

Beate Wilken

# Methoden der Kognitiven Umstrukturierung

Ein Leitfaden für die  
psychotherapeutische Praxis

9., aktualisierte Auflage

**Kohlhammer**

**Kohlhammer**

## Die Autorin



**Beate Wilken**, Dr. phil., Psychologische Psychotherapeutin. Nach dem Studium der Psychologie mehrjährige Tätigkeit als Wissenschaftliche Mitarbeiterin in Forschung, Lehre und Klinischer Praxis am Institut für Klinische Psychologie und an der Klinik für Psychiatrie der Universität Münster. Veröffentlichung zahlreicher Fachartikel und Buchbeiträge. Von der Psychotherapeutenkammer anerkannte Supervisorin für Verhaltenstherapie, Dozentin und Supervisorin an verschiedenen Ausbildungsinstituten, Qualitätszirkel-Moderatorin bei der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe, von der Deutschen Krebsgesellschaft zertifizierte Psychoonkologin. Seit vielen Jahren tätig in eigener Praxis mit den Schwerpunkten Kognitive Verhaltenstherapie und ihren Weiterentwicklungen (insbesondere bei Patient\*innen mit Depressionen, Ängsten und sozialen Phobien); Psychoonkologie; Supervision und Coaching.

Im Sachbuch-Bereich des Kohlhammer-Verlags erschien außerdem von Beate Wilken: *Burnout mit 25? Junge Erwachsene zwischen Optimierungsdruck, Dauerkrisen und Zukunftsangst.*

[www.dr-beate-wilken.de](http://www.dr-beate-wilken.de)

Beate Wilken

# **Methoden der Kognitiven Umstrukturierung**

Ein Leitfaden für die  
psychotherapeutische Praxis

9., aktualisierte Auflage

Verlag W. Kohlhammer

## *Für Max, Anna und Leonard*

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

Die Wiedergabe von Warenbezeichnungen, Handelsnamen und sonstigen Kennzeichen in diesem Buch berechtigt nicht zu der Annahme, dass diese von jedermann frei benutzt werden dürfen. Vielmehr kann es sich auch dann um eingetragene Warenzeichen oder sonstige geschützte Kennzeichen handeln, wenn sie nicht eigens als solche gekennzeichnet sind.

Es konnten nicht alle Rechtsinhaber von Abbildungen ermittelt werden. Sollte dem Verlag gegenüber der Nachweis der Rechtsinhaberschaft geführt werden, wird das branchenübliche Honorar nachträglich gezahlt.

Dieses Werk enthält Hinweise/Links zu externen Websites Dritter, auf deren Inhalt der Verlag keinen Einfluss hat und die der Haftung der jeweiligen Seitenanbieter oder -betreiber unterliegen. Zum Zeitpunkt der Verlinkung wurden die externen Websites auf mögliche Rechtsverstöße überprüft und dabei keine Rechtsverletzung festgestellt. Ohne konkrete Hinweise auf eine solche Rechtsverletzung ist eine permanente inhaltliche Kontrolle der verlinkten Seiten nicht zumutbar. Sollten jedoch Rechtsverletzungen bekannt werden, werden die betroffenen externen Links soweit möglich unverzüglich entfernt.

9., aktualisierte Auflage 2024

Alle Rechte vorbehalten

© W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Gesamtherstellung: W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Print:

ISBN 978-3-17-043589-6

E-Book-Formate:

pdf: ISBN 978-3-17-043590-2

epub: ISBN 978-3-17-043591-9

# Inhalt

<b>Vorwort zur 9. Auflage</b> .....	<b>9</b>
<b>1 Einleitung: Zielsetzung des Leitfadens</b> .....	<b>11</b>
<b>2 Theoretische Grundlagen der Kognitiven Umstrukturierung: Die »Kognitiven Therapien« nach Ellis, Beck und Meichenbaum</b> .....	<b>15</b>
<b>3 Der Prozess der Kognitiven Umstrukturierung: Grundlegende Schritte und Vorgehensweisen (Leitfaden)</b> .....	<b>45</b>
3.1 Schritt 1: Vermittlung des »Kognitiven Modells« an den Klienten .....	49
3.2 Schritt 2: Identifikation der dysfunktionalen Kognitionen .....	59
3.2.1 Exploration der auslösenden Situationen ....	61
3.2.2 Exploration der belastenden Gefühle und Verhaltensweisen .....	64
3.2.3 Exploration der konkreten Veränderungsziele .....	71
3.2.4 Exploration der dysfunktionalen Kognitionen .....	81
3.3 Schritt 3: Infragestellen der dysfunktionalen Kognitionen .....	91
3.3.1 Allgemeine Strategien innerhalb des sogenannten »Sokratischen Dialogs« .....	94

3.3.2	Spezifische Strategien zum Infragestellen bestimmter »Gruppen« von dysfunktionalen Kognitionen .....	103
3.4	Schritt 4: Erarbeiten funktionaler, zielführender Kognitionen .....	165
3.5	Schritt 5: Einüben der funktionalen, zielführenden Kognitionen .....	171
<b>4</b>	<b>Einige Anmerkungen zur Umsetzung des Leitfadens</b>	<b>186</b>
<b>5</b>	<b>Gestaltung der Therapeut-Klient-Beziehung .....</b>	<b>189</b>
<b>6</b>	<b>Häufige Schwierigkeiten und Fehler bei der Kognitiven Umstrukturierung .....</b>	<b>196</b>
<b>7</b>	<b>Schlussbemerkung und Ausblick auf theoretische und methodische Weiterentwicklungen .....</b>	<b>202</b>
<b>Literatur</b>	<b>.....</b>	<b>219</b>

---

**Anhang**

<b>Beispiele für Emotionswörter .....</b>	<b>231</b>
<b>Selbstbeobachtungs- und Selbsthilfeschema für Klienten ...</b>	<b>233</b>
<b>Selbsthilfe-Fragenkatalog für Klienten .....</b>	<b>239</b>
<b>Zusammenstellung der wichtigsten Fragen für den Therapeuten .....</b>	<b>241</b>
<b>Fallbeispiele: Herr T., Frau S. ....</b>	<b>246</b>
<b>Selbsthilfebücher zur Kognitiven Therapie/Kognitiven Verhaltenstherapie .....</b>	<b>257</b>
<b>Störungsspezifische Behandlungsprogramme aus dem Bereich der Kognitiven Verhaltenstherapie .....</b>	<b>260</b>
<b>Stichwortverzeichnis .....</b>	<b>263</b>



## Vorwort zur 9. Auflage

Methoden der Kognitiven Umstrukturierung gehören zu den am häufigsten angewandten Vorgehensweisen in der psychotherapeutischen Praxis. Zahlreiche empirische Studien belegen eindrucksvoll ihre Wirksamkeit bei einem breiten Spektrum klinischer Störungsbilder.

