

Stavemann

6. Auflage

Integrative KVT



Arbeitsmaterial

Grundlagen und Praxis
in einem Band

BELTZ

Stavemann

Integrative KVT



Harlich H. Stavemann, Dr. rer. soc., Dipl. Psych., Dipl. Kfm.,
Ausbildung in VT, GT, KVT, RET; Psychotherapeut seit 1979,
Approbation für Kinder, Jugendliche und Erwachsene in
Einzel- und Gruppenbehandlung. Kognitiver Therapeut,
Kognitiver Verhaltenstherapeut, Associate Fellow of the
Institute for Rational Therapy, seit 1984 Fortbildungsleiter,
Lehrtherapeut und Supervisor für VT/KVT, Dozent und

Selbsterfahrungsleiter an diversen für die Approbation in VT staatlich anerkannten Instituten, diverse Publikationen zur Integrativen KVT. Mitbegründer und Leiter des Instituts für Integrative Verhaltenstherapie (IVT) in Hamburg (seit 1986).

Harlich H. Stavemann

Integrative KVT

Mit Arbeitsmaterial

6., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage

BELTZ

Dr. Harlich H. Stavemann, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.
Institut für Integrative Verhaltenstherapie e.V.
Osterkamp 58
22043 Hamburg

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme.



Dieses Buch ist erhältlich als:
ISBN 978-3-621-28994-8 Print
ISBN 978-3-621-28995-5 E-Book (PDF)

Es handelt sich um die 6. Auflage von »Integrative KVT: Die Therapie emotionaler Turbulenzen« (5. Auflage 2014).
6. Auflage 2023

© 2023 Programm PVU Psychologie Verlags Union
in der Verlagsgruppe Beltz · Weinheim Basel
Werderstraße 10, 69469 Weinheim
Alle Rechte vorbehalten

Lektorat: Andrea Glomb
Umschlagbild: sakkmasterke/getty images
Illustrationen: ROBS - Robert Szekówka
Herstellung: Uta Euler
Satz: WMTP Wendt-Media Text-Processing GmbH, Birkenau
Druck und Bindung: Beltz Grafische Betriebe, Bad Langensalza
Beltz Grafische Betriebe ist ein klimaneutrales Unternehmen (ID 15985-2104-100).
Printed in Germany

Weitere Informationen zu unseren Autor:innen und Titeln finden Sie unter: www.beltz.de

Inhaltsübersicht

Vorwort	14
I Grundlagen der IKVT	
1 Entwicklung der Kognitiven Verhaltenstherapien	18
2 Wesen und Kennzeichen Kognitiver Verhaltenstherapien	24
3 Diversifikation der KVT durch Verfahren der »dritten Welle«	35
4 Begründung der IKVT	39
II Strategien, Methoden und therapeutische Werkzeuge der IKVT	
5 Kennzeichen der IKVT	76
6 Kognitionen, Denkstile und Konzepte	102
7 Das Emotionsmodell der IKVT: das SKR-Modell	145
8 Problemrelevante Konzepte identifizieren	167
9 Situationsbezogene Ziele erheben und auf Funktionalität prüfen	181
10 Problemrelevante Konzepte auf Funktionalität prüfen	195
11 Neue, funktionale Konzepte erarbeiten	229
12 Problemtypische stringente Behandlungspläne erstellen	238
13 Neue, funktionale Konzepte bahnen	247
III Praxis der IKVT	
14 Grundsätze für das praktische Anwenden von IKVT	262
15 Phase 1: Erstkontakt/Sprechstunde(n)	269
16 Phase 2: Exploration, Anamnese, Diagnose und Therapieplanung	308
17 Phase 3: Lebensziele analysieren und planen	341
18 Phase 4: Problemeinsicht, Veränderungsmotivation und reflexive Persönlichkeit aufbauen	359
19 Phase 5: Das Kognitive Modell zum Entstehen und Steuern von Emotionen vermitteln	381
20 Phase 6: Dysfunktionale Konzepte und Denkstile identifizieren	395
21 Phase 7: Identifizierte Konzepte auf Angemessenheit prüfen und neue, funktionale erstellen	401
22 Phase 8: Neue, funktionale Konzepte bahnen	508
Anhang	
Hinweise zum Arbeitsmaterial	540
Literatur	542
Sachwortverzeichnis	553

Inhalt

Vorwort	14
I Grundlagen der IKVT	
1 Entwicklung der Kognitiven Verhaltenstherapien	18
1.1 Abgrenzung zur orthodoxen Verhaltenstherapie	19
1.2 Kognitiv-verhaltenstherapeutische Modelle	20
1.3 Modellspezifische Schwerpunkte	21
2 Wesen und Kennzeichen Kognitiver Verhaltenstherapien	24
2.1 Ziele und Methoden der KVT	25
2.2 Grundlagen kognitiv-verhaltenstherapeutischer Modelle	27
2.3 Indikation und Kontraindikation	29
3 Diversifikation der KVT durch Verfahren der »dritten Welle«	35
4 Begründung der IKVT	39
4.1 Verhaltenstherapie	40
4.2 Sozialpsychologie	43
4.3 Philosophie	45
4.3.1 Sokrates: die sokratische Haltung und Sokratische Dialoge	46
4.3.2 Platon: platonische Metaphysik, Ideen- und Seelenlehre, Dualismus	47
4.3.3 Epiktet und die Stoa: Emotionstheorie, innere und äußere Freiheit, Primat des Handelns	48
4.4 Psychoanalyse und Tiefenpsychologie	51
4.5 Neurobiologie und -psychologie	52
4.6 Linguistik	54
4.7 Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT)	58
4.8 Problemorientierte Kognitive Psychodiagnostik (PKP)	60
4.8.1 PKP in der Diagnosephase	60
4.8.2 PKP in der Problemanalyse	62
4.8.3 Woran erkennt man hierarchische Probleme?	65
4.8.4 Umgang mit hierarchischen Problemen	70
4.8.5 PKP in der Behandlungsplanung	73
4.9 Imagery Rescripting & Reprocessing Therapy (IRRT)	73
4.10 Weitere integrierte Konzepte	74

II Strategien, Methoden und therapeutische Werkzeuge der IKVT

5	Kennzeichen der IKVT	76
5.1	Die Therapeut:innenvariablen	76
5.1.1	Die Therapeut:in-Klient:in-Beziehung und die therapeutische Haltung	76
5.1.2	Aufgaben der Therapeut:innen	79
5.1.3	Die Therapeut:innenanforderungen	79
5.2	Gesprächsführung in der IKVT	81
5.3	Das Wahrheitskonzept und dessen Implikationen	84
5.4	Die »innere« und »äußere Freiheit« und ihre Implikationen	88
5.5	Das Emotionskonzept der IKVT	90
5.5.1	Was sind Emotionen?	90
5.5.2	Wie entstehen Emotionen?	96
6	Kognitionen, Denkstile und Konzepte	102
6.1	Was sind Kognitionen, Denkstile und Konzepte?	102
6.2	Wann sind Denkstile und Konzepte angemessen oder funktional?	104
6.3	Problembereiche und ihre dysfunktionalen Konzepte	104
6.3.1	Selbstwertprobleme und ihre kognitiven Kennzeichen	105
6.3.2	Frustrationsintoleranzprobleme und ihre kognitiven Kennzeichen	106
6.3.3	Existenzielle Probleme und ihre kognitiven Kennzeichen	109
6.4	Welche dysfunktionalen Denkstile gibt es?	110
6.4.1	Katastrophendenken	111
6.4.2	Versicherungsdenken	113
6.4.3	Absolutes Fordern und Muss-Denken	114
6.4.4	Gerechtigkeitsdenken	117
6.4.5	Schwarz-Weiß-Malen oder Generalisieren	119
6.4.6	Menschenwertbestimmen	120
6.4.7	Null-Verzicht-Denken	122
6.4.8	Meinungenverkaufen und Tatsachenverdrehen	125
6.4.9	Verrenkungsdenken	127
6.4.10	Applausfetischismus	129
6.4.11	Selbstschutzdenken	133
6.4.12	Punktekämpfen	135
6.4.13	Untertanendenken	137
6.4.14	Kindchenspielen	139
6.5	Problembereich-typische dysfunktionale Denkstile	142
6.5.1	Denkstile bei Selbstwertproblemen	142
6.5.2	Denkstile bei Frustrationsintoleranzproblemen	143
6.5.3	Denkstile bei existenziellen Problemen	143

