

# Kognitive Umstrukturierung bei übertriebenem Verantwortungsgefühl<sup>1</sup>

Nils Spitzer

**Zusammenfassung:** Übertriebene Verantwortlichkeitseinschätzungen sind ein kognitives Thema, das in Zusammenhang mit unterschiedlichen psychischen Störungen und Problemen diskutiert wird. Durch ein eingeschränktes Konzept von Verantwortung in Teilen der kognitiven Therapieliteratur wird das Veränderungspotenzial von kognitiven Interventionsmethoden dabei bisher nicht ausgeschöpft. Ein komplexeres Konzept von Verantwortung wird vorgestellt und zentrale kognitive Interventionsmethoden daran beispielhaft ausgeführt und neu bewertet.

**Schlüsselwörter:** Kognitive Therapie, übertriebene Verantwortlichkeitseinschätzung, kognitive Interventionsmethoden, Gerichtsrollenspiele

## Cognitive Restructuring: Dealing with Inflated Sense of Responsibility

**Abstract:** An inflated sense of responsibility is a cognitive issue relevant to the discourse surrounding various psychological disorders and problems. Due to a somewhat limited theory of responsibility in certain areas of the literature on cognitive therapy, however, the potential of cognitive intervention methods is yet to be fully exploited. A more complex theory of responsibility is suggested here, together with its consequences for typical cognitive intervention methods.

**Keywords:** cognitive therapy, inflated sense of responsibility, cognitive therapy techniques, Courtroom Technique

### Die These der kognitiven Inhaltsspezifität und „Verantwortlichkeit“ als einer dieser kognitiven Inhalte

Neben einer eher formalen Unterscheidung zwischen bedingten und unbedingten Grundannahmen und einer eher strukturalen zwischen NATs („negative automatic thoughts“; z. B. J. S. Beck, 1995) und – bedingten und unbedingten – Grundannahmen insgesamt, spielen in der kognitiven Therapie auch inhaltlich-thematische Unterschiede von Kognitionen eine bedeutende Rolle. Auf den Begriff gebracht wurden diese Kognitionsthemen durch A. T. Becks Hypothese der „Inhaltsspezifität“ (z. B. Beck, 1976; Beck & Clark, 1988; Clark & Beck, 1999): Verschiedene psychische Störungen basieren auf einem jeweils spezifischen Satz inhaltlich unterschiedlicher dysfunktionaler Überzeugungsinhalte und sie können – so die These weiter – auf diese Weise kognitiv einigermaßen trennscharf vonein-

ander abgegrenzt werden (Neumann, 2005). In seinen eigenen größeren Veröffentlichungen dekliniert Beck selbst diese Annahme durch, z. B. für Depressionen (Beck et al., 1992), Angststörungen (Beck & Emery, 1985) oder Persönlichkeitsstörungen (Beck, Freeman et al., 1993). Kognitive Therapie-Manuale bieten in der Folge oft modularartig kognitive Methoden für die bei der entsprechenden psychologischen Störung relevanten kognitiven

<sup>1</sup> Die Übersetzung des englischen „inflated sense of responsibility“ (z. B. Wilhelm & Steketee, 2006) oder einfach „inflated responsibility“ (OCCWG, 1997) ins Deutsche ist nicht ganz einfach: Verantwortung oder Verantwortlichkeit vernachlässigen den Aspekt subjektiver Einschätzung, Verantwortungsgefühl ist sicher die sprachlich korrekteste Übersetzung, aber auch verwirrend, wenn es betont um kognitive Interpretationen geht, und Verantwortungseinschätzung ist zwar inhaltlich treffend, wirkt aber etwas künstlich und papieren.

Themen an, aus denen dann – je nach der Exploration im Einzelfall – die für die Therapie individuell relevanten ausgewählt werden können (z. B. Wilhelm & Steketee, 2006).

Die Einschätzung der eigenen Verantwortung für negative Ereignisse, die Folgen eigener Handlungen oder Unterlassungen, stand als ein kognitives Thema vielleicht nicht ganz so im Mittelpunkt der kognitiven Forschung wie etwa die Einschätzung von Gefahren, wurde aber doch von vielen kognitiven TherapieforscherInnen als ein bedeutsamer Inhalt, an dem sich verschiedene psychische Störungen unterscheiden lassen, angesehen (z. B. Salkovskis, 1996). Bekannt geworden ist das Schema von van Oppen und Arntz (1994), das anhand dieser beiden kognitiven Themen (Einschätzung von Verantwortung und Gefahr) psychische Störungen zu unterscheiden versucht (hier nach Neumann, 2005; vgl. Tabelle 1).

Nach diesem Modell erwarten AngstpatientInnen eine Katastrophe in der Zukunft, für die sie keine Verantwortung tragen („Ich werde an einem Herzinfarkt sterben“), Depressive schreiben sich die Schuld für vergangenes Unglück zu („Ich habe versagt“). Ärger entsteht, wenn sich der oder die Betreffende für eine vergangene Katastrophe nicht verantwortlich fühlt („Der andere hätte besser aufpassen müssen“). Bei Zwängen fühlt sich die Person für ein zukünftiges Unglück verantwortlich. Depressionen und Zwänge überschneiden sich danach kognitiv-inhaltlich in der Bereitschaft zur Verantwortungsübernahme,<sup>2</sup> Angststörungen und Zwänge in der Angst vor zukünftigem Unglück (Neumann, 2005). Kognitionen zur eigenen Verantwortlichkeit beschränken sich jedoch sicherlich nicht auf Zwangsstörungen<sup>3</sup> und Depressionen, sondern sind wohl bei allen Problemen, die oft Berührung mit ausgeprägten Schuldgefühlen haben, ein bedeutsames Thema (z. B. PTSD). Teilt man die Überlegungen

bis hierher, dann gilt: Die Verantwortlichkeitseinschätzung zu explorieren<sup>4</sup>, zu bewerten und wenn nötig zu verändern ist ein bedeutsames Element in vielen kognitiven Therapien.