Die Methoden beruhen auf den Kognitiven Therapieansätzen von Albert Ellis, Aaron Beck und Donald Meichenbaum. Die gemeinsame Annahme dieser Autoren ist, dass Menschen nicht *direkt* auf Ereignisse und Stimuli in ihrem Leben reagieren, sondern auf – bewusste oder unbewusste – *Bedeutungen und Bewertungen*, die sie diesen Ereignissen und Stimuli zuschreiben. Entsprechend geht es in der Therapie darum, Patient\*innen darin zu unterstützen, nicht hilfreiche bzw. selbstschädigende Bedeutungs- und Bewertungszuschreibungen bei sich zu identifizieren und zu verändern.

In diesem praxisorientierten Leitfaden (der in seiner ersten Auflage bereits 1998 erschienen ist und seitdem mehrfach überarbeitet wurde) werden eine Fülle von Methoden und konkreten Anleitungen zur Modifikation solcher »dysfunktionalen« (= nicht hilfreichen) Kognitionen zusammengestellt. Ergänzt wird die Darstellung seit der 7. Auflage 2015 durch ein Kapitel zu den sog. »Dritte Welle«-Verfahren der Verhaltenstherapie (► Kap. 7: Schlussbemerkung und Ausblick auf theoretische und methodische Weiterentwicklungen).

Als Autorin freue ich mich natürlich sehr, dass dieser kleine Leitfaden in den vergangenen Jahren einen so großen Anklang gefunden hat, dass nun schon eine 9. Auflage notwendig geworden ist. Er gilt mittlerweile – wie eine Rezensentin schrieb – als »Klassiker« unter den Beschreibungen zum Vorgehen bei der Kognitiven Umstrukturierung und wurde seit seinem Erscheinen immer wieder hoch gelobt – sowohl von Teilnehmer\*innen

von Ausbildungslehrgängen zur Verhaltenstherapie als auch von bereits langjährig im Bereich der Kognitiven Verhaltenstherapie erfahrenen Kolleg\*innen. Als ein solcher »Klassiker« ist er daher, wie ich beim erneuten Durchsehen festgestellt habe, allerdings auch bereits etwas »in die Jahre gekommen«. Insbesondere bitte ich auch die nicht gendergerechte Sprache, die bei der Erstveröffentlichung des Buches noch nicht üblich war, zu entschuldigen. Dennoch wird dieser Leitfaden immer noch nachgefragt und erfreut sich weiterhin großer Beliebtheit. Er scheint eine sinnvolle Ergänzung darzustellen zu den zahlreichen störungsspezifischen Manua-len, die im Bereich der Kognitiven Verhaltenstherapie mittlerweile veröffentlicht wurden – vielleicht weil er *störungsunabhängig* ein grundlegendes Verständnis für den Prozess der Kognitiven Umstrukturierung vermittelt und sehr konkrete Anleitungen für das Vorgehen gibt: mit Formulierungsvorschlägen, der Erläuterung von Fragetechniken sowie mit Hinweisen auf mögliche »Stolpersteine« und »Fallen« für die Therapeut\*innen. Auf der Grundlage eines solchen guten allgemeinen Verständnisses lässt sich m. E. das Vorgehen dann auch gut auf *spezifische* Störungen anwenden und auch gut mit *neueren* methodischen Konzepten und Methoden kombinieren.

Für die nun hier vorliegende 9. Auflage wurden lediglich einige Literaturangaben und die im Anhang befindlichen Tipps zum Weiterlesen aktualisiert. Der eigentliche Text des Leitfadens wurde (bis auf einige kleinere Anmerkungen) in seiner ursprünglichen Form beibehalten. Die Überlegung, das Buch komplett zu überarbeiten, schien mir nicht praktikabel (es wäre leichter, ein neues Buch zu schreiben!) und auch nicht zwingend notwendig. Das hier beschriebene »klassische« Vorgehen ist – wie oben bereits erwähnt – empirisch gut evaluiert und damit auch in seiner jetzigen Beschreibung weiterhin wertvoll. Mögliche *Erweiterungen* des Vorgehens durch neuere konzeptionelle und methodische Ideen habe ich in Kapitel 7 kurz benannt; eine ausführliche Darstellung dieser neueren Ansätze und deren spezifischer Indikation sei jedoch den entsprechenden Autor\*innen vorbehalten.

Münster, im Februar 2024

*Beate Wilken*

# 1 Einleitung: Zielsetzung des Leitfadens

Was dieser Leitfaden will: Er will

- therapeutischen Anfängern (Verhaltenstherapeuten in ihrer Therapieausbildung, Psychologie- und Medizinstudenten im Studium) erste Einblicke in das faszinierende Gebiet der Kognitiven Therapien geben und deren wichtigste Prinzipien und Vorgehensweisen anhand von konkreten Beispielen vorstellen,
- in der Praxis tätigen Psychotherapeuten (mit verhaltenstherapeutischer Grundausbildung) eine Fülle von konkreten Anleitungen und Materialien geben, um Methoden der Kognitiven Umstrukturierung wirkungsvoll in ihr therapeutisches Handeln integrieren zu können,
- weiterhin Praktikern, die bereits mit Methoden der Kognitiven Umstrukturierung arbeiten, die Möglichkeit geben, ihren Umgang mit diesen Methoden anhand der im Buch aufgezeigten Fehlerquellen zu reflektieren und zu optimieren,
- einige Missverständnisse gegenüber den Kognitiven Therapien abbauen und
- die Kluft zwischen eher theoretisch orientierten Lehrbüchern der Kognitiven Therapie bzw. Kognitiven Verhaltenstherapie und praktischtherapeutischem Handeln überbrücken helfen.