7	Das Emotionsmodell der IKVT: das SKR-Modell	145
7.1	Die Situation: S	145
7.2	Die Kognitionen: K	146
7.2.1	Die persönliche Wahrnehmung: $K_{\text{Perspektive}}$	147
7.2.2	Persönliche Konsequenzen folgern: $K_{\text{Schlüsse}}$	147
7.2.3	Bewerten der vermuteten Konsequenzen: K_{Bewerten}	147
7.2.4	Vorteile des differenzierten Betrachtens von Denkmustern	148
7.2.5	Die Bewertung-Gefühls-Logik	151
7.2.6	Die Wahl der Coping-Strategie: $K_{\text{Strategie}}$	152
7.3	Die Reaktionen: R	153
7.3.1	Die Gefühlsreaktion: R_{Emotion}	153
7.3.2	Die physiologische Reaktion: $R_{\text{Physiologie}}$	154
7.3.3	Die Verhaltensreaktion: $R_{\text{Verhalten}}$	154
7.3.4	Ist kongruentes Verhalten sinnvoll?	155
7.4	Das SKR-Modell in der Übersicht	156
7.5	Ketten-SKR- und hierarchische SKR-Modelle	157
7.5.1	Ketten-SKR-Modelle	157
7.5.2	Emotionale Circuli Vitiosi	160
7.5.3	Hierarchische SKR-Modelle	162
7.6	Wie lassen sich unnötige emotionale Probleme abbauen?	163
8	Problemrelevante Konzepte identifizieren	167
8.1	Problemrelevante Konzepte »von oben« erstellen	168
8.2	Probleme beim Identifizieren relevanter dysfunktionaler Konzepte	171
8.3	Problemrelevante Konzepte »von unten« rekonstruieren	173
8.4	Problemrelevante Konzepte durch geleitete Vorstellungsübungen, In-Vivo-Übungen und Hypnose rekonstruieren	177
9	Situationsbezogene Ziele erheben und auf Funktionalität prüfen	181
9.1	Situationsbezogene Ziele erheben	181
9.2	Funktionale und dysfunktionale Ziele	182
9.2.1	Lern- und Wunschziele	183
9.2.2	Widersprüchliche Ziele	186
9.2.3	Woran erkennt man dysfunktionale situationsbezogene Ziele?	187
9.3	Das SKRZ-Modell und die Soll-Ist-Analyse der Ziele	189
10	Problemrelevante Konzepte auf Funktionalität prüfen	195
10.1	Voraussetzungen für das Prüfen von Konzepten	195
10.2	Frage- und Prüftechniken	196
10.2.1	Fragetechniken	196
10.2.2	Disputtechniken	198
10.2.3	Disputstrategien	204
10.2.4	Problemspezifische Disputstrategien	205
10.3	Sokratische Dialoge	209

10.3.1	Explikative Sokratische Dialoge	211
10.3.2	Normative Sokratische Dialoge	214
10.3.3	Funktionale Sokratische Dialoge	216
10.3.4	Regeln für Sokratische Dialoge	218
10.3.5	Regressive Abstraktion	221
10.3.6	Differentialindikation: Disput oder Sokratischer Dialog?	222
10.4	Kognitive Prozesse auf Funktionalität prüfen	224
11	Neue, funktionale Konzepte erarbeiten	229
11.1	Funktionale K-Alternativen erstellen	229
11.2	Das Modell zur Selbstanalyse von Emotionen (SAE-Modell)	230
11.2.1	Bausteine des SAE-Modells	230
11.2.2	Aufgabenblatt zum SAE-Modell	233
11.2.3	Vorgehen beim Prüfen der SAE-Modelle	236
12	Problemtypische stringente Behandlungspläne erstellen	238
12.1	IKVT-typischer Behandlungsplan für SWP	238
12.2	IKVT-typischer Behandlungsplan für FIP	239
12.3	IKVT-typischer Behandlungsplan für ExP	243
13	Neue, funktionale Konzepte bahnen	247
13.1	Funktionale Übungen festlegen	247
13.1.1	Das Ziel von K ^{neu} -Übungen	247
13.1.2	Anforderungen an K ^{neu} -Übungen	248
13.2	Übungsleitern erstellen	250
13.3	Neue Konzepte mit SAE-Modellen trainieren	252
13.4	Neue Konzepte mit Imaginationsübungen trainieren	253
13.4.1	Drehbücher erstellen	255
13.4.2	Imaginationsübungen durchführen	255
13.5	Neue Konzepte durch In-vivo-Übungen trainieren	257
III	Praxis der IKVT	
14	Grundsätze für das praktische Anwenden von IKVT	262
14.1	Übersicht über den typischen Ablauf einer ambulanten IKVT	262
14.2	Therapiedokumentation	263
14.2.1	Dokumentation der Therapeut:innen	263
14.2.2	Dokumentation der Klient:innen	264
14.3	Hausarbeiten der Klient:innen	265
14.4	Typische Probleme und Widerstände	266
14.5	Verwendete Leitfäden und Materialien	268

15	Phase 1: Erstkontakt / Sprechstunde(n)	269
15.1	Ziele und Struktur	269
15.2	Therapeutisches Vorgehen und Strategien	271
15.2.1	Klient:innen begrüßen und einleitend Inhalt und Ziel des Erstgesprächs erläutern	273
15.2.2	Warum kommt der/die Klient:in? Wer hat ihn/sie »geschickt«?	274
15.2.3	Problem(e) und emotionale Belastung herausarbeiten: Unter welchen Emotionen, Verhaltensweisen und Konsequenzen leidet der/die Klient:in? Kurze Problemgenese	277
15.2.4	Welche kognitiven Muster sind erkennbar? Implizit ein exemplarisches SKR-Beispiel erheben. Auf Symptommuster und aufrecht erhaltende Bedingungen achten	280
15.2.5	Liegen weitere, z. B. hierarchische Probleme vor?	284
15.2.6	Erster Eindruck: Wodurch ist die Klient:innenpersönlichkeit gekennzeichnet?	285
15.2.7	Vorläufiges diagnostisches Einordnen und den Klient:innen erläutern	286
15.2.8	Könnte es somatische Ursachen für die Beschwerden geben?	287
15.2.9	Über welche Bewältigungsstrategien und Therapieerfahrungen ver- fügen die Klient:innen?	287
15.2.10	Welche konkreten Erwartungen und Therapieziele haben die Klient:innen?	289
15.2.11	Therapeutisches Vorgehen erläutern und Motivation stärken	290
15.2.12	Therapieziel vereinbaren, Therapiekontrakt besprechen und abschließen	294
15.2.13	Organisatorisches: Kostenträger feststellen, Termine vereinbaren etc.	296
15.3	Phasentypische Probleme und Widerstände	298
15.4	Verwendete Leitfäden und Materialien	307
16	Phase 2: Exploration, Anamnese, Diagnose und Therapieplanung	308
16.1	Ziele und Struktur	308
16.2	Therapeutisches Vorgehen und Strategien	309
16.2.1	Relevante soziodemografische Daten	309
16.2.2	Symptomatik und psychischer Befund	309
16.2.3	Somatischer Befund/Konsiliarbericht	311
16.2.4	Behandlungsrelevante Angaben zur Lebensgeschichte, zur Krankheits- anamnese, zum funktionalen Bedingungsmodell	312
16.2.5	Diagnose zum Zeitpunkt der Antragstellung	316
16.2.6	Behandlungsplan und Prognose	317
16.2.7	Ggf. Bericht an Gutachter:in erstellen	320
16.2.8	Antrag auf Kostenübernahme und Therapeut:innen-Stellungnahme	321
16.3	Phasentypische Probleme und Widerstände	321
16.4	Verwendete Leitfäden und Materialien	340

