ziel- und Änderungsorientierung:* Um die Aufmerksamkeit eines Patienten auf solche Aspekte eines Problems zu lenken, die dem Therapeuten veränderbar erscheinen, hebt letzterer diese Aspekte dadurch hervor, dass er sie auf der Problembeschreibung des Patienten löst und nachfragt, ob ein alternatives Verhalten in Bezug auf diesem Aspekt zu einer Abnahme der Symptomatik führen würde.
 - *Konstruktives Nachdenken über Implikationen einer Veränderung:* Dieser Gesprächsstil soll vor allem dann zum Tragen kommen, wenn erste Ideen über mögliche Veränderungen und deren Auswirkungen formuliert werden. Bei diesem Vorgehen versucht der Therapeut ansatzweise Vermutungen aufzustellen, die der Patient nachvollziehen und vollenden soll. Hierbei können Aussagen des Patienten über veränderbare Aspekte seines Problems vom Therapeuten so zusammengefasst werden, dass Patienten nahegelegt wird, eine Veränderung dieser Aspekte anzustreben.

Ein *sokratischer Dialog* beschreibt ursprünglich eine philosophische Diskursmethode, die zur Reflexion, Selbstbesinnung und Überprüfung eigener Normen und Vorurteile anleiten soll und eigenverantwortliches Denken fördern will. Charakteristisch ist die totale Abstinenz von dogmatischer Wissensvermittlung. Statt eine neue Wahrheit zu lehren, wird dem Ge-

**Interessiertes,
sokratisches
Fragen**

sprächspartner mithilfe einer Fragetechnik aufgezeigt, wie er seine individuelle *Wahrheit* selbst findet. In der Position des naiven Fragers („Ich weiß, dass ich nichts weiß.“) prüft Sokrates behauptetes Wissen so lange und verwickelt seine Gesprächspartner derart in Widersprüche, bis sie angesichts aufgezeigter Lücken und Unlogiken ihr Nicht-Wissen eingestehen und in einen Zustand innerer Verwirrung (Dissonanz) geraten. Die derart erzielte massive Verunsicherung sei förderlich für Änderungsprozesse, denn erst die Einsicht in die Untauglichkeit der alten Sichtweise lasse sie nach einer neuen suchen. Auf dem *Zustand innerer Verwirrung* aufbauend, erarbeitet Sokrates mit seiner Methode der *regressiven Abstraktion*, dem Rückschluss vom Einzelnen zum Allgemeinen, neue philosophische Erkenntnisse, ohne dabei neues Wissen zu vermitteln. Diese Technik nennt Platon folgerichtig *Hebammenkunst*, da Sokrates nicht selbst Einsichten gebäre, sondern anderen beim Hervorbringen eigener, individueller Wahrheit helfe.

Der *psychotherapeutische sokratische Dialog* wird demzufolge definiert als Dialogtechnik, die mit einer nicht wissenden, naiv fragenden, um Verständnis bemühten, zugewandten, akzeptierenden Therapeutenhaltung chronologisch verschiedene Phasen durchläuft. Wie im philosophischen Modell sollen Patienten, von Alltagserfahrungen ausgehend, durch geleitete konkrete naive Fragen alte Sichtweisen reflektieren, Widersprüche und Mängel erkennen, selbstständig funktionale Erkenntnisse erarbeiten und alte, dysfunktionale Ansichten zugunsten der neu erstellten aufgeben, um ein widerspruchsfreies, selbstbestimmtes, eigenverantwortliches Leben führen zu lernen. Dazu nutzen Therapeuten unterschiedliche Frage- und Disputationstechniken.

Beispielinteraktion: Sokratische Gesprächsführung

Pat.: Ich weiß nicht wie ich das schaffen soll (Tochter, Haushalt, Arbeit).

Th.: War Ihre Frau früher schon einmal alleine verreist oder im Krankenhaus?

Pat.: Ja, sie war vor einigen Jahren einmal für 3 Wochen auf Erholung (Kur).

Th.: Wer hat damals für die Tochter gesorgt, die Wäsche gemacht, den Haushalt?

Pat.: Ich natürlich, doch gelegentlich hat mir jemand geholfen.

Th.: Gingen Sie in dieser Zeit auch arbeiten?

Pat.: Ja, klar.

Th.: Und wer kümmerte sich um die Tochter?

Pat.: Die war in der Schule und dann habe ich eine Nachmittagsbetreuung organisiert oder habe die Nachbarn gefragt.