## Übertriebene Verantwortlichkeitseinschätzung und ihre Definition

Zumindest in der Diskussion um spezifische kognitive Inhalte der Zwangsstörung gilt eine übertriebene Verantwortlichkeitseinschätzung als einer der zentralen Kandidaten für das kognitiv Spezifische dieser Störung. In dem wichtigen kognitiven Modell der Zwangsstörung von Salkovskis bildet es das zentrale kognitive Thema, mit dem sich Zwangsstörungen von anderen Angststörungen differenzieren lassen (z. B. Salkovskis, 1996; Salkovskis & Kirk, 1989). Endgültig „kanonisiert“ wurde die übertriebene Verantwortlichkeitseinschätzung als ein spezifischer kognitiver Inhalt der Zwangsstörung durch die Aufnahme in die sechs Kognitionen-Domänen von Zwangsstörungen der Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (OCCWG) in ihrem einflussreichen Artikel von 1997.

Verfolgt man nun die Definitionsversuche in der therapeutischen Literatur, so stößt man auf ein verständliches, aber trotzdem auch seltsames Phänomen: Auf psychische Störungen und bedingende Kognitionen fokussiert, bleiben die Definitionen häufig auf „übertriebene Verantwortlichkeit“ beschränkt. Das Verantwortlichkeitskonzept *an sich* bleibt im unexplizierten Selbstverständlichen, für die Regulierung des Pathologischen nicht Relevanten verborgen.

„Inflated responsibility“ definiert die OCCWG (1997, S. 677f.), eng angelehnt an Salkovskis, als

the belief that one has power which is pivotal to bring about or prevent subjectively crucial negative outcomes. These outcomes are perceived as essential to

<sup>2</sup> „Trotz einiger widersprüchlicher Ergebnisse wurden in der Mehrzahl der Studien stärkere Zusammenhänge von Verantwortungs- mit Zwangsmaßen gefunden, als mit Depressivität“ (Neumann, 2005, S. 52).

<sup>3</sup> Rachman war Mitte der 1970er Jahre der Erste, der annahm, das Zwangsverhalten reduziert wird, wenn man die Verantwortlichkeit für negative Ergebnisse senken kann. Salkovskis hatte dieser wahrgenommenen Verantwortlichkeit in seinem kognitiven OCD-Modell Mitte der 1980er Jahre die Hauptrolle zugeschrieben (z. B. Salkovskis & Kirk, 1989; Salkovskis, 1996). Inzwischen gilt als experimentell bewiesen: Zwangspatienten fühlen sich insgesamt verantwortlicher als nicht-klinische Kontrollgruppen (Neumann, 2005).

<sup>4</sup> Manchen psychotherapeutischen Autoren ist schon früh aufgefallen, wie weitaus lieber sich die Therapieliteratur mit der Veränderung von Kognitionen beschäftigt, verglichen mit deren Exploration. So schreiben Safran & Segal (1990): „... practically oriented cognitive therapy writings typically emphasize the challenging aspect of the change process and de-emphasize the exploratory phase, ...“ (S. 102). Auch hier wird dieser Unsitte kein Einhalt geboten. Ausführliche Überlegungen zu exploratorischen Methoden in der KT oder der REVT finden sich z. B. etwa bei Neenan & Dryden (1999) oder Spitzer (2005).

**Tabelle 1:** *Psychische Störungen und ihre Beziehung zur Verantwortungs- bzw. Gefahreinschätzung*

	<b>Katastrophe in der Vergangenheit</b>	<b>Katastrophe in der Zukunft</b>
<b>Hohe Verantwortung</b>	Negatives Selbstbild, Schuld, Depression	Zwänge
<b>Niedrige Verantwortung</b>	Ärger/Groll	Angst/Phobien

prevent. They may be actual, that is, having consequences in the real world, and/or at a moral level.

Neumann (2005, S. 26) übersetzt folgendermaßen: „Es handelt sich um die Überzeugung, dass man den Einfluss hat, subjektiv entscheidende negative Konsequenzen herbeizuführen bzw. zu verhindern. Diese Konsequenzen zu verhindern wird als essentiell angesehen. Sie sind entweder realer oder moralischer Natur“. Typisch für „übertriebene Verantwortlichkeit“ ist nach Wroe und Salkovskis (2000) folgende Annahme: *Irgendein Einfluss = Verantwortung für die Folgen*.

Man sieht der Definition sehr deutlich an: Zur Bestimmung übertriebener Verantwortlichkeit wird ausschließlich das Kriterium des Einflusses auf negative Folgen benutzt. Verschiedene Varianten einer verzerrten Einschätzung des eigenen Einflusses für negative Folgen werden dabei häufig zusätzlich sehr differenziert unterschieden:<sup>5</sup>

