

Einführung in die Kognitive Umstrukturierung

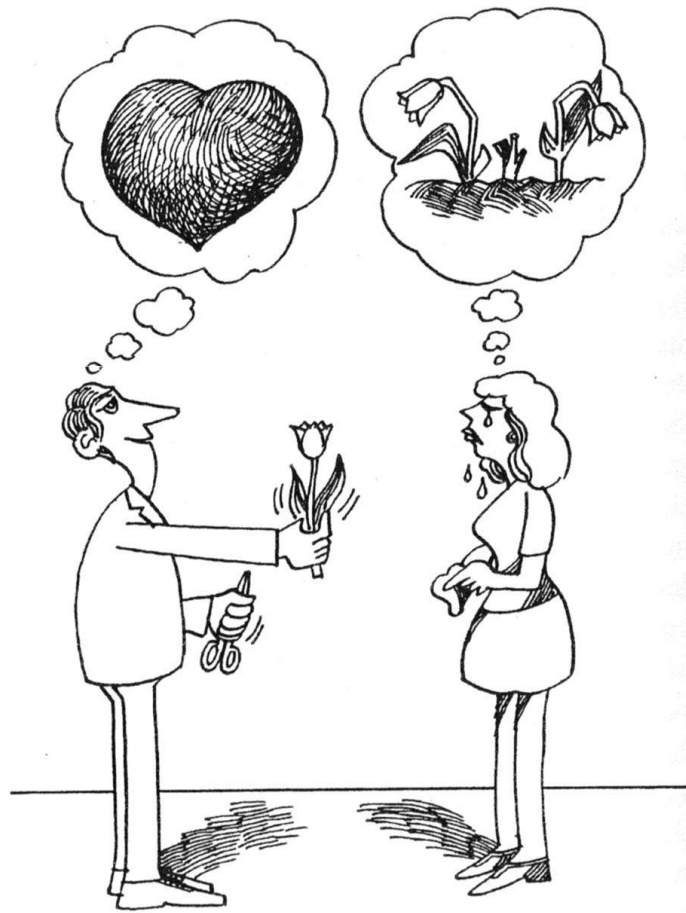
Dr. Dilek Sonntag
Praxis für Psychotherapie und Supervision
home@sonntags.de

Gliederung

1. Theoretische Grundlagen der kognitiven Umstrukturierung
 - 1.1 Rational-Emotive Therapie nach Ellis
 - 1.2 Kognitive Theorie nach Beck
 - 1.3 Stressimpfungstraining nach Meichenbaum

2. Der Prozess der kognitiven Umstrukturierung
 - 2.1 Vermittlung des kognitiven Modells
 - 2.2 Aufdeckung dysfunktionaler Kognitionen
 - 2.3 Infragestellen dysfunktionaler Kognitionen
 - 2.4 Erarbeitung angemessener Kognitionen
 - 2.5 Einüben der neuen Kognitionen

3. Literatur



Kognitive Therapie

Die Geschichte mit dem Hammer...

Ein Mann will ein Bild aufhängen. Den Nagel hat er, nicht aber den Hammer. Der Nachbar hat einen. Also beschließt unser Mann, hinüber zu gehen und ihn auszuborgen. Doch da kommt ihm ein Zweifel: Was, wenn der Nachbar mir den Hammer nicht leihen will? Gestern schon grüßte er mich nur so flüchtig. Vielleicht war er in Eile. Aber vielleicht war die Eile nur vorgeschützt, und er hat etwas gegen mich. Und was? Ich habe ihm nichts angetan; der bildet sich da etwas ein. Wenn jemand von mir ein Werkzeug borgen wollte, *ich* gäbe es ihm sofort. Und warum er nicht? Wie kann man einem Mitmenschen einen so einfachen Gefallen abschlagen? Leute wie dieser Kerl vergiften einem das Leben. Und dann bildet er sich noch ein, ich sei auf ihn angewiesen. Bloß weil er einen Hammer hat. Jetzt reicht's mir wirklich. Und so stürmt er hinüber, läutet, der Nachbar öffnet, doch noch bevor er "Guten Tag" sagen kann, schreit ihn unser Mann an: "Behalten Sie Ihren Hammer, Sie Rüpel!"

