

ZUM ZUSAMMENHANG VON EMOTIONALEM C, BEHAVIORALEM C UND ALLGEMEINEM LEBENSZIEL (Z) IN DER ABC-THEORIE VON ALBERT ELLIS – FOLGERUNGEN FÜR DEN THERAPEUTISCHEN PROZESS

Dieter Schwartz

*Deutsches Institut für
Rational-Emotive & Kognitive
Verhaltenstherapie (DIREKT) e.V.
Würzburg*

ZUSAMMENFASSUNG: Ende der Fünfzigerjahre entwickelte Albert Ellis erste Ansätze seiner ABC-Theorie, schrieb 1962 die erste Auflage seines Hauptwerkes Reason and Emotion in Psychotherapy, und legte damit die Grundlagen für die kognitive Revolution in der modernen Psychotherapie. Er gilt heute als der Grandfather und Pionier der Kognitiven Verhaltenstherapie, die in Abkehr vom „radikalen Behaviorismus“ dem B („Beliefsystem“), den Kognitiven Schemata, eine neue Rolle für das Zustandekommen emotionaler Störungen zuwies. Dieser Beitrag zeigt auf, dass Ellis darüber hinaus auch eine weniger im Bewusstsein selbst rational-emotiver Verhaltenstherapeuten verankerte Theorie zum Zusammenhang von Emotionen, Verhalten und menschlichen Zielen mitentwickelt bzw. zu weiteren daraus sich ergebenden Entwicklungslinien beigetragen hat. Es ergibt sich das Bild, dass ein verstärkter Blick auf den Zusammenhang von Emotionen, Verhalten und menschlichen Zielen sowohl für die Fortentwicklung von Theorie wie auch therapeutischer Praxis der REVT gewinnbringend sein kann.

Anschrift des Autors: Dipl.-Psych. D.Schwartz, Müllersweg 14, D-97249 Eisingen
e-mail: dschwartz@ret-revt.de

© 2009 Dieter Schwartz

ALBERT ELLIS' ABC-THEORIE UND KOGNITIVE VERHALTENSTHERAPIE

Der Ausspruch des stoischen Philosophen Epiktet „Nicht die Dinge selbst beunruhigen die Menschen, sondern ihre Meinung und Urteile über die Dinge“ kann als prägnante Kurzformel des ABC-Modells und geradezu als Programmsatz der sogenannten Kognitiven Wende in der Verhaltenstherapie gelten.

Die auf Albert Ellis zurückgehende ABC-Theorie¹ besagt in Kürze (vgl. Abb.1): entgegen dem verbreiteten „Alltagskonzept“ (Schwartz, 2006, S.13; 1981) über das Zustandekommen emotionaler Reaktionen, das Klienten/innen üblicherweise in die Beratung bzw. Psychotherapeutische Praxis ‚mitbringen‘, werden Gefühle am Punkt C (z.B. Ängste, Ärger, Niedergeschlagenheit, Schuldgefühle) nicht unmittelbar und primär durch „Widrigkeiten“ bzw. Ereignisse am Punkt A (z.B. Ablehnung, Misserfolg) ausgelöst. Dem „irrigen A-C-Schluss“ (Schwartz, a.a.O.) steht vielmehr das REVT-Konzept entgegen, wonach in erster Linie nicht A, sondern B, das System von Glaubenssätzen, Einstellungen und Bewertungen (kognitive Schemata, DiGiuseppe, 1996, S.10) entscheidend am Zustandekommen von C (emotional/behavioral Consequences) beteiligt sind.

¹ Nach Scholz (2001, S.40) die „einflussreichste Konzeption des rational-emotiven Ansatzes für die Kognitive Verhaltenstherapie insgesamt“

A	B	C
Adversities² (Activating Events, Activating Experience): vergangene, gegenwärtige, zukünftige (innere wie äußere) Ereignisse inklusive Gedanken, Schlüssen, Interpretationen, Vorstellungen, Bildern, Eindrücken, Empfindungen, Gefühlen, Emotionen	Beliefs <i>Evaluative</i> Kognitive Schemata Einstellungen Persönliche Stellungnahme Eigenkonstruierte Weltsicht	Consequences emotionale behaviorale kognitive

Abb.1: Das ABC-Modell der REVT³

Dem Ellis'schen ABC-Modell folgend vollzog sich die sogenannte *kognitive Wende der Verhaltenstherapie*, sodass Ellis heute als „Grandfather“ (Ungerer & Hoellen, 2006, S.73) der Kognitiven Verhaltenstherapie⁴ angesehen wird.

Mit dem ABC-Modell hat Ellis aber nicht nur „die wohl einflussreichste Konzeption...für die Kognitive Verhaltenstherapie insgesamt“ (Scholz, 2001, S.40) entwickelt, wonach Emotionen mit bestimmten zugrundeliegenden Kognitionen korrelieren. Sein rational-emotiver Theorieansatz enthält auch eine (selbst bei rational-emotiven Verhaltenstherapeuten) weniger im Bewusstsein verankerte spezifische Theorie der Emotionen, welche alle (negativen) Gefühle in zwei qualitativ unterschiedliche Kategorien unterteilt. Dieser besonderen und

² Früher (Ellis, 1994) nur als Activating Events oder Activating Experiences bezeichnet. Später von Ellis u.a. immer häufiger als Adversities bezeichnet (z.B. Ellis, 1998, S.5; Ellis, 2003, S.7; Ciarrochi & Robb, 2005, S.114). Der Begriff der Adversities (Ellis & Abrams, 2009) lässt sich verstehen als Widrigkeiten, denen wir Menschen im Verlaufe unseres Lebensweges begegnen.