<sup>5</sup> Einzelne Kognitionsdomänen stehen nicht singular für sich. So gibt es experimentelle Hinweise, dass der Grad an subjektiver Verantwortung die Gefahreinschätzung auf die Weise beeinflusst, dass die Wahrscheinlichkeit eines Schadens höher erscheint, wenn jemand selbst für die Umstände verantwortlich ist. Zumindest Zwangserkrankte nehmen an, dass ein Unglück mit größerer Wahrscheinlichkeit eintritt, wenn sie dafür verantwortlich sind: „Wenn ich für die Sicherheit eines Hauses verantwortlich bin, dann ist die Gefahr eines Feuers deutlich größer als wenn jemand anderes dafür verantwortlich wäre“, oder allgemeiner: „Wenn ich verantwortlich bin, dann ist es wahrscheinlicher, dass die Dinge schief laufen“ (Rachman, 1997). Der Effekt ist zahlenmäßig in den entsprechenden Experimenten sehr deutlich: 59% Wahrscheinlichkeit vs. 25%. Auch die Schwere eines Schadens wird deutlich höher eingeschätzt, wenn man für die Umstände verantwortlich ist (73% vs. 43%; Rachman, 2002). Es gibt zudem eine interessante Diskussion, welcher der beiden Kognitionsdomänen für Zwangsstörungen zentraler ist, übertriebene Verantwortlichkeitseinschätzungen (Salkovskis, Rachman) oder eher eine extreme Gefahrenerwartung (Menzies et al., 2000). Diese Diskussion ist auch deshalb von Bedeutung, weil sie auch über den zentralen therapeutischen Ansatzpunkt entscheidet.

- ▶ *Exklusivität der Verantwortung:*  
Andere Akteure, die ebenfalls in der Verantwortung stehen, werden nicht wahrgenommen und die Betroffenen fühlen sich oft ausschließlich dafür verantwortlich, eine Gefahr oder negative Folge abzuwenden (Wilhelm & Stekete, 2006).
- ▶ *Überschätzung des eigenen Einflusses:*  
Diese Variante geht von der Überzeugung aus, dass jemand selbst die zentrale Macht besitzt, ein unerwünschtes Ergebnis zu verhindern; der eigene Einfluss, negative Konsequenzen zu verhindern, wird zu hoch angesetzt (Wilhelm, 2000).
- ▶ *Verantwortlichkeitsgefühle, auch wo der eigene Einfluss gering oder gar nicht vorhanden ist:*  
Bei dieser Facette übertriebener Verantwortlichkeit reicht es, dass der Gegenstand des möglichen negativen Ereignisses sehr wichtig ist, um sich verantwortlich zu fühlen. Ein Beispiel bietet Rachman: Sich jeden Tag für die Sicherheit der Eltern verantwortlich fühlen, obwohl sie 200 km entfernt wohnen (Rachman, 1997).
- ▶ *Kein „omission bias“:*  
In einer angemessenen Verantwortlichkeitseinschätzung findet sich eine Attributionstendenz, für die Folgen einer Unterlassung nicht im gleichen Maße verantwortlich zu sein wie für diejenigen einer aktiven Handlung. Die meisten Menschen sehen sich also wegen dieses „omission bias“ für Handlungen verantwortlicher an als für Unterlassungen (bei gleichen negativen Folgen). Eine Variante übertriebener Verantwortlichkeit besteht hingegen darin, diesen „omission bias“ nicht zu zeigen und sich auch für die Folgen von Unterlassungen im gleichen Maß verantwortlich zu fühlen (z. B. Salkovskis et al., 1995; Fama & Wilhelm, 2005).

## Die eingeschränkte Definition von Verantwortlichkeit und ihre therapeutischen Folgen

Auch wenn die kognitive therapeutische Literatur hier einiges im Vagen lässt, entsteht folgender Gesamteindruck: „Übertriebene Verantwortlichkeit“ wird fast ausschließlich als eine Verzerrung des eigenen Einflusses auf angenommene negative Folgen verstanden. Da eine allgemeine Bestimmung von (angemessener oder übertriebener) Verantwortlichkeit ausbleibt, scheinen sich auch die TherapeuforscherInnen implizit mit diesem Kriterium des Einflusses zu begnügen. Zentrale (und meist einzige) Aufgabe der angewendeten kognitiven Therapietechniken wird es daher wie selbstverständlich, einem Patienten oder einer Patientin wieder zu einer angemessenen Einschätzung des eigenen Einflusses zu verhelfen.

Als ein komplexes sozio-kulturelles Konzept ist „Verantwortung“ damit allerdings deutlich unterbestimmt, einige Formen übertriebener Verantwortlichkeit sind so explorativ nicht klar zu erfassen und entsprechend liegen für diese Aspekte keine differenzierten kognitiven Interventionen vor. Ein Beispiel: Bei einer Patientin ließ sich ihre gegenwärtige übertriebene Verantwortlichkeit für sie selbst (und ihre Kinder) auf eine weit zurückliegende prototypische Schlüssel-Konstellation zurückführen. Sie hatte sich schon in der Kindheit für die Schwankungen in der Stimmung ihrer (depressiven) Mutter verantwortlich gefühlt:

**T:** „Eins verstehe ich noch nicht ... Was, glauben Sie, hat Sie denn eigentlich damals dafür verantwortlich gemacht?“

**P:** „Ich glaube, weil ich doch dafür sorgen konnte, dass es ihr wirklich besser ging.“

**T:** „Weil Sie darauf Einfluss hatten ... so in etwa?“  
[Einfluss = Verantwortung]

**P:** „Ja, ich denke das ist es.“

Sicher könnte man auch an diesem Beispiel den Grad ihres damaligen Einflusses mit therapeutischem Gewinn überprüfen und relativieren, aber schon bei der Idee empfindet man doch intuitiv, dass dies nicht den Kern der Sache treffen würde: Kinder sind in unserer sozio-kulturellen Welt für die Stimmung ihrer Eltern *grundsätzlich* nicht verantwortlich, auch wenn sie Einfluss nehmen. Akzeptiert man jedoch die beschriebene bedingte Annahme zur Verantwortung (Einfluss = Verantwortung), dann ergibt sich die Überzeugung der Patientin ausgesprochen folgerichtig – in Form

eines syllogistischen Schlusses etwa folgendermaßen:<sup>6</sup>

Regel: Wenn man Einfluss auf etwas hat, dann ist man auch dafür verantwortlich.

