



Leseprobe aus: Beck, Praxis der Kognitiven Verhaltenstherapie, ISBN 978-3-621-27955-0
© 2013 Beltz Verlag, Weinheim Basel
<http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-621-27955-0>

2 Die Behandlung im Überblick

Dieses Kapitel beschreibt kurz die Behandlung mit Kognitiver Verhaltenstherapie und stellt die grundlegenden Elemente vor, die sich durch jede Therapiesitzung ziehen. Diese sind:

- ▶ eine therapeutische Beziehung entwickeln
- ▶ eine Behandlung planen und Sitzungen strukturieren
- ▶ dysfunktionale Kognitionen erkennen und darauf reagieren
- ▶ positive Dinge hervorheben
- ▶ Veränderungen im Denken und Handeln zwischen den Sitzungen ermöglichen (Hausaufgaben)

Auf die einzelnen Elemente wird in den folgenden Abschnitten näher eingegangen.

2.1 Eine therapeutische Beziehung entwickeln

Schon in der ersten Begegnung mit dem Patienten sollte der Therapeut Vertrauen aufbauen und einen Rapport herstellen. Es gilt als nachgewiesen, dass gute Therapeut-Patient-Beziehungen mit positiven Therapieergebnissen korrelieren (Rau & Goldfried, 1994). Dieser andauernde Prozess ist mit den meisten Patienten auch gut zu schaffen (obwohl es sich natürlich mit Patienten mit schwerwiegenden psychischen Erkrankungen oder einer starken Achse-II-Pathologie schwieriger gestaltet). Um eine gute Therapeut-Patient-Beziehung zu erreichen, ist es wichtig,

- ▶ seine guten therapeutischen Fertigkeiten und ein genaues Verständnis zu zeigen,
- ▶ mit dem Patienten das Fallkonzept und den Behandlungsplan gemeinsam zu erarbeiten,
- ▶ zusammen Entscheidungen zu treffen,
- ▶ nach Feedback zu fragen,
- ▶ den Therapiestil zu variieren,
- ▶ dem Patienten dabei zu helfen, seine Probleme zu lösen und seine Symptome zu lindern.

Gute therapeutische Fertigkeiten zeigen

Engagement und Verständnis für den Patienten demonstriert der Therapeut durch einfühlsame Äußerungen, Wortwahl, Klang der Stimme, Gesichtsausdrücke und Körpersprache. Er bemüht sich, einfach ein »netter Mensch« zu sein, wenn er sich mit Patienten in einem Raum befindet. Dazu behandelt er diese genauso, wie er selbst gern behandelt werden würde. Durch überlegte Fragen, Reflexionen und Äußerungen zeigt er Empathie und ein genaues Verständnis der Probleme der Patienten – so fühlen diese sich wertgeschätzt und verstanden. Wenn er sich sicher ist, dass die im

Folgenden aufgeführten Botschaften zutreffen, sollte er diese in jeden Fall auch seinen Patienten vermitteln:

- ▶ »Ich mag und schätze Sie.«
 - ▶ »Ich möchte verstehen, was Sie im Moment durchmachen, und Ihnen dabei helfen.«
 - ▶ »Ich bin zuversichtlich, was unsere gemeinsame Arbeit angeht und dass Ihnen die Kognitive Verhaltenstherapie helfen wird.«
 - ▶ »Auch wenn Sie von Ihren Problemen überwältigt werden, trifft das nicht auf mich zu.«
 - ▶ »Ich habe bereits anderen Patienten geholfen, die Ähnliches durchgemacht haben.«
- Wenn der Therapeut diese Botschaften nicht vertreten kann, ist es sinnvoll, sich Hilfe bei einem Supervisor zu suchen, um eigene automatische Gedanken dem Patienten, der Kognitiven Verhaltenstherapie und sich selbst gegenüber zu überprüfen.

Allein durch eine gute therapeutische Beziehung kann der Therapeut beispielsweise depressiven Patienten indirekt helfen, indem sich diese

- ▶ gemocht fühlen, wenn er sich freundlich und interessiert ihnen gegenüber verhält;
- ▶ weniger allein fühlen, wenn er den Arbeitsprozess als Teamarbeit handhabt, um Probleme zu lösen und auf Ziele hinzuarbeiten;
- ▶ optimistischer fühlen, wenn er seine realistische Hoffnung zum Ausdruck bringt, dass die Behandlung helfen wird;
- ▶ selbstwirksamer fühlen, wenn er sie lobt, weil sie Probleme gelöst, Hausaufgaben gemacht und sich in aktive Handlungen eingebracht haben.