³ Kein lineares Modell (wie von Kritikern der REVT bzw. des ABC-Modells fälschlicherweise angenommen), sondern Abb.1 zeigt Interaktion von A, B, C. So beeinflussen Emotionen sowohl A als auch B. Der Einfluss von Emotionen auf A und B veranlasste Kanfer, von einer „emotionalen Wende“ der VT zu sprechen.

⁴ Dem kognitiven Modell folgen neben der REVT auch die Kognitive Therapie (A.T.Beck, 1979) und weitere Ansätze, aber auch die in der Folge entstandenen Ansätze der sogenannten *third wave* der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Therapien wie die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) nach Linehan (1996), die Acceptance and Commitment Therapy (ACT) der Gruppe um Hayes, die Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) nach Kabat-Zinn bzw. die Mindfulness-Based-Cognitive-Therapy (MBCT) nach Segal, Williams & Teasdale (2002). Interessant hierbei eine Bemerkung von Steven C.Hayes (ACT), dass „of all the CBT approaches REBT seems most compatible with the primary thrust of third wave interventions“ (Hayes, 2005, S.140)

für Theorie und Praxis der REVT keineswegs unwichtigen Auffassung der Emotionen soll im folgenden nachgegangen werden.

WERTE/ZIELE UND DAS ENTSTEHEN VON GEFÜHLEN

Ausgehend von ihrem Wertesystem haben Menschen persönliche Lebensziele. In der REVT gehen wir davon aus, dass die meisten Menschen als Hauptlebensziel (Z) anstreben, „am Leben zu bleiben und relativ glücklich zu leben“ (Ellis, 1994, S.18), wobei sie in der Regel dieses Ziel über die Verfolgung einiger weiterer Hauptlebensziele zu verwirklichen suchen. Dem nachgeordnet verfolgen die Menschen in ihrem täglichen Leben viele andere Teil- und Durchgangsziele. In die Therapie bringen sie schließlich „explizite Therapieziele“ mit, die „eine Untermenge der Gesamtheit der Ziele einer Person“ (Kosfelder et al., 2007, S. 298) darstellen (siehe hierzu weiter unten).

Wenn nun äußere oder innerpsychische Ereignisse (z.B. Verlust eines geliebten Menschen oder ein antizipierter Fehlschlag bei einem Bewerbungsgespräch) – A's in der Sprache der REVT (für engl. Adversities bzw. Activating Event oder Activating Experience) - wichtige Ziele blockieren, so reagieren Menschen daraufhin mit Gefühlen. Genauer: sie „erschaffen“ (Ellis, 1994, S.17) geradezu ihre Gefühle (emotional Consequences) indem sie ihre Ziele und Werte (einschließlich des Stellenwertes bzw. der Bewertung insbesondere der Blockierung oder Bedrohung ihrer Ziele) in persönlicher Stellungnahme (B, ihrem „Belief-System“) „erschaffen“. Daraus lässt sich ableiten: wenn Menschen ihre Werte oder Ziele (durch widrige Geschehnisse oder Zustände, Adversities) bedroht sehen, so ‚konstruieren‘ sie negative bzw. unangenehme Gefühle. Sehen sie dagegen ihre Ziele/Werte gefördert, so ‚kreieren‘ sie positive bzw. angenehme Gefühle.

ZIELFÖRDERLICHE VS. ZIELHINDERLICHE GEFÜHLE

Im Gegensatz zu anderen verhaltenstherapeutischen und kognitiv-behavioralen Therapiesystemen (und einer Vielzahl kognitiver inklusive rational-emotiver Selbsthilfeliteratur, wo als Veränderungsziel die Linderung von sog. negativen Gefühlen im Sinne von unangenehmen Gefühlen angestrebt wird) unterscheidet Ellis zwischen healthy vs. unhealthy bzw. self-helping vs. self-defeating feelings (früher: appropriate vs. inappropriate feelings, angemessene vs. unangemessene Emotionen, Dryden, DiGiuseppe & Neenan, 2003):

„Sie können lernen, klar zwischen diesen selbst geschaffenen emotionalen Reaktionen zu unterscheiden. Die meisten anderen Therapien wie die Verhaltenstherapie von Joseph Wolpe und die kognitiven Therapien von Richard Lazarus, Aaron Beck und Donald Meichenbaum betonen *starke* Gefühle wie tiefe Trauer und Gereiztheit und *unterscheiden sie nicht von Depressionen und Ärger*. Nicht so REVT! REVT bewertet Trauer, Gereiztheit und Sorge positiv (im Original: „healthy“), *denn sie helfen Ihnen dabei, Ihr Missfallen an unerwünschten Ereignissen auszudrücken und entsprechend zu handeln*. Im Gegensatz dazu definiert REVT Depressionen, Ärger und Angst (fast immer) als schädlich, denn sie entstehen aus dem unrealistischen ‚Befehl‘, dass es unangenehme Ereignisse nicht geben darf, und stehen im Weg, wenn es darum geht, etwas gegen sie zu unternehmen.“ (Ellis, 2006, S.70, Hervorhebungen durch D.S.).

Mit anderen Worten: Wenn persönliche Wunschziele bzw. Lebensziele (Z) blockiert sind oder blockiert scheinen, reagieren wir in der Regel mit belastenden unangenehmen Gefühlen, die in bezug auf Zielerreichung oftmals nicht dienlich sind bzw. diese sogar sabotieren: Diese Gefühle stehen im Wege, wenn es darum geht, etwas gegen sie - die unerwünschten Ereignisse, Adversities - *zu unternehmen*. Folglich sind sie nicht nur belastend im Sinne von unangenehm, sondern *unhealthy* oder zielschädigend indem sie zu selbstschädigendem Verhalten motivieren bzw. von zielförderlichem

Verhalten abhalten⁵. **Oder** aber wir reagieren vielleicht mit ebenfalls unangenehmen, jedoch *healthy feelings*, die allerdings im Unterschied zu *unhealthy feelings* zu zielförderlichem Verhalten motivieren.