Der Leitfaden richtet sich also in erster Linie an Psychotherapeuten bzw. psychotherapeutisch interessierte Leser, und hier vor allem an solche, die bereits verhaltenstherapeutische Grundkenntnisse besitzen. Da die kognitiv-verhaltenstherapeutischen Konzepte jedoch auch sehr fruchtbar in Bereichen wie Gesundheitsförderung, Beratung und Training angewandt

werden können, dürften auch in diesen Feldern tätige Personen von dem Leitfaden profitieren können.

Die Idee zu diesem Buch entstand bei der Durchführung von Workshops, Seminaren und fallbezogenen Supervisionen im Rahmen der Aus- und Weiterbildung von Psychotherapeuten Mitte der 1990er Jahre. Immer wieder begegnete mir bei diesen Tätigkeiten einerseits ein großes Interesse an den Methoden Kognitiver Therapien, andererseits aber – auch bei langjährig erfahrenen Praktikern – eine gewisse Hilflosigkeit bezüglich der konkreten Handhabung und Umsetzung kognitiver Interventionen und ein großes Bedürfnis nach konkreten Anleitungen. Diesem Bedürfnis sollte der vorliegende Leitfaden entgegenkommen und dabei nicht zuletzt auch Missverständnisse aufklären wie, unter »Kognitiver Umstrukturierung« sei lediglich ein emotionsfreies Sprechen über bestimmte Einstellungen des Patienten zu verstehen, es handle sich dabei um ein buchstäbliches »Auswechselln« negativer durch positive Gedanken, ohne dabei deren Kontext zu beachten, oder es sei so etwas Ähnliches wie »positives Denken« und lasse sich auf einige Standardfragen reduzieren wie: »Was ist denn so schlimm an Ihrem Problem?«.

Die in diesem Buch beschriebenen Methoden der Kognitiven Umstrukturierung wurden seit Ende der 1980er Jahre insbesondere von Verhaltenstherapeuten in ihr bis dahin im Wesentlichen von den Lerntheorien geprägtes Methodenrepertoire übernommen. Sie sind mittlerweile fester Bestandteil der sog. »Kognitiven Verhaltenstherapie«, die einen Haupttrend der modernen Psychotherapie darstellt und zu den einflussreichsten Therapiesystemen unserer Tage gehört. Methoden der Kognitiven Umstrukturierung haben als *ein* Behandlungsbaustein (neben andern) Eingang gefunden in eine Vielzahl von störungsspezifischen Therapieprogrammen, die in den letzten beiden Jahrzehnten im Bereich der Verhaltenstherapie entwickelt und erfolgreich wissenschaftlich evaluiert wurden. Erste Beispiele waren die Manuale von Margraf & Schneider (1989/2013) für den Bereich der Panikstörungen und Hautzinger (1989/2021) für den Bereich der Depressionen. Weitere in den folgenden Jahren vorgelegte Manuale zu verschiedenen Störungsbildern sind im Anhang aufgelistet. Das vorliegende Buch soll diese wichtigen, empirisch fundierten und für die Praxis hilfreichen Manuale nicht ersetzen, sondern ergänzen und untermauern. Es soll den Prozess der Kognitiven Umstrukturie-

rung in seinen grundlegenden Schritten verständlich machen und Methoden zum Vorgehen innerhalb dieser einzelnen Schritte vorstellen. Ein Verstehen des grundlegenden Prozesses der Kognitiven Umstrukturierung ist m. E. Voraussetzung für den effektiven Einsatz der in diesem Prozess zur Anwendung gelangenden einzelnen methodischen Vorgehensweisen und für die Fähigkeit, sie auf den jeweiligen Klienten mit seiner spezifischen Problematik zu adaptieren.

Alle drei »Hauptströmungen« Kognitiver Therapien, aus denen die in diesem Buch vorgestellten methodischen Vorgehensweisen abgeleitet sind (die Rational-Emotive Therapie nach Albert Ellis, die Kognitive Therapie nach Aaron Beck und das Stressimpfungstraining nach Donald Meichenbaum), gehören nach Grawe, Donati & Bernauer (1994/2001) zu den »hochwirksamen« psychotherapeutischen Verfahren, die durch zahlreiche empirische Untersuchungen ihre Wirksamkeit nachzuweisen vermochten (für eine differenzierte Einschätzung des Forschungsstandes vgl. de Jong-Meyer 2009, S. 622–624). Alle drei ähneln sich in ihren Grundannahmen und grundsätzlichen therapeutischen Vorgehensweisen sehr stark, obwohl sie natürlich unterschiedliche Schwerpunkte setzen. Es schien daher beim Verfassen des Buches 1998 nicht sinnvoll und weiterführend, die einzelnen Ansätze mit ihren verschiedenen Begrifflichkeiten weiterhin in Konkurrenz und »nebeneinander« darzustellen (was bis dato in den entsprechenden Lehrbüchern meist der Fall war). Eher sollte der Versuch gewagt werden, die verschiedenen methodischen Vorgehensweisen, die aus diesen drei Ansätzen abgeleitet werden können, zusammenzustellen und zu erläutern, an welcher Stelle des Prozesses der Kognitiven Umstrukturierung sie sinnvoll zur Anwendung gelangen können.