Es gibt gemeinhin einen Mythos über die Kognitive Verhaltenstherapie: Sie soll kalt und mechanisch wirken. Ein solcher Eindruck kann allerdings nur von Personen stammen, die keines der grundlegenden Bücher gelesen oder Aufnahmen der wichtigen Therapeuten gesehen haben – denn er stimmt ganz einfach nicht. Ganz im Gegenteil betont schon das früheste Manual zur Kognitiven (Verhaltens-)Therapie (Beck et al., 1979), dass es immens wichtig ist, eine gute therapeutische Beziehung zu entwickeln.

Das Fallkonzept und den Behandlungsplan gemeinsam erarbeiten

Der Therapeut bespricht mit seinem Patienten immer wieder das Fallkonzept und fragt ihn, ob es für diesen »richtig klingt«.

Beispiel

Eine Patientin beschreibt gerade ein Problem, das sie mit ihrer Mutter hat. Der Therapeut fordert sie auf, das kognitive Modell zu diesem Problem auszufüllen. Dann entwirft er das Fallkonzept in zusammenfassender Form: »Okay, ich möchte nur sichergehen, dass ich Sie richtig verstanden habe. Die Situation war folgende: Ihre Mutter hat Sie am Telefon angebrüllt und Ihnen Vorwürfe gemacht, dass Sie Ihren Bruder nicht angerufen haben. Ihre automatischen Gedanken dazu waren: ›Sie merkt einfach nicht, wie viel ich zu tun habe. Schließlich wirft Sie *ihm* nicht vor, dass er mich nicht anruft.« Diese Gedanken machten Sie traurig und wütend, aber Sie haben Ihrer Mutter nichts davon gesagt [Verhalten] ... Habe ich das richtig verstanden?«

Wenn das Fallkonzept zutrifft, wird der Patient direkt sagen: »Ja, ich denke, das stimmt so.« Wenn das Fallkonzept nicht zutrifft, sagt der Patient üblicherweise: »Nein, ganz so ist es nicht. Es ist eher ...« Die Rückmeldung von Patienten heranzuziehen stärkt die therapeutische Beziehung und erleichtert die Erstellung eines genauen Fallkonzepts, um die Therapie noch effektiver zu gestalten.

Gemeinsam Entscheidungen treffen

Während der Therapie seinen Patienten durch die Therapiesitzungen führt, motiviert er ihn, sich aktiv daran zu beteiligen. Er hilft ihm dabei, seine Probleme nach Wichtigkeit zu ordnen, und erklärt die einzelnen Interventionen, damit der Patient seine Zustimmung dazu geben kann. Der Therapeut kann auch Aktivitäten vorschlagen, die der Patient in einer Art Selbsthilfe zuhause durchführt – sollte aber die Reaktionen darauf abwarten (»Ich denke, dass es Ihren Stress mindern würde, wenn Sie sich mehrmals am Tag ein bisschen ausruhen – ist es okay, wenn wir darüber sprechen?«). Therapeut und Patient arbeiten kontinuierlich als Team.

Um Feedback bitten

Die komplette Therapiesitzung über ist der Therapeut sehr wachsam, was die emotionalen Reaktionen des Patienten angeht: Er beobachtet seine Gesichtsausdrücke, Körpersprache, Wortwahl und Tonfall. Wenn er merkt, dass der Patient in einem Moment verstärkt leidet, spricht er seine Beobachtung direkt an: »Sie sehen aufgebracht aus. Was ist Ihnen gerade durch den Kopf gegangen?« Dann berichten Patienten häufig von negativen Gedanken, die sie selbst, den Fortschritt der Therapie oder den Therapeuten betreffen können. Wie in Kapitel 8 näher beschrieben wird, ist es wichtig, dass der Therapeut den Patienten zunächst dafür lobt, dass er ihm Feedback gegeben hat, dann das Problem erfasst und sich eine Strategie überlegt, um dieses zu lösen. Wenn der Therapeut negatives Feedback vom Patienten nicht erkennt und anspricht, kann es dazu führen, dass der Patient sich nicht mehr so gut auf das Lösen seiner eigentlichen Probleme konzentrieren kann und sich damit nicht besser fühlt. Manche Patienten entscheiden sich sogar dazu, in der darauf folgenden Woche nicht mehr zur Therapiesitzung zu erscheinen (s. Beck, 2005, für eine ausführliche Diskussion über das Problemlösen in therapeutischen Beziehungen).

