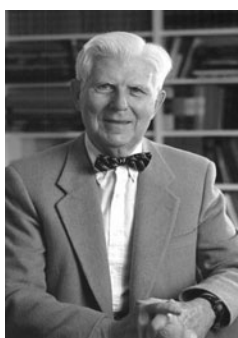


### Aaron T. Beck: «Störungen der korrekten Informationsverarbeitung führen zu Stimmungsproblemen»



Aaron Temkin Beck, MD, ist Professor an der Psychiatrischen Klinik der Universität von Pennsylvania, Philadelphia, USA. Er ist Direktor des Zentrums für die Behandlung und die Prävention von Suizid und der Forschungsgruppe Psychopathologie. Er studierte Medizin in Yale, begann danach eine Fachausbildung in Neurologie, später Psychiatrie, und machte eine Psychotherapieweiterbildung am Austin Riggs Center in Stockbridge. Er begann seine wissenschaftliche Arbeit mit Forschungen zu psychoanalytischen Theorien der Depression und entwickelte später die Kognitive Therapie. Weitere Arbeitsschwerpunkte sind die Überprüfung der Wirksamkeit von Psychotherapie und die Psychopathologie von Depression, Suizid, Angst, Störungen im Zusammenhang mit Alkoholmissbrauch, Persönlichkeitsstörungen und Schizophrenie. Er hat über 450 Artikel und 17 Bücher veröffentlicht und hat zahlreiche wissenschaftliche Auszeichnungen und Ehrendoktorwürden erhalten. Er steht auf der Liste der zehn Menschen, die das Gesicht Amerikas entscheidend geprägt haben, und zählt zu den fünf einflussreichsten Psychotherapeuten aller Zeiten. Die Fragen stellte Prof. Dr. Michael Linden, Leiter der Forschungsgruppe Psychosomatische Rehabilitation an der Charité, Campus Benjamin Franklin, Berlin.

*Lieber Herr Professor Beck, welche Unterschiede und Gemeinsamkeiten sehen Sie zwischen der Kognitiven Psychotherapie und der psychodynamischen Psychotherapie?*

*Aaron T. Beck:* Zunächst einmal gibt es eine Reihe von Gemeinsamkeiten zwischen der Kognitiven und der psychodynamischen Psychotherapie: Beide nutzen die Introspektion und betonen den Stellenwert von Gedanken und Gefühlen. Beide erkennen auch die Bedeutung von Kindheitserfahrungen und der Entwicklung der Persönlichkeit. Ebenso sehen beide Therapieansätze, dass das Verhalten des Therapeuten wichtig ist, damit der Patient Einsichten gewinnt und sein dysfunktionales Verhalten ändern kann. Insofern gibt es viele Gemeinsamkeiten zwischen der Kognitiven Therapie und der psychodynamischen Therapie oder anderen Therapievarianten wie der dialektischen Therapie, der interpersonalen Therapie oder der Gestalttherapie.

Allerdings gibt es große Unterschiede, wie die Psyche theoretisch verstanden wird. Die psychodynamische Therapie geht

davon aus, dass zwei wesentliche Bereiche der Psyche zu unterscheiden sind, das Bewusste und das Unbewusste, und dass es eine Trennung zwischen Bewusstem und Unbewusstem gibt. Das Unbewusste ist die Quelle von Tabus, also von nicht akzeptablen Impulsen und Gedanken, die teilweise mit Erfahrungen in der Kindheit verbunden sind. Die Rolle des Therapeuten besteht darin, die Schwelle zum Unbewussten zu überschreiten und unbewusstes Material ins Bewusstsein zu holen, wo es dann bearbeitet werden kann. Dadurch soll es dem Patienten möglich werden, sich von pathogenen Erfahrungen in der Kindheit zu distanzieren und diese zu überwinden.

Das Modell der Kognitiven Therapie dagegen fokussiert auf bewusste und halbbewusste Gedanken, die unmittelbar mit Gefühlen wie Trauer, Freude, Ärger oder Angst assoziiert sind. Mit anderen Worten: Die Realität um uns herum kann nicht nur aus der Beschreibung der Fakten verstanden werden. Kognitive Therapeuten unterscheiden nicht zwischen mehr oder weniger bewussten Ideen oder Impulsen, sondern

gehen davon aus, dass alle verhaltenswirksamen Gedanken und Impulse mit etwas Übung und Anleitung erkannt werden können. Der Kognitive Therapeut dient als eine Art Anleiter, der dem Patienten hilft, seine eigenen «automatischen» Wahrnehmungen und Interpretationen zu identifizieren, und zwar insbesondere solche, die zu Problemen führen. Er hilft dem Patienten, sie zu überprüfen, zu bewerten und zu korrigieren. Derartige automatische Gedanken entstehen auf der Basis von dysfunktionalen und selbstzerstörerischen Grundannahmen, die ebenfalls bewusst gemacht werden können und durch Exploration und Überprüfung veränderbar sind. Dadurch verlieren sie ihren Einfluss auf die Befindlichkeit und das Verhalten des Patienten.