Fall: Ich hatte Einfluss auf die Stimmung meiner Mutter als Kind.

Schluss: Also bin ich auch für sie verantwortlich gewesen.

Ein nicht expliziertes Konzept „angemessener Verantwortlichkeit“ verunklart hier den Zugang zu einer kognitiven Umstrukturierung.

Auch sozialpsychologische Studien zeigen, dass schon das implizite Alltagsverständnis von Verantwortlichkeit mehr Kriterien enthält als nur das des „Einflusses“ auf negative Folgen. Malle etwa formuliert dies für die „folk theory of mind and behavior“, wo sie auf das Phänomen der Verantwortlichkeitszuschreibung trifft, so (Malle, 2004 S. 89):

Knobe's ... results do support the general claim that the concept of intentionality is closely related to the assignment of responsibility and blame. ... An agent is more likely to be held responsible or to be blamed when she performed a given negative action intentionally. And even for unintentional behaviours and outcomes, the concept of intentionality is at work. Responsibility is still assigned when the outcome is considered to have been preventable by the agent (i. e., controllable; Weiner 1995) and when it was his or her duty to prevent it (Hamilton 1978).

Ein Verantwortlichkeitskonzept, das allein auf das Einfluss-Kriterium setzt, so kann man demnach nicht umhin zu folgern, ist nicht nur an sich unterkomplex, sondern es bleibt sogar hinter dem impliziten Alltagsverständnis zurück, dass noch anderen Kriterien kennt (zumindest „intentionality“ und „duty“): nicht gerade optimale Ausgangsbedingungen für eine gelungene kognitive Umstrukturierung.

In der Konsequenz wirken Beispiele aus der praktischen kognitiven Therapieliteratur, die eine Disputation übertriebener Verantwortlichkeit vorstellen, häufig etwas seltsam, so als argumentierten sie am Kern der Sache vorbei. Bei einer kognitiven Disputation der Themen Verantwortlichkeit oder Schuld wird dabei häufig als Intervention der Wahl das „Gerichtsrollenspiel“ vorgeschlagen. Beim ihm überneh-

<sup>6</sup> Zum Stellenwert der Logik in der kognitiven Therapie siehe auch Cohen (2007) oder – zusammenfassend – Spitzer (2007).

men bekanntermaßen TherapeutIn und PatientIn wechselnde Rollen des Szenarios. Es folgt ein Beispiel einer solchen „Courtroom Technique“ aus einem aktuellen kognitiven Therapiemanual für Zwänge (Wilhelm & Stekete, 2006, S. 127f.), bei dem die Patientin die Staatsanwältin und die Therapeutin die Richterin spielt. Patienten kommen in dieser Konstellation am besten in die Position, die eigene Verantwortlichkeit für ein negatives Ereignis argumentativ begründen zu müssen. In dem Beispiel fühlt sich eine Mutter dafür verantwortlich, dass einer der Gäste nach dem von ihr veranstalteten Kindergeburtstag eine bakterielle Infektion bekommen hat (zusammenfassende Übersetzung vom Autor).

**T:** „Okay, liefern Sie nun die Beweise für die Anklage in unserem kleinen Gerichtssaal. Warum beginnen Sie nicht mit Ihren Argumenten, warum Sie für die Infektion der Frau nach Ihrem Kindergeburtstag verantwortlich sind. Tun Sie so, als ob ich die Richterin bin oder die Jury. Versuchen Sie, mich zu überzeugen.“

**P:** „Nun, sie ist nur Stunden nach der Feier krank geworden und das muss doch eigentlich durch vergiftetes Essen gewesen sein.“

**T:** „Machen Sie weiter, warum sind Sie verantwortlich?“

**P:** „Euer Ehren, die Angeklagte hatte ein völlig neues Gericht für die Feier ausprobiert. Es war das erste Mal und es kann da etwas drin gewesen sein.“

**T:** „Entschuldigen Sie, aber ‚kann sein‘ ist nicht ausreichend. Sie müssen Fakten dafür liefern.“

**P:** „Gut, da war also eine Frau, die nur Stunden nach der Feier krank geworden ist. Und das bedeutet: Vergiftetes Essen.“

**T:** „Sind Sie sich sicher, dass es Vergiftungserscheinungen waren? Haben Sie die Bestätigung durch einen Arzt?“

**P:** „Nein, aber die Betreffende hat sich erbrochen.“

**T:** „Aha, also keine Bestätigung eines Arztes. Interessant. Fahren Sie fort.“

**P:** „Die Angeklagte hat die Reste des Essens genauer untersucht und kleine dunkle Stellen darin entdeckt. Es könnte sich um etwas Giftiges handeln oder so.“

**T:** „Oder so ... Können Sie genauer werden? Haben Sie unabhängige Beweise, dass es sich dabei wirklich um Gift handelt? Sind Sie sicher, dass es sich nicht nur um dunkle Gewürze gehandelt hat?“

**P:** „Nein ...“

**T:** „So, Sie haben also keine unabhängigen Beweise, es ‚schien‘ nur so ... nach dem Essen ist nur eine der teilnehmenden Personen krank geworden. Sie hat sich erbrochen, aber Sie haben keine Informationen über die Ursache der Krankheit. Haben Sie noch andere konkrete Beweise?“