aus: Watzlawik, P., Anleitung zum Unglücklichsein, München, 1983

1. Theoretische Grundlagen der kognitiven Umstrukturierung

- Ellis: Rational-Emotive Therapie (RET)
- Beck: Kognitive Therapie
- Meichenbaum: Stressimpfungstraining

- Vertreter der „Kognitiven Wende“ in den 60er und 70er Jahren
- Die Ansätze ähneln sich sehr.
- In der Praxis kaum Unterschiede identifizierbar

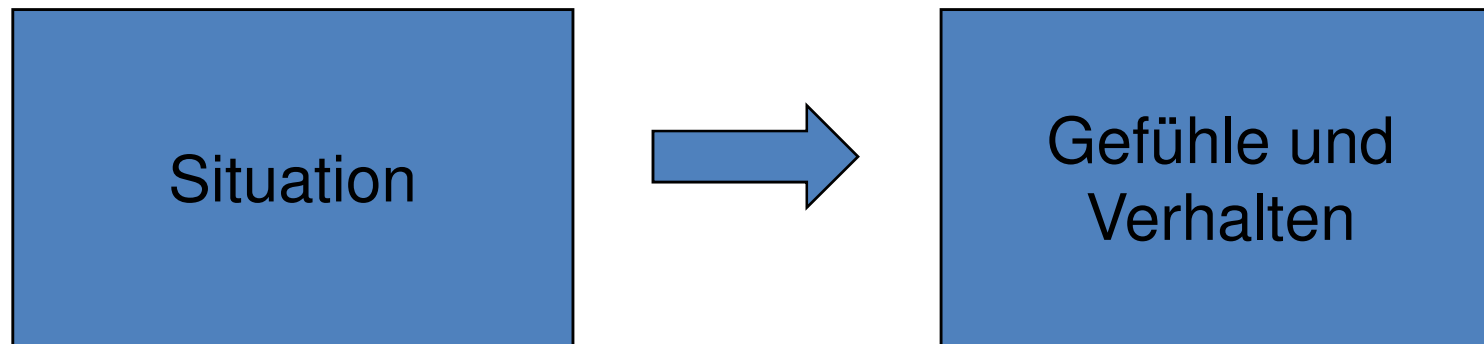
1. Theoretische Grundlagen der kognitiven Umstrukturierung

- Allen Ansätzen gemeinsames Menschenbild:
 - Nicht die Dinge selbst beunruhigen die Menschen, sondern ihre Vorstellungen von den Dingen.
 - Der Mensch ist nicht Umwelteinflüssen hilflos ausgeliefert. (radikale VT)
 - Er ist auch nicht passives Opfer vergangener Erfahrungen (radikale PA).

1. Theoretische Grundlagen der kognitiven Umstrukturierung

- Grundannahme Kognitiver Therapien:
 - Situation -> Kognitionen -> Emotionen/Verhalten
 - Situation -> dysfunktionale Kognitionen -> psychische Störungen

Das Klientenmodell



- Die Situation löst meine unangenehmen Gefühle aus

Das kognitive Modell



Wir interpretieren eine Situation. Unsere Gedanken entscheiden darüber, wieviel Stress wir empfinden.

1.1 Die Rational-Emotive Therapie nach Ellis

- Grundlegend für die RET ist die „ABC-Theorie“
 - A = **Activating Event** (auslösendes Ereignis z.B. Tod eines Familienangehörigen)
 - B = **Beliefs** (Bewertung des Ereignisses A, erfolgt auf Grund bestimmter bewusster oder unbewusster Überzeugungen, die in der auslösenden Situation aktiviert werden)
 - C = **Consequence** (emotionale Reaktion und Verhaltensweisen, die auf A folgen, z.B. Trauer oder Depression)

1.1 Die Rational-Emotive Therapie nach Ellis

■ Zentrale Annahme:

- Emotionale und Verhaltenskonsequenzen des Individuums (C) werden nicht direkt durch auslösende Ereignisse (A) verursacht; sie werden vielmehr in erster Linie durch die Art der „irrationalen“ (i.S. von selbstschädigend, nicht zielführend) Bewertung dieser Ereignisse (B) hervorgerufen.

