

Kognitive Interventionen

Martin Hautzinger
Patrick Pössel

Standards der
Psychotherapie

 **hogrefe**

Kognitive Interventionen

Standards der Psychotherapie

Band 1

Kognitive Interventionen

Prof. Dr. Martin Hautzinger, Prof. Dr. Patrick Pössel

Herausgeber der Reihe:

Prof. Dr. Martin Hautzinger, Prof. Dr. Kurt Hahlweg,
Prof. Dr. Jürgen Margraf, Prof. Dr. Winfried Rief

Martin Hautzinger
Patrick Pössel

Kognitive Interventionen



Prof. Dr. Martin Hautzinger, geb. 1950. 1971–1976 Studium der Psychologie in Bochum und Berlin. 1980 Promotion. 1981–1983 Assistent Professor am Department of Psychology der University of Oregon, Eugene, USA. 1984–1989 Hochschulassistent für Klinische und Differentielle Psychologie an der Universität Konstanz. 1987 Habilitation. 1990–1996 Professor für Klinische Psychologie am Psychologischen Institut der Universität Mainz. Seit Oktober 1996 Ordinarius für Psychologie und Leiter der Abteilung Klinische Psychologie und Psychotherapie am Psychologischen Institut der Universität Tübingen.

Prof. Dr. Patrick Pössel, geb. 1969. 1990–1995 Studium der Psychologie in Gießen. 1995–2001 Mitarbeiter in einer psychologischen Praxis in Frankfurt am Main. 1999 Promotion. 1999–2001 Post-Doktorand an der Universität Tübingen. 2002 Approbation zum Psychologischen Psychotherapeuten. 2001–2007 Wissenschaftlicher Assistent in der Abteilung Klinische und Physiologische Psychologie der Universität Tübingen. 2004 Habilitation. 2005–2007 Visiting Assistant Professor am Department of Psychology and Human Development an der Vanderbilt University, USA. 2007–2010 Assistant Professor, 2010–2015 Associate Professor und seit 2015 Full Professor am Department of Educational and Counseling Psychology an der University of Louisville, KY, USA.

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat gemeinsam mit den Autoren bzw. den Herausgebern große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen, Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskriptherstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Copyright-Hinweis:

Das E-Book einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar.

Der Nutzer verpflichtet sich, die Urheberrechte anzuerkennen und einzuhalten.

Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Merkelstraße 3
37085 Göttingen
Deutschland
Tel. +49 551 999 50 0
Fax +49 551 999 50 111
verlag@hogrefe.de
www.hogrefe.de

Satz: Mediengestaltung Meike Cichos, Göttingen
Format: PDF

1. Auflage 2017
© 2017 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen
(E-Book-ISBN [PDF] 978-3-8409-2831-4; E-Book-ISBN [EPUB] 978-3-8444-2831-5)
ISBN 978-3-8017-2831-1
<http://doi.org/10.1026/02831-000>

Nutzungsbedingungen:

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Audiodateien.

Anmerkung:

Sofern der Printausgabe eine CD-ROM beigelegt ist, sind die Materialien/Arbeitsblätter, die sich darauf befinden, bereits Bestandteil dieses E-Books.

Inhaltsverzeichnis

Einführung	1
1 Kognitive Modelle und Konzepte	4
1.1 Rational-Emotive Theorie	5
1.2 Reformulierte Rational-Emotive-Theorie	8
1.3 Kognitive Theorie psychischer Störungen	9
1.3.1 Ursprüngliche Kognitive Theorie	10
1.3.2 Theorie der „core beliefs“	13
1.4 Schematheorie	15
1.5 Informationsverarbeitung bei Ängsten	18
1.6 Selbstinstruktionstheorie	21
1.7 Hilflosigkeits- und Hoffnungslosigkeitstheorie	23
1.8 Theorie der Selbstkontrolle	27
1.9 Response Stile und repetitives Denken	31
1.10 Metakognitive Modelle	32
1.11 Achtsamkeit (Mindfulness) und Akzeptanz	38
1.12 Weisheitstheorie	41
1.13 Modell der sozialen Informationsverarbeitung	44
1.14 Eine allgemeine, vereinheitlichende kognitive Theorie	47
1.15 Schlussfolgerungen und Überleitung	48
2 Diagnostik und Indikation	52
2.1 Selbstbeobachtung automatischer Gedanken	52
2.2 Angstkognitionen (ACQ)	52
2.3 Dysfunktionale Einstellungen (DAS)	53
2.4 Attributionsstil (ASQ)	54
2.5 Response Stil (RSQ)	55
2.6 Rumination (RS)	55
2.7 Schemata (YSQ)	56
2.8 Achtsamkeit und Akzeptanz (FFA und MAAS)	56
2.9 Indikation kognitiver Interventionen	57
3 Praktische Umsetzung und Therapie	59
3.1 Grundmerkmale kognitiver Therapien	62
3.2 Gesprächsführung und Interaktionen bei kognitiven Therapien	63
3.3 Gedankenkontrollen	68
3.3.1 Verdeckte Gedankenkontrolle	69