Nach Auffassung der REVT handelt es sich also um zwei unterschiedliche „categories“ (Ellis, 1988, S.46) von Gefühlen bzw. „types...(of) emotions“ (Dryden, DiGiuseppe & Neenan, 2003, S.5).

„Ellis developed a theory of emotions that divided all ‘negative’ emotions into *two general classes*, namely those that *tend* to help people attain their *goals* and realize their values, and those that tend to defeat such aspirations. According to Ellis, these two classes of negative emotions differ from each other not just in functionality, but also in the characteristics of their underlying cognitions..... (Warren, R., 2007, S.51, Hervorhebungen durch D.S.)

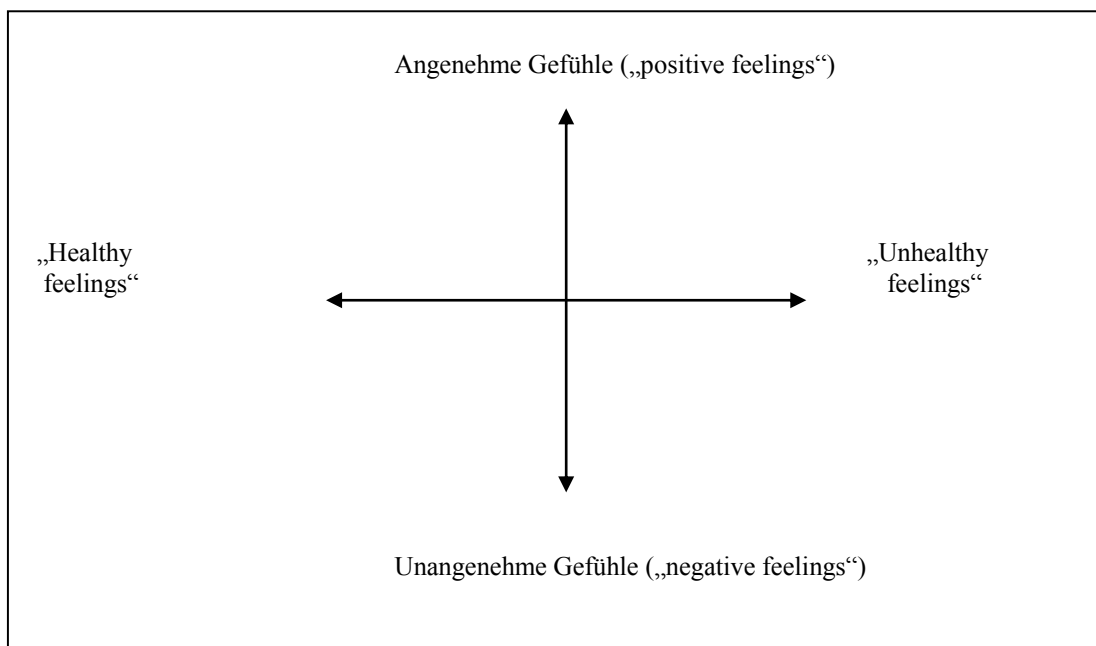


Abb.2: Zwei Hauptdimensionen der Gefühle (Schwartz, 2008, S.39)

⁵ nicht zu vergessen: psychosomatische Störungen, die sich entwickeln können, was hier nicht näher ausgeführt werden soll

Diese Auffassung steht in Übereinstimmung mit der Differenziellen Emotionstheorie von Izard, wonach Emotionen das „Hauptmotivationssystem des Menschen“ (Izard, 1999, S.63) sind und somit „Verhaltensweisen determinieren“ bzw. „zu unterschiedlichen Konsequenzen auf der Verhaltensebene führen“ (a.a.O.). Ähnliches gilt aus Sicht der psychoevolutionären Theorie von Robert Plutchik (1980), wonach Emotionen Verhaltensweisen im Dienste des Überlebens „triggern“ (auslösen). Plutchik bezieht sich dabei auf die grundlegenden Überlegungen von Magda Arnold (1960). Bereits in der Urausgabe seines Standardwerkes „Reason and Emotion in Psychotherapy“ (1962) würdigt Ellis ausführlich das zwei Jahre zuvor erschienene Werk von Magda Arnold als „eine der umfassendsten und überzeugendsten Studien über die Theorie der Emotionen“ (Ellis, 1977, S.46) und sagt später, dass ihre „Betrachtungsweise des Denkens und Fühlens (...) sich mit derjenigen der REVT deckt“ (Ellis, 1997, S.79).

FOLGERUNGEN FÜR DIE PRAXIS DES KOGNITIV-EMOTIVEN VERHALTENSTHERAPEUTEN⁶

Bevor sich kognitiv-emotive Verhaltenstherapeuten/innen im Rahmen des Behandlungsprozesses näher mit der für das Zustandekommen von Emotionen bedeutsamen Rolle der Kognitionen am Punkt B befassen können, wird zunächst zu klären sein, ob ein therapiebedürftiges Problem vorliegt.