1.1 Die Rational-Emotive Therapie nach Ellis

- Vier Grundkategorien irrationaler Überzeugungen:
 - Absolute Forderungen (Muss-Gedanken, z.B. ich muss, die anderen müssen)
 - Globale negative Selbst- und Fremdbewertungen (ich bin wertlos)
 - Katastrophendenken: (es wäre absolut fürchterlich, wenn..)
 - Niedrige Frustrationstoleranz (Ich könnte es nicht aushalten, wenn..)

1.1 Die Rational-Emotive Therapie nach Ellis

- Weiteres wesentliches Konzept:
Symptomstress -> Sekundäres ABC
 - Das C des primären ABCs, z.B. Angst vor öffentlichem Reden wird zum A einer neuen Kette, in der dann eine weitere irrationale Bewertung (z.B. Es ist schrecklich, dass ich diese Angst habe. Ich müsste mich besser im Griff haben.“) zu einer weiteren belastenden Emotion oder Verhaltensweise führt (z.B. Ärger über die Angst).

1.1 Die Rational-Emotive Therapie nach Ellis

- Ziel der RET: Veränderung der irrationalen Bewertungen, die der gegenwärtigen Störung zugrunde liegen.
- **Kriterium für die Irrationalität**
(Dysfunktionalität) einer Kognition:
Widerspricht Erreichung wichtiger Ziele
- Insbesondere Bearbeitung der als grundlegend betrachteten **absoluten Forderungen**.

1.2 Kognitive Theorie nach Beck

- Zentrale Annahmen und Begriffe (Kognitive Therapie der Depression):
 - Betonung der Bedeutung einer verzerrten Sicht der Realität für die Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen.
 - Kognitive Triade der Depression: verzerrt-negative Sicht seiner selbst (Ich bin ein Versager.), seiner Umwelt (Alle sind gegen mich.) und seiner Zukunft (Es ist alles hoffnungslos.).
 - Konzept der automatischen Gedanken -> Liefern Zugang zu den dahinter stehenden depressogenen Grundannahmen.

1.2 Kognitive Theorie nach Beck

■ Beispiel:

■ Unbewusste Grundannahme:

-> Wenn ich nicht von allen mir wichtigen Menschen geliebt werde, bin ich ein Nichts.

Konkrete Beobachtung:

-> X liebt mich nicht.

■ Schlussfolgerung, die als automatischer Gedanke eher bewusst ist:

-> Ich bin ein Nichts.

1.2 Kognitive Theorie nach Beck

■ Typisch logische Fehler, die Depressive begehen:

1. Willkürliches Schlussfolgern
2. Selektives Verallgemeinern
3. Übergeneralisieren
4. Maximieren und Minimieren
5. Personalisieren
6. Verabsolutiertes, dichotomes Denken

1.2 Kognitive Theorie nach Beck

- Hauptziel des therapeutischen Vorgehens:
 - Die verzerrten Kognitionen, die der depressiven Störung des Klienten zugrunde liegen in Richtung auf eine realitätsadäquatere Wahrnehmung zu verändern.
 - Als Schutz vor künftigen Rückfällen soll der Klient lernen, diese selbstständig zu identifizieren und zu verändern.
- **Kriterium für Dysfunktionalität einer Kognition:**
mangelnde Realitätsnähe

1.3 Stressimpfungstraining nach Meichenbaum

- Hauptansatzpunkt : die einer Situation vorausgehenden, sie begleitenden und nachfolgenden Selbstverbalisationen (innerer Monolog).
- **Angemessene Selbstverbalisationen** (Du kannst das. Auch wenn du einen Fehler machst, bedeutet das nicht das Ende der Welt) führen zu **angemessener Situationsbewältigung**, unangemessene (Hilfe, alles zuviel, das schaffe ich nie) zu unangemessener Situationsbewältigung und unangemessenen Emotionen.