3.3.2	Gedankenstopp	70
3.3.3	Pumpteknik: Gedankenkarten	71
3.4	Selbstinstruktionen und kognitives Erproben	74
3.4.1	Selbstverbalisationstraining	74
3.4.2	Stressbewältigungstraining	76
3.4.3	Kognitive Probe	77
3.4.4	Stressimpfung	79
3.4.5	Zeitprojektion	80
3.4.6	Idealisiertes Selbstbild	80
3.5	Kognitive Therapie	81
3.5.1	Entdecken und Beobachten automatischer Gedanken	83
3.5.2	Erkennen kognitiver Verzerrungen	85
3.5.3	Spaltenprotokolle negativer Gedanken	87
3.5.4	Realitätstesten und Experimentieren	88
3.5.5	Alternative Erklärungen, Reattribuierungstechnik	89
3.5.6	Rollentausch	90
3.5.7	Stuhldialog	91
3.5.8	Entkatastrophisieren	92
3.5.9	Problematisches Denken überprüfen	94
3.5.10	Grundüberzeugungen erkennen und verändern	95
3.5.11	Werte erkennen und bearbeiten	100
3.5.12	Weisheitstherapie	104
3.5.13	Humorthherapie	106
3.6	Metakognitive Therapien	108
3.6.1	Problemlösen	108
3.6.2	Metakognitives Training	112
3.6.3	Metakognitive Therapie	113
3.7	Akzeptanz und Achtsamkeit	118
3.7.1	Akzeptanz und Selbstverpflichtung	118
3.7.2	Achtsamkeit	120
4	Evidenzlage und wissenschaftliche Beurteilung	124
4.1	Gedankenkontrollen	124
4.2	Selbstinstruktionen und kognitives Probehandeln	124
4.3	Kognitive Therapien	125
4.4	Metakognitive Therapien	126
4.5	Akzeptanz und Achtsamkeit	127
5	Anwendungsbeispiele	128
5.1	Behandlung Sozialer Phobien	128
5.2	Behandlung Posttraumatischer Belastungsstörungen	130
6	Weiterführende Literatur	132
7	Literatur	132

8	Anhang	141
	Spaltenprotokoll negativer Gedanken	141
	Protokoll: Denken überprüfen	142
	Werte bearbeiten	144
	Metakognitive Fallkonzeption	145
	Aufmerksamkeitstraining	146
	Akzeptanzübung	148
	Achtsamkeitsübungen	151

Einführung

Die Macht der „Gedanken“ (vgl. Langer, 1989)

Bringt man *Zimmermädchen* eines großen Hotels dazu, das Überziehen von Betten, das Schrubben von Bädern und Fußböden als eine besondere Art von Fitnesstraining und sportliche Aktivität zu sehen, dann stellt man nach einem Monat fest, dass die veränderte Einstellung dazu führt, dass alle sich fitter fühlen und im Durchschnitt sogar ein Kilogramm abnehmen. Eine Kontrollgruppe in derselben Hotelanlage, die ihren Job wie gewohnt, mit derselben Haltung wie zuvor erledigt, fühlt sich unverändert und verliert kein Gewicht.

Bringt man gebrechliche, passive *alte Männer*, die es gewohnt sind, betreut und gepflegt zu werden, für eine Woche in einer abgelegenen Wohnanlage (Kloster) unter, und gestaltet die Räume und Anlage so, wie es war, als die über 80-Jährigen um die 20 Jahre alt waren (Bücher, Poster, Musik, Filme, Themen, Ereignisse) und fordert man die Männer auf, sich über die Ereignisse, Filme, Bücher, Musik so zu unterhalten, als fänden sie aktuell statt, verbunden mit der Information, dass genug Essen in der Küche sei, doch sie sich selbst um das Essen kümmern müssen, dann zeigt sich: Diese Experimentalgruppe schneidet in Leistungs-, Seh- und Hörtests deutlich besser ab, ist insgesamt positiver gestimmt, aktiver und beweglicher.