Th.: Wer hat den früher, als Ihre Frau noch da war, gekocht, die Einkäufe gemacht und sich um die Tochter gekümmert?

Pat.: Meistens ich. Das konnte ich besser. Ich war sogar froh, wenn sie nicht reingeredet hat.

Th.: Interessant. Wie passt diese Erfahrung zu Ihren Gedanken, dass Sie „das alles nicht schaffen“? Das müssen Sie mir erklären.

Pat.: (*stutzt*) ... wenn Sie das so sagen ... stimmt es nicht.

Ausgangspunkt einer sokratischen Gesprächsphase sind zentrale, einseitige, absolutistische automatische Bewertungen (z. B. „Das schaffe ich nicht.“), Erlebnisse und ihre subjektive Bedeutung (z. B. „Da habe ich versagt.“) oder Überzeugungen und Einstellungen (z. B. „Ich verliere immer“) oder Wertvorstellungen und Ansprüchen (z. B. „ewige Treue“ oder „fehlerlos sein“). Therapeuten versuchen nun jedoch nicht, diese Kognitionen durch Gegenargumente zu entkräften, sondern beginnen, Fragen und Hypothesen zu formulieren, die die Bedeutung, die Schlussfolgerung usw. der Aussage offenlegen, so dass die realitätsverzerrende Verarbeitung der Patienten „von selbst“ klar wird. Bei Patienten soll durch die sokratische Methode kognitive Dissonanz erzeugt werden und damit in die Lage versetzt werden, selbst zu entdecken, dass ihre gewohnte Art zu denken nur eine mögliche Form ist und dass es für die Erklärung eines bestimmten Ereignisses sehr viele andere Interpretationen gibt, die ebenso berechtigt bzw. sogar realitätsgerechter sind.

Formal wird das sokratische Vorgehen von einigen in zwei (oder auch mehr) Vorgehensweisen unterschieden, die jedoch flexibel zu handhaben sind:

- *Explikatives Vorgehen*: Dabei geht darum Patienten bestimmte Wertbegriffe definieren („Was heißt: Solidarität?“) zu lassen. Der Dialog beginnt mit einem konkreten Beispiel aus dem Patientenalltag und schließt mit einer funktionalen Definition. Explikative Diskurse mit dem Ziel „negativer“ Begriffsklärung enden meist im Zustand innerer Verwirrung und der Erkenntnis, dass der angestrebte Wert real nicht existiert und damit unrealistisch ist (z. B. Perfektionismus, Sicherheit oder Gerechtigkeit).
- *Normative Vorgehen*: Dies dient der Überprüfung, ob bestimmte Einstellungen oder Handlungen von Patienten gemäß der (Lebens-)Ziele (a) moralisch oder (b) zielführend sind (z. B. „Darf/soll ich abtreiben?“). Sie beginnen mit der Formulierung der Fragestellung, die von konkreten Alltagsbeispielen ausgeht, und enden mit der Entscheidung des Patienten.

Es lassen sich *neun spezifische Ziele und Möglichkeiten* beschreiben, um durch die geschickte Gesprächsgestaltung therapeutisch wirksam zu werden (vgl. Kasten).

**Prinzipien zur
Einleitung von
Veränderungen**

Merke: Prinzipien der therapeutischen Gesprächsführung zur Einleitung von Veränderungen