Den Therapiestil variabel halten

Die meisten Patienten reagieren sehr positiv auf eine warme, empathische und fürsorgliche Atmosphäre in der Therapeut-Patient-Beziehung. Dennoch kann es durchaus sein, dass bestimmte Patienten auch negativ darauf reagieren. Ein Beispiel: Ein Patient nimmt den Therapeuten als überfürsorglich oder übermäßig gefühlsbetont wahr. Wenn dieser aber genau auf die emotionalen Reaktionen seines Patienten in den Sitzungen achtet, wird er Probleme wie dieses bemerken und kann sie ansprechen. Als Folge kann der Therapeut die Art, wie er sich darstellt, anpassen, um die gemeinsame Arbeit für den Patienten angenehmer zu gestalten.

Dem Patienten helfen, seine Symptome zu lindern

Der beste Weg, um die therapeutische Beziehung zu stärken, ist, ein effektiver und kompetenter Kognitiver Verhaltenstherapeut zu sein. Die Forschung zeigt, dass vor allem eine Symptomreduktion beim Patienten die therapeutische Beziehung stärkt (DeRubeis & Feeley, 1990; Feeley et al., 1999).

Im Allgemeinen sollte man ausreichend Zeit dafür einplanen, eine therapeutische Beziehung zu entwickeln und den Patienten damit in eine effektive Teamarbeit einzubinden – denn der Therapeut kann diese Beziehung jederzeit nutzen, um dem Patienten deutlich zu machen, dass seine zentralen Annahmen nicht zutreffend sind. Wenn die Beziehung bereits gefestigt ist, sollte der Therapeut es allerdings vermeiden, weitere (unnötige) Zeit darin zu investieren, und die Zeit besser nutzen, um dem Patienten dabei zu helfen, die Probleme zu bearbeiten, die in der nächsten Woche auf ihn zukommen. Bei manchen Patienten, vor allem bei solchen mit Persönlichkeitsstörungen, sind eine deutlich stärkere Schwerpunktsetzung auf die therapeutische Beziehung sowie erweiterte Strategien zum Aufbau eines guten Arbeitsbündnisses notwendig (Beck et al., 2004; Beck, 2005; Young, 1999).

2.2 Die Behandlung planen und Sitzungen strukturieren

Ein wichtiges Ziel der Behandlung ist es, den Therapieprozess für sich selbst und den Patienten verständlich zu machen. Der Therapeut versucht, die Therapie so wirksam wie möglich zu gestalten, um das Leiden des Patienten so schnell wie möglich zu verringern. Dieses Vorhaben wird vereinfacht, wenn man den Standardvorgaben für die entsprechende Therapieform folgt (und dem Patienten diese ebenfalls offenlegt). Zu beachten ist dabei, dies nicht in einer routinierten oder unpersönlichen Art und Weise zu tun – wenn doch, würde der Therapeut nicht besonders viel erreichen.

Vielen Patienten ist wohler dabei, wenn sie wissen, was sie von der Therapie erwarten können. Sie möchten genau verstehen, was von ihnen erwartet wird, sich als Teil eines Teams fühlen und genaue Vorstellungen davon haben, wie die Therapie sich sowohl innerhalb einer Sitzung als auch über die gesamte Behandlung hinweg entwickelt. Dazu sollte der Therapeut die Grundstruktur der einzelnen Sitzungen erklären und sich in der Folge (manchmal flexibel) auch daran halten.