17	Phase 3: Lebensziele analysieren und planen	341
17.1	Ziele und Struktur	341
17.2	Therapeutisches Vorgehen und Strategien	342
17.2.1	Grundlegende Glaubensgrundsätze und Werte erheben und reflektieren	342
17.2.2	Lebensziele analysieren: Bestehende Lebensziele erheben	344
17.2.3	Art, Ursache und Konsequenzen der Lebenszielproblematik diagnostizieren	346
17.2.4	Lebensziele planen: Den Soll-Zustand erarbeiten	349
17.3	Phasentypische Probleme und Widerstände	353
17.4	Verwendete Leitfäden und Materialien	358
18	Phase 4: Problemeinsicht, Veränderungsmotivation und reflexive Persönlichkeit aufbauen	359
18.1	Ziele und Struktur	359
18.2	Therapeutisches Vorgehen und Strategien	360
18.2.1	Problemeinsicht durch Psychoedukation aufbauen	360
18.2.2	Veränderungsmotivation aufbauen	375
18.2.3	Reflexive Persönlichkeit aufbauen	376
18.3	Phasentypische Probleme und Widerstände	376
18.4	Verwendete Leitfäden und Materialien	380
19	Phase 5: Das Kognitive Modell zum Entstehen und Steuern von Emotionen vermitteln	381
19.1	Ziele und Struktur	381
19.2	Therapeutisches Vorgehen und Strategien	381
19.2.1	Was sind Emotionen?	381
19.2.2	Wie entstehen Emotionen?	385
19.2.3	Wie lassen sich unangemessene oder unangemessen starke Emotionen verändern?	386
19.2.4	In das SKR-Modell einführen	387
19.3	Phasentypische Probleme und Widerstände	390
19.3.1	Widerstand gegen das Modell	390
19.3.2	Es steht nicht genügend Zeit zur Verfügung, um das Kognitive Modell implizit einzuführen	394
19.4	Verwendete Leitfäden und Materialien	394
20	Phase 6: Dysfunktionale Konzepte und Denkstile identifizieren	395
20.1	Ziele und Struktur	395
20.2	Therapeutisches Vorgehen und Strategien	395
20.2.1	Das SKR-Modell zum Identifizieren problemrelevanter Konzepte und Denkstile anwenden	395
20.2.2	Die hauptsächlichen dysfunktionalen Konzepte und Denkstile vermitteln	396
20.2.3	Das SKR-Modell zum Identifizieren und Rekonstruieren eigener dysfunktionaler Konzepte und Denkstile anwenden	396

20.3	Phasentypische Probleme und Widerstände	397
20.4	Verwendete Leitfäden und Materialien	400
21	Phase 7: Identifizierte Konzepte auf Angemessenheit prüfen und neue, funktionale erstellen	401
21.1	Ziele und Struktur	401
21.2	Therapeutisches Vorgehen und Strategien	402
21.2.1	Ziele aufstellen lassen und auf Funktionalität prüfen	402
21.2.2	Prüftechniken vermitteln und alle Teile von K auf Angemessenheit prüfen	415
21.2.3	Fallbeispiel: Disput eines beliebtkeitsorientierten Selbstwertkonzepts	417
21.2.4	Fallbeispiel: Disput eines leistungsorientierten Selbstwertkonzepts	430
21.2.5	Disput eines Frustrationsintoleranzkonzepts vom Typ FIP(A)	438
21.2.6	Disput eines Frustrationsintoleranzkonzepts vom Typ FIP(B)	448
21.2.7	Disput eines existenziellen Konzepts	456
21.2.8	Fallbeispiel für den explikativen Sokratischer Dialog	464
21.2.9	Funktionale K-Alternativen (K ^{neu}) erstellen lassen	472
21.2.10	In das Modell zur Selbstanalyse von Emotionen (SAE-Modell) einführen	474
21.2.11	Fallbeispiele für das Besprechen von SAE-Modellen	475
21.3	Phasentypische Probleme und Widerstände	503
21.4	Verwendete Leitfäden und Materialien	507
22	Phase 8: Neue, funktionale Konzepte bahnen	508
22.1	Ziele und Struktur	508
22.2	Therapeutisches Vorgehen und Strategien	508
22.2.1	Den Prozess des Bahnens vermitteln und funktionale Übungen erstellen	510
22.2.2	Typische Übungen für Klient:innen mit einem SWP	512
22.2.3	Typische Übungen für Klient:innen mit Frustrationsintoleranzproblemen	513
22.2.4	Typische Übungen für Klient:innen mit existenziellen Problemen	515
22.2.5	Übungsleitern erstellen lassen	517
22.2.6	Beispiele für Übungsleitern	518
22.2.7	Neue Konzepte bahnen	523
22.2.8	Fallbeispiel für eine Imaginationsübung	527
22.2.9	Fallbeispiel für eine In-vivo-Übung	529
22.3	Phasentypische Probleme und Widerstände	531
22.4	Verwendete Leitfäden und Materialien	537
Anhang		
	Hinweise zum Arbeitsmaterial	540
	Literatur	542
	Sachwortverzeichnis	553

Vorwort

Die Zielgruppe

Dieses Buch wendet sich an psychotherapeutisch und beraterisch tätige Kolleginnen und Kollegen, die ihren Klient:innen mit Strategien und Interventionen der Integrativen Kognitiven Verhaltenstherapie (IKVT) helfen möchten, die aufgestellten Therapie- und Beratungsziele zu erreichen. Es ist ein »Anwenderbuch«, das sich mit dem praktischen Umsetzen im therapeutischen Alltag befasst. Im Fokus steht dabei auch der Umgang mit dort häufig anzutreffenden Fragen und Widerständen.

Von der KVT zur Integrativen KVT

Die Kognitive Verhaltenstherapie ist die mit Abstand am besten beforschte Therapiemethode mit der nachgewiesen höchsten Erfolgsrate. Dennoch – oder gerade deswegen – unterliegt sie einer dynamischen Entwicklung. In den letzten Jahrzehnten wurde die KVT durch den Einbezug anderer therapeutischer Konzepte zum Behandeln spezifischer Störungsbilder und durch Verfahren der »dritten Welle« befruchtet. Auch das verstärkte Berücksichtigen (lebens-)philosophischer, neuropsychologischer, semantischer und sozialpsychologischer Inhalte bereichern das therapeutische und beraterische Handlungsspektrum. Das vorliegende Praxisbuch zur IKVT berücksichtigt diese Entwicklungen und integriert sie widerspruchsfrei in das Konzept der KVT. Damit beschreibt es den *state of the art* kognitiv-verhaltenstherapeutischer Behandlungs- und Interventionsstrategien. Diese KVT hat sich dadurch so sehr von den ersten KVT-Modellen sensu Ellis und Beck weiterentwickelt und die Schwächen der alten Modelle so erfolgreich überwunden, dass dies durch die Bezeichnung *Integrative KVT* (IKVT) zum Ausdruck gebracht werden soll. Letztere werden insbesondere durch ein problemorientiertes Vorgehen im Sinne der Problemorientierten Kognitiven Psychodiagnostik sowie durch ein neues, präzisiertes und erweitertes Modell zum Entstehen und Modifizieren von Emotionen überwunden.

