



Stavemann

5. Auflage

Integrative KVT

Die Therapie emotionaler
Turbulenzen

 Arbeitsmaterial

BELTZ

Leseprobe aus: Stavemann, Integrative KVT, ISBN 978-3-621-28150-8
© 2014 Beltz Verlag, Weinheim Basel
<http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-621-28150-8>

Grundlagen der Integrativen KVT

- ▶ Entwicklung der Kognitiven Verhaltenstherapien
- ▶ Wesen und Kennzeichen Kognitiver Verhaltenstherapien
- ▶ Kognitive Umstrukturierung
- ▶ Diversifikation der KVT durch Verfahren der »3. Welle«
- ▶ Begründung der Integrativen KVT
- ▶ Kennzeichen der Integrativen KVT

1 Entwicklung der Kognitiven Verhaltenstherapien

Die verschiedenen Formen Kognitiver Verhaltenstherapie entstehen – hauptsächlich als Gegenbewegung zum naturwissenschaftlichen Anspruch der »orthodoxen« VT á la Skinner – in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts und wurzeln unterschiedlich stark in Bereichen der »orthodoxen« Verhaltenstherapie, 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 der folgenden Abbildung dargestellt.



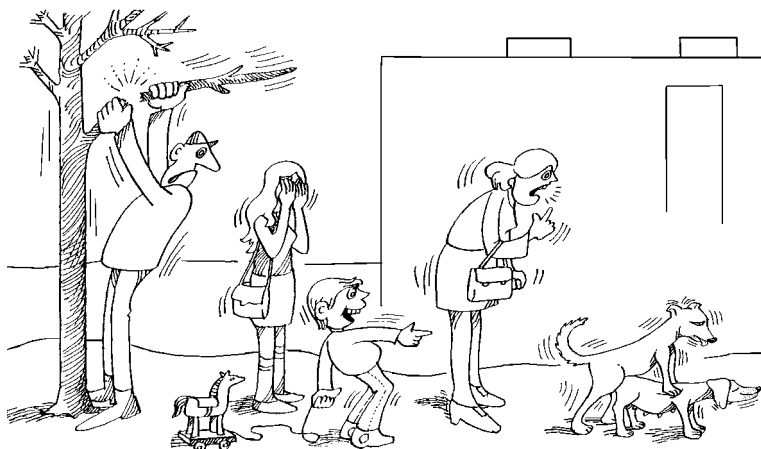
Kognitiv-verhaltenstherapeutische Modelle

Humanistische Erklärungsmodelle. Kognitive Verhaltenstherapeuten 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 Fragestellungen 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 bei der Erklärung psychischen Erlebens wichtige, nicht messbare Bereiche einbeziehen zu können. Dabei sind für Kognitive Verhaltenstherapeuten die Art und Weise des Denkens, die Normensysteme und Wertmaßstäbe der Patienten 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 zur Erklärung menschlichen Verhaltens:

- ▶ Ansätze, die auf interne Determinanten fokussieren und
- ▶ Ansätze, die auf externe Determinanten fokussieren.

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 Therapeuten interne Surrogate für eigentliches Verhalten schafften 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« Therapeuten und Therapieforscher bezweifeln die von orthodoxen Verhaltenstherapeuten 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 dieses Kapitels am Beispiel von Selbstwertproblemen und der Hundephobie sehen werden, ist ohne Kognitive Umstrukturierung den meisten emotionalen Problemen langfristig nicht beizukommen, denn dazu reichen Lernerfahrungen aus Verhaltenstrainings meist nicht aus.

Da Kognitive Therapeuten »weiche« Daten in ihr Erklärungsmodell einbeziehen, die sie durch geleitete Introspektion und Exploration erheben, sind sie allerdings stärker von der konstruktiven Mitarbeit ihrer Patienten abhängig und davon, dass deren – prinzipiell bewusst oder unbewusst manipulierbare – Aussagen über Gefühlszustände, Gedanken oder Normensysteme zutreffend sind.



Wesentlicher Unterschied zwischen orthodoxer und Kognitiver VT ist ihr erkenntnistheoretischer Hintergrund: Der naturwissenschaftliche Erklärungsansatz der orthodoxen VT wird durch das 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 bei der Behandlung psychischer Probleme darauf verzichten, die individuellen ethisch-moralischen Normen und Wertvorstellungen oder die Ziele und Präferenzen der Betroffenen zu berücksichtigen. Auf dieser Erkenntnis basiert dann auch die »kognitive Wende« in der Psychotherapie:

In den 1960er und 1970er Jahren beginnt ein Teil der Verhaltenstherapeuten, Tiefenpsychologen und Analytiker, das kognitive Paradigma in ihr jeweiliges Therapiemodell einzuarbeiten.