Beispiel zur Verdeutlichung des Unterschieds in den Vorgehensweisen der drei Ansätze:

■ **Mein Freund wollte nicht mit mir ins Kino gehen**

-> **Er mag mich nicht mehr.**

■ **Beck: falsche Schlussfolgerung, Erarbeitung einer realistischeren Sicht des Ereignisses**

■ **Ellis: Würde Schlussfolgerung des Klienten als seine wahrgenommene Realität akzeptieren, prüfen wie der Klient diese Realität bewertet und versuchen, irrationale durch rationalere Bewertungen zu ersetzen.**

■ **Meichenbaum: Es reicht aus, die Selbstverbalisationen zu verändern.**

2. Der Prozess der Kognitiven Umstrukturierung:

Der eigentliche Prozess der kognitiven Umstrukturierung wird in fünf Phasen unterteilt:

1. Vermittlung des Kognitiven Modells an den Klienten
2. Aufdeckung dysfunktionaler Kognitionen in konkreten Problemsituationen
3. Infragestellen der dysfunktionalen Kognitionen
4. Erarbeitung angemessenerer funktionaler Kognitionen
5. Einübung dieser neuen Kognitionen in problematischen Situationen als neue Bewältigungsfertigkeiten

2.1 Vermittlung des Kognitiven Modells

- Die Bedeutsamkeit als ersten Therapieschritt wird von allen drei Autoren betont.
- Grundlage: ABC – Modell.
- Zentrale, den Klienten zu vermittelnde Annahme:
 - A führt nicht direkt zu C (z.B. Seine Bemerkung hat mich verletzt.),
 - sondern letztlich sind die **Gedanken** am Punkt B verantwortlich für die emotionalen und Verhaltensreaktionen am Punkt C.

2.2 Aufdeckung dysfunktionaler Kognitionen

Aufdeckung:

- Sowohl der Gedanken in konkreten Problemsituationen, sowie auch von situationsübergreifenden Grundannahmen.
- Gemeinsamer Suchprozess.
- Ziel: Klienten in seiner Selbst-Exploration zu unterstützen und anzuleiten.

1. Schritt: Exploration der auslösenden Situation A

- Beispiele:
 - „Was war der Anlass für Ihre Verzweiflung (Deprimiertsein, Ärger, Angst, o.ä.)?“
 - „Was genau ist geschehen/vorgefallen?“

2.2 Aufdeckung dysfunktionaler Kognitionen

2. Schritt: Exploration der belastenden Gefühle und Verhaltensweisen (C):

- Erhebung der „primären“ Gefühls-, Verhaltens- und Körperreaktionen

Wie haben Sie sich in der Situation gefühlt? Können Sie das einmal näher beschreiben/benennen?

Wie sieht das bei Ihnen aus, wenn Sie sich „ärgern“?