- a) Ergründung der inadäquaten Kognitionen der Patienten (Erinnerungen, Bilder), die mit unangenehmen Affekten oder depressivem Verhalten verbunden sind.
- b) Überprüfung der Bedeutung, die Patienten einem bestimmten Ereignis oder einer Reihe von Umständen beimessen.
- c) Verdeutlichung der Neigung von Patienten, positive Erfahrungen ausnahmslos zu verleugnen, abzuwerten oder nicht wahrzunehmen.
- d) Unterstützung der Patienten bei der Einschätzung unangepassten Verhaltens („Was haben Sie zu verlieren? Welchen Vorteil bringt es, Missfallen durch Selbstbehauptung zu erregen? Welche Nachteile gibt es? Was gewinnen Sie, wenn Sie im Bett bleiben?“).
- e) Aufforderung an Patienten, Kriterien der negativen Selbsteinschätzung auf Angemessenheit hin zu überprüfen („Wie definieren Sie Wertlosigkeit, Schwachsein, Unfähigkeit? Welche Eigenschaften oder Handlungen müsste ich beobachten, um die Wertlosigkeit bei einer anderen Person festzustellen? Was trifft auf Sie zu?“).
- f) Die Einleitung von Entscheidungsprozessen bei Patienten durch Hinterfragen verschiedener Lösungsmöglichkeiten für ein Problem („Lassen Sie uns doch einmal sammeln, was es für Möglichkeiten gibt, dieses konkrete Problem zu lösen. Und vielleicht können wir zu Anfang einmal versuchen, nicht gleich zu zensieren, sondern alle Möglichkeiten, wie verrückt sie auch immer sein mögen, aufzuschreiben.“).
- g) Verdeutlichung der Tatsache, dass Patienten bei den Schlussfolgerungen eine selektive Auswahl aus negativen Hinweisen treffen.
- h) Patienten befähigen, verschiedene Alternativen abzuwägen („Wir haben jetzt eine Reihe von Alternativen für eine mögliche Lösung Ihres Problems aufgeschrieben. Da Sie sich nicht für eine Lösung entscheiden können, lassen Sie uns doch einmal versuchen, das Für und Wider jedes einzelnen Punktes aufzuschreiben, vielleicht fallen dann doch einige Möglichkeiten weg.“).
- i) Enthüllung und Exploration bestimmter Problembereiche, die Patienten bisher ausgeschlossen haben.

Weitere Grundmerkmale der Gesprächsführung kognitiv arbeitender Psychotherapeuten sind: Wiederholte *Zusammenfassungen* nutzen, um Veränderung, Entwicklung bzw. Zwischenstand eines Prozesses aufzuzeigen. Der Ausgangszustand bzw. Ausgangsgedanke ist dabei als Bezugspunkt wesentlich. Da kognitives Arbeiten durchaus verwirrend und anspruchsvoll sein kann, nutzen Therapeuten wiederholte *Rückversicherungen* oder bitten Patienten um kurze Zusammenfassungen, um das kooperative Arbeitsbündnis aufrechtzuerhalten. Wiederholt werden Patienten gelobt und durch *Rückmeldungen* verstärkt bzw. strukturiert. Entsprechend erfordert kognitives Arbeiten von Therapeuten *Strukturiertheit*, Wachheit, *Aktivität*,

Interesse, *Bemühen um* sowie *Geduld* mit Patienten. Ausgangspunkt und Fokus jeden kognitiven Arbeitens ist das *emotionale Erleben* der Patienten. Von dort aus wird ein *kognitives Verständnis* (Rational) der aktuellen bzw. wiederkehrenden Probleme erarbeitet, was dann die Anwendung bestimmter Techniken und Vorgehensweisen erlaubt.

Es ist ausgesprochen *ungünstig*, wenn Therapeuten:

- diskutieren, debattieren oder streiten;
- Patienten von der Richtigkeit eigener Ansichten überzeugen (überreden) wollen;
- lange, verschachtelte, komplizierte Fragen bzw. Formulierungen verwenden;
- Patienten ins „Kreuzverhör“ nehmen, indem sehr schnell kurze Fragen gestellt werden;
- Fragen selbst beantworten, wenn ein Patient nicht gleich versteht;
- Ratschläge geben, die Patienten befolgen sollen;
- richtige Fragen stellen, doch zu einem ungünstigen Zeitpunkt.

Günstiges und ungünstiges Therapeutenverhalten

Günstige Therapeutenmerkmale und Verhaltensweisen bei der Anwendung kognitiver Interventionen werden im Kasten zusammengefasst.

Merke: Therapeutenmerkmale

1. Strukturiertheit, Planung der Therapiestunde, Einhaltung des Plans.
2. Übungen und Erfahrungen bearbeiten.
3. Konkret und spezifisch sein.
4. Aktiv und direktiv sein.
5. Problemorientierung, Schlüsselprobleme benennen.
6. Begründungen geben, kognitive Reformulierungen nutzen.
7. Anwendung, Einüben und Erproben bestimmter Techniken.
8. Übungen zwischen den Sitzungen aufgeben.
9. Zusammenfassungen und Rückmeldungen geben.
10. Gelenktes Fragen, sokratischer Dialog.
11. Empathie, emotionaler Fokus.
12. Verständnis zeigen und konstruktive Rückmeldungen geben.
13. Interessiert, bemüht, zugewandt sein.
14. Geduldig, positiv, optimistisch sein.

3.3 Gedankenkontrollen

Diese Techniken verbinden sich mit der Vorstellung, dass Gedanken nichts anders als verdecktes Verhalten sind und daher durch ähnliche (Lern-) Prinzipien auf- bzw. abgebaut und modifiziert werden können. Folglich

kommen positive (Verstärkung) und negative (Strafe) Konsequenzen, Stimuluskontrolle und Hilfestellungen („prompts“) als Steuerungsprinzipien zur Anwendung.

