



Leseprobe aus Beck, Praxis der Kognitiven Verhaltenstherapie, ISBN 978-3-621-28895-8
© 2023 Programm PVU Psychologie Verlags Union in der Verlagsgruppe Beltz, Weinheim Basel
<http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-621-28895-8>

Inhalt

Geleitwort	12
Vorwort	14
1 Einführung in die Kognitive Verhaltenstherapie	16
1.1 Was ist Kognitive Verhaltenstherapie (KVT)?	17
1.2 Theoretisches Modell der KVT	19
1.3 Forschung zur KVT	20
1.4 Entwicklung der Kognitiven Verhaltenstherapie nach Beck	20
1.5 Genesungsorientierte Kognitive Therapie (KVT-Recovery)	22
1.6 Eine typische kognitive Intervention	23
1.7 Wie Sie die Durchführung der Kognitiven Verhaltenstherapie erlernen	24
1.8 Wie Sie dieses Buch am besten nutzen können	27
2 Behandlungsprinzipien der KVT	30
3 Das kognitive Fallkonzept	40
3.1 Einführung in das kognitive Fallkonzept	40
3.2 Grundannahmen	44
3.3 Kognitives Fallkonzept im Fallbeispiel »Finn«	50
3.4 Grafische Darstellung des kognitiven Fallkonzepts	56
4 Die therapeutische Beziehung	65
4.1 Vier Leitlinien	66
4.2 Gute therapeutische Fertigkeiten zeigen	67
4.3 Affekte der Klientinnen monitoren und Feedback einholen	69
4.4 Zusammenarbeit mit Klienten	70
4.5 Die therapeutische Beziehung an die einzelnen Klienten anpassen	70
4.6 Selbstoffenbarung einsetzen	71
4.7 Störungen beheben	73
4.8 Erfahrungen auf andere Beziehungen übertragen lassen	75
4.9 Umgang mit negativen Reaktionen gegenüber Klientinnen	76
5 Die Eingangsdiagnostik	80
5.1 Ziele der diagnostischen Sitzung	81
5.2 Struktur der diagnostischen Sitzung	82
5.3 Die Eingangsdiagnostik beginnen (1. Sitzungsteil)	82
5.4 Diagnostik durchführen (2. Sitzungsteil)	84
5.5 Diagnostischen Eindruck, Therapieziele und Behandlungsplan vermitteln (3. Sitzungsteil)	88
5.6 Einen Aktivitätenplan erstellen (4. Sitzungsteil)	90

5.7	Erwartungen an die Behandlung etablieren (5. Sitzungsteil)	92
5.8	Zusammenfassen und Feedback einholen (6. Sitzungsteil)	93
5.9	Tätigkeiten zwischen Diagnostik und erster Therapiesitzung	93
6	Die erste Therapiesitzung	95
6.1	Ziele und Struktur der ersten Sitzung	95
6.2	Die Stimmung erheben	97
6.3	Medikation und andere Behandlungen überprüfen	99
6.4	Eine Tagesordnung aufstellen	100
6.5	Aktivitätenplan auswerten und aktualisieren	101
6.6	Über die Diagnose sprechen und Psychoedukation zur Depression	104
6.7	Werte und Wünsche identifizieren	111
6.8	Ziele setzen	115
6.9	Aktivitäten planen	118
6.10	Zusammenfassung am Ende der Sitzung	118
6.11	Feedback einholen	120
7	Aktivitäten planen – Verhaltensaktivierung	122
7.1	Verhaltensaktivierung konzeptualisieren	123
7.2	Mangel an Kontrolle oder Freude konzeptualisieren	125
7.3	Termine planen für Aktivitäten	126
7.4	Widerstand gegen die Planung von Aktivitäten begegnen	130
7.5	Aktivitätentabellen einsetzen	132
7.6	Aktivitäten bewerten	133
7.7	Arten von Aktivitäten	134
7.8	Vorhersagen einschätzen mithilfe der Aktivitätentabelle	135
8	Aktivitätenpläne	138
8.1	Aktivitätenpläne festlegen	139
8.2	Typen von Elementen der Aktivitätenpläne	139
8.3	Klienten zur Aufstellung von Aktivitätenplänen ermuntern	141
8.4	Die Beteiligung an Aktivitätenplänen verstärken	141
8.5	Probleme antizipieren und ihnen vorbeugen	145
8.6	Ein mögliches negatives Ergebnis vorbereiten	150
8.7	Aktivitätenpläne überprüfen	151
8.8	Schwierigkeiten erfassen und verstehen	152
9	Behandlungsplanung	161
9.1	Therapeutische Ziele erreichen	162
9.2	Behandlungsplanung über den Therapieverlauf	163
9.3	Erstellen des Behandlungsplans	164
9.4	Behandlungsplanung zum Erreichen eines spezifischen Ziels	165
9.5	Einzelne Sitzungen planen	167
9.6	Entscheiden, sich auf ein Thema oder ein Ziel zu konzentrieren	170
9.7	Klienten helfen, eine problematische Situation zu identifizieren	172

10 Sitzungen strukturieren	176
10.1 Inhalt der Sitzungen	176
10.2 Der erste Teil der Sitzung	178
10.3 Die mittleren Teile der Sitzung	186
10.4 Sitzungsende: abschließende Zusammenfassung, Aktivitätenplan überprüfen und Feedback	189
11 Probleme beim Strukturieren von Sitzungen	192
11.1 Allgemeine Schwierigkeiten beim Strukturieren	192
11.2 Häufige Probleme in den strukturierten Teilen der Sitzungen	196
11.3 Abweichen von der Tagesordnung	205
11.4 Wenn Klienten am Ende einer Sitzung aufgewühlt oder verzweifelt sind	206
12 Automatische Gedanken identifizieren	208
12.1 Charakteristika automatischer Gedanken	209
12.2 Klienten automatische Gedanken erläutern	211
12.3 Automatische Gedanken identifizieren	212
12.4 Ein erweitertes kognitives Modell	213
12.5 Formen von automatischen Gedanken	215
12.6 Schwierigkeiten beim Erkennen automatischer Gedanken	218
12.7 Den Klienten beibringen, automatische Gedanken zu erkennen	221
13 Emotionen	223
13.1 Positive Emotionen hervorrufen und stärken	224
13.2 Negative Emotionen benennen	225
13.3 Die Intensität von Emotionen einschätzen	226
13.4 Automatische Gedanken und Emotionen unterscheiden	228
13.5 Den Inhalt automatischer Gedanken mit Emotionen abgleichen	230
13.6 Negative Emotion verstärken	231
13.7 Annahmen über negative Emotionen überprüfen	231
13.8 Emotionsregulationstechniken	232
14 Automatische Gedanken überprüfen	234
14.1 Arten von automatischen Gedanken	234
14.2 Auswahl der zentralen automatischen Gedanken	235
14.3 Fragen zur Überprüfung automatischer Gedanken	236
14.4 Das Ergebnis der Überprüfung bewerten	242
14.5 Verstehen, warum eine kognitive Umstrukturierung nicht erfolgreich ist	243
14.6 Alternative Methoden, automatische Gedanken zu adressieren	245
14.7 Wenn automatische Gedanken wahr sind	250

15	Auf automatische Gedanken reagieren	253
15.1	Therapienotizen verfassen	253
15.2	Arbeitsblätter einsetzen	256
16	Achtsamkeit in die KVT integrieren	262
16.1	Was ist Achtsamkeit?	262
16.2	Formelle und informelle Achtsamkeitspraxis	264
16.3	Eigene Achtsamkeitspraxis	264
16.4	Techniken vor der Einführung von Achtsamkeit	265
16.5	Einführung der Achtsamkeit	266
16.6	Techniken nach einer Achtsamkeitsübung	267
16.7	Die AWARE-Technik	267
17	Grundannahmen und bedingte Annahmen	270
17.1	Grundannahmen, Schemata und Modi	271
17.2	Adaptive Grundannahmen identifizieren	276
17.3	Dysfunktionale Grundannahmen identifizieren	278
17.4	Dysfunktionale bedingter Annahmen identifizieren	281
17.5	Entscheiden, ob man eine dysfunktionale Annahme verändert	282
17.6	Entscheiden, wann man eine dysfunktionale Annahme verändert	283
17.7	Psychoedukation zu dysfunktionalen Annahmen	283
17.8	Klienten motivieren, dysfunktionale Annahmen zu verändern	287
18	Annahmen modifizieren	289
18.1	Adaptive Annahmen stärken	289
18.2	Maladaptive Annahmen verändern	293
19	Zusätzliche Techniken	310
19.1	Emotionsregulationstechniken	311
19.2	Fertigkeitentraining	312
19.3	Problemlösetechniken	313
19.4	Entscheidungen treffen	315
19.5	Schrittweise Aufgabenzuweisung und Treppenmetapher	317
19.6	Exposition	318
19.7	Rollenspiele	321
19.8	Einsatz von Tortendiagrammen	322
19.9	Selbstvergleiche	324
20	Imaginative Techniken	327
20.1	Positive Bilder hervorrufen	327
20.2	Negative mentale Bilder erkennen	331
20.3	Psychoedukation zu belastenden inneren Bildern	332
20.4	Spontan auftretende negative Bilder behandeln	333

21	Beendigung der Therapie und Rückfallprävention	339
21.1	Rückfallprävention in der Anfangsphase der Therapie	339
21.2	Rückfallprävention im Verlauf der Therapie	341
21.3	Rückfallprävention gegen Ende der Therapie	343
21.4	Selbsttherapiesitzungen	346
21.5	Vorbereitung auf Rückschläge nach dem Therapieende	346
21.6	Auffrischungssitzungen	348
22	Probleme im Therapieverlauf	350
22.1	Die Existenz eines Problems aufdecken	351
22.2	Probleme konzeptualisieren	351
22.3	Verschiedene Problemarten	352
22.3.1	Diagnose, Fallkonzepterstellung und Behandlungsplanung	353
22.3.2	Therapeutische Beziehung	353
22.3.3	Motivation	354
22.3.4	Struktur und Tempo der Therapiesitzung	354
22.3.5	Klienten mit der KVT vertraut machen und an diese Arbeitsart gewöhnen	355
22.3.6	Reagieren auf dysfunktionale Kognitionen	356
22.3.7	Erreichen der therapeutischen Ziele in und zwischen den Sitzungen	357
22.3.8	Verarbeitung der Sitzungsinhalte	357
22.4	Festgefahrene Punkte	358
22.5	Probleme in der Therapie behandeln	359
	Anhang	
	Fallbeispiel Finn: Zusammenfassung	362
	Hinweise zum Arbeitsmaterial	369
	KVT-Ressourcen	374
	Literatur	376
	Sachwortverzeichnis	384

1 Einführung in die Kognitive Verhaltenstherapie

- 1.1 Was ist Kognitive Verhaltenstherapie (KVT)?
- 1.2 Theoretisches Modell der KVT
- 1.3 Forschung zur KVT
- 1.4 Entwicklung der Kognitiven Verhaltenstherapie nach Beck
- 1.5 Genesungsorientierte Kognitive Therapie (KVT-Recovery)
- 1.6 Eine typische kognitive Intervention
- 1.7 Wie Sie die Durchführung der Kognitiven Verhaltenstherapie erlernen
- 1.8 Wie Sie dieses Buch am besten nutzen können

Finn (Name und einige identifizierende Merkmale geändert) ist ein 55-jähriger geschiedener Amerikaner europäischer Herkunft, der vor mehr als zwei Jahren nach großen Schwierigkeiten am Arbeitsplatz und in seiner Ehe schwer depressiv wurde. Zu Behandlungsbeginn war er sehr isoliert und passiv und verbrachte die meiste Zeit zuhause, sah fern, surfte im Internet und spielte gelegentlich Videospiele.