Der Inhalt

Obwohl im Teil 1 ausführlich die Begründung und therapietheoretischen Grundlagen der IKVT beschrieben werden, besteht das Hauptanliegen dieses Buch darin, praktische Anleitungen und strukturierte therapeutische Leitfäden zu vermitteln. Es ist in erster Linie ein Anwendungsbuch, in dem anhand diverser Fallbeispiele das praktische Herangehen und Umsetzen der IKVT-Strategien beschrieben wird. In der Kasuistik werden bestimmte Kliententypen plakativ benannt, um sie im weiteren Verlauf leichter wiederzuerkennen und problemtypisch zu erinnern, denn der typische Verlauf ambulanter IKVT wird an diesen Beispielen exemplarisch beschrieben.

Inhaltlich ist dieser Titel eine Fort- und Zusammenführung meiner Bücher »Integrative KVT: Die Therapie emotionaler Turbulenzen« (5. Aufl. 2014) und »KVT-Praxis: Strategien und Leitfäden für die Integrative KVT« (3. Aufl. 2014).

Gliederung. Die therapietheoretischen Grundlagen und die unterschiedlichen therapeutischen Pfeiler, auf denen die IKVT ruht, werden im Teil I beschrieben. In Teil II sind die typischen Strategien, Methoden und Tools der IKVT anhand diverser Beispiele dargestellt. In Teil III betrachten wir den kompletten Ablauf einer ambulanten IKVT in seinen acht Phasen. Ausführliche Kasuistik und kommentierte Fallbeispiele erläutern das Vorgehen und begründen die therapeutischen Interventionen. Am Ende einer jeden Phase wird ausführlich auf phasentypische Probleme und Widerstände eingegangen und entsprechende therapeutische Strategien dazu beschrieben.

Online Material. Das kostenfrei zur Verfügung stehende Online-Material ermöglicht es, die vermittelten Werkzeuge leicht in das eigene therapeutische Handeln einzusetzen und für die eigene Klientel zu nutzen.

Der Autor

Meine eigene psychotherapeutische Ausbildung in den 1970er Jahren ist geprägt von den frühen KVT-Ansätzen von Albert Ellis, Maxie Maultsby und Aaron T. Beck. Deren Ansätze praktiziere ich seit 1979 in freier Praxis. Nach mehreren Jahren als Co-Trainer für KVT bin ich seit 1982 auch als Lehrtherapeut, Supervisor und Ausbilder für KVT in diversen Ausbildungsinstituten tätig und leite seit 1986 das Institut für Integrative Verhaltenstherapie – IVT in Hamburg. Ich sehe mich als evidenzbasierten Praktiker, der in nunmehr über 40 Jahren praktischer kognitiv-verhaltenstherapeutischer Tätigkeit die KVT-Theorie und deren Strategien angewendet, evaluiert, präzisiert und ausgebaut hat. An dem dabei gesammelten Fundus an Strategien und Tools möchte ich Sie in diesem Buch teilhaben lassen. Ein pragmatisches, strukturiertes und auch für Betroffene leicht nachvollziehbares Vorgehen liegt mir dabei besonders am Herzen.

Rückmeldungen und Verbesserungsvorschläge sind stets willkommen (Anschrift im Impressum).

Vaisala (Savaii), im Dezember 2022

Harlich H. Stavemann



Grundlagen der IKVT

- 1 Entwicklung der Kognitiven Verhaltenstherapien
- 2 Wesen und Kennzeichen Kognitiver Verhaltenstherapien
- 3 Diversifikation der KVT durch Verfahren der »dritten Welle«
- 4 Begründung der IKVT

1 Entwicklung der Kognitiven Verhaltenstherapien

- 1.1 Abgrenzung zur orthodoxen Verhaltenstherapie
- 1.2 Kognitiv-verhaltenstherapeutische Modelle
- 1.3 Modellspezifische Schwerpunkte

Da die IKVT aus der klassischen KVT fortentwickelt wurde, betrachten wir zunächst deren Wesen und Prinzipien. Die verschiedenen Formen Kognitiver Verhaltenstherapie entstehen – hauptsächlich als Gegenbewegung zum naturwissenschaftlichen Anspruch der VT á la Skinner – in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts und wurzeln unterschiedlich stark in Bereichen dieser klassischen VT, der Sozialpsychologie, der Philosophie, der Psychoanalyse und der Tiefenpsychologie, der Neuropsychologie und der Linguistik.

Zu Beginn sind die einzelnen kognitiv-verhaltenstherapeutischen Modelle noch sehr heterogen. Die wesentlichsten unter ihnen sind in Abbildung 1.1 dargestellt.

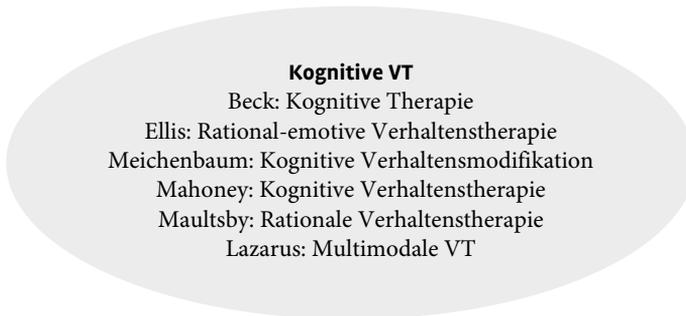


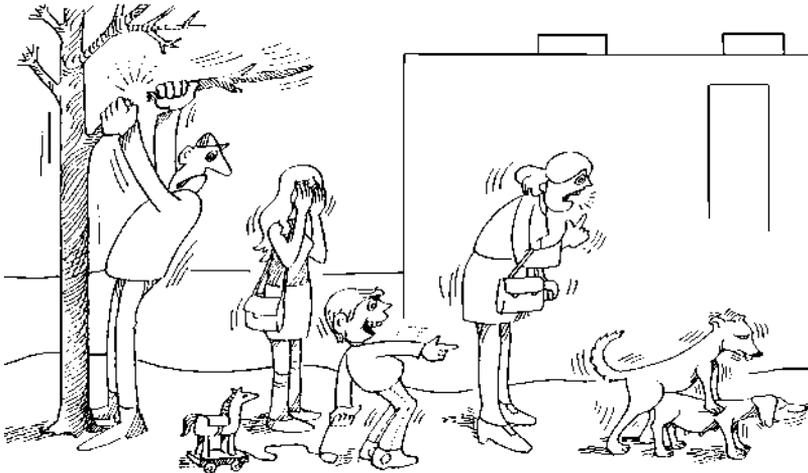
Abbildung 1.1 Kognitiv-verhaltenstherapeutische Modelle

Humanistische Erklärungsmodelle. Kognitive Verhaltenstherapeut:innen geben sich mit den Restriktionen durch naturwissenschaftliche Prinzipien und dem epistemologischen und metaphysischen Puritanismus Skinner'scher Prägung nicht zufrieden, verlassen mit ihren Modellen den Boden der empirischen Naturwissenschaften, wenden sich erneut und verstärkt philosophischen Fragen zu und bedienen sich dazu Forschungsmethoden wie Exploration und Introspektion. Im Mittelpunkt ihres Interesses steht, wie Menschen interne und externe Stimuli wahrnehmen, speichern und verarbeiten, welche Restriktionen, Verzerrungen und Probleme dabei auftreten können und welche emotionalen Konsequenzen ihnen daraus erwachsen. In kognitive Erklärungsansätze fließen daher auch »weiche« Einflussgrößen wie Motivation, Interesse, Ziele und Moralvorstellungen

ein, um beim Erklären psychischen Erlebens wichtige nicht messbare Bereiche einbeziehen zu können. Damit verwenden die verschiedenen KVT-Ansätze wieder geisteswissenschaftliche und humanistische Erklärungsmodelle. Dabei sind für Kognitive Verhaltenstherapeut:innen die Art und Weise des Denkens, die Normensysteme und Wertmaßstäbe der Klient:innen und die damit einhergehenden Emotionen besonders bedeutsam, da sie einen direkten Zusammenhang zwischen Kognitionen und emotionaler Befindlichkeit sehen. Diese Einsicht ist allerdings ebenso wenig neu wie psychische Probleme selbst. Bereits im ersten Jahrhundert hat der griechische Philosoph Epiktet in seinem »Handbuch der Moral und Unterredungen« (Epiktet, 1984) die Bedeutung innerer Werturteile und Normensysteme für unser Fühlen und Verhalten erkannt und beschrieben.

