



Einsle • Hummel

2. Auflage

# Kognitive Umstrukturierung

Techniken der Verhaltenstherapie

**BELTZ**

Einsle • Hummel

**Kognitive Umstrukturierung**



**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](http://www.beltz.de)

# Inhaltsübersicht

Vorwort zur 2. Auflage	9
<b>I Grundlagen der kognitiven Umstrukturierung</b>	
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
<b>II Kognitive Umstrukturierung: das praktische Vorgehen</b>	
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
<b>III Kognitive Techniken im Rahmen neuerer Therapieansätze</b>	
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
<b>Anhang</b>	
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

<b>7</b>	<b>Infragestellen dysfunktionaler Kognitionen und Erarbeiten funktionaler Kognitionen</b>	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
<b>8</b>	<b>Stabilisierung funktionaler Kognitionen</b>	125
<b>9</b>	<b>Umgang mit besonderen Herausforderungen</b>	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
<b>III</b>	<b>Kognitive Techniken im Rahmen neuerer Therapieansätze</b>	
<b>10</b>	<b>Kognitive Umstrukturierung der Metakognitionen – Metakognitive Therapie</b>	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
<b>11</b>	<b>Akzeptanz- und Commitmenttherapie als Strategie der kognitiven Umstrukturierung</b>	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
<b>12</b>	<b>Schematherapie als Strategie der kognitiven Umstrukturierung</b>	179
12.1	Grundlagen der Schematherapie	179
12.2	Techniken der kognitiven Umstrukturierung als Teil der Schematherapie	182
12.3	Schematherapie versus KVT	193
<b>Anhang</b>		
	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

wird dies besonders deutlich. Darüber hinaus sollte aber auch jede im Rahmen der kognitiven Umstrukturierung korrigierte Annahme danach im Alltag stabilisiert und generalisiert werden, weshalb verhaltensbezogene Interventionen in vielen Fällen der kognitiven Umstrukturierung nachfolgen können.

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

Ein kurzer Hinweis zum Gendern: Um alle Geschlechter gleichermaßen anzusprechen, verwenden wir den Doppelpunkt, z. B. »Patient:innen« oder »Therapeut:innen«. Praxisbeispiele beziehen sich dagegen immer auf konkrete Personen.

An dieser Stelle möchten wir noch Moritz, Frida, Malte sowie Stephan, Janek und Saskia danken, die für die Überarbeitung dieses Buchs das ein oder andere Wochenende auf uns verzichten mussten. Danke, dass ihr uns täglich motiviert und herausfordert, unsere Gedanken neu zu strukturieren. Ihr seid einfach klasse!

Altenburg und Dresden, Februar 2024

*Franziska Einsle  
Katrin Veronika Hummel*





# Grundlagen der kognitiven Umstrukturierung

- 1 Kognition in der Verhaltenstherapie
- 2 Klassische Ansätze der Kognitiven Therapie nach Ellis, Beck und Meichenbaum
- 3 Indikationen und Kontraindikationen
- 4 Sokratischer Dialog – Grundhaltung, Fragetechnik und Umstrukturierungsmethode

# 1 Kognition in der Verhaltenstherapie

## 1.1 Historische Entwicklung

## 1.2 Das kognitive Modell

Der Begriff »kognitive Umstrukturierung« mutet beim ersten Hören so an, als würden gedankliche Inhalte umgekrempelt oder manipuliert werden. Dabei ist mit diesem zentralen Element der Kognitiven Verhaltenstherapie eine durch die Therapeut:innen angeleitete Veränderung dysfunktionaler gedanklicher Inhalte und Strukturen gemeint. Übergeordnetes Ziel ist dabei stets die Herstellung der psychischen Gesundheit und Funktionsfähigkeit von Patient:innen.

### ■ Definition

Unter **dysfunktionalen Kognitionen** werden Verzerrungen der Wahrnehmung, negative Bewertungen, Fehlinterpretationen oder ungünstige Grundüberzeugungen bzw. Schemata subsummiert, die an der Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen beteiligt sind.

Kognitive Umstrukturierung als therapeutische Technik beginnt meist mit einer Aufklärung über die Rolle von Kognitionen im Allgemeinen und die von dysfunktionalen Kognitionen im Besonderen, da letztere laut kognitivem Modell ein Bestimmungsfaktor für psychische Gesundheit darstellen. Daran schließt sich die Identifikation und Veränderung ungünstiger gedanklicher Strukturen (auch dysfunktionale Kognitionen) an, die dann im Alltag der Patient:innen erprobt und ggf. nochmals modifiziert werden.