3.3.1 Verdeckte Gedankenkontrolle

Coverant control

Die Therapieverfahren der verdeckten Kontrolle („coverant control“) wurden zur Behandlung unangepassten Annäherungs- und Vermeidungsverhaltens eingeführt. Sie basieren auf dem Modell der Konditionierung, indem durch mentale Verstärkung bzw. Bestrafung bzw. durch Koppelung aversiver Erfahrungen mit bestimmten Vorstellungen (Bilder, Gedanken) offen beobachtbares Verhalten geändert werden soll. Zu den Techniken der verdeckten Konditionierung im engeren Sinne werden folgende Verfahren gerechnet: Verdeckte Sensibilisierung, verdeckte positive und negative Verstärkung, verdeckte Löschung und verdeckter Verstärkerentzug (Roth, 2015).

Covert sensitization

Die verdeckte Sensibilisierung („covert sensitization“) ist eine Aversions-technik zum Abbau unerwünschten Annäherungsverhaltens, wie z. B. Alkoholismus, Rauchen oder Exhibitionismus (vgl. Kasten). Cautela (1967) hat das Verfahren „Sensibilisierung“ genannt, weil nicht der Abbau, sondern der Aufbau einer Vermeidungsreaktion gegenüber dem unerwünschten Stimulus im Vordergrund steht. „Verdeckt“ heißt das Verfahren, weil sowohl die abzubauenende Annäherungsreaktion als auch der aversive Stimulus vom Patienten nach Instruktion des Therapeuten imaginiert werden.

Verdeckte Verstärkung bzw. Löschung oder Verstärkerentzug sind selbstgesteuerte, mentale Prozesse zur Manipulation von Verhaltenskonsequenzen. Diese kognitiven (verdeckten) Prozesse werden meist mit Bildern, Imaginationen verbunden und konkretisiert.

Die verdeckte positive Verstärkung („covert positive reinforcement“) dient der Erhöhung der Auftretenswahrscheinlichkeit von Verhalten. Die Zielreaktion, z. B. das Annähern an einen phobischen Stimulus, die Induktion einer problembewältigenden Selbstverbalisation oder das Ausschlagen eines Joints, wird dem Patienten vom Therapeuten in der Vorstellung vorgegeben. Gedanklich lobe ich mich für etwas und erhöhe so die Verhaltensrate bzw. baue Verhalten auf. Gedanklich entziehe ich mir eine Verstärkung oder ignoriere ein Verhalten, um so die Verhaltensrate zu senken.

Kognitive Interventionen und Therapietechniken spielen bei jeder Psychotherapie, gleichgültig, um welches Störungsbild es sich handelt, eine zentrale Rolle. Daher ist es für Psychotherapeuten wesentlich, dass sie verschiedene kognitive Interventionen und Methoden beherrschen. Die heute verfügbaren und evaluierten Methoden lassen sich in Gedankenkontrolltechniken, kognitive Umstrukturierung und metakognitive Interventionen unterteilen, die durch Methoden der Achtsamkeitsintervention und der Emotionsregulation ergänzt werden können.

Der Band stellt zunächst die theoretischen Annahmen der verschiedenen kognitiven Interventionen dar und gibt Empfehlungen zu diagnostischen Methoden zur Erfassung der verschiedenen kognitiven Konstrukte. Anschließend werden die teilweise recht unterschiedlichen Interventionen, die sich aus den theoretischen Modellen ergeben, beschrieben. Das Vorgehen wird anhand hilfreicher Materialien und Fallbeispiele illustriert. Ein Überblick über die empirischen Belege zeigt, dass kognitive Interventionen einen gut untersuchten Standard jeder Psychotherapie darstellen, egal ob in der Einzel- oder in der Gruppentherapie. Jeder Psychotherapeut sollte die hier vorgestellten Inhalte und Methoden anwenden und vermitteln können.

Standards der Psychotherapie Band 1

herausgegeben von

**Martin Hautzinger
Kurt Hahlweg
Jürgen Margraf
Winfried Rief**

Hogrefe Verlagsgruppe

Göttingen · Bern · Wien · Oxford
Boston · Paris · Amsterdam · Prag
Florenz · Kopenhagen · Stockholm
Helsinki · São Paulo

www.hogrefe.com