»Nicht die Dinge selbst beunruhigen die Menschen, sondern die Vorstellungen von den Dingen.«

Epiktet, 1984, S. 24



Dieselbe Situation kann aufgrund unterschiedlicher Sichtweisen und Bewertungen zu völlig unterschiedlichen Gefühls- und Verhaltensreaktionen führen.

1.1 Abgrenzung zur orthodoxen Verhaltenstherapie

In der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts gibt es, wie schon zu Platons Zeiten, zwei divergierende wissenschaftliche Ansätze zum Erklären menschlichen Verhaltens:

- (1) Ansätze, die auf interne Determinanten fokussieren und
- (2) Ansätze, die sich auf externe Determinanten stützen.

Beide Richtungen vertreten dabei dichotome lineare, eindimensionale Kausalitätsmodelle für mögliche Veränderungsansätze (Mahoney & Gabriel, 1987): Die frühen kognitiven Ansätze von Kelly, Rotter, Ellis, Beck und Bandura betonen die Notwendigkeit

zentraler kognitiver und symbolischer Mechanismen als notwendige Voraussetzung für Veränderungen, und genau dies lehnen die meisten Behavioristen vehement ab (Mahoney, 1974). Kognitive Ansätze gelten für sie als unwissenschaftlich und unqualifiziert (Mahoney & Gabriel, 1987; Davison & Neale, 2007). Skinner (1977) meint, dass Kognitive Therapeut:innen interne Surrogate für eigentliches Verhalten schaffen und sie dann zum Gegenstand ihrer Untersuchungen machen. Er sieht darin den Rückschritt auf ein früheres phänomenologisches System, das dem der verschiedenen psychoanalytischen Theorien und anderen nicht-empirischen (und damit nicht-naturwissenschaftlichen) Erklärungsmodellen für menschliches Verhalten gleiche.

»Kognitive« Therapeut:innen und Therapieforscher:innen bezweifeln die von orthodoxen Verhaltenstherapeut:innen unterstellte extreme Umweltabhängigkeit menschlichen Verhaltens. Sie kritisieren deren lineares Kausalitätsmodell als unzutreffend und behaupten in genuin »sozialbehavioristischer« Weise (Mead, 1969, 1987), dass Menschen ausschließlich auf ihr eigenes dynamisches Repräsentationsmodell der Welt reagieren und nicht auf »wahre« Realität.

Und tatsächlich: Wie wir in Abschnitt 4.1 am Beispiel von Selbstwertproblemen und der Hundephobie sehen, ist ohne kognitives Umstrukturieren den meisten emotionalen Problemen langfristig nicht beizukommen, denn dazu reichen Lernerfahrungen aus Verhaltenstrainings meist nicht aus.

Da Kognitive Therapeut:innen »weiche« Daten in ihr Erklärungsmodell einbeziehen, die sie durch geleitete Introspektion und Exploration und nicht durch reines Beobachten erheben, sind sie allerdings stärker von der konstruktiven Mitarbeit ihrer Klient:innen abhängig und davon, dass deren – prinzipiell bewusst oder unbewusst manipulierbare – Aussagen über Gefühlszustände, Gedanken oder Normensysteme zutreffen.

Merke

Wesentlicher Unterschied zwischen orthodoxer und Kognitiver VT ist ihr erkenntnistheoretischer Hintergrund: Der naturwissenschaftliche Erklärungsansatz der orthodoxen VT wird durch das geisteswissenschaftliche und humanistische Weltbild der KVT ersetzt.

1.2 Kognitiv-verhaltenstherapeutische Modelle

Die kognitive Wende. Bis heute ist es nicht gelungen, diverse, für das psychische Erleben wichtige Faktoren objektiv und naturwissenschaftlich korrekt zu erfassen, wie zum Beispiel emotionale Zustände, Denkvorgänge, (Lebens-)Ziele, Moralvorstellungen oder Wertmaßstäbe.

Nun wird niemand ernstlich behaupten, man könne beim Behandeln psychischer Probleme darauf verzichten, die individuellen moralischen Normen und Werte, die Ziele und Präferenzen der Betroffenen zu berücksichtigen. Auf dieser Erkenntnis basiert die

»kognitive Wende« in der Psychotherapie: In den 1960er und 1970er Jahren beginnt ein Teil der Verhaltenstherapeut:innen, Tiefenpsycholog:innen und Analytiker:innen, das kognitive Paradigma in ihr jeweiliges Therapiemodell einzuarbeiten. So schafften sie verschiedene Modelle Kognitiver (Verhaltens-)Therapien wie:

- ▶ Ellis (1962, 1973, 1995a) die Rational-Emotive-Verhaltenstherapie (RET),
- ▶ Beck (1975) die Kognitive Therapie,
- ▶ Lazarus (1976) die Multimodale Verhaltenstherapie,
- ▶ Mahoney (1977) die Kognitive Verhaltenstherapie,
- ▶ Meichenbaum (1977, 1979) die Kognitive Verhaltensmodifikation,
- ▶ Maultsby und Klärner (1984) die Rationale Verhaltenstherapie.

Wie orthodoxe Verhaltenstherapeut:innen berücksichtigen sie – in unterschiedlichem Maße – anamnestiche und verhaltensanalytische Daten, fokussieren aber auf dysfunktionale Konzepte ihrer Klient:innen, die sie, zunächst mithilfe verbaler Mittel, zu ändern suchen, bevor auch sie wieder in typisch verhaltenstherapeutischer (und stoisch-philosophischer) Weise die gewonnenen Einsichten in Verhalten umsetzen lassen. Dazu bedienen sie sich häufig klassisch verhaltenstherapeutischer Konzepte und Verfahren wie Übungsleitern für systematisches Üben mit sukzessiv steigendem Schwierigkeitsgrad, Hausaufgaben und In-vivo-Trainings.

1.3 Modellspezifische Schwerpunkte

Die frühen kognitiven Ansätze lassen sich hinsichtlich ihrer Begründer in zwei Hauptgruppen unterteilen: die, die ursprünglich psychoanalytische Modelle vertraten, und die, die zuvor orthodoxe Verhaltenstherapie praktizierten (vgl. Hoffmann, 1979).