Finn und ich trafen uns über einen Zeitraum von acht Monaten zu insgesamt 18 Sitzungen, in denen wir sowohl traditionelle Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) als auch eine genesungsorientierte Weiterentwicklung der KVT, die sogenannte KVT-Recovery (KVT-R), einsetzten. Auf die Genesungsorientierung als wichtige konzeptuelle Weiterentwicklung wird in diesem und anderen Kapiteln eingegangen. Zunächst führte ich die Diagnostik durch. In der ersten Behandlungssitzung informierte ich Finn dann über seine Diagnose, die der KVT zugrunde liegende Theorie, den Ablauf der Therapie und den von mir vorgeschlagenen Behandlungsplan. Ich erkundigte mich nach seinen Wünschen (wie er sein Leben gestalten wollte) und Werten (was ihm wirklich wichtig war), und dann legten wir Therapieziele fest. Finn wollte ein besseres Leben führen, produktiv und hilfreich für andere sein sowie optimistisch, widerstandsfähig und souverän. Konkret war es ihm wichtig, in der Organisation seines Zuhauses besser zurechtzukommen, einen Job zu finden, die Beziehungen zu seiner Ex-Frau und seinen Kindern zu verbessern, wieder Kontakt zu Freunden aufzunehmen, wieder zur Kirche zu gehen und körperlich in Form zu kommen. Wir besprachen, wie er in der kommenden Woche aktiver werden könnte, und einigten uns auf einen Aktivitätenplan (d. h. therapeutische Hausaufgaben). Dann erkundigte ich mich nach Finns Reaktion auf die Sitzung.

Im Folgenden bestand der größte Teil jeder Sitzung darin, Finn dabei zu helfen, seine Ziele für die Sitzung zu bestimmen, zu entscheiden, welche Schritte er in der kommen-

den Woche unternehmen wollte, Lösungen für mögliche Hindernisse zu finden, seine negative Stimmung zu reduzieren und die positive Stimmung zu verbessern. Wir beschäftigten uns häufig mit dem Lösen von Problemen und dem Aufbau von Fertigkeiten, insbesondere hinsichtlich der Veränderung seiner depressiven Denk- und Verhaltensweisen. Ich setzte nicht nur verschiedene Interventionen ein, sondern brachte Finn auch bei, wie er diese Techniken selbst anwenden kann, um seine Widerstandsfähigkeit zu stärken und einen Rückfall zu verhindern. Die eingesetzte Struktur und die Techniken waren ebenso wichtig wie die Entwicklung einer guten therapeutischen Beziehung. Das Fallbeispiel Finn wird uns durch das gesamte Buch begleiten und Sie werden noch viel über Finn und seine Behandlung erfahren. Eine Zusammenfassung dieses Fallbeispiels finden Sie auch im Anhang.

In einem weiteren Fallbeispiel lernen wir Maria kennen. Maria ist 37 Jahre alt und leidet unter wiederkehrenden schweren Depressionen und Zügen einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. Ihre Behandlung war sehr viel komplexer und dauerte wesentlich länger. Maria sah sich selbst als hilflos, minderwertig, nicht-liebenswert und emotional verletztlich an. Andere Menschen sah sie als potenziell kritisch, gefühllos, nicht-fürsorglich und als Quelle von Verletzungen. Diese Überzeugungen wurden oft auch während unserer Sitzungen ausgelöst. Anfangs war sie mir gegenüber sehr misstrauisch – auf der Hut, dass ich ihr nicht in irgendeiner Weise schade. Es war viel schwieriger als bei Finn, eine enge therapeutische Beziehung zu Maria aufzubauen. Ihre große Hoffnungslosigkeit und Angst vor der Therapie und vor mir hinderten sie eine ganze Weile daran, sich voll auf die Behandlung einzulassen. Während Finns Behandlung das Standardvorgehen darstellt, musste ich die Behandlung für Maria erheblich anpassen.

Im weiteren Verlauf dieses Kapitels werden Sie Antworten auf die folgenden Fragen finden:

- ▶ Was ist KVT? Welche Theorie steckt hinter KVT?
- ▶ Was sagt die Forschung über ihre Wirksamkeit?
- ▶ Wie wurde das Therapieverfahren entwickelt?
- ▶ Was ist genesungsorientierte Kognitive Verhaltenstherapie (KVT-R)?
- ▶ Wie sieht eine typische kognitive Intervention aus?
- ▶ Wie können Sie ein effektiver KVT-Therapeut werden?
- ▶ Wie können Sie dieses Buch am besten nutzen?

1.1 Was ist Kognitive Verhaltenstherapie (KVT)?

Aaron Beck entwickelte in den 1960er- und 1970er-Jahren eine Form der Psychotherapie, die er ursprünglich »Kognitive Therapie« nannte, ein Begriff, der oft synonym mit »Kognitiver Verhaltenstherapie« (KVT) verwendet wird. Beck (1964) entwickelte eine strukturierte, gegenwartsorientierte Kurzzeit-Psychotherapie für Depressionen. Seitdem haben er und andere auf der ganzen Welt diese Therapie erfolgreich an eine erstaunlich vielfältige Gruppe von Menschen mit einem breiten Spektrum von Störungen und Problemen angepasst, und zwar in vielen Settings und Formaten. Diese Anpassun-

gen veränderten den Fokus, die Techniken und die Dauer der Behandlung, aber die theoretischen Annahmen selbst blieben konstant.

Alle von Beck's Modell abgeleiteten Formen der KVT stützen sich auf kognitive Konzepte: die maladaptiven oder dysfunktionalen Überzeugungen, Verhaltensweisen und aufrechterhaltenden Faktoren, die eine bestimmte Störung charakterisieren (Alford & Beck, 1997). Auch wir stützen uns bei der Behandlung auf unser Fallkonzept bzw. unser Verständnis der einzelnen Klienten und ihrer spezifischen Grundannahmen und Verhaltensmuster. Eine der zugrunde liegenden negativen Überzeugungen von Finn lautete etwa: »Ich bin ein Versager«, und er zeigte ein ausgeprägtes Vermeidungsverhalten, um seine (vermeintliche) Inkompetenz oder sein Versagen zu verbergen. Sein Vermeidungsverhalten verstärkte jedoch ironischerweise seine Überzeugung zu versagen.

Ursprünglich als Psychoanalytiker ausgebildet, stützte sich Beck bei der Entwicklung der KVT auf zahlreiche Quellen, darunter frühe Philosophen wie Epiktet und Theoretikerinnen wie Karen Horney, Alfred Adler, George Kelly, Albert Ellis, Richard Lazarus, Albert Bandura und viele andere. Beck's Arbeit wurde wiederum von einer Vielzahl von Forscherinnen und Theoretikern in den Vereinigten Staaten und international erweitert, die hier nicht alle aufgezählt werden können. Historische Übersichten über das Feld zeigen anschaulich, wie die verschiedenen Strömungen der KVT entstanden und gewachsen sind (Arnkoff & Glass, 1992; Beck, 2005; Dobson & Dozois, 2009; Thoma et al., 2015).

Einige Varianten und Weiterentwicklungen der KVT weisen Merkmale der Beck'schen Therapie auf, ihre Formulierungen und Behandlungsschwerpunkte variieren jedoch bis zu einem gewissen Grad. Dazu gehören etwa die Rational-emotionale Verhaltenstherapie (Ellis, 1962), die Dialektisch-Behaviorale Verhaltenstherapie (Linehan, 1993), die Problemlösungstherapie (D'Zurilla & Nezu, 2006), die Akzeptanz- und Commitmenttherapie (Hayes et al., 1999), Expositionstherapie (Foa & Rothbaum, 1998), Kognitive Verarbeitungstherapie (Resick & Schnicke, 1993), CBASP (McCullough, 1999), Verhaltensaktivierung (Lewinsohn et al., 1980; Martell et al., 2001) und die kognitive Verhaltensmodifikation (Meichenbaum, 1977). Die aus dem Beck'schen Modell abgeleitete Form der KVT umfasst Techniken aus all diesen Methoden sowie aus anderen evidenzbasierten Psychotherapien mit kognitiven Grundlagen. Im Laufe der Zeit wird es nützlich sein, mehr über andere evidenzbasierte Interventionen zu erfahren. Es wäre jedoch nicht sinnvoll, sich damit auseinanderzusetzen, während Sie die KVT noch erlernen. Ich möchte Sie ermutigen, zunächst die Grundlagen der KVT zu beherrschen und dann zusätzliche Techniken zu erlernen.