Hier bricht das Beispiel ab. Liest man es aufmerksam, dann wird deutlich, dass es ebenfalls allein

den „Einfluss“ als Kriterium für die Verantwortlichkeit der Patientin bemüht, diesmal aus der Zeitperspektive eines bereits eingetretenen Schadens: Ist das zubereitete Gericht die Ursache der Erkrankung oder nicht? Wieder entsteht intuitiv der seltsame Eindruck, dass die Argumentation den Kern der Verantwortlichkeit verfehlt, schließlich ist relativ gleichgültig, ob das zubereitete Gericht Ursache der Erkrankung ist, will man die *Schuld* und nicht *Verursachung* ermitteln. Das eingeschränkte Verantwortlichkeits-Konzept der kognitiven Therapieliteratur lässt aber andere Fragen gar nicht in den Sinn kommen. Was in der Disputation also bestenfalls gelingt, ist ein Freispruch aus Mangel an Beweisen, weil nicht nachzuweisen ist, dass die Erkrankung auf das Essen zurückgeht. Die allgemeinere bedingte Grundannahme „Wenn jemandem durch meinen Kuchen übel geworden ist, dann bin ich dafür verantwortlich“ (Einfluss = Verantwortung) ist damit nicht eigentlich „geknackt“, man hat nur nachgewiesen, dass das disputierte Beispiel nicht in den Bereich dieser bedingten Grundannahme fällt.

### Eine umfassendere Definition von Verantwortung und ihre therapeutischen Auswirkungen

Ein wenig Interdisziplinarität kann helfen, dem komplexen sozio-kulturellen Konzept der Verantwortlichkeit näher zu kommen und die therapeutische Palette zu erweitern. So definiert ein philosophisches Lexikon (Halder, 2000, S. 348) das Konzept „Verantwortung“ folgendermaßen:

Die Zuständigkeit des Menschen für sein Handeln (auch Unterlassen), soweit es samt seinen Folgen ihm zuzuschreiben ist, d. h., für das er einzustehen und vor einer Instanz, die ihrerseits hierzu die Autorität besitzt, ggf. Rechenschaft abzulegen hat. Verantwortung setzt somit die Freiheit des Menschen als Person und seinen Handlungsentschluss wie zugleich die Freiheit verpflichtende ... Handlungsnormen ... voraus; ... die Rechenschaft fordernde Instanz ist ein menschliches oder göttliches Gericht.

Es lassen sich vier Kriterien für den gegenwärtigen Verantwortungs-Begriff aus dieser Definition herausfiltern:

- Einfluss („soweit es samt seinen Folgen ihm zuzuschreiben ist“)
- Absicht/Willensbildung („Handlungsentschluss“, „intentionality“)

- a) Handlungsfreiheit („Freiheit des Menschen als Person“)
- b) Vorhandensein von gesellschaftlichen Regeln oder Standards für das Verhalten („die Freiheit verpflichtende ... Handlungsnormen“, „duty“)

Nach dieser Definition ist also jemand für die Folgen seines Handelns vollständig verantwortlich, auf die er oder sie auch Einfluss genommen hat – aber nur, wenn er oder sie frei, absichtsvoll und entgegen üblicher Normen oder Maximen vorgegangen ist. Beim Verantwortungskonzept geht es eben nicht allein um die Kausalität des Bewirkens, sondern zudem um die Einschätzung der Intentionalität (und Freiheit) sowie der Position zu gängigen sozialen Regeln. Es gibt Hinweise, dass gerade die Komponente der *Absichtlichkeit* einer Handlung eine sehr genaue Untersuchung in der Therapie verdient. Attributionstheoretische Studien weisen hier auf eine allgemein menschliche kognitive Verzerrung hin: Gerade Handlungen mit schädlichen Folgen wird häufiger Intentionalität zugeschrieben: „people were far more likely to consider a behavior intentional when it had negative moral consequences than when the same behavior was described as having positive or neutral moral consequences“ (Malle, 2004, S. 177).

Man kann nun das vorherige konkrete Beispiel anhand dieser Vier-Kriterien-Definition von Verantwortung untersuchen:

- ▶ Stand es der Patientin frei, das zubereitete Gericht auf dem Kindergeburtstag so zu gestalten, dass es eine bakterielle Erkrankung auslösen kann? Ja.
- ▶ Hat sie beabsichtigt, mit ihrem Kuchen eine Erkrankung zu erzeugen? Nein.
- ▶ Hat sie gültige Normen bei der Zubereitung der Nahrung vernachlässigt (hier z. B. Hygienevorschriften, übliche Sorgfaltsgewohnheiten wie die Kontrolle abgelaufener Haltbarkeitsdaten der Lebensmittel)? Nein.
- ▶ Hat sie Einfluss auf das körperliche Wohlbefinden der Esser? Prinzipiell ja, aber vielleicht war ihr Gericht trotzdem nicht die Ursache der Erkrankung.

Therapeutische Ableitungen für die „Courtroom Technique“ liegen auf der Hand: TherapeutInnen, als RichterInnen oder Jury im Rollenspiel, sollten nach Möglichkeit alle vier Kriterien erfragen und sich dabei vor allem auf die beiden klar verneinten Kriterien konzentrieren, nicht allein auf das letzt-

genannte, den möglichen Einfluss. Eine Person, die eine negative Folge nicht beabsichtigt hat und die auch keine übliche Norm verletzt hat, trifft nach dem impliziten Rechtsempfinden in unserer Gesellschaft nur sehr wenig Verantwortung. Zwei Vorteile beim Übergang von bloß einem zu vier Kriterien der Verantwortlichkeit stechen direkt ins Auge: Durch das Vier-Kriterien-Konzept lassen sich leichter auch bedingte Grundannahmen hinterfragen, während man mit dem Ein-Kriterien-Modell, das sich nur auf den realen Einfluss auf die konkreten negativen Konsequenzen eines Falls beziehen kann, letztlich auf die NATs eines je konkreten Ereignisses beschränkt bleibt. Für die Therapieforschung bietet sich, zweitens, ein differenzierterer Blick auf mögliche Formen übertriebener Verantwortlichkeit, wie sie für verschiedene psychische Störungen (z. B. Zwangsstörung, Depression, PTSD) spezifisch sein könnten.