Ellis, Beck, Maultsby

Ellis (1962) und Beck (1975) verstehen ihre Ansätze als Abkehr vom als zu ineffektiv erlebten psychoanalytischen Verfahren. Als Hauptunterschiede erkennen Davison und Neale (2007) im Vorgehen von Beck und Ellis, dass Ellis die irrationalen Schemata seiner Klient:innen auf deduktive Weise zu ermitteln sucht, während Beck in einem gemeinsamen induktiven Prozess die dysfunktionalen Grundannahmen seiner Klient:innen aufdecken möchte. Beck ist zudem stärker darum bemüht, zunächst das Weltbild der Klient:innen kennen zu lernen, bevor er – aus dieser Perspektive heraus – therapeutisch interveniert. Ellis konfrontiert seine Klientel dagegen häufig bereits in der ersten Stunde mit ihren Irrationalitäten. Auch Wilken (2018) sieht therapieschulenspezifische Unterschiede beim kognitiven Umstrukturieren, stellt die Ansätze von Ellis und Beck gegenüber, beschreibt deren differierende Schwerpunkte im Vorgehen und sieht – wie Försterling (1980) – die Unterschiede zwischen diesen Ansätzen hauptsächlich in der Betonung des philosophischen Vorgehens bei Ellis und des empirischen bei Beck.

Albert Ellis. In typisch stoischer Tradition sieht Ellis (1962) Emotionen als Resultat von Bewertungen oder Denkweisen, die stark durch vorherige Wahrnehmung oder Erfahrungen bestimmt oder beeinflusst sind. Emotionale Störungen oder psychische Erkran-

kungen sind demnach größtenteils das Resultat unlogischer, irrationaler Denkmuster, die zu überwinden sind, indem man lernt, rationale Sichtweisen zu stärken und irrationale zu schwächen. Wie Epiktet (2021) unterstreicht er damit nicht nur die Eigenverantwortung der Einzelnen für emotionales Erleben und Verhalten, sondern zeigt auch auf, *wie* darauf selbstverantwortlich Einfluss zu nehmen ist. Ellis betont primär die Relevanz irrationaler Grundmuster und Lebensphilosophien für psychische Störungen und versucht diese mithilfe eleganter Dispute (Ellis & Hoellen, 2004) oder Sokratischer Dialoge (Stavemann, 2015) zu verändern.

Aaron Beck. Beck besitzt, wie Ellis, einen psychoanalytischen Hintergrund. Er kritisiert (1976) an den seinerzeit dominierenden psychotherapeutischen Schulen der traditionellen Neuropsychiatrie, der Psychoanalyse und der Verhaltenstherapie deren implizites Axiom, dass Menschen mit emotionalen Problemen hilflose Opfer unbeeinflussbarer, verborgener oder unbewusster Kräfte seien. Sein kognitiver Erklärungsansatz enthält sowohl bewusste und unbewusste Einstellungen als auch beobachtbares Geschehen und steht damit in krassem Gegensatz zum Behaviorismus, zur neuropsychiatrischen Sichtweise und zur abstrakten klassischen psychoanalytischen Position. Becks Erklärungsgrößen sind nicht die Ereignisse selbst, sondern die individuellen, durch Selbstbeobachtung zugänglichen Interpretationen und Bewertungen dazu. Für ihn ist Kognitive Therapie zuallererst interaktionistisch: Emotionale Befindlichkeit sieht er als Ergebnis der Interaktion von Verstand und Wahrnehmung (Beck, 1985). Damit unterstützt er, wie Ellis, die These von der weitgehenden Eigenverantwortung der Einzelnen für emotionale Zustände, betont dabei jedoch mehr die Bedeutung von Denkfehlern und kognitiven Verzerrungen bei der Realitätswahrnehmung und -interpretation, wie z. B. selektive Abstraktion und Generalisierungen.

Maxie Maultsby. Maultsby (1975, 1986) verbessert als Schüler von Ellis die theoretischen Grundlagen von dessen Modell, operationalisiert Begriffe wie »rational« und »irrational« und erweitert das ABC-Modell durch seine Rational-Self-Analysis (RSA)-Methode.

Lazarus, Mahoney, Meichenbaum

Die kognitiven Modelle von Lazarus (1971, 1976), Mahoney (1974, 1977) und Meichenbaum (1979, 1991) entstehen durch die Abkehr vom orthodox-verhaltenstherapeutischen Vorgehen unter Einbezug geisteswissenschaftlicher, »weicher« kognitiver, nicht beobachtbarer Erhebungs- und Erklärungsdaten für psychisches Empfinden und Verhalten. Sie unterscheiden sich von den Modellen der ursprünglich psychoanalytischen Vertreter:innen dadurch, dass hier, in typisch verhaltenstherapeutischer Manier, weiterhin großer Wert auf eine präzise, ausführliche Anamnese, auf verhaltensanalytische Mikro- und Makro-Betrachtungen – zum Beispiel anhand des BASIC-ID (Lazarus, 1973, 1995) oder des SORKC-Modells (Kanfer & Saslow, 1965, Kanfer et al., 1996) – und auf das Herausarbeiten der Problem aufrechterhaltenden Symptomgewinne gelegt wird. Zudem greifen diese Modelle besonders auf Lern- und Verstärkerprinzipien zurück, berücksichtigen aber im Unterschied zu den Modellen orthodoxer Verhaltenstherapeut:innen schwerpunktmäßig mentale, kognitive Vorgänge.

Das ausgefeiltste Modell dieser Gruppe ist wohl das von Meichenbaum (1977, 1991), der in seinem »Stressimpfungstraining« auf die Selbstverbalisation und Selbstinstruktion in konkreten Situationen fokussiert. Seine Klient:innen lernen zieladäquate »Drehbücher« zu erstellen, um mit diesen »Skripts«, also gut gelernten, funktionalen Selbstverbalisationen, problemrelevante Situationen aufzusuchen und diesen dann mit ihrem neu erlernten kognitiven Alternativprogramm zu begegnen.

2 Wesen und Kennzeichen Kognitiver Verhaltenstherapien

2.1 Ziele und Methoden der KVT

2.2 Grundlagen kognitiv-verhaltenstherapeutischer Modelle

2.3 Indikation und Kontraindikation

Die unterschiedlichen kognitiv-verhaltenstherapeutischen Modelle haben sich Ende des 20. Jahrhunderts erheblich aufeinander zubewegt. Mahoney (1977, 1991) und Scholz (2000) beschreiben diese Entwicklung zu multimodalen, mehrdimensionalen Erklärungsmodellen ausführlich. Scholz sieht dabei in der KVT mit ihren verschiedenen Paradigmen und Richtungen mehr als lediglich einen Annex der orthodoxen Variante. Er resümiert, dass es überwiegend der KVT zu verdanken ist, dass die Verhaltenstherapie heute als erfolgreichstes Therapiekonzept gilt, denn unter versorgungsepidemiologischen Gesichtspunkten werde klassische VT praktisch nicht mehr angewandt. Auch im Hinblick auf die Wirksamkeitsforschung habe sich die KVT als führend etabliert. Andererseits ist nach Scholz (2000) die KVT mit ihren neuen narrativ-entwicklungskonstruktivistischen Tendenzen aber auch dabei, sich wieder der orthodoxen Form anzunähern. Das mag insbesondere für das *Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy* (CBASP) nach McCullough (2000), die *Mindfulness Based Cognitive Therapy* (MBCT) nach Segal et al. (2001) und andere achtsamkeitsbasierte Verfahren, die Metakognitive Therapie (MCT) nach Wells (2011) und die Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT) nach Hayes et al. (2001) gelten.

Wilken (2018) stellt ein fortschreitendes Annähern der einzelnen Modelle fest: Beck (Beck & Freeman, 1999) betont nun die therapeutische Bedeutung, nicht unmittelbar bewusste Grundannahmen zu identifizieren und zu bearbeiten, wie dies bereits Ellis für die *irrational beliefs* fordert. Ellis seinerseits räumt ein, dass sein »eleganter« Disput nicht immer ausreiche, um irrationale Prämissen der Klient:innen unmittelbar und stabil zu verändern, da dazu häufig auch die daraus abgeleiteten dysfunktionalen Wahrnehmungen und Interpretationen verändert werden müssten. Beide sehen nun auch die Wichtigkeit zielführender Kognitionen und Skripte sensu Meichenbaum für einen Therapieerfolg.