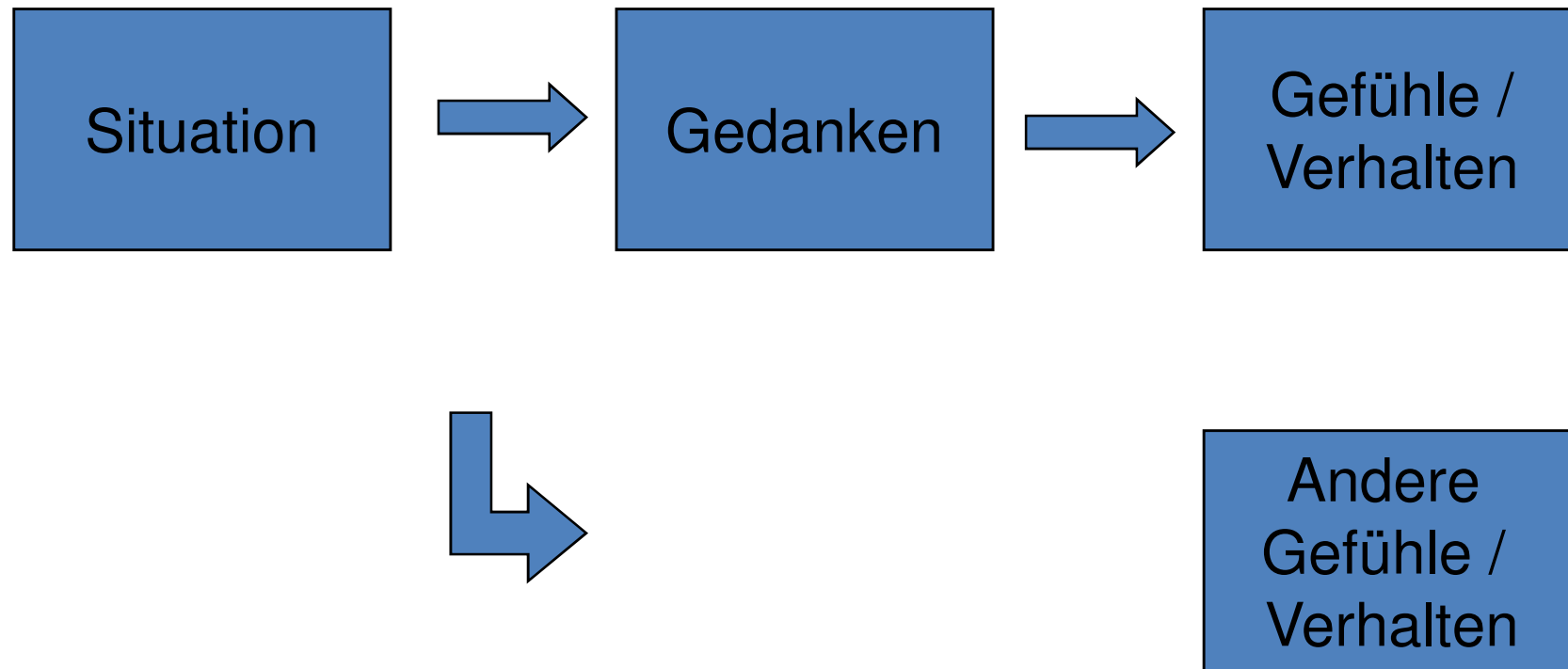
- Exploration des sog. Symptomstresses: Ärger über die eigene Angst und Unsicherheit, Schamgefühle wegen Spielsucht, Depression über die Spielsucht.

2.2 Aufdeckung dysfunktionaler Kognitionen

3. Schritt: Exploration der konkreten Veränderungsziele (C'):

- Nach Sammlung der belastenden C's in einer konkreten Problemsituation A (Wut, Angst, Depression) Identifizierung von C's, die der Klient verändern möchte und Festlegung von konkreten Veränderungszielen.
- Klient sollte selbst explizit eine Entscheidung darüber treffen, welche Gefühle er als angemessen bzw. als unangemessen bezeichnet und welche Gefühle er entsprechen „behalten“ bzw. „verändern“ möchte.

Veränderungsziele festlegen



2.2 Aufdeckung dysfunktionaler Kognitionen

4. Schritt: Exploration der dieses Gefühl/Verhalten aufrecht erhaltenden Kognitionen (B):

- Zunächst Aufdeckung der bewusstseinsnahen Gedanken in konkreten Situationen.

„Welche Gedanken gingen mit dem unangenehmen Gefühl/Verhalten, das Sie verändern möchten, einher?“

- Erschließung der nicht unmittelbar bewussten Annahmen (Grundannahmen) durch gezielte Exploration.