## 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 ungünstige Verhaltensweisen durch ihre Umwelt »erlernen« (durch klassische und operante Konditionierung) und somit selbst wenig Einfluss darauf haben. Ellis, Beck und Meichenbaum (s. Kap. 2) hingegen, als Vertreter verschiedener kognitiver Theorien (»zweite Welle« der Verhaltenstherapie) 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 individueller Konstruktion von Wahrheiten im Gegensatz zur direktiven Wissensvermittlung seiner Vorgänger.

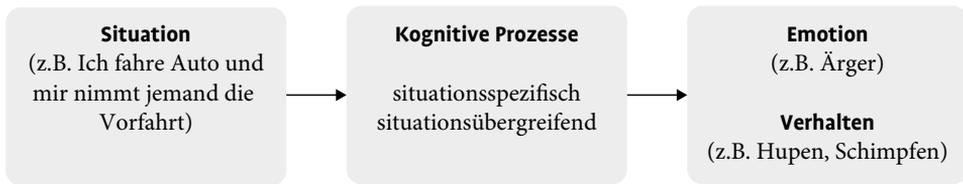
In jüngerer Zeit hingegen forderten Vertreter der Phänomenologie, wie beispielweise Husserl, dass sich die Philosophie mehr darauf konzentrieren solle, was beobachtbar bzw. phänomenal ist, und weniger auf Deutungen der Welt (zit. nach Leahy, 2007). Kognitive Therapeut:innen beschäftigen sich, aufbauend auf diesen philosophischen Wurzeln, damit, wie gedankliche Inhalte und 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 und Heider (zit. nach Wilken, 2013) gingen einher mit einer Reihe von technischen und gesellschaftlichen Entwicklungen (Digitalisierung, Computer, 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 die emotionale und verhaltensmäßige Reaktion über die Kognitionen nur indirekt Einfluss (Leahy, 2007). Abbildung 1.1 veranschaulicht das kognitive Modell, das sich bei einzelnen Vertretern kognitiver Theorien und Verfahren, beispielsweise im ABC-Modell von Ellis, wiederfindet (vgl. Abschn. 2.1).

Unter kognitiven Prozessen sind unterschiedliche gedankliche Prozesse subsumiert, wie z. B. Bewertungen, Annahmen, Hypothesen, Einstellungen, Selbstverbalisationen, kognitive Fehler, Vorwegnahmen und Antizipationen, Lebensregeln und -philosophien, Erwartungen, Befürchtungen und Wahrnehmungen. Während in den ersten Formulierungen des kognitiven Modells die Betonung auf ungünstigen Inhalten kognitiver Prozesse lag, also z. B. den kognitiven Fehlern, sollte das Modell nach heutigem