### Ein Beispiel für die „Courtroom Technique“ mit ausdifferenziertem Verantwortlichkeits-Konzept

Gerade bei typischen Kontrollzwängen wird häufig nicht nur die Gefahr überschätzt, sondern dies verbindet sich auch mit einer übertriebenen Verantwortlichkeitseinschätzung (z. B. Rachman, 2002). Bei Waschzwängen hingegen, wo es zumeist nur um einen befürchteten Schaden für die Betroffenen selbst geht, spielt eine exzessive Verantwortlichkeit keine so große Rolle. Dies zeigt sich auch experimentell: In einer Studie von Rachman und Hodgson (1980) erfuhren PatientInnen mit Kontrollzwängen Erleichterung sowie eine Reduktion von Verantwortung und Schuldgefühlen durch die Anwesenheit einer anderen Person (geteilte und dadurch reduzierte Verantwortung). Bei Waschzwängen zeigte sich dieser Effekt nicht (Rachman, 2002).

Diese Kombination von Gefahrenüberschätzung und übertriebener Verantwortlichkeit zeigte sich auch bei folgendem Patienten, der nicht nur Wahrscheinlichkeit und Folgeschwere eines nicht abgeschalteten Elektrogerätes überschätzte, wenn er aus dem Haus ging, sondern sich auch für die Kette möglicher Folgen (einen Brand, den Tod von anderen Mietern im Haus) und deren Verhinderung als komplett verantwortlich ansah. Ein Gerichtsrollenspiel, das das Vier-Kriterien-Konzept von Verantwortung berücksichtigt, sieht hier folgendermaßen aus (die Rollen sind dabei wie im ersten Beispiel verteilt: der Therapeut als Richter, der Patient als Ankläger): Ausgangspunkt ist die hypothetische

Situation, dass die befürchteten Katastrophen bereits eingetreten sind, die untersuchende Polizei zudem wirklich die Kaffeemaschine des Klienten als Ursache des Brandes ausmachen konnte.

**P:** „Herr Richter, der Angeklagte ist eindeutig für die schrecklichen Folgen des Brandes verantwortlich. Die Polizei konnte eindeutig seine nicht ausgeschaltete Kaffeemaschine als Grund der Katastrophe nachweisen.“

**T:** „Unbestritten, Herr Ankläger. Sie wissen, dass für die Festlegung der Verantwortlichkeit die [vorher besprochenen] vier Kriterien für den Angeklagten erfüllt sein müssen. Bitte beginnen Sie mit der Handlungsfreiheit.“

**P:** „Keine Frage, dem Angeklagten stand es frei, die Kaffeemaschine ein- oder auszuschalten. Er hat nicht unter Zwang gehandelt.“

**T:** „Das erkenne ich an. Wie steht es mit dem Einfluss des Angeklagten auf die eingetretene Katastrophe?“

**P:** „Das Ergebnis zeigt bereits, dass seine Kaffeemaschine sie bewirkt hat. Der Einfluss war vorhanden.“

**T:** „Auch anerkannt. Wie steht es nun mit der Absichtlichkeit? Hat der Angeklagte den Schaden herbeiführen wollen?“

**P:** „Äh, ... , nein, ganz im Gegenteil. Er hat sich sehr bemüht, dass es nicht passiert.“

**T:** „Dieses Kriterium von Verantwortlichkeit erfüllt er also auf keinen Fall, so ... aber dann hat er doch sicher gegen die üblichen Gründlichkeitsregeln verstoßen, mit denen es sonst üblich ist, mit elektrischen Geräten umzugehen. Er hat sie zu wenig kontrolliert?“

**P:** „Äh ... nein, er hat sogar viel häufiger nachgesehen als üblich. Deshalb hat er sogar eine Psychotherapie absolviert, aber trotzdem ...“

**T:** „So, also auch gegen keine Gründlichkeitsregeln verstoßen, sogar im Gegenteil. Dann kommen wir zum Urteil über die Schuld an der Katastrophe: Wir haben es hier mit einem kniffligen Fall zu tun. Einfluss und Handlungsfreiheit treffen zwar zu, aber es liegt keine Absicht und auch keine Sicherheitsvernachlässigung vor. Trotz der Verursachung der Katastrophe kann ich den Angeklagten daher dafür nicht wirklich schuldig sprechen. Es war ein schrecklicher Zufall, der auch jeden anderen hätte treffen können.“

Übertriebene Gefahreinschätzungen, die häufig zusammen mit einer übertriebenen Verantwortlichkeitseinschätzung auftreten, wurden dabei an einer anderen Stelle der Therapie mit dem Patienten disputiert. Voraussetzung eines solchen Rollenspiels ist die vorherige gemeinsame Verständigung über das Vier-Kriterien-Konzept von Schuld oder Verantwortlichkeit. Dies kann edukativ geschehen,

unterstützt durch Informationsmaterial (wie die obige Definition), aber auch mittels eines Sokratischen Dialogs, bei dem die vier Kriterien anhand konkreter Beispiele herausgearbeitet werden können. In gewisser Weise kehrt diese letztgenannte Methode sogar zu den ursprünglichen Sokratischen Dialogen zurück, in denen ebenfalls die definatorische Klärung *ethischer Begriffe* anhand konkreter Beispiele im Mittelpunkt steht (Martens, 1992). Ein mögliches Beispielfragment:

**T:** „Wie schätzen Sie das ein? Ist ein kleines Kind für die gute Laune seiner Mutter verantwortlich?“

**P:** „Nein, natürlich nicht.“

**T:** „Aber es kann doch großen Einfluss darauf haben, nicht wahr?“

**P:** „Schon, aber ... das ist doch nicht alles. Erwachsene sind vor allem für sich selbst verantwortlich, würde ich sagen.“

**T:** „Ich auch, aber lassen Sie uns sehen, was also neben ‚Einfluss haben‘ noch zur Verantwortlichkeit zu gehören scheint ... Ihre Bemerkung hört sich für mich so an, als gehören eben auch bestimmte gesellschaftliche Normen dazu, wann und wer für etwas verantwortlich ist.“

**P:** „Ja, könnte man vielleicht so sagen ...“

## Resümee

Eine übertriebene Verantwortlichkeitseinschätzung wird häufig mit einer Reihe von psychischen Problemen in Zusammenhang gebracht. Meist geht es dabei um die übertriebene Verantwortung für die eigenen Handlungen oder Unterlassungen und einen daraus erwachsenden Schaden für andere. Erweitert man die Landschaft möglicher Verantwortlichkeitsprobleme wie im folgenden Vier-Felder-Schema – wobei Sozialethik für die Regeln und Normen steht, die einen darüber orientieren, was jemand anderen Menschen schuldig ist, Individualethik für solche, die formulieren, was ein Mensch sich selbst schuldig ist (Schulze, 2006) –, so füllen die hier besprochenen Verantwortlichkeitsprobleme nur eins der vier Felder (übertriebene Verantwortlichkeit, Normen für den Umgang mit anderen Menschen). Womöglich kann man aber, etwa mit dem Soziologen Gerhard Schulze (2006), die Individualethik als gegenwärtig derart normfrei ansehen, dass in diesem Bereich längst Verantwortlichkeitsprobleme durch Orientierungsprobleme ersetzt worden sind, wie man es auch gelegentlich in der Coaching-Literatur lesen kann (z. B. Mathar, 2007):

Die Moderne ... überlässt den Menschen sich selbst. Nur sozialethisch bietet sie noch Orientierung. Die

**Tabelle 2:** *Grade subjektiver Verantwortlichkeitseinschätzung und unterschiedliche Normbereiche*

	Individuethik	Sozialethik
übertrieben verantwortlich		XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
untertrieben verantwortlich		

Schädigung von anderen Menschen verbieten Strafgesetze, Geldstrafen für Ordnungswidrigkeiten und Konventionen der Rücksichtnahme. Selbstschädigung dagegen verbietet niemand. ... Mit der individualethischen Einfachheit, die einem die sieben Todsünden brachten, ist es in der Moderne vorbei. (Schulze, 2006, S. 114)

Ersetzt man das in der kognitiv-therapeutischen Literatur häufiger benutzte Ein-Kriterien-Konzept der Verantwortlichkeit durch ein Vier-Kriterien-Konzept, lassen sich bekannte kognitiv-therapeutische Interventionen wie die „Courtroom Technique“ weitaus zielgerichteter und differenzierter einsetzen.

Auch andere kognitive Interventionstechniken, die zur Veränderung übertriebener Verantwortlichkeit häufiger vorgeschlagen werden (Wilhelm & Stekete, 2006), lassen sich mit Bezug auf das erweiterte Verantwortungs-Konzept neu bewerten. Während die beschriebene „Courtroom Technique“ besonders geeignet ist, alle vier Kriterien von Verantwortlichkeit zu hinterfragen, eignen sich beispielsweise „Tortendiagramme“ nur für Fälle, bei denen das Einfluss-Kriterium im Mittelpunkt der kognitiven Verzerrung liegt: Andere, bisher nicht realisierte Einflussfaktoren, z. B. andere Akteure, können so anschaulich einbezogen werden. Die Argumentation funktioniert allerdings nach der eingegengten Definition von „Verantwortlichkeit = Einfluss“ (hier: geringerer, mit anderen Akteuren geteilter Einfluss = geringere Verantwortlichkeit). In dem Tortendiagramm werden sämtliche involvierte Akteure mitberücksichtigt, auf die sich die Verantwortlichkeit – graphisch anschaulich gemacht – anteilig verteilt. Auch die häufig empfohlene „Kontinuums-Technik“ dient nur dazu, den beschränkten Einfluss grafisch anschaulich herauszuarbeiten. Dagegen scheint die „Technik des doppelten Standards“ gerade für die Exploration impliziter Verantwortlichkeits-Kriterien brauchbar, setzt man voraus, dass nach den sozialpsychologischen Studien zur Verantwortlichkeit (Malle, 2004) implizit bereits mehrere der vier beschriebenen Kriterien alltäglich repräsentiert sind. Werden nun andere Menschen von jemandem nicht im gleichen

Grad für negative Folgen verantwortlich gemacht wie derjenige selbst, so kann man – durch die Frage nach den Gründen dafür – möglicherweise diese explizieren und sie auch für den Befragten selbst therapeutisch nutzbar machen.