„Was hindert Sie daran, sich so zu fühlen und zu verhalten, wie Sie es möchten?“

„Warum haben Sie nicht gesagt, was Sie sagen wollten?“

2.2 Aufdeckung dysfunktionaler Kognitionen

- Auseinandersetzung mit den in den drei verschiedenen Ansätzen spezifizierten Inhalten dysfunktionaler Kognitionen kann beim Aufspüren dysfunktionaler Kognitionen helfen
- Bestimmte Formulierungen des Klienten weisen auf bst. Dysfunktionale Kognitionen hin
- irrationale Bewertungen und Prämissen sensu Ellis
- Denkfehler und dysfunktionale Grundannahmen sensu Beck
- Dysfunktionale Bewältigungsaussagen sensu Meichenbaum

2.2 Aufdeckung dysfunktionaler Kognitionen

- Schwierigkeiten bei der B-Exploration:
Viele Denkprozesse sind automatisiert und deshalb nicht mehr unmittelbar bewusst.
- Mögliche Interventionen des Therapeuten:
 - Rollenspiel
 - Vorstellungsübungen
 - Satzergänzungstechnik
 - Zwei-Spalten-Technik
 - Ausfüllen eines ABC-Schemas
 - Zeitprojektionsfragen -> Katastrophenphantasien
 - Die Frage: „Was ist daran das Problem?“ mehrfach wiederholen

Aufzeichnung dysfunktionaler Gedanken

Harrison & Beck, 1982

	SITUATION	EMOTION(EN)	AUTOMATISCHE(R) GEDANKE(N)	RATIONALE REAKTION	ERGEBNIS
Datum	Beschreiben Sie: 1. Das aktuelle Ereignis, das zu dem unangenehmen Gefühl geführt hat, oder 2. den Gedankenfluß, Tagtraum oder die Erinnerung, die zu dem unangenehmen Gefühl geführt hat.	1. Geben Sie sie einzeln an: traurig / ängstlich / ärgerlich etc.; 2. Schätzen Sie die Stärke des Gefühls auf einer Skala von 0 bis 100.	1. Schreiben Sie den (die) automatischen Gedanken nieder, der dem (den) Gefühl(en) voranging; 2. Schätzen Sie den Grad Ihrer Überzeugtheit von diesem (diesen) automatischen Gedanken prozentual (0–100%) ein.	1. Schreiben Sie eine rationale Reaktion auf Ihre(n) automatischen Gedanken nieder; 2. Schätzen Sie den Grad Ihrer Überzeugtheit bezüglich dieser rationalen Reaktion prozentual (0–100%) ein.	1. Schätzen Sie erneut den Grad Ihrer Überzeugtheit bezüglich des (der) automatischen Gedanken(s) prozentual (0–100%) ein; 2. Geben sie nachfolgende Gefühle an und schätzen Sie ihre Stärke (0–100).
8.4.84	1. Mein bester Freund hat mich auf einer Party nicht beachtet. 2. Was hat er. Warum behandelt er mich so?	1. traurig 2. 75	1. Er mag mich nicht 2. 50%	1. Es gibt keinen Hinweis darauf, daß er mich nicht mag. Vielleicht hätte ich mich selbst ein wenig mehr darum bemühen sollen, mit ihm auf der Party zu reden. 2. 80%	1. 20% 2. etwas ermutigt, 40.

Erläuterung: Wenn Sie ein unangenehmes Gefühl verspüren, schreiben Sie die Situation auf, die dieses Gefühl anscheinend ausgelöst hat (Wenn das Gefühl auftrat, während Sie nachdachten, tagträumten etc., schreiben Sie dies bitte auf). Dann notieren Sie den automatischen Gedanken, der mit dem Gefühl assoziiert wird. Zeichnen Sie den Grad Ihrer Überzeugtheit bezüglich des automatischen Gedankens auf: 0% = überhaupt nicht; 100% = vollständig. Beim Einschätzen der Stärke des Gefühls bedeutet 1 = ein bißchen; 100 = so intensiv, wie nur möglich.