**Abbildung 1.1** Schematische Darstellung des kognitiven Modells (modifiziert nach Wilken, 2013)

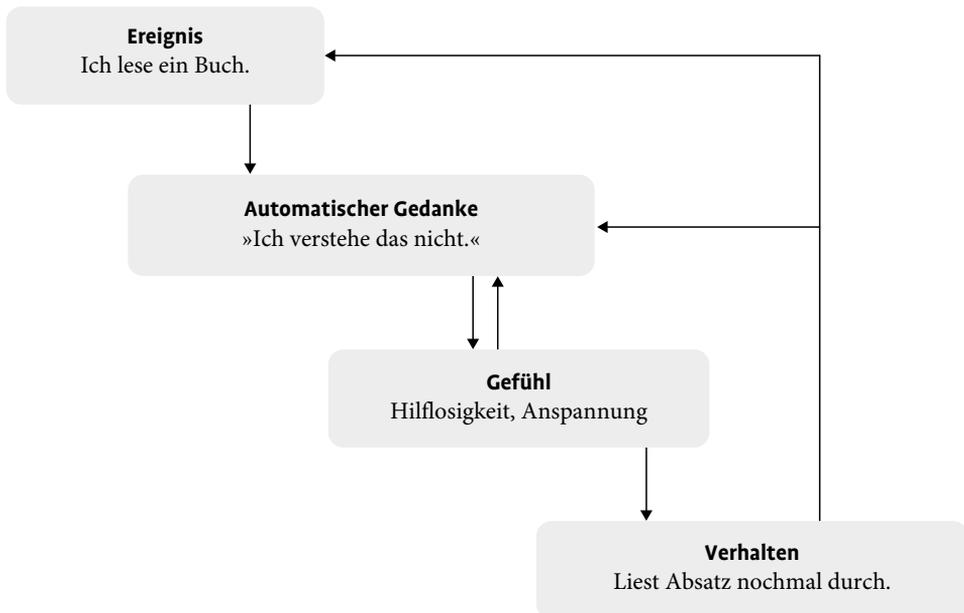
Stand um mehrere Faktoren erweitert werden (Leahy, 2017). Empirisch lässt sich allein schon die zentrale Annahme, dass ungünstige Gedankeninhalte unidirektional auf Emotionen und Verhalten einwirken, nicht untermauern. Wie wir uns verhalten und fühlen wird umgekehrt unser Denken und die Auswahl der Situationen, die wir aufsuchen, beeinflussen. Darüber hinaus gibt es eine Reihe weiterer Phänomene, die mit gedanklichen Prozessen in Zusammenhang stehen. Aufmerksamkeits- und Gedächtnisprozesse sind von großer Bedeutung, da sie unter Umständen zu selektiver Informationsverarbeitung führen können. Dadurch kann es passieren, dass vor allem die vorliegende Information verarbeitet oder erinnert wird, die im Sinne einer ungünstigen Grundannahme besser passt («Bestätigungsfehler»). Aber auch Schemata im erweiterten Sinne, die basierend auf Kindheitserfahrungen eine kognitive, emotionale und Verhaltenskomponente besitzen, können im erweiterten kognitiven Modell einen wichtigen Platz einnehmen, erklären sie doch, warum trotz besseren Wissens ungünstige Verhaltensweisen weiterbestehen. Weitere Prozesse im Modell können verschiedene Formen von repetitivem negativem Denken (z. B. Grübeln, Sich-Sorgen) sein, die basierend auf Intoleranz von Unsicherheiten oder Gefühlen als ungünstige Emotionsregulationsstrategien Anwendung finden. Ganz besonders bei letzterem wird deutlich, dass Interventionen zur Umstrukturierung gedanklicher Inhalte dann weniger eine Rolle spielen sollten als solche, die Form und Funktion von Gedanken anzielen (z. B. Akzeptanz und Achtsamkeit; s. Kap. 11).

Inwieweit das kognitive Modell im therapeutischen Kontext um solche weiteren Faktoren ergänzt wird, hängt sicherlich von der individuellen Fallkonzeption und der Motivation des Patienten bzw. der Patientin ab. Der heuristische Wert des »vereinfachten« kognitiven Modells zur Verdeutlichung komplexer Zusammenhänge sowie zur Motivierung von Patient:innen, an kognitiven Faktoren zu arbeiten, sollte allerdings nicht unterschätzt werden.

Dem »vereinfachten« kognitiven Modell liegt die Idee zugrunde, dass kognitive Prozesse durch situationspezifische (automatische) ebenso wie durch situationsübergreifende Kognitionen (bedingte Annahmen und Grundannahmen) gekennzeichnet sind. Im Folgenden wird 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), werden aber auch umgekehrt durch Emotionen und/oder Verhaltensweisen hervorgerufen. Letzteres findet im kognitiven Modell aber nur bedingt einen Rahmen.