KVT wurde an Patientinnen und Patienten mit unterschiedlichem Bildungsstand und Einkommen sowie an eine Vielzahl von Kulturen und Altersgruppen angepasst. Sie wird heute in Krankenhäusern und Kliniken, Schulen, Berufsbildungsprogrammen, im Strafvollzug und vielen anderen Einrichtungen eingesetzt. Sie findet im Gruppen-, Paar- und Familiensetting statt. Die in diesem Buch beschriebene Behandlung konzentriert sich zwar auf 45- bis 50-minütige Einzelsitzungen im ambulanten Setting, doch können die therapeutischen Interaktionen auch kürzer sein. Vollständige Sitzungen sind für manche Patient:innen nicht adäquat, z. B. für diejenigen, die zur Behandlung einer

schweren Schizophrenie stationär eingewiesen wurden. Zudem nutzen verschiedene Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen KVT-Techniken, ohne vollständige Therapiesitzungen durchzuführen, etwa im Rahmen von kurzen Arzt- oder Rehabilitationsterminen oder Medikamentenkontrollen. Auch medizinische Hilfsberufe und Selbsthilfegruppen setzen entsprechend angepasste KVT-Techniken ein.

1.2 Theoretisches Modell der KVT

Das *kognitive Modell* geht davon aus, dass allen psychischen Störungen dysfunktionales Denken (das die Stimmung und das Verhalten des Klienten beeinflusst) gemeinsam ist. Wenn Menschen lernen, ihr Denken realistischer und anpassungsfähiger einzuschätzen, reduzieren sich negative Emotionen und dysfunktionales Verhalten. Wenn Sie etwa sehr deprimiert sind und Schwierigkeiten haben, sich zu konzentrieren und Ihre Rechnungen zu bezahlen, haben Sie vielleicht einen *automatischen Gedanken*, eine Idee (in Worten oder Bildern), die Ihnen sofort in den Sinn kommt: »Ich kann nichts richtig machen«. Dieser Gedanke führt dann zu einer bestimmten Reaktion: Sie fühlen sich vielleicht traurig (Emotion) und ziehen sich ins Bett zurück (Verhalten).

In der traditionellen KVT würde Ihre Therapeutin Ihnen wahrscheinlich helfen, die Gültigkeit dieses Gedankens zu überprüfen, und Sie könnten zu dem Schluss kommen, dass Sie übergeneralisiert haben und in Wirklichkeit trotz Ihrer Depression viele Dinge gut machen. Wenn Sie Ihre Erfahrungen aus dieser neuen Perspektive betrachten, würde Ihre negative Stimmung wahrscheinlich abnehmen, und Sie könnten sich funktionaler verhalten (z. B. anfangen, Rechnungen zu bezahlen). Auch bei einem genesungsorientierten Ansatz würde Ihr Therapeut Ihnen helfen, Ihre automatischen Gedanken zu bewerten. Der Schwerpunkt läge jedoch weniger auf den bereits aufgetretenen Gedanken als vielmehr auf den Gedanken, die in der kommenden Woche wahrscheinlich auftauchen werden und Sie daran hindern könnten, ein bestimmtes Ziel zu erreichen.

Drei Ebenen von Kognitionen. Sowohl adaptive als auch maladaptive Kognitionen treten auf drei Ebenen auf:

- ▶ Automatische Gedanken (z. B. »Ich bin zu müde, um etwas zu tun«) befinden sich auf der oberflächlichsten Ebene.
- ▶ Dann gibt es bedingte Annahmen, wie z. B. zugrunde liegende Glaubenssätze (z. B. »Wenn ich versuche, eine Beziehung einzugehen, werde ich abgewiesen«).
- ▶ Auf der tiefsten Ebene finden sich Grundannahmen über sich selbst, andere und die Welt (z. B. »Ich bin hilflos«, »Andere Menschen werden mich verletzen«, »Die Welt ist gefährlich«).

Um eine dauerhafte Verbesserung der Stimmung und des Verhaltens der Patient:innen zu erreichen, arbeiten Sie auf allen drei Ebenen. Die Änderung sowohl der automatischen Gedanken als auch der zugrunde liegenden dysfunktionalen Annahmen führt zu einer dauerhaften Veränderung. Nehmen wir beispielsweise an, Sie unterschätzen ständig Ihre Fähigkeiten. In diesem Fall haben Sie vielleicht die Grundannahme, inkompetent zu sein. Wenn Sie diese allgemeine Überzeugung ändern (d. h. sich selbst in einem

realistischeren Licht sehen), kann sich Ihre Wahrnehmung bestimmter Situationen, die Sie täglich erleben, verändern. Sie werden nicht mehr so viele Gedanken mit dem Thema Inkompetenz haben. Stattdessen werden Sie in bestimmten Situationen, in denen Sie Fehler machen, wahrscheinlich denken: »Ich bin nicht gut in dieser [*bestimmten Aufgabe*].« Darüber hinaus ist es bei der Genesungsorientierung wichtig, realistisch positive automatische Gedanken (z. B. »Ich kann viele Dinge gut«) und realistisch positive bedingte Annahmen und Grundannahmen zu kultivieren (z. B. »Wenn ich durchhalte, kann ich wahrscheinlich lernen, was ich brauche« und »Ich habe Stärken und Schwächen wie jeder andere«).

1.3 Forschung zur KVT

Die KVT wurde seit der Veröffentlichung der ersten Studie von Rush et al. im Jahr 1977 ausgiebig getestet. Inzwischen haben mehr als 2.000 Studien die Wirksamkeit der KVT bei einem breiten Spektrum psychischer Störungen und Probleme und medizinischer Erkrankungen mit psychologischen Komponenten nachgewiesen. Viele Studien zeigten auch, dass die KVT dazu beiträgt, künftige Probleme und Störungen zu verhindern oder deren Schwere zu verringern. Von Brachel et al. (2019) zeigten beispielsweise, dass sich ambulante Patient:innen mit einer Reihe psychischer Störungen, die im Rahmen der Routineversorgung mit KVT behandelt wurden, fünf bis 20 Jahre nach Beendigung der Therapie weiter verbesserten, und zwar stärker als diejenigen, die eine medizinische Behandlung erhielten. Für Metaanalysen und Übersichten zur KVT siehe: Butler et al., 2006; Carpenter et al., 2018; Chambless & Ollendick, 2001; Dobson et al., 2008; Dutra et al., 2008; Fairburn et al., 2015; Hanrahan et al., 2013; Hofmann et al., 2012; Hollon et al., 2014; Linardon et al., 2017; Magill & Ray, 2009; Matusiewicz et al., 2010; Mayo-Wilson et al., 2014; Öst et al., 2015, und Wuthrich & Rapee, 2013. Eine Liste mit Störungen, bei denen KVT sich als wirksam erwiesen hat, findet sich z. B. unter www.div12.org/psychological-treatments/treatments oder www.nice.org.uk/about/what-we-do/our-programmes/nice-guidance/nice-guidelines. Zu Studien zur genesungsorientierten Kognitiven Therapie sei auf Beck et al. (2020b) sowie Grant et al. (2012, 2017) verwiesen.

1.4 Entwicklung der Kognitiven Verhaltenstherapie nach Beck

In den späten 1950er-Jahren war Aaron Beck ein zertifizierter Psychoanalytiker: Seine Klienten assoziierten frei auf einer Couch, während er Interpretationen vornahm. Beck erkannte, dass die Konzepte der Psychoanalyse experimentell validiert werden mussten, wenn diese Psychotherapieschule von der Wissenschaft ernstgenommen werden sollte. Beck beschloss daher in den frühen 1960er-Jahren, das psychoanalytische Konzept zu testen, wonach Depressionen das Ergebnis einer nach innen gerichteten Feindseligkeit gegenüber dem eigenen Selbst sind.

Er untersuchte die Träume depressiver Patient:innen, von denen er annahm, dass sie mehr feindselige Themen enthielten als die Träume psychiatrischer Patient:innen ohne Depression. Zu seiner Überraschung stellte er schließlich fest, dass die Träume der von Depression Betroffenen weniger feindselige Themen und weitaus mehr Themen wie Mangelhaftigkeit, Entbehrung und Verlust enthielten. Er erkannte, dass diese Themen auch in deren Denken präsent waren, wenn sie wach waren. Weitere seiner Studien brachten Beck zu der Überzeugung, dass auch eine damit zusammenhängende psychoanalytische Vorstellung – dass Depressive ein Bedürfnis zu leiden haben – unzutreffend sein könnte (Beck, 1967). An diesem Punkt war es fast so, als ob eine Reihe von Dominosteinen fiel: Wenn diese psychoanalytischen Konzepte nicht stimmten, wie konnte man dann die Depression verstehen?

Als Beck seinen Klient:innen auf der Couch zuhörte, stellte er fest, dass sie gelegentlich von zwei Arten des Denkens berichteten: einem Strom freier Assoziationen und einem Strom schneller, bewertender Gedanken, insbesondere über sich selbst. Eine Frau erzählte etwa von ihren sexuellen Erfahrungen. Am Ende der Sitzung berichtete sie spontan, dass sie sich dabei ängstlich gefühlt habe. Aaron Beck nahm eine Interpretation vor: »Sie dachten, ich kritisiere Sie«. Die Klientin widersprach: »Nein, ich hatte Angst, ich würde Sie langweilen.« Als er seine anderen depressiven Klient:innen befragte, erkannte Beck, dass alle von ihnen »automatische« negative Gedanken hatten, die eng mit ihren Gefühlen verbunden waren. Er begann, ihnen zu helfen, ihre unrealistischen und dysfunktionalen Gedanken zu erkennen, zu bewerten und darauf zu reagieren. Als er dies tat, ging es ihnen rasch besser.

Beck begann daraufhin, seine Assistenzärzte für Psychiatrie an der Universität von Pennsylvania in dieser Form der Behandlung zu unterrichten. Auch sie stellten fest, dass ihre Patient:innen gut darauf ansprachen. Mit dem leitenden Assistenzarzt A. John Rush, später eine führende Autorität der Depressionstherapie, war sich Beck einig, dass eine Outcome-Studie notwendig war, um die Wirksamkeit der kognitiven Therapie zu belegen. Ihre 1977 veröffentlichte randomisierte, kontrollierte Studie mit depressiven Patienten wies nach, dass die kognitive Therapie genauso wirksam war wie Imipramin, ein gängiges Antidepressivum. Dies war eine erstaunliche Studie. Es war eine der ersten Studien, in der eine Gesprächstherapie mit einem Medikament verglichen wurde. In einer Follow-up-Studie erwies sich die kognitive Therapie bei der Rückfallprävention als wesentlich wirksamer als Imipramin. Zwei Jahre später veröffentlichten Beck et al. (1979) das erste Behandlungsmanual für kognitive Therapie.