Meichenbaum (2003) wiederum nähert sich den Positionen von Ellis und Beck, wenn er betont, dass es nicht ausreiche, Klient:innen lediglich zieladäquate (Bewältigungs-) Kognitionen üben zu lassen. Hierzu bedürfe es eines tatsächlichen Verständnisses und einer Einsicht in dieselben, um sie wirksam werden zu lassen. Dazu sei ein philosophischer oder empirischer Disput nützlich, wie ihn Ellis oder Beck praktizierten (vgl. Stavemann, 2015).

Merke

Nachfolgend sind mit den Bezeichnungen »Kognitive Verhaltenstherapie« oder »KVT« und »Kognitive:r Verhaltenstherapeut:in« alle beschriebenen kognitiven, kognitiv-verhaltenstherapeutischen oder rational-emotiv verhaltenstherapeutischen Ansätze beziehungsweise deren Vertreter:innen gemeint.

2.1 Ziele und Methoden der KVT

Ziele der KVT

Kognitiven Therapeut:innen und Therapieforscher:innen geht es in erster Linie darum herauszufinden, wie Menschen Umgebungsreize organisieren, wie sie externe oder interne Wahrnehmung – bewusst oder unbewusst – aktiv interpretieren und bewerten, und wie die derart individuell verarbeiteten Reize emotionales Erleben und Verhalten beeinflussen. Im Vordergrund steht für sie, die Eigenverantwortlichkeit der Einzelnen für das emotionale Erleben und Verhalten herauszuarbeiten und selbstverantwortliche Entscheidungsprozesse zu fördern, die sich an den individuellen Lebenszielen orientieren.

Wie bereits beschrieben, unterscheiden sich die einzelnen Schulen dabei hinsichtlich ihrer Strategien und Schwerpunktziele (vgl. Abschn. 1.2). Alle Vertreter bemühen sich jedoch zunächst um das Verändern irrationaler oder dysfunktionaler Konzepte oder Denkstile. Dann gehen sie daran, mithilfe strukturierter Arbeits- und Übungsprogramme die auf der Einsichtsebene gewonnenen Erkenntnisse in neues, zielgerichtetes Denken und Verhalten umzusetzen, damit die Klient:innen ihr zunächst noch theoretisches Wissen durch neue Erfahrungen auch *glauben* lernen und bahnen. Dieses Fußten im Konkreten und das geforderte Umsetzen ins Handeln entspricht typisch stoischem Gedankengut (s. z. B. Epiktet, 2021). Kognitive (Verhaltens-)Therapeut:innen bestreiten nicht, dass sie dabei mit ihren Modellen wichtige empirische, naturwissenschaftliche Qualitätsstandards und Forderungen verletzen, halten dies aber für wenig bedeutsam, da sie sich in erster Linie der Geisteswissenschaft und nicht der Naturwissenschaft verpflichtet sehen.

Fokussieren auf das emotionale Problem. Der Ausdruck »Kognitive Verhaltenstherapie« mag manche zu der Schlussfolgerung verleiten, es gehe hier beim Bearbeiten psychischer Probleme hauptsächlich um das Ändern von Denkweisen und Verhaltensmustern. Das hieße jedoch, Ursache und Wirkung, Problem und Symptom zu verwechseln. Wenn jemand bestimmte Verhaltensweisen oder Fertigkeiten nicht gelernt hat, liegt das meist daran, dass man dies für zu gefährlich, zu lästig oder zu peinlich hielt und aus Angst oder Bequemlichkeit vermieden hat, sich damit zu beschäftigen. Sollte man bestimmte Dinge nur *nicht gelernt* haben, wäre das allein kein Grund, Psychotherapeut:innen aufzusuchen, denn man könnte ja heute damit beginnen, das Verhalten zu ändern und zum Beispiel lernen, Kritik angemessen auszudrücken oder zu ertragen, mit dem Alkoholtrinken oder Rauchen aufzuhören, Vorträge zu halten, Freunde oder Partner zu suchen,

auf dem Eis Pirouetten zu drehen oder im Mittelpunkt einer Menschenmenge zu stehen. Es sei denn, irgendetwas hielte einen davon ab, beispielsweise die Angst vor Blamage oder Ablehnung, Scham, Lästigkeit oder vermeintliche Lebensgefahr. Etliche vermeiden aufgrund dieser emotionalen Zustände, sich mit Situationen, Personen oder Sachen so auseinanderzusetzen, wie es zum Erreichen ihrer Ziele notwendig wäre. Dadurch entstehen Defizite oder unangemessene Muster, die längerfristig zu psychischen Beschwerden und zu weiteren Verhaltensdefiziten führen können. Therapeutisch steht für Kognitive Verhaltenstherapeut:innen daher stets im Vordergrund, die emotionalen Hindernisse für notwendige Lernerfahrungen oder Verhaltensweisen zu bearbeiten. So müssen beispielweise auch Klient:innen mit psychosomatischen Symptomen erst akzeptieren lernen, dass es sich bei ihren Beschwerden nicht um somatisch verursachte Erkrankungen oder um Verhaltensdefizite handelt, sondern um (Folge-)Symptome emotionaler Reaktionen.

Merke

Psychische Probleme führen zu kognitiven, emotionalen, physiologischen und Verhaltenssymptomen. Für die beiden letzteren sind i. d. R. die erlebten oder erwarteten emotionalen Reaktionen verantwortlich. Prinzipiell fokussiert die KVT deswegen auf das Verändern *emotionaler* Probleme.

Methoden der KVT

Um den Zusammenhang zwischen der Art des Denkens und der daraus resultierenden emotionalen Befindlichkeit herauszuarbeiten und aufzuzeigen, benutzen kognitive Therapeut:innen diverse therapeutische »Werkzeuge« wie

- ▶ die ABC-Methode (Ellis, 1977),
- ▶ die Rational-Self-Analysis/RSA (Maultsby, 1975) oder
- ▶ die Selbstanalyse von Emotionen/SAE (Stavemann, 1982, 2018b),

mit deren Hilfe sie ihren Klient:innen zu Erkenntnissen über bewusste und unbewusste Kognitionen und den damit zusammenhängenden emotionalen Reaktionen verhelfen. Dazu bedienen sie sich unterschiedlicher Frage- und Gesprächstechniken (s. Abschn. 10.2 und 10.3).

Kognitives Umstrukturieren. Das Kennzeichnende aller Formen Kognitiver (Verhaltens-)Therapien besteht im Prozess des »kognitiven Umstrukturierens«, in dem die herausgearbeiteten Konzepte und Denkstile der Klient:innen auf Realitätsbezug, Logik, Moralverträglichkeit, Funktionalität und Hedonismusorientierung geprüft und die für eine emotionale Störung verantwortlichen Konzepte modifiziert werden. Die Fähigkeiten und Fertigkeiten, die erfolgreiches kognitives Umstrukturieren fördern, sind interaktionistisch, und der Weg dorthin führt oft über philosophische Betrachtungen. Dieser für die KVT so typische Prozess lässt sich in fünf Phasen unterteilen und beschreiben (Stavemann, 1982; Wilken, 2018).