⁶ Ellis hat bereits anlässlich der Umbenennung der RET in REVT gesagt, dass er den Terminus „rational“ für missverständlich hält und gefolgert: „Heute würde ich die RET Kognitiv-Emotive Therapie nennen...(aber) dazu ist es nun wohl etwas zu spät, denn Kognitive Therapie (Beck, 1979) und Kognitive Verhaltenstherapie (Meichenbaum, 1979) sind inzwischen bekannte Bezeichnungen und auch die RET kennt man als von diesen anderen kognitiven Ansätzen unterscheidbare Therapieform.“ (Ellis, 1995; 2001) Heute, 14 Jahre nach dieser Feststellung anlässlich der zweiten Umbenennung des ursprünglich RT genannten Ellis'schen Ansatzes und zwei Jahre nach seinem Tode stellt sich mir die Frage: Warum nicht endgültig ‚reinen Tisch machen‘ und der REVT den Namen KEVT geben. Was hätte sie, namentlich im deutschsprachigen Raum, zu verlieren? Der Vorteil dieser Bezeichnung bestünde auch darin, dass die *Kognitiv Emotive Verhaltenstherapie (KEVT) nach Albert Ellis* mit den Begriffen ‚kognitiv‘ und ‚Verhalten‘ zwar weiterhin zurecht ihre Zugehörigkeit zum Lager der Kognitiven Verhaltenstherapien (zweite wie dritte Welle) erhielte, aber zugleich mit dem Begriff ‚emotiv‘ ihre Besonderheit dokumentieren und aufrecht erhalten würde, siehe auch weiter unten „Resümee und Ausblick, Punkt 2“.

ASSESSMENT VON C

Einschätzung der emotionalen Konsequenzen

Kognitiv-Emotive Verhaltenstherapie (KEVT) ist als Psychotherapie im Unterschied zum Counselling in erster Linie eine Methode zur Überwindung emotionaler Probleme. Die Lösung praktischer Probleme (Veränderung von A = wie finde ich eine neue Arbeitsstelle? Wie kann ich meine Gesundheit fördern? Wie kann ich mehr verdienen?) steht nicht im Vordergrund. Oder anders ausgedrückt: Nicht das praktische, sondern das emotionale Problem ist das therapiebedürftige Problem⁷.

Somit bezieht sich die Frage nach den Problemen von Klientinnen und Klienten auf die *emotional Consequence* im Sinne einer Gefühlsantwort. Dabei bewegen sich die Antworten der Klienten/innen zunächst oftmals innerhalb der Gefühlsdimension „angenehm (positiv) – unangenehm (negativ)“, (vgl. oben, Abb.2 *Hauptdimensionen der Gefühle*) beispielsweise:

„Es geht mir nicht gut“

„Ich fühle mich schlecht“ (elend, belastet etc.)⁸

Da nun diese ‚Gefühlsantworten‘ viel zu vage sind als dass damit bereits festgestellt wäre, ob es sich um *healthy* oder *unhealthy feelings* handelt, wird Therapeut/in klären wollen, ob sich die „schlechten Gefühle“ ‚im normalen Rahmen‘ halten oder nicht. Dies geschieht oftmals (und fälschlicherweise ausschließlich), indem Intensität und/oder Zeitdauer der belastenden Gefühle erfragt werden. Als Maßstab dient etwa der SUDs level (subjective unit of distress) auf einer Schätzskala von 0 – 10 oder 0 - 100, vgl. Wilken, 2006. Da mit dieser Assessmenttechnik aber nur die Intensität (Quantität) eines Gefühls (subjektiv) eingeschätzt wird, beantwortet sich die ent-

⁷ Auf den Umgang mit einem praktischen Problem (der Domäne des Counselling!) im Rahmen einer Psychotherapie soll hier nicht näher eingegangen werden.

⁸ Neben „echten Gefühlsantworten“ erhalten Th. natürlich auch häufig Antworten, die eher in den kognitiven Begriffsbereich gehören (und also klärungsbedürftig sind) wie z.B.: Ich fühle mich ohnmächtig (kein Gefühl, sondern B: ich sehe mich als ohnmächtig)

scheidende Frage nach der Qualität oder „category“ (Ellis, 1988, S.56) der Emotion („type of emotion“, Dryden, DiGiuseppe & Neenan, 2003, S.5; „general class of negative emotion“, Warren, 2007, S.51) damit noch nicht.

Einschätzung der behavioralen Konsequenzen

Der entscheidende Punkt besteht daher darin,

1. zu *klären*, welche *tendenzielle* Verhaltensfolge das Gefühl *triggert* sowie
2. (Klient/in) zu *erklären*, welcher Zusammenhang zwischen *unhealthy feelings* und dysfunktionalen Verhaltensweisen besteht, nämlich: dass Gefühle wie Panik, Depression und Wut nicht deshalb *unhealthy* sind, weil sie unangenehm sind, sondern weil sie tendenziell bestimmte dysfunktionale Verhaltensweisen *triggern*, während umgekehrt unangenehme Gefühle (wie Trauer, Enttäuschung, Gereiztheit und Besorgnis, selbst wenn es sich bei ihnen um intensive Gefühle handeln sollte), weil sie tendenziell zu hilfreichen Verhaltensweisen motivieren, als gesunde Gefühle anzusehen sind, die „weg zu therapieren“ kontraproduktiv wäre.

“If people did not have healthy negative feelings, they would not try to reduce...negative stimuli and would live miserable lives and often fail to survive. Positive feelings also motivate people to survive and to be productive. So REBT encourages people to feel, and often to *feel strongly, in positive and negative ways.*” (Ellis & MacLaren, 2007, S.20, Hervorhebung durch D.S.).