Der Begriff „Kognition“ umfasst die Prozesse des Wahrnehmens, Erkennens, Begreifens, Bewertens, Urteilens, Erklärens, Schließens, Antizipierens und Erinnerns (Neisser, 1976). Die kognitive Psychologie beschäftigt sich mit Fragen, wie Menschen ihre Erfahrungen strukturieren, wie sie ihnen einen Sinn unterlegen, indem sie Reize in verwertbare Informationen transformieren.

Im Verständnis der kognitiven Psychologie ist Lernen und Verhalten nicht als passive Bildung von Reiz-Reaktions-Verbindungen zu verstehen, sondern als aktiver Prozess. Der Lernende interpretiert eine Situation im Lichte dessen, was in der Vergangenheit schon erworben wurde. Neue Informationen werden in ein Netzwerk vorhandenen Wissens, von Neisser (1976) als Schemata bezeichnet, eingepasst und die vorhandenen Strukturen werden neu organisiert. Diese kognitiven Überlegungen wurden von R. S. Lazarus (1966) und von Bandura (1969) zunächst beim Erleben bzw. der Verarbeitung von Belastungen (Stress) und beim sozialen und stellvertretenden

Denken und
Informations-
verarbeitung

Lernen bzw. der Selbststeuerung von Verhalten experimentell untersucht und dann auf psychopathologische Phänomene wie Furcht, Angst, Stress, Ärger, Depression und andere angewandt (Mahoney, 1974; Meichenbaum, 1979).

Selbstwirksamkeit und Mindfulness

Theoretisch hat vor allem Bandura (1977) mit seiner Theorie der „Self Efficacy“ und Langer (1989) mit ihrer Theorie der „Mindfulness“ einen Rahmen geliefert, der die Effekte unterschiedlicher kognitiver Interventionen integriert. Effekte kognitiver Interventionen lassen sich dadurch erklären, dass sie den Klienten bzw. Patienten ein „Gefühl“ der Selbstwirksamkeit und der Einflussmöglichkeiten vermitteln, also den „Glauben“ daran, dass sie Kontrolle haben und angestrebte Ziele erreichen können.

Reziprozität von Denken, Affekt und Verhalten

Dies setzt jedoch immer auch Verhaltensänderungen und Handlungserfahrungen, nicht nur Einsichten, Erleben und Denken voraus. Umwelt, Kognitionen, Affekte und Verhalten beeinflussen sich ständig reziprok (Bandura, 1986; Langer, 1989; Neisser, 1976).

Alle kognitiven Interventionen berücksichtigen daher Reize und Bedingungen, die von außen kommen, ebenso, wie die Konsequenzen, die Handlungen in der Umwelt haben (vgl. Abbildung 1). Dennoch interessieren mehr die internen, weniger bewussten Prozesse, also Kognitionen und Affekte. Es ist eine Grundüberlegung aller kognitiver Interventionen, dass nicht das, was von außen kommt, unser Verhalten und Erleben bestimmt, sondern die „Ansichten, die wir von den Dingen haben“ (Epictet). Es ist sinnvoll, kognitive Prozesse zu unterscheiden, die einer Veränderung zugrunde liegen, und kognitive Verfahren, die diese Prozesse in Gang setzen. Kognitive Interventionen dürfen für sich in Anspruch nehmen, dass sie eine Fülle von Methoden und Techniken entwickelt haben, die automatisierte, rasch ablaufende Vorgänge erkennen und analysieren lassen, die Prozesse in Gang setzen, die Veränderungen einleiten, die Selbststeuerung ermöglichen und die Verhaltensänderungen dauerhaft stabilisieren.