2.3 Infragestellen der dysfunktionalen Kognitionen (Disputation)

- Kernstück der Kognitiven Therapien

- Zwei Voraussetzungen:

1. Therapeut ist von ABC-Modell überzeugt.

2. Klient ist auf Disputation vorbereitet und erkennt, dass dysfunktionale Kognitionen zu seinen emotionalen und Verhaltensstörungen beitragen und trifft die Entscheidung, die belastenden Gefühle und Verhaltensweisen verändern zu wollen.

2.3 Infragestellen der dysfunktionalen Kognitionen (Disputation)

- Keine einheitlichen, auf alle Klienten anwendbaren Schritte, sondern große Variationsbreite von therapeutischen Interventionsmöglichkeiten. -> Motto: Erlaubt ist was hilft!
- Wichtig: Beschränkung auf **eine** dysfunktionale Kognition.
- Während der Disputation immer wieder den Bezug zur **konkreten** Problemsituation herstellen.

2.3 Infragestellen der dysfunktionalen Kognitionen (Disputation)

- **Strategien zur Bearbeitung dysfunktionaler Wahrnehmungen und Interpretationen –**

- **Realitätstestung:** zentrale und übergeordnete Strategie
- **Reattribution:** speziell bei fehlerhaften Attributionen / Ursachenzuschreibung
- **Suche nach Alternativen** (Am Flipchart)

2.3 Infragestellen der dysfunktionalen Kognitionen (Disputation) - Realitätstestung

- Zentrale Fragen: Ist es **wirklich** so? Wie **wahrscheinlich** ist es, dass die Situation tatsächlich so eintritt?
z.B.: „Wenn ich nicht spiele, werde ich wahnsinnig vor meiner Unruhe.“
- Ziel ist, dem Klienten zu helfen, mehr Distanz gegenüber seinen eigenen dysfunktionalen Vorstellungen zu entwickeln.
- Klient wird angeleitet, im Alltag systematisch Daten und Belege zu sammeln, die für bzw. gegen seine dysfunktionalen Hypothesen sprechen. (z.B. durch systematische Beobachtung, Befragung, Verhaltensexperimente).

2.3 Infragestellen der dysfunktionalen Kognitionen (Disputation) - Realitätstestung

- Im Gespräch mit Therapeut werden die Schlussfolgerungen hinterfragt.
- „Woher wissen Sie, dass Sie wahnsinnig werden? Sind Sie schon mal wahnsinnig geworden, weil Sie nicht gespielt haben?“
- „Woran machen Sie fest, dass Sie wahnsinnig werden? Aus welchen Verhaltensweisen, Körperreaktionen, Gefühlen schließen Sie in der Regel, dass Sie wahnsinnig werden (könnten)?“

2.3 Infragestellen der dysfunktionalen Kognitionen (Disputation) - Reattribuieren

Hilfreich, wenn speziell einseitige, fehlerhafte Ursachenzuschreibungen (i.S. von Selbstbeschuldigungen) im Mittelpunkt dysfunktionaler Wahrnehmungen und Interpretationen stehen:

„Ich bin als Mutter schuld daran, dass mein Sohn in der Schule nicht zurechtkommt.“