Der Zielsetzung des Buches entsprechend wird im Folgenden nur recht kurz auf die drei theoretischen Ansätze eingegangen, auf die der Leitfaden Bezug nimmt: Kapitel 2 führt in die zentralen Annahmen, Begriffe und therapeutischen Vorgehensweisen der Therapiekonzeptionen von Ellis, Beck und Meichenbaum ein. Unterschiede und Gemeinsamkeiten werden benannt. Kapitel 3, das den Hauptteil des Buches ausmacht, umfasst dann den »eigentlichen« Leitfaden, in dem der Prozess der Kognitiven Umstrukturierung in fünf Schritte aufgeteilt wird und Methoden und Materialien zum Vorgehen innerhalb dieser fünf Schritte vorgestellt werden. Einige Anmerkungen zur konkreten Anwendung und Umsetzung des

Leitfadens finden sich in Kapitel 4. In Kapitel 5 und 6 wird auf wesentliche Aspekte der Therapeut-Klient-Beziehung sowie auf häufige Schwierigkeiten und Fehler beim Erlernen und Anwenden von Verfahren der Kognitiven Umstrukturierung eingegangen. Im abschließenden Kapitel 7 werden noch einmal einige übergreifende Aspekte (wie die Förderung der Selbsthilfefähigkeiten des Klienten und die mögliche Verbindung symptombezogener und biographisch orientierter Arbeit in den Kognitiven Therapien) thematisiert. Zudem werden beispielhaft einige neuere theoretische und methodische Entwicklungen vorgestellt (Ansätze aus den Verfahren der sog. »Dritten Welle« der Verhaltenstherapie) und ihre Bezüge zum hier dargestellten Vorgehen kurz skizziert. Das ausführliche Literaturverzeichnis erleichtert die Suche nach weiterführender Literatur; im Anhang sind konkrete Materialien für den Therapeuten und zur Unterstützung der Selbsthilfepraxis des Klienten zusammengestellt.

## 2 Theoretische Grundlagen der Kognitiven Umstrukturierung: Die »Kognitiven Therapien« nach Ellis, Beck und Meichenbaum

Im Folgenden werden die drei Hauptströmungen der Kognitiven Therapie kurz vorgestellt: die Rational-Emotive Therapie nach Ellis, die Kognitive Therapie nach Beck und das Stressimpfungstraining nach Meichenbaum. Den Abschluss des Kapitels bildet eine Zusammenschau der drei Ansätze.

Da es sich bei dem vorliegenden Buch nicht um eine wissenschaftliche Abhandlung zum Vergleich der drei Ansätze handelt, sondern um den Versuch, aus den drei Ansätzen Hilfen für die psychotherapeutische Praxis abzuleiten, werden wissenschaftlich interessante Themen wie z. B. die verschiedenen Hypothesen zu den Beziehungen zwischen Kognitionen und Emotionen oder auch die bisher ungeklärte Frage der eigentlichen Wirkmechanismen bei der Kognitiven Umstrukturierung im Rahmen dieses Buches *nicht* diskutiert.

Betont sei schon vorab, dass alle drei Ansätze sich in ihrem praktisch-therapeutischen Vorgehen sehr ähneln. Die konzeptuellen Unterschiede zwischen den Ansätzen dürften innerhalb der klinischen Praxis teilweise kaum identifizierbar sein.

Das grundlegende theoretische Modell menschlichen Erlebens und Verhaltens und das damit verbundene Menschenbild ist für Vertreter aller drei Ansätze gleich verbindlich. Es besagt im Wesentlichen das, was bereits der römische Stoiker Epiktet (50–138 n. Chr.) formulierte: »Nicht die Dinge selbst beunruhigen die Menschen, sondern ihre Vorstellungen von den Dingen« (Epiktet 1984, S. 24), ein Satz, der in fast allen einführenden Lehrbüchern zur Kognitiven Therapie zitiert wird. Demnach kann der Mensch über seine »Vorstellungen« (Kognitionen) sein Erleben und Verhalten in entscheidendem Maße selbst bestimmen. Er ist also – im Gegensatz zu klassisch-behavioristischen Auffassungen – Umwelteinflüssen (bestimmten Stimuli, Verstärkern) nicht hilflos ausgeliefert und –

im Gegensatz zu klassisch-psychoanalytischen Auffassungen – nicht passives Opfer seiner vergangenen Erfahrungen, sondern er kann, durch die Art und Weise, wie er die Ereignisse und Situationen in seinem Leben »kognitiv verarbeitet«, wie er sie interpretiert und bewertet, sein aktuelles Erleben und Verhalten selbst steuern bzw. zumindest beeinflussen – eine Auffassung, der sowohl die moderne Verhaltenstherapie als auch die moderne Psychoanalyse weitgehend zustimmen dürften, die aber so explizit zuerst von Vertretern Kognitiver Therapieverfahren formuliert wurde.

Sogenannte »dysfunktionale« Kognitionen tragen dabei aus Sicht der Kognitiven Therapien zu psychischen Störungen (emotionalen und Verhaltensstörungen) bei; in der Therapie geht es entsprechend darum, diese dysfunktionalen Kognitionen in Richtung »funktionaler« Kognitionen zu beeinflussen, um dadurch das damit verbundene psychische Leid zu verringern.

### Kasten 1: Grundannahme Kognitiver Therapien

Situation	>	Kognitionen	>	Emotionen/Verhalten
Situation	>	»Dysfunktionale Kognitionen«	>	Psychische Störungen (emotionale und Verhaltensstörungen)

Der Begriff der »Kognitionen« (bzw. dysfunktionalen Kognitionen) umfasst dabei so unterschiedliche Dinge wie Wahrnehmungen, Interpretationen und Bewertungen von Ereignissen, Annahmen und Hypothesen, Antizipationen und Erwartungen, Lebensregeln und Lebensphilosophien, Einstellungen, Überzeugungen, Grundhaltungen, inneres Sprechen, Selbstverbalisationen, Bewältigungssätze, Denkfehler u. ä. Er wird in den verschiedenen Ansätzen Kognitiver Therapien unterschiedlich spezifiziert (vgl. die Darstellung der Ansätze in den folgenden Abschnitten). Folgt man der in der modernen Emotionstheorie geläufigen Unterscheidung zwischen »kognitiven Inhalten«, »kognitiven Struktu-

ren« und »kognitiven Prozessen«, so handelt es sich in allen drei Ansätzen um die Spezifizierung bestimmter kognitiver Inhalte (vgl. Schelp & Kemmler 1988, 1991). Im Folgenden wird jedoch – der Einfachheit halber – weiter von dem Oberbegriff der »Kognitionen« gesprochen (mit der Unterscheidung in funktionale und dysfunktionale Kognitionen).