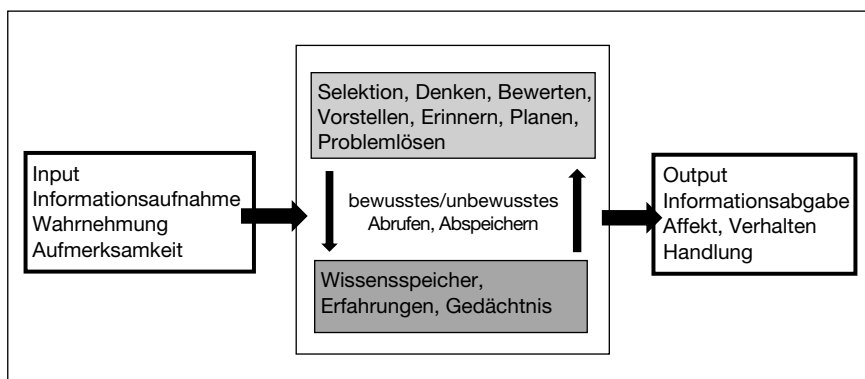


Abbildung 1: Grundlegendes kognitives Modell

Ziele dieses Buches

- Vorstellung der wichtigsten theoretischen Konzepte, die relevant für kognitive Interventionen sind.
- Darstellung diagnostischer Instrumente zur Erfassung kognitiver Konstrukte.
- Darstellung erfolgreicher kognitiver Interventionen und hilfreicher Therapiematerialien.
- Hinweise auf wissenschaftliche Evidenzen und Indikationen für die Therapietechniken.
- Illustrierende Fallbeispiele und Literaturempfehlungen zur Vertiefung.

1 Kognitive Modelle und Konzepte

Rational-Emotive Therapie

Das Modell von Ellis (1962) gehört zu den ersten kognitiven Interventionskonzepten. Es wurde bereits in den 1950er-Jahren entwickelt und erklärt nach Ansicht des Autors die meisten psychischen Probleme, d.h. es ist nicht auf bestimmte Störungen beschränkt. Elemente der auf dem Modell beruhenden sogenannten „Rational-Emotiven Therapie“ haben Eingang in viele kognitive und verhaltenstherapeutische Interventionen gefunden. Dennoch ist das Modell von Ellis bis heute im Vergleich zu den anderen kognitiven Konzepten nur wenig untersucht worden. Neben der ursprünglichen Form des Modells existiert heute eine Weiterentwicklung, die sogenannte „Reformulierte Rational-Emotive Theorie“ (Ellis, 1991).

Kognitive Therapie

Ein weiteres Modell ist die „Kognitive Theorie“, welche Beck (1967) ursprünglich zum Verständnis depressiver Störungen entwickelte und die von ihm und seinen Mitarbeitern (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1994) zur Grundlage für ausgesprochen effiziente Interventionen verwendet wurde. Diese auf die Behandlung depressiver Störungen zugeschnittenen Interventionsmethoden wurden dann auf unterschiedlichste psychopathologische Bereiche ausgeweitet. Erst kürzlich wurde ein „unified model“ der Depression (Beck & Bredemeier, 2016) vorgeschlagen, das neben kognitiven auch biologische und evolutionäre Faktoren integriert (siehe Kapitel 1.14).

Kognitionspsychologische Grundlagen

Hatten Ellis und Beck, als Kliniker und Therapeuten, kognitive Konzepte und Interventionen ohne Kenntnis bzw. Wissen (kognitions-)psychologischer Theorien entwickelt, nutzten Autoren wie R. S. Lazarus, Bandura, A. A. Lazarus, Meichenbaum, Mahoney, Seligman, Kanfer, Teasdale, Abramson, Clark u. v. a. Konzepte aus der Allgemeinen Psychologie, der Motivationspsychologie, der Attributionstheorie, der Handlungstheorie, der Emotionspsychologie und der Lernpsychologie, heute zunehmend der Neuropsychologie und Biologischen Psychologie (z. B. Förstl, Hautzinger & Roth, 2006; Böker & Seifritz, 2012), um diese internen Vorgänge bei der Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen zu verstehen.

Einflussreich für ein kognitives Verständnis von Angst und Stress waren die Überlegungen und Forschungsergebnisse der sogenannten Berkley-Gruppe um R. S. Lazarus (1966). Lazarus hatte schon in den 1950er-Jahren Experimente zur Angst und Stressentstehung durchgeführt. Klassisch sind seine Unfallfilme (z.B. Sägewerksarbeiter, der sich einen Daumen absägt), die er einsetzte, um bei Probanden subjektiv und physiologisch Furchtreaktionen zu provozieren. Die Gruppe konnte zeigen, dass die zuvor gegebenen Informationen bzw. den Filmen unterlegten Erklärungen