„Es ist meine Schuld, dass meine Ehe gescheitert ist.“

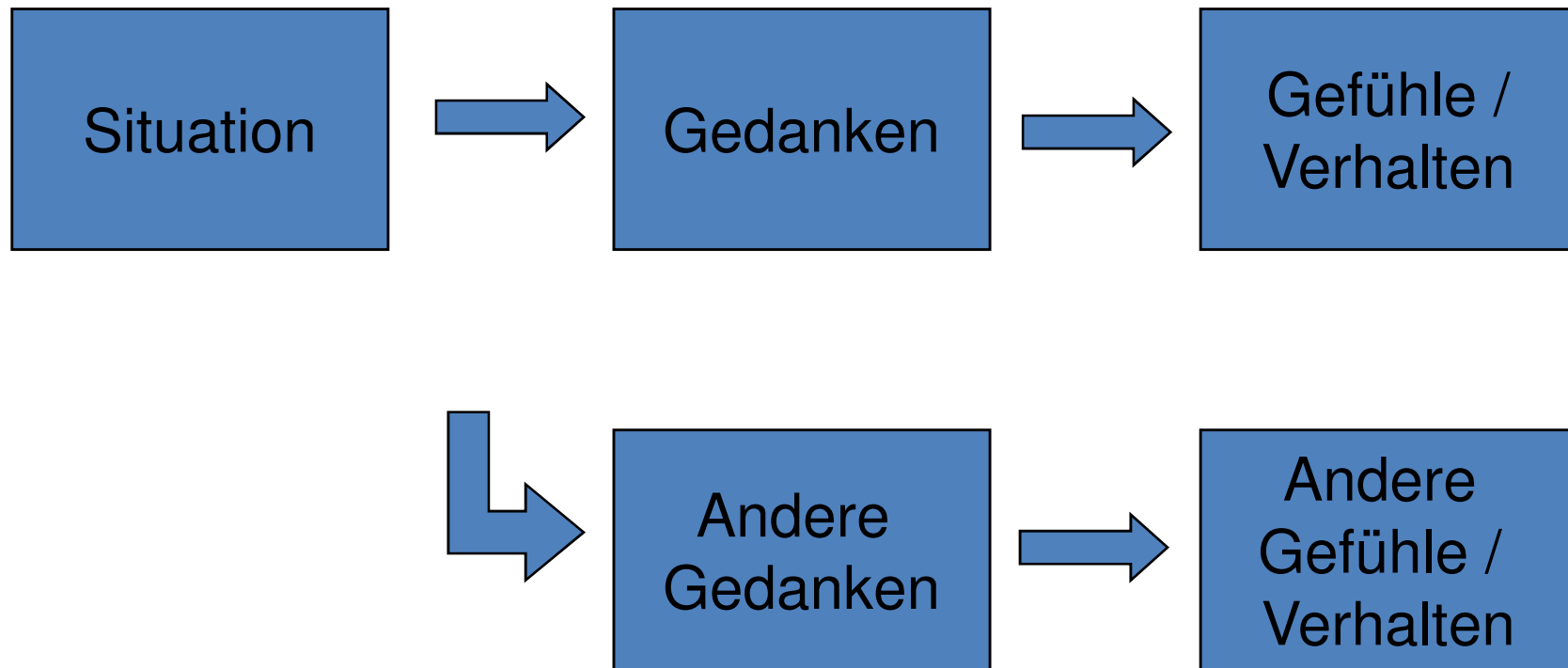
„Ich bin schuld, an dem Suizid meines Freundes.“

2.3 Infragestellen der dysfunktionalen Kognitionen - Suche nach Alternativen

- Klient sieht Situation als unbewältigbar, unlösbar, hoffnungslos an.
- Zentrale Frage: Welche anderen Betrachtungsweisen zu Ihrem Problem A als die, von der sie überzeugt sind, gibt es?
Mögliche Schritte:
- Hilfreich ist die Auflistung der einzelnen Problembereiche (z.B. bei anstehender Scheidung: Neue Wohnung finden, Kindererziehung etc.)
- Sammlung konkreter Bewältigungsmöglichkeiten für die einzelnen Teilprobleme.

Dadurch hilft Therapeut dem Klienten, andere Betrachtungsweise für Problem und dessen Bewältigung zu finden. Dies ermöglicht effektives Problemlöseverhalten

Alternative Gedanken führen zu den alternativen Gefühlen



2.4 Einüben der funktionalen, zielführenden Kognitionen

- Veränderungen nicht alleine durch intellektuelle Einsicht, sondern auch „emotionale“ Einsicht notwendig.
- Betont wird das aktive Training!
- Durch wiederholtes Üben sollen funktionale Kognitionen automatisiert werden und dysfunktionale ersetzen.
- Daher viel Übung auf Seiten des Patienten notwendig!!!!

Literatur

Wilken, B. (2003). *Methoden der Kognitiven Umstrukturierung*. Stuttgart: Kohlhammer.