Mit ihren Auffassungen bzw. Menschenbildannahmen waren bzw. sind Ellis, Beck und Meichenbaum Vorreiter und Vertreter der sog. »Kognitiven Wende«, die in den 1960er/1970er-Jahren die gesamte Psychologie erfasste: Das bis dahin vorherrschende »Behavioristische Forschungsparadigma«, geprägt durch Namen wie Pavlow und Skinner und durch die Begriffe des klassischen und operanten Konditionierens, wurde abgelöst durch das sog. »Kognitive Forschungsparadigma«, geprägt durch Namen wie Heider, Kelly, Bandura und – in der Klinischen Psychologie – neben Ellis, Beck und Meichenbaum vor allem auch Mahoney, Maultsby und A. Lazarus. Die Forschung wandte sich internen Prozessen wie Ursachenzuschreibungen, Erwartungen, Kontrollüberzeugungen u.ä. zu. Das Kognitive Forschungsparadigma sieht den Menschen als reflexives, ständig Hypothesen (über sich und seine Umwelt) generierendes und prüfendes Subjekt (»man as scientist«-Modell, vgl. Groeben & Scheele 1977). Die Verhaltenstherapie rezipierte Anfang der 1980er Jahre dies neue Modell weitgehend und erkannte zunehmend die Bedeutung von Kognitionen für die Entstehung, Aufrechterhaltung und Behandlung von psychischen Störungen (sog. »Kognitive Wende der Verhaltenstherapie«).

### **Die Rational-Emotive Therapie nach Ellis**

Die Rational-Emotive Therapie (»RET«, seit 1993 auch als Rational-Emotive Verhaltenstherapie »REVT« bezeichnet) ist der älteste der drei kognitiv-psychologischen Behandlungsansätze und wurde in den 1950er-Jahren von dem amerikanischen Psychologen A. Ellis entwickelt. Wie bei vielen anderen neueren Richtungen der Psychotherapie war auch für die Entwicklung der RET die Auseinandersetzung mit der klassischen Psychoanalyse ein wichtiger Ausgangspunkt.

Albert Ellis (geb. am 27.09.1913) war erst mit 29 Jahren zum Psychologiestudium gekommen, nachdem er zunächst eine kaufmännische Ausbildung absolviert und mehrere Jahre als Kaufmann gearbeitet hatte. Nach seiner Promotion 1947 an der Columbia Universität in New York arbeitete er als leitender Psychologe mit abgeschlossener psychoanalytischer Ausbildung an verschiedenen klinischen und diagnostischen Institutionen in New Jersey. 1952 eröffnete er in New York als Psychoanalytiker seine eigene Praxis, setzte sich aber in verschiedenen Studien intensiv mit den Positionen der Psychoanalyse auseinander, die er zunehmend in Frage stellte. Bereits ab 1954 verstand er sich nicht mehr als Psychoanalytiker und begründete seinen eigenen psychotherapeutischen Ansatz, die Rational-Emotive Therapie, die er 1955 erstmals vorstellte und seitdem kontinuierlich weltweit propagierte und weiterentwickelte (vgl. zu diesen Ausführungen zur Person von A. Ellis Hoellen 1993). 1961 gründete er das Institut für Rational-Emotive Therapie in New York, dessen (aktiver) Präsident er bis zu seinem Tode am 24.07.2007 blieb. Obwohl er seinen Ansatz außerhalb der akademischen Psychologie (eher aus seiner praktischen psychotherapeutischen Tätigkeit heraus) entwickelte und Ellis für die wissenschaftliche Klinische Psychologie lange Zeit als nicht ernst zu nehmender und häufig auch provozierender Außenseiter galt, hielt er seinen Ansatz doch stets für eine wissenschaftlich-empirische Überprüfung offen. Ellis wird mittlerweile als »Grandfather« der Kognitiven Therapien gesehen; alle Autoren, die Arbeiten zur Kognitiven Umstrukturierung vorgelegt haben, nehmen zumindest unter anderem Bezug auf die RET von Ellis (vgl. Fliegel et al. 1998, S. 192).

### Zentrale Annahmen und Begriffe

Wie bereits erwähnt, unterscheiden sich die verschiedenen Vertreter Kognitiver Therapieverfahren in ihrer Spezifizierung der sog. »dysfunktionalen« (unangemessenen, störungsgenerierenden) Kognitionen. Ellis beschäftigt sich in seinem Ansatz primär mit dem Einfluss, den **Bewertungen** bzw. Bewertungsmuster (»beliefs«, »belief systems«) für die Entstehung und Aufrechterhaltung von Emotionen und Verhaltensweisen haben; sog. **irrationale Bewertungen** werden als zentral für die Entste-

hung und Aufrechterhaltung psychischer (emotionaler und Verhaltens-) Störungen angesehen.

Die Begriffe »irrational« und »rational« werden in ihrer deutschen Übersetzung häufig missverstanden und führen daher nicht selten zu Fehleinschätzungen der RET (vgl. Schelp & Kemmler 1988, Wilken 1994). »Irrational« wird von Ellis – abweichend vom deutschen Sprachgebrauch – synonym mit »inappropriate« (unangemessen, nicht hilfreich, nicht zielführend, selbstschädigend) gebraucht. »Rational« hingegen hat nichts mit »gefühllos« oder »verkopft« zu tun, sondern wird synonym mit »appropriate« (angemessen, hilfreich, zielführend) verwandt.