Ab Ende der 1970er-Jahre begannen Beck und seine Postdoktoranden, Angstzustände, Substanzkonsum, Persönlichkeitsstörungen, Paarprobleme, Feindseligkeit, Bipolare Störungen und andere Erkrankungen zu untersuchen, indem sie kognitive Therapie einsetzten. Zunächst erfassten sie klinische Beobachtungen über die Störung; sie skizzierten die aufrechterhaltenden Faktoren und die wichtigsten Kognitionen (Gedanken und zugrunde liegende Annahmen, Emotionen und Verhaltensweisen). Dann testeten sie ihre Theorien, passten die Behandlung an und führten randomisierte kontrollierte Studien durch. Spulen Sie einige Jahrzehnte vor. Dr. Beck und ich sowie Forschende auf der ganzen Welt studieren, konzeptualisieren, adaptieren und testen weiterhin Be-

handlungen für Klient:innen aus einem immer breiteren Störungs- und Problemkreis. Die KVT wird heute an den meisten Graduiertenschulen in den USA und Ausbildungsinstituten in vielen anderen Ländern gelehrt. Sie ist das am weitesten verbreitete Therapieverfahren der Welt (David et al., 2018; Knapp et al., 2015).

1.5 Genesungsorientierte Kognitive Therapie (KVT-Recovery)

In den letzten Jahrzehnten hat es auf dem Gebiet der psychischen Gesundheit eine Innovation gegeben: die Recovery-Bewegung, die als alternativer Ansatz zum medizinischen Modell für Personen mit einer schweren psychischen Erkrankung ins Leben gerufen wurde. Aaron Beck, unsere Kollegen vom *Beck Institute for Cognitive Behavior Therapy* und ich entwickeln diese Genesungsorientierte Kognitive Therapie oder Recovery-oriented Cognitive Therapy (CT-R, deutsch: KVT-R) für Menschen mit einer Vielzahl von Diagnosen weiter. Die KVT-R, eine Anpassung der traditionellen KVT, behält die theoretische Grundlage des kognitiven Modells bei, wenn es darum geht, individuelle Fallkonzepte zu erstellen, die Behandlung zu planen und durchzuführen. Der Schwerpunkt liegt jedoch zusätzlich auf der kognitiven Formulierung der *adaptiven* Überzeugungen und Verhaltensstrategien der Klient:innen sowie auf Faktoren, die eine positive Stimmung aufrechterhalten. Anstatt die Symptome und die Psychopathologie zu betonen, hebt KVT-Recovery die Stärken, persönlichen Qualitäten, Fähigkeiten und Ressourcen der Patient:innen hervor.

Genesungsorientiert habe ich auch Finns Wünsche und Werte eruiert und konzeptualisiert, um die Behandlung zu planen. Beispielweise war Finn seine Familie sehr wichtig, und trotz seiner schweren Depression war er bereit, sich zu bemühen, stärker mit den Familienmitgliedern zu interagieren. Wir planten für Finn zwischen den Sitzungen potenziell lohnende Aktivitäten und *halfen ihm, positive Schlussfolgerungen aus diesen Erfahrungen zu ziehen*. Wir erarbeiteten positive Kognitionen und Erinnerungen und nutzten die therapeutische Beziehung und eine Vielzahl von Techniken, um eine adaptive Grundannahme über das Selbst zu stärken und positive Emotionen innerhalb und außerhalb der Sitzungen zu fördern.

Ein Unterschied zwischen der traditionellen KVT und der KVT-R ist die Zeitorientierung. In der traditionellen KVT neigen wir dazu, über Probleme zu sprechen, die in der vergangenen Woche aufgetreten sind, und KVT-Techniken anzuwenden, um sie anzugehen. In der genesungsorientierten Weiterentwicklung konzentrieren wir uns mehr auf die Zukunftswünsche der Klient:innen, ihre Werte und die Schritte, die sie jede Woche in Richtung ihrer Ziele unternehmen können. Die üblichen KVT-Techniken werden eingesetzt, um Herausforderungen oder Hindernisse zu überwinden, auf die die Klienten bei der Umsetzung dieser Schritte stoßen werden.

1.6 Eine typische kognitive Intervention

Nachfolgend finden Sie einen Auszug aus einer Therapiesitzung mit Finn, der einen Eindruck von einer typischen kognitiv-verhaltenstherapeutischen Intervention gibt. Zunächst vereinbaren Finn und ich, über ein Ziel zu sprechen, an dem Finn arbeiten möchte. Wir (Judith Beck, Therapeutin = Th; Finn = F) besprechen die Schritte, die er unternehmen kann, und die Hindernisse, die sich ihm in den Weg stellen könnten.

Th: Okay, möchten Sie zuerst über Ihr Ziel sprechen, eine neue Arbeit zu finden?

F: Ja, ich brauche das Geld wirklich.

Th: Welchen Schritt würden Sie gerne in der kommenden Woche angehen?

F: [*seufzt*] Ich denke, ich sollte meinen Lebenslauf aktualisieren.

Th: Das ist sehr wichtig. [*beginnt mit der Problemlösung*] Wie wollen Sie das angehen?

F: Ich weiß es nicht. Ich habe ihn mir seit Jahren nicht mehr angesehen.

Th: Wissen Sie, wo die Unterlagen sind?

F: Ja. Aber ich bin mir nicht sicher, was ich da reinschreiben soll.

Th: Wie könnten Sie das herausfinden?

F: Ich denke, ich könnte online gehen. Aber meine Konzentration war in letzter Zeit nicht so gut.

Th: Wäre es besser, wenn Sie mit jemandem sprechen, der sich mit Lebensläufen besser auskennt als Sie?

F: Ja. [*denkt nach*] Ich könnte mit meinem Sohn reden.

Th: Was würden Sie davon halten, ihn heute anzurufen? Könnte irgendetwas dazwischenkommen?

F: Ich weiß es nicht. Ich sollte in der Lage sein, selbst herauszufinden, was zu tun ist, ohne ihn zu belästigen.

Th: Das ist ein interessanter Gedanke – dass Sie in der Lage sein sollten, es herauszufinden. Haben Sie schon viel Erfahrung damit, sich die Lebensläufe anderer Leute anzusehen?

F: Nein, ich weiß nicht, ob ich jemals einen von jemand anderem gesehen habe.

Th: Was glauben Sie, wie viel Mühe es für Ihren Sohn sein würde?

F: Nicht so viel, denke ich.

Th: Woran sollten Sie sich erinnern, bevor Sie ihn anrufen?

F: Dass er in letzter Zeit viel mehr Erfahrungen mit Lebensläufen gemacht hat als ich. Dass er wahrscheinlich damit einverstanden ist, mir zu helfen.

Th: [*lobt Finn*] Das ist ausgezeichnet. Können Sie ihn heute tagsüber anrufen?

F: Heute Abend wäre besser.

Finn war leicht in der Lage, einen wenig hilfreichen Gedanken zu identifizieren, der ein Hindernis für das Erreichen eines wichtigen Ziels hätte darstellen können, und darauf

zu reagieren. Ich bat ihn, sich vorzustellen, dass er mit der Hilfe seines Sohnes seinen Lebenslauf erfolgreich überarbeitet hätte. Dann fragte ich ihn, wie er sich in diesem Bild fühlte, und half ihm, einige der positiven Gefühle direkt in unserer Sitzung zu erleben. (Manche Klient:innen, die mit einem ähnlichen Problem konfrontiert sind, benötigen vielleicht eine größere therapeutische Anstrengung, bevor sie in der Lage sind, die Vorstellung auch auf der Verhaltensebene umzusetzen.)

1.7 Wie Sie die Durchführung der Kognitiven Verhaltenstherapie erlernen

Ich hoffe, Sie haben den Ehrgeiz, ein hervorragender Therapeut bzw. eine hervorragende Therapeutin zu werden und in Ihrem Beruf vielen Menschen zu helfen. Dieses Ziel vor Augen zu haben, kann Ihnen helfen, durchzuhalten, wenn Sie sich beim Lesen dieses Buches fragen, ob Sie es schaffen werden, sich die KVT anzueignen. Falls Sie sich ängstlich fühlen, denken Sie daran, dass Sie dem kognitiven Modell zufolge in diesem Fall negative Gedanken gehabt haben. Sie werden im Laufe des Buches lernen, wie Sie mit solchen nicht-hilfreichen Gedanken umgehen können. In der Zwischenzeit ist es hilfreich, sich jede Woche ein konkretes Leseziel zu setzen und die Hindernisse zu bedenken, die sich Ihnen bei der Umsetzung der notwendigen Schritte in den Weg stellen könnten. Stellen Sie dabei sicher, dass Ihre Erwartungen an sich selbst angemessen sind.

Ich selbst war keine sehr gute Therapeutin, als ich mit KVT begann. Wie hätte es auch anders sein können? Ich hatte vorher noch nie eine Therapie gemacht. Seien Sie also sich selbst gegenüber großzügig, wenn Sie gerade erst anfangen oder wenn Sie relativ neu in der KVT sind. Sie sind in guter Gesellschaft. Erkennen Sie die Lektüre jedes Kapitels an und geben Sie sich selbst Anerkennung. Loben Sie sich für die Beantwortung der Reflektionsfragen und die Durchführung der praktischen Übungen, die Sie am Ende jedes Kapitels finden. Vergleichen Sie sich mit gleichermaßen erfahrenen Kolleginnen, nicht mit erfahrenen KVT-Therapeutinnen.

Wir verwenden in der KVT häufig Analogien und Metaphern (Stott et al., 2010). Hier ist eine Analogie, die wir häufig in der Therapie verwenden und die Sie vielleicht selbst nützlich finden:

»Erinnern Sie sich daran, wie Sie gelernt haben, Auto zu fahren oder ein Musikinstrument zu spielen? Fühlten Sie sich anfangs ein wenig unbeholfen? Mussten Sie viel Aufmerksamkeit auf kleine Details und Bewegungen verwenden, die Ihnen jetzt leicht und automatisch von der Hand gehen? Haben Sie sich jemals entmutigt gefühlt? Hat der Prozess im Laufe der Zeit mehr und mehr Sinn ergeben und sich immer angenehmer angefühlt? Haben Sie ihn schließlich so weit gemeistert, dass Sie die Aufgabe mit relativer Leichtigkeit und Zuversicht erledigen konnten? Die meisten Menschen haben genau diese Erfahrung gemacht, als sie eine Fähigkeit erlernten, die sie jetzt beherrschen.«

Der Lernprozess ist beim Erlernen eines Psychotherapieverfahrens derselbe. Halten Sie Ihre Ziele klein, klar definiert und realistisch. Vergleichen Sie Ihre Fortschritte mit Ihren

Fähigkeiten vor dem Lesen dieses Buches oder mit dem Zeitpunkt, als Sie mit der KVT begannen. Achten Sie darauf, dass Sie Ihr Selbstvertrauen nicht untergraben, indem Sie Ihren derzeitigen Kenntnisstand mit Ihrem Endziel vergleichen.