Die theoretische Basis der Kognitiven Therapie ist im Kern ein informationstheoretisches Modell. Störungen der korrekten Informationsverarbeitung führen zu Stimmungsproblemen, dysfunktionalen Impulsen und maladaptivem Verhalten. Die Aufgabe des Therapeuten besteht darin, den Patienten zu helfen, die Probleme in der Informationsverarbeitung zu korrigieren, so dass sie mit der Umwelt und sich selbst angemessener und befriedigender umzugehen lernen. Insofern nutzt die Kognitive Therapie auch Strategien aus dem Coaching, aus Problemanalyse- und Problemlösestrategien oder der Stressbewältigung (internal und external).

Allerdings weisen manche modernen Ansätze der psychodynamischen Therapie durchaus auch diesbezüglich Gemeinsamkeiten mit der Kognitiven Therapie auf, indem sie sich zum Beispiel stärker auf aktuelle Erlebnisse (statt Kindheits-erlebnisse), Problemlösungen und mehr Oberflächeninterpretationen konzentrieren.

*Sehen Sie Unterschiede zwischen einer Kognitiven Therapie und einer Kognitiven Verhaltenstherapie?*

*Aaron T. Beck:* «Kognitive Verhaltenstherapie» ist ein breiter gefasster Begriff, der darauf hinweist, dass auch Konzepte und Techniken der Lerntheorien Verwendung finden. Beispiele sind die Kognitive Verhaltenstherapie nach Barlow, die Expositionstherapie nach Foa oder die dialektische Verhaltenstherapie. Alle nutzen Methoden der kognitiven Modifikation. Kognitive Therapie im engeren Sinne ist jedoch ein spezifischer Theorieansatz, der auch umfassend evaluiert und validiert ist, und die daraus abgeleiteten spezifischen Therapieinterventionen. Historisch wurde die Kognitive Therapie entwickelt, als Verhaltenstherapeuten erkannten, dass kognitive Prozesse eine wichtige Rolle bei der Verhaltenssteuerung spielen. Diese Erkenntnisse wurden in die Verhaltenstherapie integriert, für die Don Meichenbaum dann den Namen «Kog-

nitive Verhaltenstherapie» prägte. Leider führt das zu terminologischen und konzeptuellen Unklarheiten. Viele Studien, die unter der Überschrift Kognitive Verhaltenstherapie durchgeführt wurden, beschreiben in Wahrheit «reine» Kognitive Therapie.

*Wie ist die Entwicklung der Kognitiven Therapie verlaufen?*

*Aaron T. Beck:* Am Anfang stand eine Beobachtung. Mir fiel auf, dass depressive Patienten dazu neigen, ihre Erfahrungen auf negative und verzerrte Weise zu interpretieren. Der nächste Schritt war die Konzeptualisierung einer darauf abgestellten Theorie und Therapie. Deren Kernstück war die negative kognitive Triade, die das Denken der Patienten beherrscht. Darauf folgte eine Phase der Erprobung dieses Modells, in der die kognitiven Verzerrungen in einer Reihe von Studien bestätigt werden konnten. Schließlich folgte die Stufe der Validierung des Konzepts durch Wirkungs- und Wirksamkeitsstudien. Unser Problem heute ist die Umsetzung des Konzepts in der Routinetherapie. Dies erfordert die Ausbildung von Therapeuten, damit sie Kognitive Therapie nicht nur vorgeblich, sondern faktisch kompetent anwenden können.

*Können Sie den Stand der Kognitiven Therapie in Deutschland aus Ihrer Sicht kommentieren?*

*Aaron T. Beck:* Deutschland ist weltweit führend in Kognitiver Therapie. In Deutschland gibt es eine große Zahl zugelassener Kognitiver Therapeuten, die Patienten ambulant oder stationär behandeln. Einige der weltbesten Kognitiven Therapeuten haben ihre Ausbildung in Deutschland erhalten. Auch die deutsche Forschung zur Kognitiven Therapie zeichnet sich durch Kreativität und methodische Sauberkeit aus.

*Wie sehen Sie die Zukunft der Kognitiven Therapie?*

*Aaron T. Beck:* Ein wesentliches Verdienst der Kognitiven Therapie ist, dass sie Methoden anbietet für die Behandlung und Prävention von psychischen Störungen, die schwerwiegende medizinische Konsequenzen haben. Dazu gehören sogar Abhängigkeitserkrankungen, Rauchen oder Adipositas. Es gibt auch erste Hinweise, dass die Kognitive Therapie die Entwicklung schizophrener Psychosen hinauszögern kann. Zu diesen Weiterentwicklungen tragen nicht zuletzt deutsche Forscher bei wie Dr. Steffen Moritz in Hamburg, Dr. Tania Lincoln in Marburg und andere.

*Vielen Dank für das Gespräch.*