Grundlegend für die RET ist die sog. ABC-Theorie (vgl. Ellis 1977/1982, 1979, 1998a). Sie wurde inzwischen mehrfach modifiziert und erweitert (vgl. z. B. Wessler & Wessler 1980; Ellis 1994, 1996, 1997/2008); die Grundbegriffe und Grundannahmen lassen sich in vereinfachter (und auch für Klienten leicht verständlicher) Form jedoch folgendermaßen beschreiben: Unter »A« (activating event) wird ein auslösendes Ereignis verstanden. Es kann sich dabei um ein äußeres oder innerpsychisches Ereignis handeln (z. B. Tod eines Familienangehörigen; Vorstellung des Scheiterns bei einer bevorstehenden Prüfung). Der Punkt »B« (beliefs, belief systems) bezeichnet die Bewertung des Ereignisses A. Sie erfolgt aufgrund bestimmter bewusster oder unbewusster Überzeugungen (Bewertungsmuster, Einstellungen oder Lebensregeln), die in der auslösenden Situation durch das Individuum aktiviert werden. »C« (consequence) kennzeichnet schließlich die emotionalen Reaktionen und Verhaltensweisen, die auf A folgen (z. B. Trauer oder Depression; Sorge oder Angst). Die *zentrale Annahme* lautet: Emotionale und Verhaltenskonsequenzen des Individuums (C) werden nicht *direkt* durch auslösende Ereignisse (A) verursacht; sie werden vielmehr *in erster Linie* durch die Art der Bewertung dieser Ereignisse (B) hervorgerufen. Dabei hebt Ellis hervor, dass A, B und C einander stets wechselseitig stark beeinflussen und insofern keine einfachen linearen Zusammenhänge postulierbar sind; als besonders bedeutsam für die Ausformung bestimmter Emotionen und Verhaltensweisen werden jedoch die Bewertungen unter Punkt B angesehen. (Die Bewertung eines Ereignisses als »irrelevant« führt zu keinen emotionalen Reaktionen, während die Bewertung als »günstig« zu positiven bzw. die Bewertung als »ungünstig« zu negativen Emotionen führt.)

Emotionale Störungen (damit sind in der RET sehr intensive und/oder langanhaltende negative Gefühle gemeint) und damit einhergehende unangepasste Verhaltensweisen sind nach Ellis in erster Linie durch in der Situation A aktivierte sog. »irrationale« Überzeugungen bzw. Bewertungsmuster (irrational beliefs) bedingt. **Irrationale Überzeugungen** sind operational dadurch definiert, dass sie zu »unangemessenen« Emotionen und Verhaltensweisen führen (wie z. B. starker Angst, Depression, massivem, quälenden Ärger, Vermeidungsverhalten, Abhängigkeiten), die das Individuum subjektiv belasten und die es an der Verwirklichung seiner persönlichen Lebensziele hindern (sind also »irrational« im Sinne von »selbstschädigend«, »nicht zielführend«). Meist widersprechen solche »irrationalen« Überzeugungen einer »wissenschaftlichen« Herangehensweise an die Realität, da sie z. B. in sich unlogisch sind (z. B. »Weil X mich nicht liebt, bin ich als Mensch wertlos.«) oder weil sich für sie in der Realität keine hinreichenden Belege finden lassen (z. B. »Ich bin in jeder Hinsicht ein Versager«); letztlich entscheidend für die Bestimmung des Begriffes »irrational« ist jedoch nicht die mangelnde Logik oder Realitätsnähe der Überzeugungen, sondern die Tatsache, dass das Individuum sie als belastend und hinderlich im Hinblick auf die Erreichung seiner eigenen Lebensziele erlebt (vgl. Ellis 1991, S. 203). **Rationale Überzeugungen** dagegen führen zu »angemessenen« (positiven oder negativen) Emotionen und Verhaltensweisen und helfen dem Menschen, seine selbstgewählten Ziele zu erreichen, sind also »rational« im Sinne von »hilfreich«, »zielführend«.

Nach Ellis werden Menschen bereits mit einer starken Disposition zu irrationalen (im Sinne von selbstschädigendem, nicht zielführendem) Denken geboren. Eine Indoktrination mit irrationalen Bewertungsmustern erfolgt zunächst in der Kindheit, z. B. durch Familie, Schule und Freundeskreis, wird jedoch auch während des gesamten weiteren Lebens, z. B. durch gesellschaftliche Institutionen und die Medien, fortgesetzt. In aktuell belastenden Lebenssituationen (z. B. Erfahrung von Zurückweisung, Misserfolg) werden solche irrationalen Bewertungsmuster aktiviert. Als letztlich verantwortlich für die Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen wird die fortgesetzte »Selbstindoktrination« des Individuums mit diesen irrationalen Überzeugungen in Form innerer Selbstgespräche angesehen.

In verschiedenen Veröffentlichungen hat Ellis diejenigen irrationalen Überzeugungen, die seiner Meinung nach in der westlichen Welt bei psychisch gestörten Menschen am häufigsten anzutreffen sind, inhaltlich beschrieben (vgl. z. B. Ellis 2008). Bei Walen, DiGiuseppe & Wessler (2011) werden diese auf folgende vier Grundkategorien zurückgeführt:

### **Kasten 2: Vier Grundkategorien irrationaler Überzeugungen**

1. *Absolute Forderungen (Muss-Gedanken oder »Mussturbationen«)*: Diese bilden die erste und übergeordnete Kategorie irrationaler Überzeugungen. Eigene Wünsche und Vorlieben werden hier zu absoluten Bedürfnissen und Notwendigkeiten eskaliert (»ich muss ...«, »die anderen müssen ...«, »meine Lebensbedingungen müssen ...«).
2. *Globale negative Selbst- und Fremdbewertungen*: Statt einzelne Verhaltensweisen, Leistungen und Eigenschaften einzuschätzen, wird die ganze Person als unzulänglich und minderwertig bewertet (»ich taue nichts/bin wertlos/ein Versager ...«, »der andere taugt nichts/ist ein verdammenswertes Subjekt ...«).
3. *Katastrophendenken*: Katastrophengedanken verzerren die Bedeutsamkeit eines negativen (externen oder innerpsychischen) Ereignisses; negative Ereignisse werden in der subjektiven Bewertung einer Katastrophe gleichgesetzt (»es ist/wäre absolut schrecklich/fürchterlich, wenn ...«).
4. *Niedrige Frustrationstoleranz*: Negative Ereignisse werden als »nicht aushaltbar«/»unerträglich« bewertet; die Person sieht sich als unfähig an, den befürchteten oder bereits eingetretenen Zustand zu ertragen (»ich kann/könnte es nicht aushalten/ertragen, wenn ...«).