Der Therapeut beginnt mit der Planung der Behandlung, noch bevor der Patient in seine Praxis kommt. Er schaut kurz in die jeweilige Akte und achtet dabei besonders auf die Behandlungsziele sowie die Therapiemitschriften und Hausaufgaben aus der letzten Sitzung. Der Therapeut sollte schon eine grobe Vorstellung davon haben, wie er die Sitzung strukturieren möchte. Das übergreifende therapeutische Ziel ist zunächst, die Stimmung des Patienten während der Sitzung zu verbessern und einen Plan zu entwerfen, wie sich der Patient auch in der folgenden Woche besser fühlen und sein Handeln funktionaler gestalten kann. Was genau dann in der Sitzung gemacht wird, ist abhängig von den Symptomen des Patienten, dem Fallkonzept, der Stärke der thera-

peutischen Beziehung, der Phase der Therapie und vor allem von den Problemen, die auf die Tagesordnung gesetzt werden.

Ziel im ersten Teil der Sitzung ist, das therapeutische Bündnis zu erneuern und Informationen zu sammeln, damit der Therapeut gemeinsam mit dem Patienten eine Tagesordnung aufstellen kann. Die darauf aufgeführten Probleme werden nach ihrer Wichtigkeit geordnet. Im zweiten Teil der Sitzung besprechen Therapeut und Patient die auf der Tagesordnung aufgeführten Probleme. Um diese Probleme lösen zu können, bringt er ihm relevante kognitive, behaviorale, lösungsorientierte und andere Fertigkeiten bei. Das kognitive Modell wird durchgehend aktualisiert. Der Therapeut hilft dem Patienten dabei, seine automatischen Gedanken zu bewerten und darauf zu reagieren. Anschließend soll dieser seine neuen Erkenntnisse noch einmal zusammenfassen.

Die Diskussionen und Interventionen führen meistens ganz automatisch zu bestimmten Hausaufgaben, die den Patienten an seine neue, realistische Art des Denkens erinnern sollen und daran, die erarbeiteten Lösungen während der nächsten Woche anzuwenden. Eine wichtige dauerhafte Hausaufgabe ist beispielsweise, dass der Patient während der folgenden Woche seine dysfunktionalen Gedanken erkennen und darauf reagieren soll, etwa wenn sich seine Stimmung verändert, er sich in einer dysfunktionalen Art und Weise verhält und/oder eine deutliche körperliche Erregung spürt.

Im letzten Teil der Sitzung fragt der Therapeut, was für den Patienten die wichtigsten Erkenntnisse dieser Sitzung waren. Diese sollten aufgeschrieben werden. Außerdem werden die Hausaufgaben gemeinsam besprochen (und angepasst, wenn nötig) und der Patient wird um Feedback für die Sitzung gebeten.



Während erfahrene Kognitive Verhaltenstherapeuten von diesem Format auch schon einmal abweichen können, sind Anfänger auf diesem Gebiet in der Regel effizienter, wenn sie sich genau an die Struktur halten. Detaillierte Beschreibungen zur Struktur der einzelnen Therapiesitzungen finden Sie in Kapitel 5, 7 und 8.

Um die Struktur der Sitzung überhaupt einhalten zu können, müssen Patienten manchmal vorsichtig unterbrochen werden: »Oh, könnte ich Sie kurz für einen Moment unterbrechen? Sagten Sie gerade ...?« Wie man Patienten strategisch und »gekonnt« unterbricht, wird in späteren Kapiteln beschrieben.

Auch wenn man sich anfangs in einer solch stark durchstrukturierten Sitzung komisch vorkommt, wird der Prozess nach und nach »in Fleisch und Blut« übergehen, vor allem, wenn sich die ersten positiven Ergebnisse einstellen.

2.3 Dysfunktionale Gedanken erkennen und darauf reagieren

Wichtig in nahezu jeder Therapiesitzung ist, dem Patienten beim Umgang mit ungenauen oder nicht hilfreichen Konzepten zu helfen. Damit gemeint sind automatische Gedanken, Vorstellungen (gedankliche Bilder) und/oder grundlegende Überzeugungen. Um automatische Gedanken zu erkennen, gibt es verschiedene Wege (s. Kap. 9); meistens aber stellt man zunächst eine grundlegende Frage, wenn der Patient von schwierigen Situationen oder Emotionen oder dysfunktionalem Verhalten berichtet: »Was geht Ihnen in diesem Moment durch den Kopf?«

Um dem Patienten beim Bewerten seiner Gedanken zu helfen, gibt es zwei Möglichkeiten:

- ▶ Die Verwendung der Methode des *geleiteten Entdeckens*, um den Patienten zur Entwicklung einer angemessenen und realistischen Sichtweise zu verhelfen.
- ▶ Der gemeinsame Entwurf von *Verhaltensexperimenten*, um die Annahmen des Patienten zu überprüfen, wann immer es möglich ist.