in signifikanter Weise die emotionalen Reaktionen modifizierten. Zeigte man Probanden z.B. einen Film, der Beschneidungsrituale bei jugendlichen Kriegern eines Urwaldstammes zeigte, dann waren die Schreckreaktionen und physiologischen Stressreaktionen dann besonders heftig, wenn betont wurde, dass diese Beschneidung besonders schmerzhaft und für den jungen Mann gefährlich sei. Es traten kaum Stress- und Furchtreaktionen auf, wenn durch einen Filmkommentar betont wurde, dass die Beschneidung von den jungen Männern herbeigeseht wurde, denn dadurch wurden sie in den Kreis der geschlechtsreifen Männer und Stammeskrieger aufgenommen. R. S. Lazarus baute diese Untersuchungen zu einem Stressmodell aus (vgl. Abbildung 2), das auf zwei kognitiven Prozessen beruhte: Bedrohungsbewertung („primary appraisal“) und Handlungsbewertung („secondary appraisal“). Stress und Angst entsteht dann, wenn eine Situation als bedrohlich beurteilt wird und keine Handlungsoptionen (Flucht, Vermeidung, Uminterpretationen) zur Verfügung stehen.

**Stressforschung
– cognitive
appraisal**

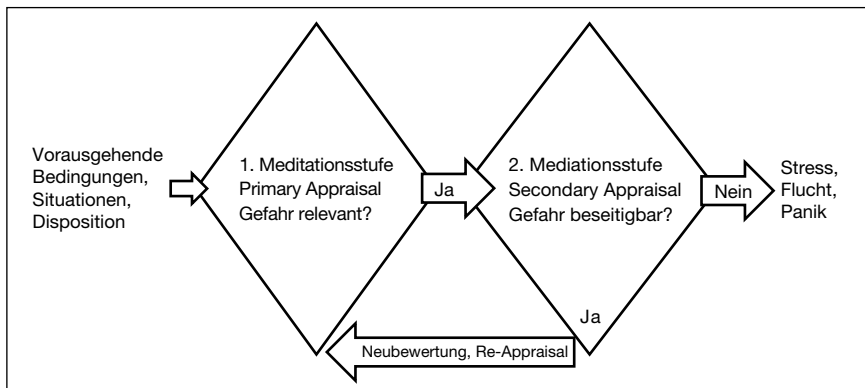


Abbildung 2: Kognitives Stress- und Angstmodell der Berkley-Gruppe (R. S. Lazarus, 1966)

1.1 Rational-Emotive Theorie

Nach Ellis (1962, 1977) führt nicht ein äußeres Ereignis zu emotionalen oder verhaltensmäßigen Folgen, sondern Überzeugungen in Hinblick auf ein Ereignis sind die Ursache für jede Reaktion. Eine Erfahrung oder ein Ereignis („activating event“) aktiviert eine bestimmte Überzeugung („belief“) in Bezug auf diesen Auslöser. Erst diese Überzeugung ist es, die Reaktionen auf emotionaler und Verhaltensebene auslösen („consequences“). Aus der Abkürzung der englischen Begriffe entstand der Name „A-B-C-D-Theorie“ (vgl. Abbildung 3).

**A-B-C: Auslöser
– Bewertung –
affektive Folgen**

Unter A („activating event“) versteht Ellis nicht ausschließlich äußere Ereignisse, sondern bezeichnet mit diesem Begriff alles, was auf einen Men-

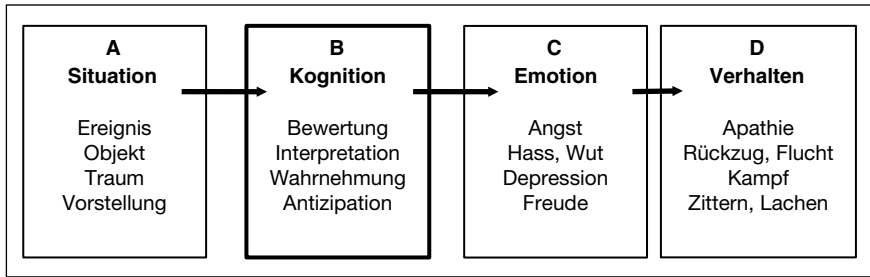


Abbildung 3: A-B-C-D-Theorie nach Ellis (1962, 1977)

schen einwirkt und zu einer Bewertung führt. Dies können äußere Ereignisse, Erinnerungen, Traumbilder, Antizipationen zukünftiger Situationen, Gefühle, aber auch andere Überzeugungen sein, so dass Feedback-Schleifen entstehen, an denen mehrere Überzeugungen netzwerkartig beteiligt sind.

Irrationale Überzeugungen

Ellis (1962) führt die meisten psychischen Probleme und Störungen auf wenige („elf“) krankmachenden Überzeugungen zurück (vgl. Kasten), die er „irrational beliefs“ nennt, wobei er betont, dass jeder Mensch irgendwann einmal irrational denkt (Ellis, 1977).