Viele irrationale Überzeugungen lassen sich nach Ellis als Verknüpfung von absoluten Forderungen (Kategorie 1) einerseits mit Bewertungen der Kategorien 2 bis 4 andererseits auffassen. Dabei stellen im Sinne eines Syllogismus die absoluten Forderungen (»ich/die anderen/meine Lebensbedingungen müssen ...«) die *Prämissen* und die Bewertungen (als »wertlos«, »schrecklich« und »nicht auszuhalten«) die *Konklusionen/Schlussfolgerungen* bei Nichterfüllung dieser Forderungen dar. Ein Bei-

spiel für eine solche irrationale Überzeugung wäre: »Ich muss stets von allen mir wichtigen Menschen anerkannt/gemocht werden. Andernfalls bin ich ein Nichts.«

Insbesondere die Selbstindoktrinationen des Individuums mit solchen, auf absoluten Forderungen an sich selbst, andere und die Welt (= **Prämissen**, Kategorie 1) beruhenden Bewertungsmustern bilden nach Ellis den Kern der meisten neurotischen und Persönlichkeitsstörungen (vgl. dazu im Übrigen auch K. Horney 1945/2007, auf die sich Ellis ausdrücklich bezieht). Verzerrte bzw. fehlerhafte Interpretationsprozesse, wie sie von Beck in seinem Ansatz betont werden (z. B. willkürliche Schlussfolgerungen, Übergeneralisierungen, dichotomes Denken etc.) sind nach Ellis Ableitungen und Folge derartiger grundlegender irrationaler (auf absolutistischen Forderungen beruhender) Bewertungsmuster. Wenn z. B. der Klient an einem Punkt A wahrnimmt: »Person X mag mich nicht« und daraus übergeneralisierend schlussfolgert »Keiner mag mich«, so liegt demnach Ellis mit hoher Wahrscheinlichkeit eine absolutistische Forderung als zentrale Lebensphilosophie (»demandingness«) zugrunde, die lauten könnte: »Ich muss von allen mir wichtigen Menschen gemocht werden. Andernfalls ist das schrecklich und beweist meine Wertlosigkeit.« Diese zentrale Lebensphilosophie steuert die Wahrnehmung, Interpretation und Bewertung künftiger auslösender Situationen A (vgl. Ellis 1996, S. 19, 25).

Irrationale Überzeugungen der oben beschriebenen Art bzw. Varianten und Kombinationen dieser Überzeugungen führen nach Ellis jeweils zu unterschiedlichen emotionalen und Verhaltensproblemen (vgl. dazu einführend: Wessler & Wessler 1980; Ellis & Bernard 1985, 2010; Crawford & Ellis 1989). Im Bereich der Emotionen differenzierte Ellis nach Art der beteiligten irrationalen Überzeugungen zwei grundlegende »Angstformen«, für die er neue Konzepte prägte (Ellis 1979, 1980): Unter **Ego anxiety** (Ich-Angst) versteht er eine Emotion, die entsteht, wenn eine Person ihr Selbst bzw. ihren Wert als Person bedroht sieht. Sie geht vor allem mit absoluten Forderungen an die eigene Person (»Ich muss mich immerzu als kompetent erweisen/von anderen anerkannt werden.«) und globalen negativen Selbstbewertungen einher (»Ich wäre ein Versager/wertloser Mensch, wenn mir das nicht gelänge.«). Mit **Discomfort anxiety** (Angst vor Unbehagen/Unangenehmen) hingegen bezeichnet er eine Emotion,

die dann auftritt, wenn die eigene Bequemlichkeit bzw. das eigene Wohlergehen als gefährdet angesehen wird. Sie beruht im Wesentlichen auf absoluten Forderungen an andere bzw. die eigenen Lebensbedingungen (»Die anderen müssen sich so verhalten/die Welt muss so sein, wie ich es will.«) und Kognitionen der geringen Frustrationstoleranz (»Ich könnte es nicht ertragen/aushalten, wenn es nicht so wäre.«). Beide »Angstformen« treten nach Ellis bei vielen psychischen Störungen gemeinsam auf, fordern aber eine getrennte therapeutische Bearbeitung.

Ein weiteres, von Ellis neu geprägtes und für die RET wesentliches Konzept ist das des sog. »Symptomstress«: Der **Symptomstress** bezeichnet die Fähigkeit von Klienten, sich darüber zu beruhigen, dass sie bestimmte Symptome (selbstschädigende Emotionen und Verhaltensweisen) bei sich wahrnehmen. Er lässt sich in Form eines sog. »*sekundären ABCs*« darstellen, in dem eine bestimmte belastende Emotion oder Verhaltensweise (das C des sog. »primären ABCs«, z. B. Angst vor öffentlichem Reden) zum A einer neuen Kette wird, 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 (z. B. Ärger über die Angst) führt. Mit Hilfe dieser sekundären ABCs lässt sich nach Ellis erklären, wieso Klienten z. B. Ärger über ihre Angstsymptome, Angst vor ihrer Angst, Depressionen wegen ihrer Ängste, Depressionen über ihre Depressionen entwickeln und dadurch ihre primären Symptome noch verstärken bzw. neue hinzufügen. Da der Symptomstress die Auseinandersetzung mit dem Ausgangsproblem behindert, indem er den Klienten hindert, die primären Emotionen als Teil seines Erlebens anzuerkennen und zuzulassen, ist seine Bearbeitung in der Therapie der Bearbeitung des primären Problems vorgeschaltet (vgl. z. B. Ellis 1979).