Geleitetes Entdecken

Wenn der Therapeut mit einem Patienten über seine Probleme spricht, fragt er ihn vor allem nach seinen Kognitionen (automatische Gedanken, Bilder und/oder Überzeugungen). Er vergewissert sich immer wieder, welche dieser Kognitionen den Patienten am meisten belasten, und macht Vorschläge, um Abstand von diesen Gedanken zu gewinnen (z. B. sollte er seine Gedanken lediglich als Einfälle und nicht unbedingt als Wahrheiten betrachten). Damit kann gemeinsam die Gültigkeit und der Nutzen der Kognitionen beurteilt und/oder dem Patienten die Angst genommen werden.

Nützlich für dieses Vorgehen sind vor allem Fragen wie die folgenden:

- ▶ »Welchen Beweis haben Sie dafür, dass Ihr Gedanke stimmt? Welchen Beweis haben Sie für das Gegenteil?«
- ▶ »Wie könnte man diese Situation alternativ betrachten?«
- ▶ »Was ist das Schlimmste, das passieren könnte, und wie würden Sie damit umgehen? Was ist das Beste, was passieren könnte? Was ist das realistische Ergebnis dieser Situation?«
- ▶ »Wozu führt der Glaube an diesen automatischen Gedanken und wozu könnte es führen, wenn Sie Ihre Denkweisen verändern würden?«
- ▶ »Wenn Ihr [Freund oder Familienmitglied] in Ihrer Situation wäre und den gleichen automatischen Gedanken hätte, welchen Ratschlag würden Sie ihm geben?«
- ▶ »Was sollten Sie tun?«

Wie in Kapitel 11 näher beschrieben, treffen nicht alle diese Fragen auf automatische Gedanken zu, häufig muss der Therapeut auch ganz andere Fragen stellen. Dennoch sind die aufgeführten Fragen ein nützlicher Leitfaden. Ihre Anwendung wird im folgenden Therapiedialog veranschaulicht, der aus Sallys vierter Therapiesitzung stammt. Sallys Therapeut hilft ihr dabei, ein für sie wichtiges Problem zu spezifizieren und einen dysfunktionalen Gedanken zu erkennen und zu bewerten, der damit

im Zusammenhang steht. Beide entwickeln einen vernünftigen Handlungsplan und schätzen anschließend die Wirksamkeit dieser Intervention ein.

T: Sally, Sie sagten, dass Sie ein Problem besprechen möchten, das Sie mit der Suche nach einem Nebenjob haben?

P: Ja. Ich brauche das Geld ... aber ich weiß nicht so recht.

T: [Bemerkt, dass Sally sehr niedergeschlagen aussieht] Was geht Ihnen in diesem Moment durch den Kopf?

P: [Automatischer Gedanke] Ich werde es nicht schaffen, einen Job zu erledigen.

T: [Kennzeichnet diese Vorstellung als Gedanken und verbindet ihn mit ihrer Stimmung] Und wie fühlen Sie sich deswegen?

P: [Emotion] Traurig. Mir geht es richtig schlecht.

T: [Beginnt, den Gedanken zu hinterfragen] Woher wissen Sie so genau, dass Sie den Job nicht schaffen werden?

P: Naja, ich habe ja schon Probleme damit, meine Kurse an der Uni zu bestehen.

T: Okay. Und woher noch?

P: Ich weiß nicht ... Ich bin immer noch so erschöpft. Mir fällt es schon schwer, mich überhaupt aufzuraffen, um mich nach einem Job umzuschauen – wie wäre es erst, wenn ich dort jeden Tag hingehen müsste?

T: Darauf kommen wir später noch zurück. [Schlägt eine alternative Sichtweise vor] Vielleicht fällt es Ihnen an diesem Punkt tatsächlich schwerer, nach einem Job zu *suchen*, als zu einem Job zu *gehen*, den Sie bereits haben. Gibt es denn noch andere Anhaltspunkte dafür, dass Sie einen Job nicht schaffen würden, vorausgesetzt, Sie bekommen einen?