Irrationale Überzeugungen (vgl. Ellis, 1962, 1977)
<ul style="list-style-type: none"> • Nr. 1: Es ist absolut notwendig, von jeder anderen Person im eigenen Umfeld geliebt oder anerkannt zu werden. • Nr. 2: Man darf sich nur dann als wertvoll empfinden, wenn man in jeder Hinsicht kompetent und leistungsfähig ist. • Nr. 3: Bestimmte Menschen sind böse, schlecht und schurkisch und gehören für ihre Schlechtigkeit streng gerügt und bestraft. • Nr. 4: Es ist schrecklich und katastrophal, wenn die Dinge nicht so sind, wie man sie gerne haben möchte. • Nr. 5: Menschliches Leiden hat äußere Ursachen und der Mensch hat wenig Einfluss auf seinen Kummer und seine psychologischen Probleme. • Nr. 6: Man muss sich ständig große Sorgen über tatsächliche oder eingebildete Gefahren machen und sich mit der Möglichkeit ihres Eintretens befassen. • Nr. 7: Es ist leichter, bestimmten Schwierigkeiten auszuweichen, als sich ihnen zu stellen. • Nr. 8: Man soll sich auf andere verlassen und man braucht einen Stärkeren, auf den man sich stützen kann. • Nr. 9: Die eigene Vergangenheit hat entscheidenden Einfluss auf das gegenwärtige Verhalten und etwas, das sich früher einmal auf das Leben ausgewirkt hat, muss dies auch weiterhin tun.

- Nr. 10: Die Neigung, sich über die Probleme und Verhaltensschwierigkeiten anderer Leute aufzuregen.
- Nr. 11: Es gibt für jedes menschliche Problem eine absolut richtige, perfekte Lösung und es ist eine Katastrophe, wenn diese perfekte Lösung nicht gefunden wird.

Mehl (1991) definiert diese krankmachenden, irrationalen Überzeugungen als Überbewertungen, unzulässige Verallgemeinerungen, unlogische und unbewiesene Annahmen, fehlerhafte Schlussfolgerungen und absolutistische Auffassungen gegenüber verschiedenen Lebensbereichen, insbesondere denen der sozialen Wertung und persönlichen Geltung.

Kern dieser irrationalen Überzeugungen sind die drei folgenden, selbst auferlegten sogenannten „mussturbatorischen Ideologien“, also Gebote, dass etwas unter bestimmten Bedingungen geschehen muss (Ellis, 1977):

Mussturbatorische Ideologie

- Ich muss meine Sache gut machen und ich muss für meine Leistungen Anerkennung bekommen, sonst gelte ich als ein wertloses Subjekt.
- Die anderen müssen sich mir gegenüber freundlich, rücksichtsvoll und gerecht verhalten, sonst sind sie menschlich gesehen eine Null.
- Meine Lebensbedingungen müssen immer gut und problemlos sein, damit ich praktisch alles, was ich will, ohne allzu viel Mühe und Anstrengung bekommen kann, andernfalls ist die Welt von Grund auf schlecht und das Leben erscheint kaum lebenswert.

Diese musturbatorischen Ideologien äußern sich wiederum in den folgenden zusammenhängenden Problemkategorien:

- Jemand oder etwas solle oder müsse anders sein, als es gegenwärtig der Fall ist.
- Es ist schrecklich, entsetzlich oder katastrophal, dass es nicht anders ist.
- Eine Person oder Sache, die nicht so sein sollte, wie sie ist, kann nicht ertragen oder geduldet werden.
- Personen haben entsetzliche Fehler gemacht oder machen sie noch. Da diese Personen nicht so handeln dürfen, verdienen die entsprechenden Personen nur Schlechtes im Leben, sie dürfen verurteilt werden und können mit Recht als Nichtsnutz, wertloses Subjekt oder als Stück Dreck bezeichnet werden.

Ellis (1962) geht in seiner ursprünglichen Theorie davon aus, dass Überzeugungen zu konkreten, beobachtbaren Gedanken und diese wiederum zu Gefühlen führen. Basierend auf diesen Überlegungen hat Ellis die ersten „kognitiven“ Interventionen entwickelt, die er unter dem Namen Rational-Emotive Therapie (RET) zusammenfasste. Ein Therapeut, der nach der RET vorgeht, bemüht sich die irrationalen Überzeugungen eines Patienten zu identifizieren (mittels des A-B-C-D-Schema, vgl. Abbildung 3) und

A-B-C-D-E-Modell