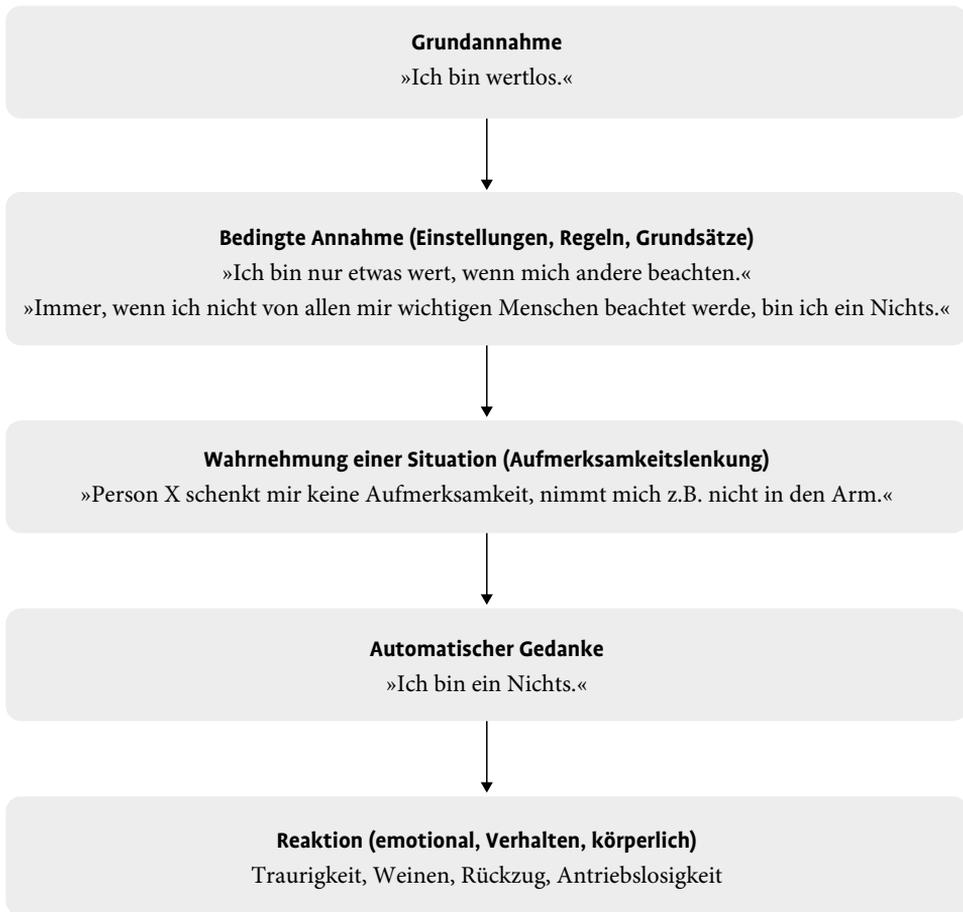


**Abbildung 1.2** Schematische Darstellung der Bedeutung automatischer Gedanken (modifiziert nach Beck, 2013)

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

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

Bildlich lässt sich die Bedeutung von Grundannahmen (und bedingten Annahmen) 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 Therapeut:innen 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 nie irgendwas«) geschaut wird.

**Grundannahmen** (auch **Schema** oder **Grundüberzeugung**) 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 und damit einhergehende neue Erfahrungen veränderbar. Grundannahmen sind unabhängig von der auslösenden Situation, führen aber zu sog. bedingten Annahmen («Nur wenn ich mich mehr anstrengte als andere, gelingt mir etwas») und über diese wiederum zu bestimmten situationsspezifischen automatischen Gedanken («War ja klar, dass du das nicht hinkriegst»). Grundannahmen beeinflussen dabei dauerhaft die Wahrnehmung von Situationen sowie das Denken, Fühlen und Verhalten in spezifischen Situationen und können somit einen wesentlichen Anteil bei der Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen ausmachen. Grundannahmen sind die Grundlage des Selbstkonzeptes eines Menschen und begründen die Art, wie Patient:innen ihr Leben gestalten.

Sie beeinflussen dabei,

- (1) wie eine Person Informationen aus der Umgebung filtert (im Sinne einer Aufmerksamkeitslenkung),
- (2) welche Entscheidungen eine Person trifft,
- (3) wie sich eine Person typischerweise verhält.

Insbesondere 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:innen, Freund:innen. Außerdem haben kritische Lebensereignisse und traumatische Erfahrungen, aber auch sehr positive Erlebnisse, wie Erfolgssituationen, einen bedeutsamen Einfluss auf die Entwicklung von Grundannahmen. Weiterhin beeinflussen biologische Faktoren, wie Temperament, Intelligenz, Attraktivität sowie besondere Talente (z. B. Musikalität), 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. auch Abschn. 2.2) 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. Typische Beispiele sind »Wenn ich etwas falsch mache, dann bin ich ein Versager«, »Alle müssen sich in meiner Umgebung wohl fühlen, sonst kann ich nicht glücklich sein« oder »Nur wenn ich keinerlei körperliche Symptome habe, dann bin ich nicht krank«.

## Das kognitive Modell als ein Störungsmodell

Dem kognitiven Modell liegt die Idee zugrunde, dass aufgrund bestimmter automatischer Gedanken (und damit verbundener bedingter Annahmen und Grundannahmen), die wiederkehrend in einer Situation aktiviert werden, psychische Störungen mitbegründet sind. Durch deren Veränderung lässt sich im Verlauf einer Behandlung eine Verbesserung des emotionalen Befindens und der Abbau ungünstigster Verhaltensweisen erreichen.