P: Nein, da fällt mir nichts ein.

T: Und für die andere Seite? Dafür, dass Sie einen Job schaffen könnten?

P: Ich habe im letzten Jahr gearbeitet. Und das war auch zusätzlich zur Schule und anderen Dingen. Aber dieses Jahr ... ich weiß es einfach nicht.

T: Gibt es noch mehr Anhaltspunkte dafür, dass Sie einen Job schaffen könnten?

P: Ich weiß nicht ... Möglicherweise könnte ich etwas machen, das nicht zu viel Zeit in Anspruch nimmt und das nicht zu schwierig ist.

T: Was könnte das sein?

P: Vielleicht ein Job im Verkauf. Das habe ich im letzten Jahr gemacht.

T: Haben Sie vielleicht Ideen, wo genau Sie arbeiten könnten?

P: Ja, vielleicht im Buchladen der Universität. Ich habe einen Aushang gesehen, dass dort neue Verkäufer gesucht werden.

T: Okay. Was wäre denn das Schlimmste, das passieren könnte, wenn Sie den Job im Buchladen bekommen würden?

P: Wenn ich die Arbeit nicht schaffen würde, denke ich.

T: Und wenn das passieren würde, wie würden Sie damit umgehen?

P: Ich würde wahrscheinlich kündigen.

T: Und was wäre das Beste, was passieren könnte?

P: Hm ... wenn mir die Arbeit dort ganz leicht fallen würde.

- T: Welches Ergebnis wäre denn, ganz realistisch betrachtet, am wahrscheinlichsten?
- P: Es wäre wahrscheinlich gerade am Anfang nicht leicht. Aber ich könnte es schon schaffen.
- T: Sally, wozu führt es, wenn Sie dem Gedanken »Ich werde den Job nicht schaffen« Glauben schenken?
- P: Es macht mich traurig. Und es bringt mich dazu, es gar nicht erst zu versuchen.
- T: Und wozu führt es, wenn Sie Ihr Denken umstellen würden, dahingehend, dass Sie es möglicherweise schaffen könnten, im Buchladen zu arbeiten?
- P: Ich würde mich besser fühlen und mich wahrscheinlich auf diesen Job im Buchladen bewerben.
- T: Also was wollen Sie jetzt tun?
- P: Ich gehe zum Buchladen. Ich habe heute Nachmittag Zeit.
- T: Wie wahrscheinlich ist es, dass Sie gehen?
- P: Oh, ich denke, dass ich gehen werde. Ich werde auf jeden Fall gehen.
- T: Und wie fühlen Sie sich jetzt?
- P: Etwas besser. Vielleicht ein klein wenig nervöser. Aber auch hoffnungsvoller.

In diesem Beispieldialog kann Sally ihren dysfunktionalen Gedanken »Ich werde den Job nicht schaffen« leicht mithilfe von Standardfragen erkennen und überprüfen. Bei vielen anderen Patienten bedarf es eines deutlich höheren therapeutischen Aufwands, um sie zu einem bestimmten Verhalten zu bewegen. Wäre Sally zögerlicher gewesen, hätte ihr Therapeut sie dazu aufgefordert, das Besprochene zusammenzufassen und darauf aufbauend eine sogenannte *Bewältigungskarte* zu entwerfen, die etwa wie im Folgenden dargestellt aussehen kann:

Wenn ich vermeide, zum Buchladen zu gehen, erinnere ich mich daran, dass ich den Job wahrscheinlich schaffen kann und ich jederzeit kündigen könnte, wenn es doch nicht klappt. Es ist keine große Sache.