Wenn Sie sich unsicher oder ängstlich fühlen, wenn Sie beginnen, die KVT in Ihrer Praxis anzuwenden, machen Sie sich eine »Bewältigungskarte«, eine physische oder virtuelle Karteikarte, auf die Sie Aussagen geschrieben haben, die wichtig sind und an die Sie sich erinnern möchten. Sie werden Bewältigungskarten oder Ähnliches auch mit Ihren Klient:innen verwenden (denn wir sorgen dafür, dass alles, woran sie sich erinnern sollen, aufgeschrieben wird). Meine Assistenzärzte in der Psychiatrie haben oft wenig hilfreiche Gedanken, bevor sie ihre ersten ambulanten Patient:innen sehen. Nachdem wir diese besprochen haben, erstellen sie eine Karte, die die Gedanken adressiert. Die Karte ist individuell gestaltet, hat aber im Allgemeinen folgenden Inhalt:

- ▶ Mein Ziel ist es nicht, diesen Klienten heute zu heilen. Das erwartet auch niemand von mir.
- ▶ Mein Ziel ist es, eine gute Beziehung aufzubauen und Hoffnung zu wecken, zu erkennen, was für diesen Menschen wirklich wichtig ist, und vielleicht einen Schritt zu finden, den der Klient in dieser Woche unternehmen kann, um seine Ziele zu erreichen.

Das Lesen einer solchen Karte kann Ihnen helfen, Ihre Ängste abzubauen, damit Sie sich auf Ihre Patient:innen konzentrieren und effektiver arbeiten können.

Für den ungeschulten Beobachtenden erscheint die KVT manchmal täuschend einfach. Das *kognitive Modell*, d. h. die These, dass die Gedanken eines Menschen seine Emotionen und sein Verhalten (und manchmal auch seine Physiologie) beeinflussen, ist recht einfach. Erfahrene KVT-Therapeut:innen erledigen jedoch viele Aufgaben auf einmal: Beziehungsaufbau, Kontaktaufnahme und Aufklärung der Klient:innen, Sammlung von Daten, Erstellung eines Fallkonzepts, Arbeit an den Zielen der Patienten und Überwindung von Hindernissen, Vermittlung von Fertigkeiten, Zusammenfassen und Einholen von Feedback. Während sie diese Aufgaben erfüllen, klingen sie fast als würden sie »einfach« ein Gespräch führen.

Als Neuling müssen Sie jedoch bewusster und strukturierter vorgehen und sich auf weniger Elemente gleichzeitig konzentrieren. Obwohl das Ziel letztlich darin besteht, all die genannten Elemente miteinander zu verweben und die Therapie so effektiv und effizient wie möglich durchzuführen, müssen Sie zunächst lernen, die therapeutische Beziehung aufzubauen und das Fallkonzept zu erstellen. Sie werden dann auch die Techniken der KVT (und anderer Verfahren) erlernen, aber dies geschieht am besten Schritt für Schritt.

Man kann die Entwicklung von Fachwissen in der KVT als vier Stufen verstehen. (Die Beschreibungen gehen davon aus, dass Sie die grundlegenden Beratungsfähigkeiten be-

reits beherrschen: Zuhören, Einfühlungsvermögen, Fürsorge, positive Wertschätzung und Aufrichtigkeit sowie genaues Verstehen, Reflektieren und Zusammenfassen).

- ▶ In **Stufe 1** erlernen Sie die grundlegenden Fähigkeiten, einen Fall basierend auf der Anamnese und Diagnostik und den in der Sitzung gesammelten Daten kognitiv zu konzeptualisieren. Sie lernen, wie Sie eine tragfähige therapeutische Beziehung aufbauen können. Sie lernen, wie Sie die Sitzung strukturieren und das Fallkonzept und Ihren gesunden Menschenverstand nutzen, um die Behandlung unter Berücksichtigung der Werte, Wünsche und Ziele Ihrer Klient:innen zu planen. Sie helfen ihnen, Lösungen für die Hindernisse zu entwickeln, mit denen diese konfrontiert sind, und ihre dysfunktionalen Gedanken auf eine andere Art zu betrachten. Sie lernen, grundlegende kognitive und verhaltenstherapeutische Techniken anzuwenden und Ihren Patient:innen beizubringen, wie man sie einsetzt.
- ▶ In **Stufe 2** werden Sie geübt darin, Ihr Fallkonzept mit Ihrem Wissen über Techniken zu integrieren. Sie stärken Ihre Fähigkeit, den Ablauf der Therapie zu verstehen. Es fällt Ihnen leichter, kritische Behandlungsziele zu erkennen, und Sie werden geschickter darin, Fallkonzepte zu entwickeln, zu verfeinern und dazu zu nutzen, flexibel Entscheidungen über Interventionen zu treffen. Sie erweitern Ihr Repertoire an Strategien und werden geübt in der Auswahl, dem Timing und der Umsetzung geeigneter Techniken sowie in der Stärkung der therapeutischen Beziehung.
- ▶ In **Stufe 3** integrieren Sie automatisch neue Daten in das Fallkonzept. Sie verfeinern Ihre Fähigkeit, Hypothesen aufzustellen, um Ihre Sicht auf den Klienten zu bestätigen oder zu revidieren. Sie variieren die Struktur und die Techniken der KVT je nach Bedarf, insbesondere bei Klient:innen mit Persönlichkeitsstörungen und anderen schwerwiegenden Störungen und Problemen. Sie werden immer geschickter darin, Brüche in der therapeutischen Allianz zu verhindern und zu beheben.
- ▶ In **Stufe 4** lernen Sie KVT im Laufe Ihres Berufslebens weiter. Ich lerne ständig von jedem Klienten, den ich behandle. Ich nehme an wöchentlichen Fallkonferenzen teil, berate mich in klinischen Fragen mit Kolleg:innen und Supervisand:innen und bleibe auf dem neuesten Stand der KVT-Forschung und -Praxis, indem ich Bücher und Artikel lese und regelmäßig an Kongressen teilnehme. Ich bin heute eine viel bessere Therapeutin als noch vor fünf Jahren. Und hoffentlich bin ich in fünf Jahren eine bessere Therapeutin als heute. Ich hoffe, dass Sie eine ähnliche Einstellung zur Bedeutung des lebenslangen Lernens entwickeln werden.

Beginn der Arbeit mit KVT bei Behandler:innen anderer Therapierichtungen. Wenn Sie bereits in einem anderen psychotherapeutischen Verfahren praktizieren, aber neu in der KVT sind, werden Sie wahrscheinlich effektiver sein, wenn Sie sie mit Beginn einer neuen Behandlung anwenden. Wenn Sie sich entscheiden, die KVT bei Klient:innen einzuführen, mit denen Sie bereits arbeiten, ist es wichtig, dass Sie dies in Zusammenarbeit mit ihnen tun. Sie sollten beschreiben, was Sie anders machen möchten, dies begründen und die Zustimmung Ihres Gegenübers einholen. Die meisten Klient:innen sind mit solchen Änderungen einverstanden, wenn sie positiv formuliert sind und ihnen zugutekommen. Wenn sie zögern, können Sie eine Veränderung (z. B. die Festlegung

einer Tagesordnung) als »Experiment« und nicht als Verpflichtung vorschlagen, um sie zu motivieren, es zu versuchen.

Th: Ich habe gerade ein wichtiges Buch darüber gelesen, wie man eine Therapie effektiver gestalten kann, und dabei an Sie gedacht.

P: Oh?

Th: Ja, und ich habe ein paar Ideen, wie es Ihnen vielleicht schneller besser gehen könnte. [*arbeitet mit der Klientin zusammen*] Ist es in Ordnung, wenn ich Ihnen davon erzähle?

P: Okay.

Th: Eine Sache, die ich gelesen habe, nennt sich »die Tagesordnung festlegen«. Das bedeutet, dass ich Sie zu Beginn der Sitzung fragen möchte, an welchen Zielen oder Themen Sie in der Sitzung arbeiten möchten. Sie könnten etwa sagen, dass Sie daran arbeiten möchten, mehr soziale Kontakte zu knüpfen oder mehr im Haushalt zu tun. Das wird uns helfen herauszufinden, wie wir unsere Zeit in der Sitzung besser nutzen können. [*Pause*] Wie hört sich das an?

1.8 Wie Sie dieses Buch am besten nutzen können

Dieses Buch richtet sich an Studierende, Ausbildungskandidaten und Psychotherapeut:innen auf jeder Stufe der Erfahrung und Kompetenzentwicklung, die die grundlegenden Bausteine der kognitiven Fallkonzeptualisierung und Behandlung noch nicht beherrschen – oder die lernen wollen, wie man die Prinzipien der KVT-R in die Behandlung einbezieht. Dabei ist entscheidend, die grundlegenden Elemente der KVT (und KVT-R) zu beherrschen, damit Sie verstehen, wie und wann Sie die Standardbehandlung für einzelne Klient:innen variieren können.

Die Kapitel dieses Buches sind so konzipiert, dass sie in der angegebenen Reihenfolge gelesen werden. Vielleicht möchten Sie die Einführungskapitel überspringen und gleich zu den Praxis-Kapiteln übergehen. Die KVT besteht jedoch nicht nur aus der Anwendung von kognitiven und verhaltenstherapeutischen Techniken. Sie beinhaltet unter anderem die geschickte Auswahl und den effektiven Einsatz vieler verschiedener Interventionen basierend auf Ihrem Fallkonzept.