### Das therapeutische Vorgehen

Ausgehend von der »ABC-Theorie« psychischer Störungen ist es Ziel der RET, die irrationalen (selbstschädigenden/nicht zielführenden) Bewertungen, die der gegenwärtigen emotionalen und/oder Verhaltensstörung des Klienten zugrundeliegen, zu verändern und dabei insbesondere auch

die als grundlegend betrachteten absoluten Forderungen (»Prämissen«) des Klienten zu bearbeiten. Ideales Ziel ist es dabei, dem Klienten zu einer insgesamt »rationaleren Lebensanschauung« zu verhelfen, die ihn dazu befähigt, nicht nur mit seinen aktuell belastenden Problemen, sondern auch mit zukünftigen Problemen »angemessen« (d. h. in einer für ihn nicht selbstschädigenden/zielführenden Art und Weise) umzugehen. Eine solche »rationalere Lebensanschauung« beinhaltet u. a. die Aufgabe von absolutistischen Forderungen an sich und andere, Selbstakzeptanz (auch der eigenen negativen Seiten) und Toleranz gegenüber anderen, die realistische Einschätzung der Bedeutung von Ereignissen und ein genügendes Maß an Frustrationstoleranz in dem Sinne, dass Ereignisse, die nicht veränderbar sind, als solche akzeptiert werden und dass kurzfristige Belohnungen zugunsten langfristiger Ziele zurückgestellt werden können.

Das Vorgehen zur Erreichung dieser Ziele lässt sich als ABCZD-Analyse bezeichnen und umfasst folgende Schritte: die Vermittlung des ABC-Modells an den Klienten (als vereinfachter Abbildung des Zusammenhangs zwischen auslösenden Situationen, Gedanken, Emotionen und Verhaltensweisen); die Exploration seiner emotionalen und/oder Verhaltensstörungen (C), der auslösenden Situationen (A) und seiner persönlichen Veränderungsziele (Z); die Exploration und Bewusstmachung zentraler irrationaler (d. h. selbstschädigender/nicht zielführender) Überzeugungen (B) (sowohl auf primärer als auch auf sekundärer Ebene; ausgehend von den verhaltenssteuernden und dem Bewusstsein leichter zugänglichen Gedanken in konkreten Situationen werden dabei die dahinterliegenden irrationalen Prämissen exploriert); das Infragestellen (die sog. »Disputation« D) der als »irrational« erkannten Überzeugungen (dabei Beginn mit der sekundären Ebene, »Symptomstress«); die Erarbeitung und das Einüben neuer, »rationalerer« (d. h. hilfreicher, zielführender) Überzeugungen.

Die eigentliche Veränderung bzw. Umstrukturierung der als irrational erkannten Überzeugungen (Disputation, D) erfolgt in der RET mit Hilfe eines breit gefächerten Methodeninventars von kognitiven, emotionsbezogenen sowie verhaltensorientierten Techniken. Die RET versteht sich insofern als integrativer, multimodaler psychotherapeutischer Behandlungsansatz. Die Anwendung von Interventionsverfahren auf den ver-

schiedenen Ebenen (Kognition, Emotion, Verhalten) wird durch die Annahme begründet, dass Kognition, Emotion und Handeln einander stets transaktional beeinflussen und dass eine dauerhafte Kognitive Umstrukturierung nur durch Arbeit auf allen drei Ebenen erreicht werden kann. Zur genauen Beschreibung dieser Methoden wird an dieser Stelle auf den in Kapitel 3 folgenden Leitfaden verwiesen; hier sollen nur einige beispielhaft genannt sein:

Zu den **kognitiven Disputationsmethoden** zählt z. B. insbesondere die argumentative Gesprächsführung in Form des *Sokratischen Dialogs*, in dem die irrationalen Bewertungen immer wieder in Frage gestellt werden (z. B. durch Auseinandersetzung mit ihrer Zweckmäßigkeit im Hinblick auf die Erreichung der eigenen Ziele, ihrer Logik, ihrer empirischen Belegbarkeit). Dabei verwendet der Therapeut im Wesentlichen offene Fragen, um den Klienten dazu anzuleiten, eigene Widersprüchlichkeiten selbst zu erkennen. Einen wichtigen Stellenwert nehmen Bibliothherapie (das Lesen von Selbsthilfebüchern und Informationsmaterialien auf RET-Grundlage) und kognitive Hausaufgaben (schriftliche Trainingseinheiten zur Disputation der irrationalen Bewertungen mittels sog. ABC-Schemata) ein. Unter den **emotiven Methoden der Disputation** wird eine Gruppe heterogener Techniken zusammengefasst, die unmittelbar als die zuvor genannten kognitiven Techniken auf der Gefühlsebene ansetzen. Bei den sog. »rational-emotiven Imaginationstechniken« (REI) handelt es sich z. B. um Vorstellungsbildungen, in denen die negativen Gefühle evoziert und verändert werden. Beispiele für **verhaltensorientierte Disputationsmethoden** sind die von Ellis entwickelten »scharmreduzierenden Mutproben«, in denen sich Klienten bewusst einer für sie peinlichen Situation aussetzen und dabei erfahren, dass die tatsächlichen Folgen ihrer Handlungen nicht ihren Befürchtungen entsprechen. Ebenso können alle Formen von in-vivo-Verhaltensübungen (insbesondere Reizkonfrontationsverfahren) sowie Rollenspiele dazu dienen, dem Patienten letztlich neue Erfahrungen zu vermitteln, die mit seinen irrationalen Überzeugungen nicht vereinbar sind, und ihn so von den Vorteilen der rationaleren Einstellungen überzeugen. Bei den Interventionen auf der Verhaltensebene kann der RET-Therapeut im Grunde auf das gesamte verhaltenstherapeutische Methodeninventar zurückgreifen. Auch z. B. Fertigkeitentrainings, operante Konditionierungsverfahren,