Verhaltensexperimente

Wann immer es möglich ist, überlegt sich der Therapeut gemeinsam mit seinem Patienten Verhaltensexperimente, die direkt in der Therapiesitzung (und auch zwischen den Sitzungen) umsetzbar sind. Es kann dem Patienten zwar bereits helfen, die Gültigkeit seiner Gedanken durch reine Gespräche zu überprüfen – die Veränderung in seinem Denken wird aber weitaus umfassender sein, wenn er praktische Erfahrungen macht, die ganz deutlich zeigen, dass seine Annahmen nicht zutreffend sind (Bennett-Levy et al., 2004). Geeignete Experimente sind üblicherweise eng mit den negativen Vorhersagen der Patienten verknüpft. So kann z. B. ein depressiver Patient den automatischen Gedanken haben: »Wenn ich versuche, etwas zu lesen, werde ich mich nicht gut genug konzentrieren können, um den Inhalt des Gelesenen zu verstehen.« Der Therapeut könnte den Patienten darum bitten, eine kurze Textstelle aus einem

Buch in seiner Praxis zu lesen, um zu sehen, ob und in welchem Ausmaß dieser Gedanke zutrifft. Ein Patient mit einer Angststörung könnte folgenden Gedanken äußern: »Wenn ich Ihnen mehr über den Missbrauch erzähle, nimmt mich das so sehr mit, dass ich es nicht aushalten könnte«, oder: »Wenn ich ängstlich werde und mein Herz anfängt zu rasen, bekomme ich einen Herzinfarkt.« Um diese Art von Gedanken in der Realität zu überprüfen, entwickeln Therapeut und Patient gemeinsam geeignete Verhaltensexperimente.

Am Anfang der Behandlung konzentriert man sich zunächst auf situationsspezifische Gedanken, die im Allgemeinen recht einfach zu verändern sind. Wenn es auf die Mitte der Behandlung zugeht, arbeitet der Therapeut zwar noch weiter auf dieser Ebene der automatischen Gedanken, legt sein Augenmerk aber auch darauf, ganz grundlegende, allgemeine Kognitionen seines Patienten zu verändern: die tiefer liegenden Annahmen und Grundüberzeugungen. (Die verschiedenen Ausprägungen von Kognitionen werden in Kapitel 3 näher erläutert.)

Die Behandlung wird so lange fortgesetzt, bis (idealerweise) die Symptome des jeweiligen Patienten zurückgehen und er die notwendigen Fertigkeiten erworben hat, um einem Rückfall selbstständig entgegenzuwirken.

2.4 Positive Dinge hervorheben

Die meisten Patienten neigen dazu, ihre Aufmerksamkeit überwiegend auf negative Dinge zu richten. Dies trifft insbesondere auf Patienten mit Depression zu. Wenn diese sich in einer depressiven Episode befinden, konzentrieren sie sich automatisch (also ohne bewusste Aufmerksamkeitslenkung) auf negative Erfahrungen und lassen positive Erfahrungen entweder bewusst außer Acht oder bemerken diese gar nicht erst. Die Schwierigkeiten dabei, bewusst positive Einstellungen zu entwickeln, lassen sie ein verzerrtes Bild von der Realität aufbauen. Um diesem Merkmal der Depression entgegenzuwirken, unterstützt der Therapeut seinen Patienten durchgehend dabei, den Blick auch auf das Positive zu lenken.

Bei der Selbsteinschätzung fragt er den Patienten nach seinen Stärken (»Was sehen Sie als Ihre Stärken und guten Eigenschaften an?«). Bereits ab der ersten Sitzung sollte er den Patienten dazu bringen, auch positive Momente der letzten Woche zu berichten (»Welche guten Erfahrungen haben Sie gemacht, seit wir uns das letzte Mal gesehen haben? Welche schönen Dinge haben Sie getan?«). Wenn der Therapeut seine Sitzungen auch auf das Positive ausrichtet, hilft er dem Patienten dabei, die Woche mehr zu genießen. Er kann die therapeutische Beziehung nutzen, um seine Sicht auf den Patienten als wertvollen Menschen auszudrücken (»Ich finde es großartig, dass Sie mit dem Lehrer [des Kindes, dem der Patient Nachhilfe gibt] gesprochen haben, um herauszufinden, ob Ihr Nachhilfeschüler vielleicht noch mehr Unterstützung bekommen kann.«). Dazu kann er auch nach Erfahrungen fragen, die den negativen automatischen Gedanken widersprechen (»Was ist denn auf der anderen Seite der [positive] Beweis dafür, dass Ihr automatischer Gedanke vielleicht gar nicht zutrifft?«).