Materialien und Ressourcen

- ▶ **Englischsprachige Videos:** Unter beckinstitute.org/KVTresources finden Sie englischsprachige Videos zur Behandlung von Finn. Hier sehen Sie, wie Judith Beck arbeitet.
- ▶ **Arbeitsblätter:** Alle im Text erwähnten Arbeitsblätter stehen Ihnen digital im E-Book inside zur Verfügung.
- ▶ **Adressen und Links:** Eine Liste mit weiteren KVT-Ressourcen finden Sie im Anhang.

4 Die therapeutische Beziehung

- 4.1 Vier Leitlinien
- 4.2 Gute therapeutische Fertigkeiten zeigen
- 4.3 Affekte der Klientinnen monitoren und Feedback einholen
- 4.4 Zusammenarbeit mit Klienten
- 4.5 Die therapeutische Beziehung an die einzelnen Klienten anpassen
- 4.6 Selbstoffenbarung einsetzen
- 4.7 Störungen beheben
- 4.8 Erfahrungen auf andere Beziehungen übertragen lassen
- 4.9 Umgang mit negativen Reaktionen gegenüber Klientinnen

4

Für die meisten Klient:innen erfordert es Mut, sich in Behandlung zu begeben. Viele haben automatische Gedanken wie: »Wie wird die Therapie sein?«, »Wird das wirklich funktionieren?«, »Könnte ich mich dadurch noch schlechter fühlen?«, »Was werde ich tun müssen?«, »Was, wenn mein Therapeut mich zu sehr unter Druck setzt?« und »Was, wenn meine Therapeutin zu viel erwartet oder mich kritisiert?«. Während ich also während der gesamten Therapie warmherzig, freundlich und realistisch optimistisch bin, bin ich dies ganz besonders zu Beginn der Behandlung.

Bereits 1979 widmeten Aaron Beck und seine Kollegen im ersten KVT-Behandlungsmanual »Kognitive Therapie der Depression« ein ganzes Kapitel der therapeutischen Beziehung. Sie betonten die Roger'schen Beratungsfertigkeiten Wärme, Genauigkeit, Empathie und Aufrichtigkeit, und dazu grundlegendes Vertrauen und Rapport. Sie schlugen auch vor, die Beziehung auf den einzelnen Klienten zuzuschneiden, sich über die Ziele und Aufgaben der Behandlung zu verständigen, eine tragfähige zwischenmenschliche Bindung aufzubauen und auf die negativen Reaktionen der Klient:innen auf den / die Therapeut:in und umgekehrt zu achten. Daran anknüpfend finden Sie in diesem Kapitel die Antworten auf folgende Fragen:

- ▶ Was sind die vier wichtigsten Leitlinien, die Sie bei jeder Sitzung beachten sollten?
- ▶ Wie zeigen Sie gute therapeutische Fertigkeiten?
- ▶ Wie beobachten Sie die Emotionen Ihrer Klient:innen und wie holen Sie Feedback ein?
- ▶ Wie arbeiten Sie mit den Patient:innen zusammen?
- ▶ Wie passen Sie die therapeutische Beziehung an den einzelnen Klienten, die einzelne Klientin an?

- ▶ Wie nutzen Sie Selbstoffenbarung?
- ▶ Wie gehen Sie mit Störungen und Brüchen um bzw. reparieren sie?
- ▶ Wie helfen Sie Patient:innen, das Gelernte auf andere Beziehungen zu übertragen?
- ▶ Wie gehen Sie mit Ihren negativen Reaktionen um?

4.1 Vier Leitlinien

Wenn ich Assistenzärztinnen und -ärzte für Psychiatrie an der Universität von Pennsylvania unterrichte, beginne ich die Diskussion mit der Frage, wie man eine gute therapeutische Beziehung aufbaut. Dann bitte ich die Teilnehmenden, jeder für sich selbst in seinen eigenen Worten eine Karte mit vier Ideen zu füllen. Hier ist eine typische Karte:

- (1) Jeden Klienten bei jeder Sitzung so behandeln, wie ich behandelt werden möchte, wenn ich selbst an dessen Stelle wäre.
- (2) Sei ein freundlicher Mensch und hilf dem Patienten, sich sicher zu fühlen.
- (3) Davon ausgehen, dass die Klienten herausfordernd sein werden; deshalb brauchen sie ja eine Behandlung.
- (4) Die Erwartungen an meinen Klienten und an mich selbst realistisch halten.

Ich bitte die Ausbildungskandidat:innen, ihre Karte vor jeder Therapiesitzung zu lesen. Es ist wichtig, dass Sie vom ersten Kontakt an Vertrauen und eine Beziehung zu Ihren Klient:innen aufbauen. Studien zeigen, dass positive Beziehungen mit positiven Behandlungsergebnissen korrelieren (z. B. Norcross & Lambert, 2018; Norcross & Wampold, 2011; Raue & Goldfried, 1994). Ihr Ziel ist es, dass sich Ihre Patient:innen sicher, respektiert, verstanden und umsorgt fühlen. Nehmen Sie sich genügend Zeit für die Beziehung, um dies zu erreichen, aber stellen Sie auch sicher, dass Sie genügend Zeit haben, um den Klient:innen zu helfen, ihre Ziele zu erreichen, ihren Leidensdruck zu verringern und ihre Funktionsfähigkeit und positive Stimmung zu verbessern. Die Forschung hat gezeigt, dass das therapeutische Bündnis gestärkt wird, wenn Klient:innen von einer Sitzung zur nächsten eine Verbesserung wahrnehmen (DeRubeis & Feeley, 1990; Zilcha-Mano et al., 2019). Also, krempeln Sie die Ärmel hoch und machen Sie sich an die Arbeit.

Bei Menschen mit starken, dysfunktionalen Persönlichkeitsmerkmalen oder schweren psychischen Erkrankungen müssen Sie sich stärker auf die Beziehung konzentrieren. Diese Menschen neigen dazu, dieselben extremen negativen Überzeugungen über sich selbst und andere in die Behandlung einzubringen – und gehen möglicherweise – bis zum Beweis des Gegenteils – davon aus, dass Sie sie negativ sehen (J.S. Beck, 2005; Beck et al., 2015; Young, 1999). Eine gute Fallkonzeptualisierung kann Ihnen helfen, hier Probleme zu vermeiden.

Finn glaubte beispielsweise, dass die Leute auf ihn herabsehen würden, weil er arbeitslos war, und war besorgt, dass ich das auch tun würde. Glücklicherweise bemerkte ich während der Anamnese eine Veränderung in seinem Gesichtsausdruck, als er mir zum ersten Mal erzählte, dass er arbeitslos ist. Ich fragte ihn, wie er sich fühle. Er sagte: »Ein bisschen ängstlich.« Ich fragte ihn, was ihm dabei durch den Kopf ging. Er sagte mir, er habe Angst, ich würde ihn negativ sehen. Ich lobte ihn dafür, dass er mir das gesagt hatte, und versicherte ihm, dass ich es für logisch hielt, dass er angesichts seiner Depressionen Schwierigkeiten hatte, sich selbst um einen Arbeitsplatz zu bemühen. Er war erleichtert. Ich fragte ihn, ob er bereit wäre, mir mitzuteilen, wenn er in Zukunft noch andere Gedanken über meine kritische Haltung hätte. Und ich machte eine gedankliche Notiz, dass ich in Zukunft auf der Hut sein werde, wenn so etwas passieren sollte.

4.2 Gute therapeutische Fertigkeiten zeigen

Norcross und Lambert (2018) untersuchten zahlreiche empirische Studien und kamen zu folgenden Schlussfolgerungen über die therapeutische Beziehung:

- ▶ Zusammenarbeit, Zielkonsens, Empathie, positive Wertschätzung und Bestätigung sowie das Einholen und Übermitteln von Feedback sind effektiv.
- ▶ Kongruenz/ Authentizität, Emotionsausdruck, die Kultivierung positiver Erwartungen, das Unterstreichen der Glaubwürdigkeit der Behandlung, Umgang mit der Gegenübertragung und die Behebung von Störungen der Beziehung sind wahrscheinlich wirksam.
- ▶ Selbstoffenbarung und Unmittelbarkeit sind vielversprechend, wurden aber noch nicht ausreichend erforscht.
- ▶ Humor des/der Therapeut:in, Selbstzweifel/Bescheidenheit und bewusstes Üben sind ebenfalls nicht ausreichend erforscht.

In der KVT sind die von Carl Rogers hervorgehobenen therapeutischen Grundhaltungen Empathie, Authentizität und positive Wertschätzung besonders wichtig (Elliott et al., 2011). Die Behandelnden zeigen durch empathische Aussagen, ihre Wortwahl, Tonfall, Mimik und Körpersprache kontinuierlich ihr Engagement und ihr Verständnis für die Klient:innen. Sie versuchen, die folgenden impliziten (und manchmal auch expliziten) Botschaften zu vermitteln, wenn sie sie aufrichtig befürworten:

- ▶ »Sie sind mir wichtig und ich schätze Sie.«
- ▶ »Ich möchte verstehen, was Sie erleben, und Ihnen helfen.«
- ▶ »Ich bin zuversichtlich, dass wir gut zusammenarbeiten können und dass die KVT Ihnen helfen wird.«
- ▶ »Ich bin von Ihren Problemen nicht überfordert, auch wenn Sie es vielleicht sind.«
- ▶ »Ich habe schon anderen Klienten mit ähnlichen Problemen geholfen.«

Wenn Sie diesen Botschaften nicht aufrichtig zustimmen können, ziehen Sie vielleicht die Unterstützung eines Supervisors oder einer Kollegin in Betracht, um Ihre automati-

schen Gedanken über den Klienten, über KVT oder über sich selbst zu adressieren. (Möglicherweise ist auch eine zusätzliche Ausbildung und Supervision sinnvoll.) Im Folgenden finden Sie wichtige grundlegende therapeutische Fähigkeiten mit Beispielen.