Wenn ein Mann beispielsweise von seiner geliebten Partnerin abgelehnt oder verlassen wurde, ihm also ein Ereignis widerfährt, das seinen persönlichen Wunsch-/Lebenszielen (Z) entgegensteht (Adversity), so wird er sicherlich nicht mit angenehmen Gefühlen, sondern vielleicht mit großer Enttäuschung und Trauer oder Wut und Niedergeschlagenheit reagieren. Wenn Enttäuschung und Trauer überwiegen, so könnten diese Gefühle den Mann motivieren, herauszufinden, warum sich seine Partnerin zurückzog, und zu versuchen,

die Zuneigung der Partnerin wieder zu gewinnen – oder eine neue Partnerin finden zu wollen, wenn das Leben in einer intimen Partnerschaft für ihn ein wesentliches persönliches Lebensziel darstellt. Gesunde Gefühle wie Trauer, Besorgnis, Gereiztheit und Reue triggern tendenziell zielförderliche Verhaltensweisen. Wir könnten auch sagen: gesunde Gefühle motivieren uns, die Welt gemäß den eigenen persönlichen Wunsch-/Lebenszielen zu verändern bzw. sich ihr anzupassen, wenn bestimmte Ziele nicht erreichbar sind oder scheinen (Akzeptanz durch und mit Zielveränderung). Daher ist es nicht sinnvoll, als konkretes Therapieziel eine geringere Intensitätsstufe eines negativen ungesunden Gefühls (wie z.B. Depression oder Wut) anzustreben oder gar diagnostizierte starke negative gesunde Gefühle (wie Trauer oder Verdruss) für therapiebedürftig zu erklären und die Senkung des SUD's levels zum Therapieziel zu küren.

Wenn der Mann aber feindselige Gefühle gegenüber der Partnerin empfindet, die ihn ablehnte, wird er seinem Wunschziel eher schaden. Reagiert er mit Gefühlen der Niedergeschlagenheit, wird er sich tendenziell von den Menschen zurückziehen und so ebenfalls gegen seine Wünsche handeln. Ungesunde Gefühle führen tendenziell zu dysfunktionalen Verhaltensweisen, welche die persönlichen Wunsch-/Lebensziele sabotieren.

Im Rahmen der diagnostischen Station sind sowohl beim Assessment von C als auch beim Assessment von A immer auch die persönlichen Wert-, Wunsch- und Lebensziele (Z) der Klienten/innen zu berücksichtigen. In gewissem Sinne beginnt jedes ABC⁹ mit Z. Denn Z bestimmt, ob A eine Adversity ist oder nicht, und von Z ist es abhängig, ob die Gefühle der Klienten/innen behandlungsbedürftig (*unhealthy feeling*) sind oder nicht (*healthy feelings*), weil sie tendenziell zu zielschädlichen oder zielförderlichen Verhaltensfolgen führen.

Die grundlegenden menschlichen Lebensziele lassen sich mit Ellis wie folgt fassen (Ellis, 1994, S.18):

1. Ein langes Leben in Gesundheit
2. Ein zufriedenes oder relativ glückliches Leben führen

⁹ "REBT, following many early and modern philosophers, formulates the ABC's of emotion and of emotional disturbance. You start with Goals and values (G's), especially, to stay alive and to feel reasonable happy and free from pain..." (Ellis, 1994, S.63)

3a. Mit und im sozialen Kontakt mit anderen Menschen leben.

3b. In einer Partnerschaft leben.

3c. Sich in Arbeit und/oder Spiel verwirklichen.

In gewisser Weise bedingen sich die beiden Lebensziele 1 und 2 gegenseitig. Pointiert ausgedrückt: Ein langes unglückliches Leben oder ein sehr kurzes wenn auch relativ glückliches Leben ist weniger erstrebenswert als ein langes und glückliches Leben.

Dagegen können wir die Lebensziele 3a bis 3c als „oberste Durchgangsziele“, also Teilziele zur Erreichung des obersten Lebenszieles (Ziel 1 in Kombination mit Ziel 2) verstehen.

Wie ich an anderer Stelle (Schwartz, 2008) ausführte, lässt sich das Verhältnis der verschiedenen persönlichen Wunsch- und Lebensziele der Menschen durch das Bild einer Lebenszielpyramide veranschaulichen. An der Spitze einer solchen Lebenszielpyramide finden wir Z, die oben gelisteten Hauptlebensziele der Menschen. Zu diesen führen in einer ‚hierarchischen Anordnung‘ mehr oder weniger viele Teil- und Unterziele zu weiteren Teil- und Unterzielen bis hin zu den Hauptlebenszielen an der Spitze der Pyramide.

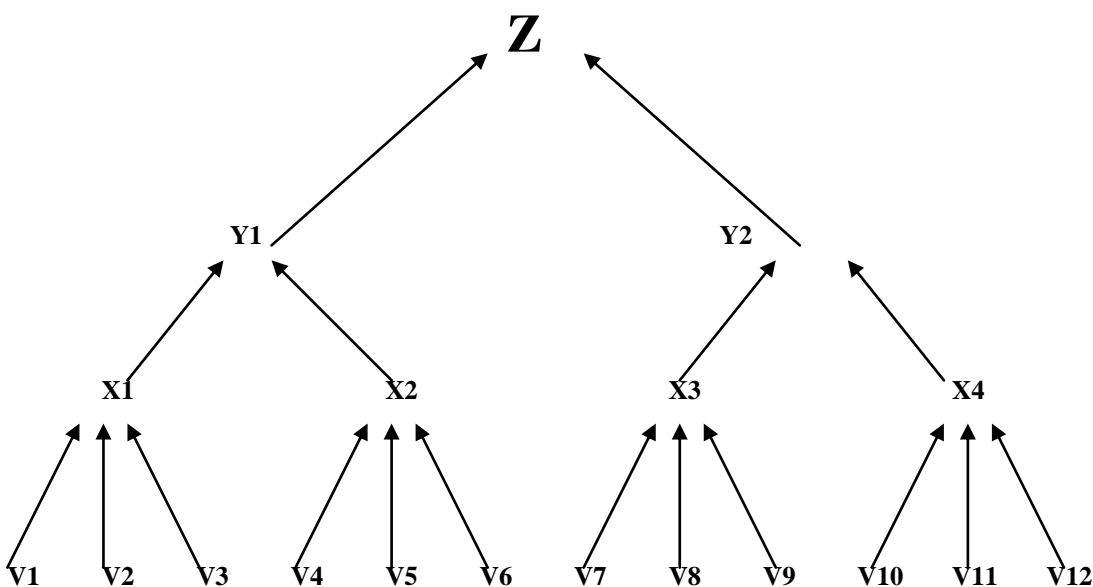


Abbildung 3: Die Lebenszielpyramide oder die Hierarchie menschlicher Lebensziele: Teilziele führen zu übergeordneten neuen Teilzielen, diese wiederum zu weiteren Teilzielen bis hin zu den Hauptzielen an der Spitze der Pyramide (Schwartz, 2008, S.18)

In einem Beispiels-ABC formuliert Ellis demgemäß wie folgt:

(G) Goal : *in general*, to live happily; and, *in particular*, to win the love and approval of someone... (Ellis & Becker 1982, S.25, Kursivsetzung durch D.S.).