Phasen des kognitiven Umstrukturierens

- (1) Das kognitive Modell zum Entstehen und Steuern von Emotionen vermitteln:
Was sind/wie entstehen Emotionen? Wie lassen sich unangemessene oder unangemessen starke Emotionen verändern? Das ABC-, RSA- oder SAE-Modell einführen.
- (2) Dysfunktionale Konzepte und Denkstile identifizieren:
Welche dysfunktionalen Konzepte und Denkstile gibt es? Das ABC-, RSA- oder SAE-Modell zum Identifizieren dysfunktionaler Konzepte und Denkstile anwenden.
- (3) Identifizierte Konzepte auf Angemessenheit prüfen:
Liegen alle Voraussetzungen vor, um die Konzepte zu prüfen? Ziele erstellen lassen und auf Funktionalität prüfen. Prüfetechniken vermitteln. Kognitive Prozesse mithilfe von Disputtechniken und Sokratischen Dialogen auf Angemessenheit prüfen.
- (4) Neue, funktionale Konzepte erstellen:
Als Ergebnis von (3) neue funktionale Konzept-Alternativen erstellen lassen.
- (5) Neue Konzepte bahnen:
Funktionale Übungen sammeln, Übungsleitern erstellen, Drehbücher zu den einzelnen Übungen erstellen lassen, neue Konzepte theoretisch mithilfe von SAE-Modellen, in sensu mit Imaginationsübungen und mit In-vivo-Übungen trainieren, um das neue Konzept zu bahnen.



Kognitiver Verhaltenstherapeut beim Prüfen der Konzepte

Kognitives Umstrukturieren ist auch im Konzept der IKVT ein zentraler Punkt und wird deswegen in den folgenden Kapiteln in allen fünf Phasen ausführlich beschrieben.

2.2 Grundlagen kognitiv-verhaltenstherapeutischer Modelle

Wir stellten bereits fest, dass die Begründer der verschiedenen KVT-Modelle ursprünglich aus unterschiedlichen Therapieschulen stammen. Dadurch sind – in recht unter-

schiedlichem Maße – auch Inhalte ihrer ursprünglichen Therapieformen eingeflossen. Dies sind neben Therapieschulen spezifischen Inhalten auch solche aus der Sozialpsychologie, Philosophie, Linguistik und Neuropsychologie.

Für das Verständnis der Eigenheiten einzelner Modelle ist es sinnvoll, diese Ursprünge und Quellen genauer zu betrachten. Da die IKVT zum großen Teil auf denselben Fundamenten steht wie die KVT, geschieht dies zunächst nur überblickartig, um Wiederholungen zu vermeiden. Wir tauchen im Kapitel 4, bei der »Begründung der IKVT«, intensiv in diese Grundlagen ein.

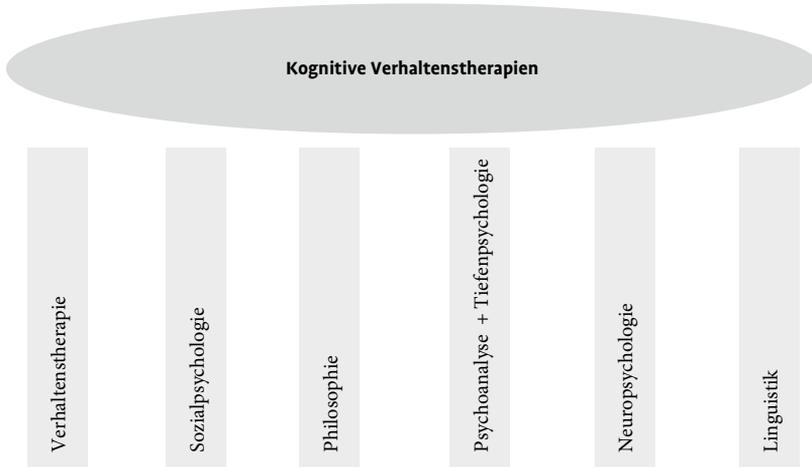


Abbildung 2.1 Fundamente der Kognitiven Verhaltenstherapien

Verhaltenstherapie. Die verschiedenen Ansätze basieren unterschiedlich stark auf orthodox-verhaltenstherapeutischen Variablen á la Skinner und des Behaviorismus, alle beziehen jedoch die Erkenntnisse aus der Lerntheorie ein und wenden Verstärkermodelle im Konzept des kognitiven Umstrukturierens an.

Psychoanalyse und Tiefenpsychologie. Die wohl wichtigste Übereinstimmung mit der Psychoanalyse und der Tiefenpsychologie ist die gemeinsame humanistische Begründung der Verfahren mit dem Fokus auf der individuellen Einzigartigkeit der Klient:innen und der an ihren persönlichen Zielen ausgerichteten Therapiestrategie.

Sozialpsychologie. Es erscheint fraglich, ob die kognitive Wende in der Psychotherapie zu diesem Zeitpunkt ohne die kurz zuvor erzielten Forschungsergebnisse in der Sozialpsychologie stattgefunden hätte. Nicht nur die von Schachter (1959, 1964) angestoßene »kognitive Attributionstheorie« zum Erklären emotionaler Prozesse ist für Psychotherapeut:innen von hoher Relevanz. Auch die Theorien zur sozialen Interaktion bieten einen reichen Fundus für psychotherapeutisch Praktizierende.

Philosophie. Insbesondere Ellis und andere Vertreter:innen der RET begründen einen großen Teil ihrer Therapietheorie und ihrer Interventionsstrategien auf Erkenntnissen der Philosophie, insbesondere die der kynischen und stoischen. Hierzu gehören nicht nur das Differenzieren von »innerer« und »äußerer« Freiheit, also das Unterscheiden

von Beeinflussbarem und Schicksalhafterem – daraus wird die Eigenverantwortung für die eigenen emotionalen Reaktionen durch den Einsatz der Ratio zur Kontrolle eines überschäumenden Pathos abgeleitet –, sondern ansatzweise auch moralphilosophische Inhalte und das Konzeptprüfen mithilfe von Disputetechniken.

Neuropsychologie. Das Wissen um neuronale Lernvorgänge und die Prinzipien des Bahnens neuer Konzepte sind wesentliche Inhalte für das Kognitive Umstrukturieren.

Linguistik. Auch der Einbezug von Forschungsergebnissen aus der Linguistik und der Semantiktheorie und -therapie ist in erster Linie auf Ellis und, in geringerem Maße, auch auf Beck zurückzuführen. Ellis beruft sich dabei u. a. auf die Ergebnisse von Korzybski (1933, 1951) mit seinen »General Semantics« und der Rolle von Sprache im Wahrnehmungsprozess. Folgerichtig propagiert Ellis später auch das von Bourland beschriebene »E-Prime« (Bourland, 1966). Beck beschränkt sich bei seinen Adaptionen aus der Linguistik auf sprachlich übermittelte Verzerrungen, wobei es sich vermutlich eher um kommunizierte Wahrnehmungsverzerrungen handelt.

2.3 Indikation und Kontraindikation

KVT ist indiziert zur Therapie lerngeschichtlich erworbener, in Art oder Stärke unangemessener emotionaler Probleme. Ihr Einsatz ist kontraindiziert, wenn die Therapieprämissen nicht erfüllt sind.

Therapieprämissen

Die Voraussetzungen für wohl jede Art von erfolgreicher Psychotherapie werden auch von allen Varianten der KVT postuliert. Bevor mit dem therapeutischen Veränderungsprozess begonnen wird, müssen folgende Prämissen erfüllt sein:

- (1) Problembewusstsein
- (2) Veränderungsmotivation
- (3) Reflexionsfähigkeit
- (4) Reflexive Persönlichkeit
- (5) Ziele

Betrachten wir diese fünf wichtigen Therapievoraussetzungen genauer.

(1) Problembewusstsein

Definition

Das **Problembewusstsein** beschreibt die Erkenntnis, am Entstehen und Aufrechterhalten des vorliegenden Problems mitverantwortlich zu sein. Es ist das Wissen um die psychischen Ursachen eines Problems oder einer emotionalen Störung und die Erkenntnis, dass es oder sie durch eigenes Commitment und durch Selbstverändern beeinflusst werden kann.