- ▶ Einfühlungsvermögen: »Es muss sehr schwer für Sie sein, wenn Ihre Ex-Frau wütend ist.«
- ▶ Akzeptanz des Klienten: »Wenn ich bedenke, wie wütend Sie waren, ergibt es für mich Sinn, dass Sie diese Woche [*eine dysfunktionale Bewältigungsstrategie*] angewandt haben.«
- ▶ Validierung: »Es kann wirklich schwer sein, schwierige Gespräche mit Menschen zu beginnen.«
- ▶ Genaues Verstehen »Habe ich das richtig verstanden: Person X sagte ..., dann haben Sie sich ... gefühlt; dann haben Sie ... getan?«
- ▶ Hoffnung wecken: »Der Grund, warum ich so hoffnungsvoll für Sie bin, ist ...«
- ▶ Echte Wärme: »Ich freue mich, dass Sie diese Woche so oft aus Ihrer Wohnung herausgekommen sind!«
- ▶ Interesse: »Erzählen Sie mir mehr über Ihre Enkel.«
- ▶ Positive Wertschätzung: »Es war so nett, Ihrem Nachbarn zu helfen! Ich bin mir nicht sicher, ob jeder bereit wäre, sich so zu engagieren, wie Sie es getan haben.«
- ▶ Fürsorge: »Es ist mir wirklich wichtig, dass diese Therapie Ihnen hilft.«
- ▶ Ermutigung: »Wissen Sie, die Tatsache, dass Sie sich etwas besser gefühlt haben, als Sie etwas Zeit mit Ihren Freundinnen verbracht haben, ist ein gutes Zeichen.«
- ▶ Positive Bestärkung: »Wie toll, dass Sie endlich Ihre Steuern erledigt haben!«
- ▶ Eine positive Sichtweise der Klientin anbieten: »Es klingt, als wäre es sehr kompliziert gewesen, herauszufinden, was mit dem Auto Ihres Cousins nicht stimmt. Sie sind so gut in solchen Dingen.«
- ▶ Mitgefühl: »Es tut mir leid, dass Sie ein so aufwühlendes Gespräch mit Ihrer Ex-Frau hatten.«
- ▶ Humor: »Sie hätten mich sehen sollen, als ich ...«

In Abschnitt 4.5 wird gezeigt, wie wichtig es ist, herauszufinden, wann und in welchem Umfang Sie diese grundlegenden therapeutischen Fähigkeiten einsetzen – denn der richtige Einsatz zur richtigen Zeit kann den Klient:innen helfen,

- ▶ sich sympathisch und liebenswert zu fühlen, wenn Sie warm, freundlich und interessiert sind;
- ▶ sich weniger allein fühlen, wenn Sie den Prozess der Zusammenarbeit als Team beschreiben, um ihre Probleme zu lösen und auf ihre Ziele hinzuarbeiten;
- ▶ sich optimistischer zu fühlen, wenn Sie sich als realistisch hoffnungsvoll präsentieren, dass die Behandlung helfen wird, und
- ▶ ein stärkeres Gefühl der Selbstwirksamkeit zu verspüren, wenn Sie ihnen zeigen, wie viel Anerkennung sie für die Lösung von Problemen, die Erstellung von Aktivitätsplänen und andere produktive Aktivitäten verdient haben.

4.3 Affekte der Klientinnen monitoren und Feedback einholen

Achten Sie während der Sitzung ständig auf die emotionalen Reaktionen Ihres Gegenübers. Beobachten Sie Mimik und Körpersprache, Wortwahl und Tonfall. Wenn Sie erkennen oder vermuten, dass Ihre Klient:innen unter erhöhtem Leidensdruck stehen, sprechen Sie das Problem direkt an, z. B. »Sie sehen ein wenig verärgert aus. [Oder: Wie fühlen Sie sich gerade jetzt?] Was ist Ihnen gerade durch den Kopf gegangen?«

Patient:innen äußern oft negative Gedanken über sich selbst, den Therapieprozess oder über Sie. Wenn sie das tun, achten Sie darauf, sie positiv zu verstärken: »Es ist gut, dass Sie mir das gesagt haben.«

Dann konzeptualisieren Sie das Problem und planen eine Strategie zu seiner Lösung. Wie das geht, erfahren Sie in Abschnitt 19.3. Lassen Sie sich nicht von der Sorge, negatives Feedback zu bekommen, davon abhalten, die Antworten der Klient:innen zu erfragen. Wenn es ein Problem gibt, müssen Sie wissen, was es ist, damit Sie es lösen können! Wenn Sie nicht sicher sind, was Sie sagen sollen, versuchen Sie Folgendes:

- ▶ »Es ist gut, dass Sie mir das gesagt haben. Ich würde gerne mehr darüber nachdenken. Ist es in Ordnung, wenn wir das in unserer nächsten Sitzung besprechen?«

Holen Sie sich dann Rat in der Super- oder Intervision und üben Sie Ihre Antwort im Rollenspiel. Wenn Sie nicht auf die negativen Rückmeldungen der Patient:innen eingehen, werden diese sich wahrscheinlich weniger auf die Arbeit in der Sitzung konzentrieren können. Vielleicht beschließen sie sogar, in der nächsten Woche nicht mehr zur Therapie zu kommen.

Selbst wenn Sie feststellen, dass Ihr gemeinsames Arbeitsbündnis stark ist, bitten Sie am Ende der Sitzungen um Feedback. In den ersten Sitzungen könnten Sie fragen: »Wie hat Ihnen die Sitzung gefallen? Gab es etwas, das Sie gestört hat oder von dem Sie glauben, dass ich es falsch verstanden habe? Gibt es etwas, das Sie beim nächsten Mal anders machen wollen?« Nach mehreren Sitzungen, wenn Sie davon ausgehen, dass die Klient:innen Ihnen ehrliches Feedback geben, können Sie einfach fragen: »Wie fanden Sie die Sitzung?«

Diese Fragen können die therapeutische Beziehung erheblich stärken. Vielleicht sind Sie die erste psychologische oder medizinische Fachkraft, die den Klienten jemals um ein Feedback gebeten hat. Meiner Einschätzung nach fühlen sich die Patient:innen in der Regel geehrt und respektiert, wenn wir uns aufrichtig für ihre Reaktionen interessieren.

Holen Sie nicht unbedingt jedes Mal ein Feedback ein, wenn Sie vermuten, dass der Klient negativ reagiert hat. So können Sie beispielsweise das Augenrollen eines Teenagers bei den ersten paar Malen ignorieren. Ich erinnere mich an eine erwachsene Klientin von mir, die oft seufzte. Anfangs half ich ihr, auf ihren wenig hilfreichen Gedanken zu reagieren: »Ich wünschte, ich müsste das nicht tun.« Als sie in den folgenden Sitzungen seufzte, war ich der Meinung, dass wir mit dem Thema, das wir besprachen, weitermachen konnten, ohne den automatischen Gedanken ansprechen zu müssen, der mit ihrem Seufzen verbunden war.

4.4 Zusammenarbeit mit Klienten

Wie bereits erwähnt, ist die Zusammenarbeit mit den Klient:innen ein Markenzeichen von KVT. In Kapitel 6 erfahren Sie mehr darüber, wie Sie den Prozess der Zusammenarbeit in der ersten Sitzung beginnen. Während der gesamten Behandlung fördern Sie die Zusammenarbeit auf vielfältige Weise. Beispielsweise treffen Sie gemeinsam Entscheidungen,

- ▶ auf welche Ziele während einer Sitzung hingearbeitet werden soll,
- ▶ wie viel Zeit für die verschiedenen Ziele und Hindernisse aufgewendet werden sollte,
- ▶ welche automatischen Gedanken, Gefühle, Verhaltensweisen oder physiologische Reaktionen anzusprechen sind,
- ▶ welche Interventionen ausprobiert werden sollen,
- ▶ welche Selbsthilfeaktivitäten zu Hause durchgeführt werden sollen,
- ▶ wie oft man sich treffen soll und
- ▶ wann man mit dem Auslaufen der Sitzungen beginnen und die Behandlung beenden sollte.

Erklären Sie dem Klienten in der ersten Sitzung, dass Sie und er als Team zusammenarbeiten werden. Sie werden transparent sein und um Feedback zu Ihren Zielen, dem Therapieprozess, der Struktur der Sitzungen und Ihrem Konzept und Behandlungsplan bitten. Überall in diesem Buch finden Sie Beispiele für ein Vorgehen des gemeinsamen Überprüfens empirischer Daten: Sie und Ihre Klient:innen agieren als Wissenschaftler:innen und suchen nach Beweisen, die Ihre Erkenntnisse unterstützen oder widerlegen, und gegebenenfalls suchen Sie nach alternativen Erklärungen.

4.5 Die therapeutische Beziehung an die einzelnen Klienten anpassen

Nicht nur die zuvor besprochenen therapeutischen Fertigkeiten sind wichtig, sondern auch Ihre Fähigkeit, das Ausmaß, in dem Sie diese Fertigkeiten bei jedem Klienten einsetzen, einzuschätzen und anzupassen. Die meisten Patient:innen reagieren positiv auf den Einsatz dieser Verhaltensweisen. Sie müssen jedoch darauf achten, dass Sie es im Einzelfall nicht über- oder untertreiben. Manche sehen z. B. Wärme und Einfühlungsvermögen negativ und reagieren misstrauisch, fühlen sich bevormundet oder unwohl. Zu wenig Wärme und Empathie kann bei anderen wiederum den Eindruck erwecken, dass Sie sie nicht wertschätzen oder mögen. Wenn Sie die emotionalen Reaktionen Ihrer Klient:innen während der Sitzung beobachten, können Sie ein Problem erkennen und Ihr Auftreten ändern, damit sich der Klient bei der Zusammenarbeit mit Ihnen wohler fühlt.

Kulturelle und andere Merkmale Ihrer Klient:innen (wie Alter, Geschlecht, ethnische Zugehörigkeit, sozioökonomischer Status, Behinderung, Geschlecht und sexuelle Orientierung) können die therapeutische Beziehung beeinflussen (Iwamasa & Hays, 2019). Patient:innen können sich in der Art und Weise unterscheiden, wie sie Sie, Ihre Rolle und ihre eigene Rolle sehen. Beispielsweise fühlt sich jemand mit dem einen kulturellen

Hintergrund wohler, wenn er Sie als Expert:in wahrnimmt, der / die in der Sitzung das Kommando übernimmt, während jemand aus einer anderen Kultur Sie vielleicht als respektlos dominierend empfindet. Manche Klient:innen schätzen Ihre Vorschläge für alternative Perspektiven oder Verhaltensweisen. Andere stören sich möglicherweise daran, wenn diese Vorschläge in Konflikt mit ihren kulturell geprägten Überzeugungen und Praktiken stehen.