Eine ganz ähnliche Auffassung über den Zusammenhang *expliziter Therapieziele* und *allgemeiner Lebensziele* vertreten Kosfelder et al. in einem Klaus Grawe würdigenden Beitrag (2007). Nachdem sie feststellen, dass in den verschiedenen Phasen seiner (Grawes) Theoriebildung das motivationale Konzept der Ziele einen zentralen Platz einnimmt, fahren sie fort:

Neben Zielen, die sich auf die Therapie beziehen (explizite Therapieziele), haben Psychotherapiepatienten natürlich auch andere allgemeine Lebensziele, die nicht direkt auf die Therapie bezogen sein müssen. (Kosfelder et al., a.a.O.)

Zur Illustration dazu ein Beispiel aus der psychotherapeutischen Praxis:

Wir entnehmen es dem (allgemeinen) Lebenszielbereich *Glücklich leben durch und im engen Kontakt mit einer oder einigen wenigen Personen* (Freundschafts- und Partnerbeziehungen).

Der Klient ist seit 7 Jahren verheiratet. Als seine Frau einen anderen Mann kennen lernt, kommt es zur Trennung (Bedrohung des persönlichen Lebenszieles). Der Klient reagiert (bei blockierten Wünschen/Zielen „erschaffen“ Menschen Emotionen, vgl. Ellis, 1994 S.17) tief verletzt und niedergeschlagen, er fällt in eine depressive Verstimmung und hat einige der typischen depressiven Symptome auf der Verhaltensebene¹⁰ entwickelt, insbesondere „zieht er sich von den Menschen und der Welt zurück“ (dysfunktionales Verhalten in bezug auf allgemeines Lebensziel).

¹⁰ Eine Zusammenstellung weiterer typischer Symptomen auf der Verhaltensebene aus verschiedenen Quellen ergibt: verminderter Antrieb (Motivation), Patient fühlt sich schlapp, energielos, hat kein Interesse mehr an Dingen, die er früher gerne gemacht hat (Interessenverlust) und gibt nach und nach alle Aktivitäten und Hobbies wie Tennisspielen, lesen, ins Theater gehen etc. auf. Besucht Freunde nicht mehr und reagiert ablehnend auf wohlmeinende Einladungen (sozialer Rückzug). Leidet unter Schlafstörungen und Appetitlosigkeit, reagiert emotionslos oder gar abweisend, verspürt kaum sexuelles Interesse (Libidoverlust). (Aus: ICD-10 Internationale Klassifikation psychischer Störungen der WHO; R.Tölle u.a., Psychiatrie, 2006; A.T.Beck u.a., 1996)

Abbildung 4 kennzeichnet die Situation des Klienten im Sinne des ABC-Modells. Die Abbildung verdeutlicht, worauf es hauptsächlich ankommt, um gesunde von ungesunden Emotionen zu unterscheiden. In Therapie (wie Beratung) besteht ein wichtiger Motivations-schritt für die folgenden Stufen einer Behandlungssequenz, insbesondere vor Einführung des B im ABC-Modell, darin, Patienten zu ermöglichen, diese Unterscheidung nachvollziehen zu können.

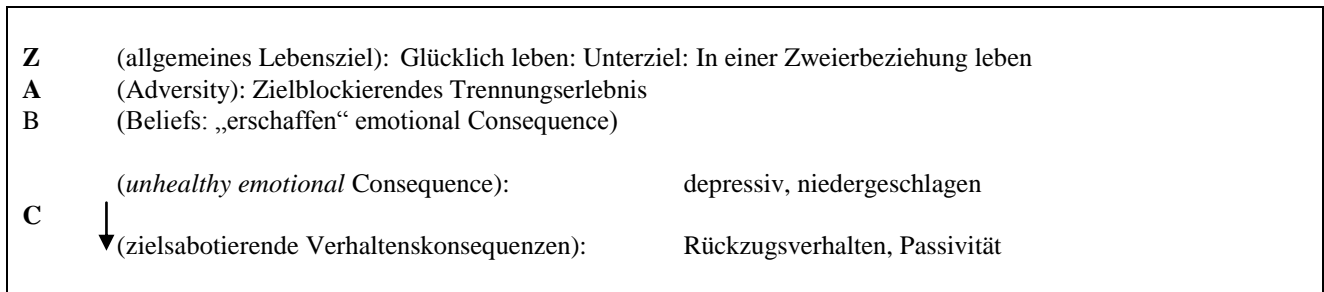


Abb.4: Ungesunde Gefühle „triggern“ zielsabotierendes Verhalten

Die folgende Abbildung 5 zeigt im Kontrast zu Abbildung 4, dass anlässlich der zielbedrohenden Adversity bzw. des Aktivierenden Ereignisses auftretende Gefühle wie Trauer und Enttäuschung, obwohl negativ im Sinne von unangenehm, zu zielförderlichen Verhaltensweisen führen und daher gesund sind.