Interessant ist hier abschließend noch die Beobachtung, dass sich die weitaus meisten der in der Therapieliteratur aufgeführten Interventionstechniken wie selbstverständlich einer – um die Begriffe der REVT zu verwenden (z. B. Dryden & Neenan, 1996) – „empirischen Disputation“ verpflichtet fühlen, weit weniger einer „hedonistischen Disputation“: Methoden, die Vor- und Nachteile einer bestimmten Verantwortlichkeitseinschätzung überprüfen (Kosten-Nutzen-Analysen), treten deutlich zurück gegenüber solchen, die deren Wirklichkeitsentsprechung (hier mit der Wirklichkeit eines sozio-kulturell legitimierten angemessenen Konzepts von Verantwortung) untersuchen. Es scheint einen impliziten Konsens zu geben, *dass es sich nicht gehört*, die Moral betreffende Fragen allein aus einer Perspektive utilitaristischer Kosten-Nutzen-Abwägung zu betrachten.

## Literatur

- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, A. T. & Clark, D. A. (1988). Anxiety and depression: An information processing perspective. *Anxiety Research*, 1, 23–36.
- Beck, A. T. & Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias*. New York: Basic Books.
- Beck, A. T., Freeman, A. et al. (1993). *Kognitive Therapie der Persönlichkeitsstörungen*. Weinheim: PVU.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1992). *Kognitive Therapie der Depression* (3. Aufl.). Weinheim: PVU.
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy – basics and beyond*. New York: Guilford.
- Clark, D. A. & Beck, A. T. (with Alford, B.) (1999). *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression*. New York: Wiley.



- Cohen, E. D. (2007). *The new rational therapy*. Lanham: Rowman & Littlefield Publishers.
- Dryden, W. & Neenan, M. (1996). *Dictionary of rational emotive behaviour therapy*. London: Whurr Publishers.
- Fama, J. & Wilhelm, S. (2005). Formal cognitive therapy: A new treatment for OCD. In J. S. Abramowitz & A. C. Houts (Hrsg.). (2005). *Concepts and controversies in obsessive-compulsive disorder*. New York: Springer.
- Halder, A. (2000). *Philosophisches Wörterbuch*. Freiburg: Herder.
- Malle, B. F. (2004). *How the mind explains behaviour*. London: MIT Press.
- Martens, E. (1992). *Sokrates*. Stuttgart: Reclam.
- Mathar, H. (2007). *Wie wir finden, was wir wollen – Historische und aktuelle Beiträge zur Zielfindung im Persönlichkeitscoaching*. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Menzies, R. G., Harris, L. M., Cumming, S. R. & Einstein, D. A. (2000). The relationship between inflated responsibility and exaggerated expectancies in obsessive-compulsive concerns. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 1029–1037.
- Neenan, M. & Dryden, W. (1999). When laddering and the downward arrow can be used as adjuncts to inference chaining in REBT assessment. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 17(2), 95–104.
- Neumann, A. (2005). *Metakognitionen bei Zwangsstörungen* (Dissertation im Internet). Verfügbar unter: [www.opus-bayern.de/uni-bamberg/volltexte/2005/71/](http://www.opus-bayern.de/uni-bamberg/volltexte/2005/71/).
- Obsessive-Compulsive Cognitions Working Group (OC-CWG) (1997). Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 667–681.
- Rachman, S. (1997). A cognitive theory of obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 793–802.
- Rachman, S. (2002). A cognitive theory of compulsive checking. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 625–639.
- Rachman, S. & Hodgson, R. (1980). *Obsessions and compulsions*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Safran, J. D. & Segal, Z. V. (1990). *Interpersonal process in cognitive therapy*. New York: Basic Books.
- Salkovskis, P. M. (1996). The cognitive approach to anxiety: threat beliefs, safety-seeking behavior, and the special case of health anxiety and obsessions. In P. M. Salkovskis (Ed.), *Frontiers in cognitive therapy*. New York: Guilford.
- Salkovskis, P. M. & Kirk, J. (1989). Obsessional disorders. In K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk & D. M. Clark (Eds.), *Cognitive behaviour therapy for psychiatric disorders: a practical guide*. Oxford: Oxford University Press.
- Salkovskis, P. M., Richards, H. C. & Forrester, E. (1995). The relationship between obsessional problems and intrusive thoughts. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, 281–299.
- Schulze, G. (2006). *Die Sünde – Das schöne Leben und seine Feinde*. München: Carl Hanser Verlag.
- Spitzer, N. (2005). Die Kette entlang, dann dem Pfeil abwärts folgen – Inference Chaining & Downward Arrow-Technique: Geschichte, Vergleich und ein integratives Modell zweier explorativer Fragetechniken. *Zeitschrift für Rational-Emotive & Kognitive Verhaltenstherapie*, 16, 5–51.
- Spitzer, N. (2007). Logik in den kognitiven Therapien – Revisited. Elliot D. Cohens „Logic Based Therapy“: Eine philosophische Variante der REVT. *Zeitschrift für Rational-Emotive & Kognitive Verhaltenstherapie*, 18, 5–56.
- Van Oppen, P. & Arntz, A. (1994). Cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 79–87.
- Wilhelm, S. (2000). Cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. *Journal of cognitive psychotherapy*, 14, 245–259.
- Wilhelm, S. & Steketee, G. S. (2006). *Cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder – A guide for professionals*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Wroe, A. L. & Salkovskis, P. M. (2000). Causing harm and allowing harm: a study of beliefs in obsessional problems. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 1141–1162.

### Zum Autor

Nils Spitzer, Dipl.-Psych., M. A. (Soz. & N.D. Lit.-Wiss.), Psychologischer Psychotherapeut, Ausbildung in kognitiver Verhaltenstherapie und Rational-Emotiver Verhaltenstherapie (REVT), tätig in eigener Praxis, Dozent in den Therapieausbildungen zur REVT (DIREKT e. V., Würzburg) und bei der DGVT.

### Korrespondenzadresse

Nils Spitzer  
Feuerbachstr. 9  
45147 Essen  
E-Mail: [nspitzer@aol.com](mailto:nspitzer@aol.com)