**Dysfunktionale Gedanken.** Gedanken, die zu einer für Betroffene übermäßigen emotionalen Reaktion oder aus deren Sicht unangemessenes bzw. beeinträchtigendes Verhalten führen, werden als dysfunktionale Gedanken bezeichnet. Diese dysfunktionalen Gedanken sind somit an der Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen beteiligt. Diese führen zu überdauernden Gefühls- und Verhaltensmustern, die meist inkongruent zu den eigenen Werten und Zielen sind. Der Begriff »dysfunktional« kann auch gleichgesetzt werden mit unangemessen, unempirisch, nicht zielführend oder nicht hilfreich, wobei dieser Begriff durch einzelne kognitive Theorien unterschiedlich definiert wird (s. Kap. 2).

**Kognitive Fehler.** Auf der Ebene der automatischen Gedanken lassen sich unterschiedliche Typen dysfunktionaler Kognitionen unterscheiden (s. Kasten). Diese dysfunktionalen automatischen Gedanken wiederum sind durch logische Fehler, verzerrte Wahrnehmungen, fehlerhafte Schlussfolgerung oder Urteile geprägt und werden als kognitive Fehler (s. Abschn. 5.3) beschrieben.

### Typen dysfunktionaler automatischer Gedanken

- ▶ **Typ 1:** Die Gedanken sind verzerrt und treten trotz objektiv widersprechender Anhaltspunkte auf. Beispiel: »Ich habe 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 diesen kognitiven Fehlern kommt es nach Annahmen des kognitiven Modells durch die stabilen Grundannahmen, wie das folgende Beispiel verdeutlicht.

## Beispiel

Wenn ich zum Geburtstag bei einer befreundeten Person bin (Situation) und basierend auf meiner Grundannahme »Ich bekomme nie etwas auf die Reihe, ich bin ein Versager und total langweilig« den Gedanken habe »Sie freut sich nicht über mein Geschenk« oder »Mit mir redet keiner, weil ich so langweilig bin« (automatischer Gedanke), wird dies dazu führen, dass ich traurig bin (emotionale Reaktion), mich antriebslos fühle (physiologische Reaktion) und mich zurückziehe (motorische Reaktion). Aufgrund der kurzfristigen Konsequenz (z. B. »Mit mir redet tatsächlich keiner und ich erlebe die Freude meiner Freundin gar nicht«) 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 »Geburtsfeier« aufgrund anderer Grundannahmen (z. B. »Ich kann meine Umgebung beeinflussen, ich bin selbstwirksam«) etwas anderes denken, z. B. »Meine Freundin wird sich freuen, ich habe mir Gedanken gemacht, worüber sie sich freuen könnte. Meine Freundin wird nicht viel Zeit haben, ich werde aber Gesprächspartner:innen finden, wenn ich ein bisschen in der Küche helfe, findet sich meist ein Gesprächsthema« (automatische Gedanken), werde ich vielleicht angespannt sein (physiologische Reaktion), aber kaum Traurigkeit empfinden (emotionale Reaktion), in der Situation bleiben (motorische Reaktion) und die Situation wahrscheinlich auch tatsächlich erfolgreich meistern (kurz- und langfristige Konsequenz).

Automatische Gedanken und Grundannahmen werden aufgrund ihrer Bedeutung für die Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen innerhalb der Verhaltensanalyse erfasst (Hautzinger, 2022). Während automatische Gedanken die gedankliche Reaktion ( $R_{\text{kognitiv}}$ ) 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, 2022) zugrunde liegt.

### Grundidee der kognitiven Umstrukturierung

Basierend auf der Annahme des kognitiven Modells, dass Personen über die Veränderungen ihrer Gedanken auch ihr emotionales Erleben und Verhalten in entscheidendem Maße selbst verändern können, liegt der Ansatzpunkt des therapeutischen Arbeitens auf der Veränderung dysfunktionaler Denkmuster. Der Prozess der Identifikation und Modifikation dieser dysfunktionalen Gedanken und Grundannahmen wird als kognitive Umstrukturierung bezeichnet. Grundlage der kognitiven Umstrukturierung ist eine kognitive Fallkonzeption (s. Abb. 1.4), die durch die Identifizierung dysfunktionaler Kognitionen begründet ist und die Grundlage für eine anschließende Modifikation der Kognitionen bietet.