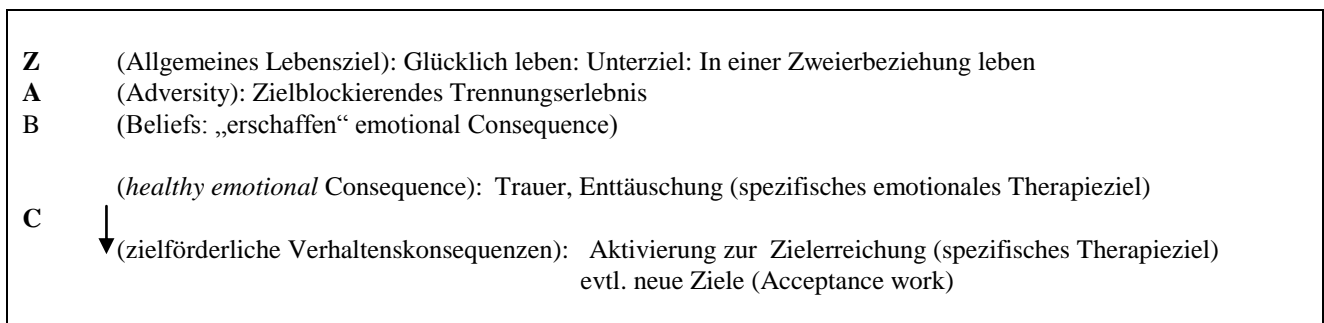


Abb.5: Gesunde Gefühle „triggern“ zielförderliches Verhalten

Damit ist festgestellt, dass es sich bei *healthy feelings* wie Trauer, Enttäuschung oder Verdruss nicht um emotionale Störungen (*emotional disturbances*) handelt, die therapiebedürftig wären. Im Gegenteil bilden sie den motivationalen Ausgangspunkt für alle Bemühungen, die allgemeinen Lebenszielen (wieder) zu erreichen, und sind

folglich das anzustrebende (!) *explizite emotionale Therapieziel*, wenn ungesunde Gefühle und dysfunktionales Verhalten am Punkt C des ABC festgestellt werden.

Die diagnostische Phase (ABC-Analyse) einer kognitiv-emotiven Behandlungssequenz ist dann vollständig durchgeführt und abgeschlossen, wenn am Punkt C die *unhealthy emotions* und die daraus *tendenziell* resultierenden *dysfunktionalen Verhaltensweisen* sowie anschließend am Punkt B die verantwortlichen „heißen“ Kognitionen, ein evtl. 2. ABC eruiert und das explizite Therapieziel festgelegt wurden.

RESÜMEE UND AUSBLICK

Zusammenfassend kann auf folgende für Theorie wie Praxis bedeutsame Zusammenhänge und Folgerungen hingewiesen werden:

1. Emotionen sind mit menschlichen Zielen eng verknüpft:

- wenn Menschen eines ihrer Ziele als blockiert ansehen, so reagieren sie mit Gefühlen (Ellis, 1962; 1977)
- Die Grundlagenforschung zu allgemeinen Lebenszielen hat gezeigt, dass Ziele für den (emotionalen) Zustand von Patienten in hohem Maße relevant sind (Michalak & Grosse Holtforth, 2006)
- Einem neueren Trend in der klinischen Psychologie folgend, wonach eine Entwicklung wieder weg von störungsspezifischen Behandlungsansätzen (wie z.B. Beck's kognitiver Therapie der Depressionen) hin zu störungsübergreifenden Ansätzen (z.B. Acceptance and Commitment Therapy) im Zusammenhang mit dem Zielkonzept (Grawe, 1998) zu beobachten ist, kann man auch die REVT als einen störungsübergreifenden Ansatz (wieder)entdecken, wenn man die Bedeutung des Zielkonzepts bei Ellis erkennt. Im motivationalen Konzept der Ziele sehen Kosfelder et al. (a.a.O.) darüber hinaus das integrative Potential, um störungsspezifische und störungsübergreifende Ansätze zu einer fruchtbaren

Synthese zu bringen. Indem die Ellis'sche Unterscheidung von kategorial verschiedenen Emotionen die REVT-theoretische wie REVT-praktische Berücksichtigung eines über das konkrete Therapieziel (verstanden als „bloße Symptomreduktion“) hinausgehenden Zielkonzeptes erfordert, könnte die REVT (wiederentdeckt als KEVT?) einen Beitrag zu der angestrebten Synthese leisten.

2. Emotionen *motivieren* (Izard: „Hauptmotivationssystem“; Plutchik: evolutionäre Bedeutung von Emotionen), sie *triggern* Verhaltensweisen (Izard: „sie führen zu unterschiedlichen Konsequenzen auf der Verhaltensebene“).

3. *Zwei Typen / Klassen / Kategorien von Emotionen* triggern funktionale wie dysfunktionale Verhaltensweisen: *negative healthy emotions* und *negative unhealthy emotions* (Ellis, 1994, 2006). Keine andere kognitive (Verhaltens)therapie trifft diese klare Unterscheidung (vgl. Ellis, 1994, S.176): daher ist sie eine Kognitiv *emotive* Verhaltenstherapie.

4. Werte und Ziele bestimmen mit, welche Kategorien von *emotional Consequences (eC)* gegeben sind (nicht so sehr die Intensität eines Gefühls: denkbar ist sowohl intensive Trauer als *negative healthy feeling* mit hohem zielführendem Handlungspotential als auch weniger intensive depressive Verstimmung als *negative unhealthy feeling* mit selbstschädigendem Handlungspotential).

5. Einsicht in den Zusammenhang „Ziele - Emotionen – Verhalten – Ziele“ ist wesentlicher Faktor für *Veränderungs- bzw. Therapiemotivation* z.B. um selbstschädigende kognitive Schemata zu erkennen und zu disputieren.