Wenn der Patient über seine Probleme berichtet, hört der Therapeut die positiven Aspekte aus den Schilderungen heraus und fragt, was sie dem Patienten bedeuten («Was sagt das über Sie aus, dass Sie den Job im Buchladen bekommen haben?»). Der Therapeut sollte wachsam sein für jegliche Hinweise auf positive Bewältigungsstrategien, die der Patient selbst anspricht, und ihn auf diese aufmerksam machen («Was für eine tolle Idee, dass Sie Allison fragen wollen, ob sie mit Ihnen zusammen lernt.»). Gemeinsam mit dem Patienten entwickelt er außerdem Hausaufgaben, die angenehme Erfahrungen und persönliche Erfolge ermöglichen. Welche Methoden es gibt, um die Stärken der Patienten zu erfassen und in die Hausaufgaben zu integrieren, ist in Kuyken et al. (2009) beschrieben.

2.5 Veränderungen im Denken und Handeln zwischen den Sitzungen ermöglichen (Hausaufgaben)

Es ist ein wichtiges Ziel der Behandlung, dem Patienten dabei zu helfen, sich am Ende der Sitzung besser zu fühlen und damit die Grundlage für eine erfolgreiche Woche zu legen. Um dies zu erreichen, sollte der Therapeut

- ▶ dem Patienten dabei helfen, die automatischen Gedanken, die ihm wahrscheinlich auch zwischen den Sitzungen in den Kopf kommen, zu überprüfen und darauf zu reagieren;
- ▶ dem Patienten dabei helfen, Lösungsansätze zu entwickeln, die er während der folgenden Woche in die Tat umsetzen kann;
- ▶ dem Patienten neue Fertigkeiten beibringen, die er in der folgenden Woche üben kann.

Patienten neigen dazu, eine Menge von dem zu vergessen, was in den Therapiesitzungen besprochen wurde. Daher ist es wichtig, die Dinge, die auf jeden Fall behalten werden sollen, festzuhalten, damit der Patient sie zuhause noch einmal nachschauen kann. Entweder schreibt der Therapeut oder der Patient die Aufgaben für zuhause in ein Therapieheft (das kopiert und in die Therapieunterlagen gelegt werden kann) oder direkt auf Durchschlagpapier (in Geschäften für Bürobedarf erhältlich). Die Hausaufgaben bestehen üblicherweise aus

- ▶ verändertem Verhalten als Ergebnis des Problemlöse- und Fertigkeitentrainings in den Sitzungen (z. B. könnte ein Patient mit einem Isolationsproblem seine Freunde anrufen; bei einem Überlastungsproblem auf der Arbeit sollte der Patient die Schwierigkeiten nachdrücklich mit seinem Vorgesetzten besprechen);
- ▶ dem Erkennen automatischer Gedanken und Überzeugungen, wenn der Patient an sich selbst eine dysfunktionale Veränderung im Affekt, Verhalten oder seiner körperlichen Verfassung bemerkt. Der Therapeut sollte diese überprüfen und darauf mit sokratischen Fragen, Verhaltensexperimenten und/oder dem gemeinsamen Lesen von Therapiemitschriften, die genau diese Kognitionen ansprechen, reagieren. Ein Beispiel:

Wenn ich denke, dass ich die Küche nicht aufräumen kann, erinnere ich mich daran, dass ich es zumindest für zehn Minuten tun sollte. Es ist zwar schwierig, aber nicht unmöglich. Die ersten ein oder zwei Minuten sind wahrscheinlich die schwierigsten und anschließend wird es bestimmt einfacher.

Hausaufgaben ergeben sich meistens ganz automatisch aus den Gesprächen über bestimmte Probleme, weil der Patient sich diesbezüglich einiges merken (Veränderungen der Gedanken) und tun muss. Es ist sehr wichtig, die Hausaufgaben gründlich zu planen und sie an den Patienten auf der Grundlage seiner Annahmen, was am meisten helfen könnte, anzupassen. Der Patient sollte den Hausaufgaben natürlich zustimmen. Außerdem ist es unbedingt notwendig, die Hausaufgaben in der folgenden Sitzung zu besprechen.

Für Patienten mit Depression ist z. B. eine wichtige Hausaufgabe in der frühen Behandlungsphase, vorher geplante Aktivitäten durchzuführen. Kapitel 6 beschreibt den genauen Vorgang der Verhaltensaktivierung und Kapitel 17 gibt grundlegende Hinweise, wie genau man Hausaufgaben plant und nachbespricht.