Es ist wichtig zu erkennen, dass Ihr eigener Hintergrund und Ihre Kultur einen Einfluss auf Ihre Überzeugungen und Werte haben und darauf, wie Sie Ihre Klient:innen wahrnehmen, mit ihnen sprechen und sich ihnen gegenüber verhalten. Wenn Sie die Auswirkungen Ihrer kulturellen Voreingenommenheit verstehen, können Sie sich in der Therapie kultursensibel verhalten. Je nach Kultur des Patienten müssen Sie beispielsweise variieren, wie Sie sich vorstellen und den Klienten ansprechen, wie Sie den Blickkontakt aufrechterhalten, welche Worte Sie wählen, wie Sie Respekt ausdrücken und wie viel Selbstoffenbarung Sie verwenden. Natürlich sind alle Klient:innen Individuen, für die Sie ein individuelles Fallkonzept und einen spezifischen Behandlungsplan entwickeln. Möglicherweise werden Sie feststellen, dass ein bestimmter Klient trotz erheblicher kultureller Unterschiede gut reagiert, ohne dass Sie Ihren allgemeinen Stil anpassen müssen.

4.6 Selbstoffenbarung einsetzen

Sicherlich wurde einigen von Ihnen während der Ausbildung beigebracht, keine Selbstauskunft zu geben. Dieses Verbot mag auf das psychoanalytische Konzept von Therapeut:innen als »leere Leinwand« zurückgehen. Aber in der KVT wollen Sie keine leere Leinwand sein. Sie wollen, dass Ihre Klient:innen Sie als eine warme, authentische Person wahrnehmen, die ihnen helfen will und kann. Eine wohlüberlegte Selbstoffenbarung kann diese Wahrnehmung erheblich verstärken. Natürlich sollte die Selbstoffenbarung einen bestimmten Zweck haben, z. B. die therapeutische Beziehung zu stärken, die Schwierigkeiten der Patient:innen zu normalisieren, zu zeigen, wie KVT-Techniken helfen können, eine Fähigkeit zu modellieren oder als Vorbild zu dienen.

Ich habe die Erfahrung gemacht, dass die meisten Klient:innen neugierig auf mich als Person sind. Heutzutage ist es ohnehin sehr einfach, über die sozialen Medien viel über andere Menschen herausfinden – seien Sie also vorsichtig, was Sie selbst und was Ihre Freunde und Familie über Sie posten. Ich beantworte gerne Fragen zu meinem Alter, wie lange ich schon verheiratet bin, wie viele Kinder und Enkelkinder ich habe, wo ich zur Schule gegangen bin und welche Ausbildung und Erfahrung ich habe. Wenn Patient:innen mir zusätzliche Fragen stellen, lenke ich das Gespräch sanft auf sie zurück: »Wir könnten weiter über mich sprechen, aber dann hätten wir nicht mehr so viel Zeit, um über das zu sprechen, was Ihnen wichtig ist, wie Sie eine bessere Woche haben können. Ist es in Ordnung, wenn wir uns dem Thema zuwenden [oder zurückkehren]?«

Es ist auch akzeptabel und manchmal wichtig, weniger von sich preiszugeben als ich. In der Regel ist es z. B. unangebracht, Fragen zu Themen wie Ihrem Liebesleben oder

Ihrem Alkoholkonsum zu beantworten. Sie könnten etwa sagen: »Es tut mir leid, dass ich Ihre Frage nicht beantworten werde, aber ich möchte mich darauf konzentrieren, wie ich Ihnen helfen kann.«

Ich neige dazu, in den meisten Sitzungen mit den meisten meiner Klient:innen ein gewisses Maß an Selbstoffenbarung zu verwenden. Wenn diese etwas perfektionistisch sind, sage ich ihnen oft, dass ich einen Zettel auf meinem Schreibtisch habe, auf dem steht: »Gut genug.« Wenn sie übermäßig verantwortungsbewusst sind und zu oft Ja sagen, erzähle ich ihnen von meinem Zettel, auf dem steht: »Sag einfach Nein.« Im Allgemeinen gebe ich oberflächliche Selbstauskünfte, wenn Patient:innen mir über ihre Woche berichten, vor allem wenn sie mir von einem Erlebnis berichten, bei dem sie sich besser gefühlt haben. Als Finn mir zum Beispiel erzählte, dass er mit seinem Sohn und seinen Enkeln ein Baseballspiel gesehen hat, fragte ich nach.

Th: Zu welchem Team halten Sie? Die Phillies?

F: Ja.

Th: Ich habe das Spiel nicht gesehen, wer hat gewonnen?

F: Leider waren es die Braves.

Th: Oh, schade. Wie schlagen sich die Phillies in dieser Saison?

Als Finn mir erzählte, dass er mit seinen Enkelinnen in einen Vergnügungspark gegangen ist, sagte ich: »Meine Enkelinnen sind noch nicht alt genug, um dorthin zu gehen. Aber ich habe meine Kinder dorthin mitgenommen, als sie Teenager waren. Ich frage mich, ob sich da im Laufe der Jahre viel verändert hat.«

Ich nutze die Selbstauskunft auch oft, wenn mir in der Sitzung von einem Problem erzählt wird, das ich selbst erlebt habe. Finn erzählte, dass er Schwierigkeiten hatte, einen Kleiderschrank auszuräumen, weil er nicht wusste, was er wegwerfen und was er behalten sollte.

Th: Das Problem habe ich manchmal auch. Soll ich Ihnen sagen, was ich mache?

F: Ja.

Th: Anstelle von zwei Stapeln mache ich drei. Einer ist für Dinge, die ich unbedingt behalten will. Ein zweiter ist für Dinge, die ich auf jeden Fall loswerden möchte. Der dritte ist für Dinge, bei denen ich mir unsicher bin. Alle unsicheren Dinge lege ich für ein paar Monate in eine Kiste. Dann gehe ich sie noch einmal durch. Alles, was ich in dieser Zeit nicht benutzt habe, kann ich wahrscheinlich loswerden. [Pause] Glauben Sie, dass das auch bei Ihnen funktionieren könnte?

Wie bei jeder Technik ist es gut, auf die verbalen und nonverbalen Reaktionen Ihres Gegenübers auf Ihre Selbstoffenbarungen zu achten. Ich habe z.B. früh gelernt, dass viele Klient:innen mit einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung es nicht besonders schätzen, etwas über mich zu erfahren. Seien Sie auch vorsichtig, wenn Sie Ihre eigenen automatischen Gedanken und Reaktionen preisgeben. Timing ist alles! Etwas zu sagen wie: »Es macht mich traurig, wenn ich höre, was Ihr Vater getan hat, als Sie ein Kind

waren«, kann in der ersten Sitzung unangebracht sein, bevor der Klient Vertrauen in Ihre Aufrichtigkeit hat. Es ist vielleicht besser zu sagen: »Es tut mir so leid, dass Ihnen das passiert ist.« Wenn Sie Ihre aufrichtige Traurigkeit ausdrücken, kann dies jedoch Ihre Bindung stärken, *nachdem* Sie eine vertrauensvolle Beziehung aufgebaut haben.

Ihre Patient:innen können auch von Ihren Reaktionen auf ihr nicht-hilfreiches Verhalten profitieren. Eine nicht-abwertende Aussage, wenn sich ein wütender Klient ein wenig beruhigt hat, wäre etwa: »Wenn Sie sich über etwas aufregen und schreien, wird es für uns schwieriger, herauszufinden, was wir mit dem Problem, das wir besprochen haben, tun können.« Wenn der Klient Ihr Feedback gut aufnimmt, können Sie ihn (zu diesem oder zu einem späteren Zeitpunkt) fragen, ob er außerhalb der Sitzung laut schreit. Wenn dies der Fall ist, können Sie nachfragen, ob das Schreien im Widerspruch zu einem Wert steht, den er vertritt, oder ob es zu dem von ihm gewünschten langfristigen Ergebnis führt.

4.7 Störungen beheben

Warum treten in manchen Fällen Schwierigkeiten in der therapeutischen Beziehung auf und in anderen nicht? Die Klient:innen bringen ihre allgemeinen Überzeugungen über sich selbst, andere Menschen und Beziehungen mit in die Therapiesitzung, ebenso wie ihre charakteristischen Bewältigungsstrategien. Viele kommen mit den Überzeugungen »Andere Menschen sind im Allgemeinen vertrauenswürdig und hilfsbereit« und »Probleme in einer Beziehung können in der Regel gelöst werden« in die Behandlung. In diesem Fall neigen sie zu der Annahme, dass Sie sie verstehen, sich in sie einfühlen und sie akzeptieren werden. Sie fühlen sich frei, ihre Schwierigkeiten, Fehler, Schwächen und Ängste zu offenbaren und ihre Vorlieben und Meinungen zu äußern. Es ist relativ einfach, mit ihnen ein kooperatives Team zu bilden.

Manche Patient:innen glauben jedoch: »Andere Menschen werden mich verletzen« und »Probleme in Beziehungen können nicht gelöst werden«. Diese Menschen neigen dazu, sich verletztlich zu fühlen und sind auf der Hut, wenn sie eine Therapie beginnen, weil sie annehmen, Sie könnten kritisch, gefühllos, manipulativ oder kontrollierend sein. Sie achten vielleicht darauf, ihre vermeintlich negativen Eigenschaften oder Verhaltensweisen nicht zu offenbaren, indem sie entweder bestimmte Themen vermeiden oder darauf bestehen, die Sitzung zu kontrollieren oder zu dominieren. Ein Problem wird offensichtlich, wenn Klient:innen Ihnen negative Rückmeldungen geben (z. B. »Ich glaube, Sie verstehen nicht, was ich sage« oder »Sie behandeln mich wie alle anderen«). Viele weisen jedoch nur indirekt auf ein Problem hin und übernehmen manchmal selbst die Verantwortung, indem sie etwa sagen: »Vielleicht drücke ich mich nicht klar aus«, obwohl sie eigentlich meinen: »Sie verstehen mich nicht«. In diesem Fall müssen Sie nachfragen, um herauszufinden, ob tatsächlich ein Problem besteht und ob es sich negativ auf die therapeutische Allianz ausgewirkt hat.

Es ist wichtig, dass Sie Ihr individuelles Fallkonzept nutzen, um Probleme zu vermeiden oder zu beheben. Nehmen wir an, ein Klient hat Ihnen ein negatives Feedback ge-