LITERATUR

- Arnold, M. (1960). *Emotion and personality*. 2 Bde. New York: Columbia University.
- Beck, A.T. (1979). *Wahrnehmung der Wirklichkeit und Neurose. Kognitive Psychotherapie emotionaler Störungen*. München: Pfeiffer.
- Beck, A.T. , Rush, A., Shaw, B.F. & Hautzinger, M. (1996). *Kognitive Therapie der Depression*, Weinheim, Basel: BeltzPVU

- Ciarrochi, J. & Robb, H. (2005). Letting a little nonverbal air into the room: insights from Acceptance and Commitment Therapy. *J.of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 23, 2, S.107-130
- Ellis, A. (1962). *Reason and Emotion in Psychotherapy*. New York: Lyle Stuart. Deutsche Teilübersetzung: (1977).
- Ellis, A. (1977). *Die rational-emotive Therapie. Das innere Selbstgespräch bei seelischen Problemen und seine Veränderung*. München: Pfeiffer.
- Ellis, A. (1988). *How to stubbornly refuse to make yourself miserable about anything - yes, anything!* Secaucus, NJ: Lyle Stuart. Deutsch: (2006).
- Ellis, A. (1994). *Reason and Emotion in Psychotherapy. A Comprehensive Method of Treating Human Disturbances. Revised and updated*. New York: Birch Lane Press. Deutsche Teilübersetzung: (1997). *Grundlagen und Methoden der Rational-Emotiven Verhaltenstherapie*. München: Pfeiffer bei Klett-Cotta
- Ellis, A. (1995). Changing rational-emotive therapy (RET) to rational-emotive behavior therapy (REBT). *J.of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 13, 2, S.85-89 (deutsch: 2001)
- Ellis, A. (1997). *Grundlagen und Methoden der Rational-Emotiven Verhaltenstherapie*. München: J.Pfeiffer. (Englisch: 1994).
- Ellis, A. (2001). Die Umbenennung "Rational-Emotive Therapie (RET)" in "Rational-Emotive Verhaltenstherapie (REVT)". *Zeitschrift für Rational-Emotive & Kognitive Verhaltenstherapie*, 12, 16-20. (englisch: 1995)
- Ellis, A. (2003). *Ask Albert Ellis. Straight Answers and Sound Advice from America's Best-Known Psychologist*. Atascadero: Impact Publishers.
- Ellis, A. (2006). *Training der Gefühle. Wie Sie sich hartnäckig weigern, unglücklich zu sein*. Heidelberg: mvg
- Ellis, A. & Becker, I.(1982). *A guide to personal happiness*. N.Hollywood, CA:Wilshire Books.
- Ellis, A. & Velten, E. (1998). *Optimal Aging. Get over getting older*. Chicago, La Salle: Open Court
- Ellis, A. & MacLaren, C. (2007). *Rational Emotive Behavior Therapy. A Therapist's Guide*.
- Ellis, A. & Abrams, M. (2009). *Personality Theories. Critical perspectives*. Los Angeles, London, New Delhi, Singapore: Sage Publications.
- DiGiuseppe, R. (1996). The nature of irrational and rational beliefs: progress in rational emotive behavior theory. *J.of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy* 14 (1), 5-28
- Dryden, W., DiGiuseppe, R. & Neenan, M. (2003). *A Primer on Rational Emotive Behavior Therapy*. Champaign: Research Press
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe
- Hayes, S.C. (2005). Stability and change in cognitive behavior therapy: considering the implications of ACT and RFT. *J.of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy* 23 (2), 131-151
- Izard, C.E. (1999). *Die Emotionen des Menschen. Eine Einführung in die Grundlagen der Emotionspsychologie*. Weinheim & Basel: Beltz
- Meichenbaum, D. (1979). *Kognitive Verhaltensmodifikation*. München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg.
- Michalak, J. & Grosse Holtforth, M. (2006). Where do we go from here? The goal perspective in psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 13, 346-365
- Kosfelder, J., Michalak, J., Vocks, S. & Willutzki, U. (2007). Geschichten(n) und Visionen vom Wandel der Psychotherapie. *Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis*, 2/2007, S.295-306

- Linehan, M. (1996). *Dialektisch-Behaviorale Therapie der BPS*. München: CIP-Medien
- Plutchik, R. (1980). *Emotion – A psychoevolutionary synthesis*. New York: Harper
- Tölle, R., Windgassen, K., Lempp, G.E. & DuBois, R. (2006). *Psychiatrie*. Heidelberg: Springer
- Segal, Z.V., Williams, J.M.G. & Teasdale, J.D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: a new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press
- Scholz, W.-U. (2001). *Weiterentwicklungen in der Kognitiven Verhaltenstherapie. Konzepte – Methoden – Beispiele*. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta
- Schwartz, D. (2006; 1981). *Gefühle verstehen und positiv verändern. Ein Lebenshilfebuch zur Rational-Emotiven Verhaltenstherapie*. München: CIP-Medien. (1981erstmals erschienen als RE-Therapie. So wird man sein eigener Psychologe. Landsberg a.L.: mvg)
- Schwartz, D. (2008). *Gefühle im Gespräch. Wie Emotionen unsere Kommunikation beeinflussen*. München: mvgVerlag
- Ungerer, T. & Hoellen, B. (2006). *Don't hope, cope! Mut zum Leben*. Tübingen: dgvt-Verlag
- Warren, R. (2007). Modern Cognitive-Behavioral Treatment of Anxiety Disorders began in 1933. In: Velten, E. (Ed.) (2007). *Under the Influence. Reflections of Albert Ellis in the Work of Others*. Tucson, Arizona: See Sharp Press.
- Wilken, B. (1998). *Methoden der Kognitiven Umstrukturierung*. Stuttgart: Kohlhammer.