Psychotherapeuten schaffen verschiedene Modelle Kognitiver (Verhaltens-)Therapien wie:

- ▶ Ellis (1962, 1973, 1995a) mit der Rational-Emotiven-Verhaltenstherapie,
- ▶ Beck (1975) mit der Kognitiven Therapie,
- ▶ Lazarus (1976) mit der Multimodalen Verhaltenstherapie.
- ▶ Mahoney (1977) mit der Kognitiven Verhaltenstherapie,
- ▶ Meichenbaum (1977, 1979) mit der Kognitiven Verhaltensmodifikation,
- ▶ Maultsby & Klärner (1984) mit der Rationalen Verhaltenstherapie,

Wie orthodoxe Verhaltenstherapeuten berücksichtigen sie – in unterschiedlichem Maße – anamnestiche und verhaltensanalytische Daten, fokussieren aber auf dysfunktionale Konzepte ihrer Patienten, 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 ihren Ansatz 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 Patienten auf deduktive Vorgehensweise zu ermitteln sucht, während Beck in einem gemeinsamen induktiven Prozess die dysfunktionalen Grundannahmen seiner Patienten aufdecken möchte. Beck ist zudem stärker darum bemüht, zunächst das Weltbild des Patienten 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 (2012) sieht therapieschulenspezifische Unterschiede bei der Durchführung kognitiver Umstrukturierungen, 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 Erkrankungen 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 (2009) unterstreicht er damit nicht nur die Eigenverantwortlichkeit des Einzelnen für emotionales Erleben und Verhalten, sondern zeigt auch auf, *wie* darauf selbstverantwortlich Einfluss zu nehmen ist. Ellis betont primär den Einfluss irrationaler Grundmuster und Lebensphilosophien und versucht diese mithilfe eleganter Dispute (Ellis & Hoellen, 2004) oder Sokratischer Dialoge (Stavemann, 2007) zu verändern.

Aaron Beck. Beck besitzt, wie Ellis, ursprünglich 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.

Auch für Beck (1985) ist Kognitive Therapie zuallererst interaktionistisch: Emotionale Befindlichkeit sieht er als Ergebnis der Interaktion von Verstand und Wahrnehmung. Damit unterstützt er, wie Ellis, die These von der weitgehenden Eigenverantwortlichkeit des Einzelnen für emotionale Zustände. Beck 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 als Abwendung 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 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 Verhaltenstherapeuten schwerpunktmäßig mentale, kognitive Vorgänge.

Das ausgefeilteste Modell dieser Gruppe ist wohl das von Meichenbaum (1977, 1991), der in seinem »Stressimpfungstraining« auf die Selbstverbalisation und Selbstinstruktion in konkreten Situationen fokussiert. Seine Patienten lernen zieladäquate »innere Drehbücher« zu erstellen, um mit diesen »Skripts«, diesen 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 Indikation und Kontraindikation

Kognitive Verhaltenstherapie ist indiziert zur Behandlung lerngeschichtlich erworbener, in Art oder Stärke unangemessener emotionaler Probleme.

Ihr Einsatz ist kontraindiziert, wenn die Therapieprämissen nicht erfüllt sind.

Therapieprämissen

Die Grundvoraussetzungen für wohl jede Art von erfolgreicher Psychotherapie werden auch von allen Varianten Kognitiver Verhaltenstherapie postuliert. Bevor mit dem therapeutischen Veränderungsprozess begonnen wird, müssen folgende Prämissen gewährleistet sein:

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

Betrachten wir diese fünf wichtigen Therapievoraussetzungen nun genauer.

(1) Problembewusstsein

Das Problembewusstsein ist das Wissen um die psychogene Verursachung der beklagten Symptome. Sie muss dem Patienten so präsent sein, dass er den eigenen Einfluss auf seine Symptomatik erkennt und den Sinn des therapeutischen Vorgehen und des Übens stets nachvollziehen kann.

Das Problembewusstsein fehlt besonders häufig bei »geschickten« Patienten. Manche suchen z. B. einen Therapeuten auf, um dadurch drohende Konsequenzen oder Sanktionen zu vermeiden. Anderen ist der Zusammenhang zwischen ihren physiolo-

gischen Symptomen und deren psychogener Verursachung nicht klar. Wieder andere erwarten durch die »Behandlung« des Therapeuten eine Symptomlinderung, ohne selbst aktiv beteiligt zu sein.

Hier fehlt die Einsicht in die eigene psychische Beteiligung am beklagten Zustand. Gelingt es nicht, das notwendige Problembewusstsein z. B. durch Psychoedukation zu erarbeiten (zum Vorgehen s. Stavemann, 2014b, Kap. 4), ist Psychotherapie wegen negativer Prognose nicht indiziert.

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 eigene Anstrengung und durch Selbstveränderung beeinflusst werden kann.

Wie bereits dargelegt, sind psychische Probleme immer auch emotionale Probleme und deshalb durch eine Modifikation der emotionsbestimmenden Kognitionen aufzulösen. Dazu muss der Patient zunächst den Prozess des Neu- oder Umlernens durchlaufen, in dem er seine dysfunktionalen Muster identifiziert, alternative funktionale erstellt und diese in einem – oft sehr mühseligen – Lernprozess glauben und verinnerlichen lernt. Doch bevor jemand dazu bereit ist, muss er zunächst erkennen, dass er unter selbst verursachten emotionalen Turbulenzen leidet, dass weder der Partner, die Familie noch die Umwelt dafür verantwortlich sind. Und er muss die Möglichkeit sehen, dagegen selbst und eigenverantwortlich etwas ausrichten zu können, ohne auf das Einverständnis und die Hilfe seiner Umwelt angewiesen zu sein.

Um zu dieser Einsicht zu gelangen, wird jeder Patient vor Beginn der eigentlichen Behandlung in das kognitive Modell der Emotionsentstehung eingeführt, und mögliche diesbezügliche Widerstände oder Verständnisschwierigkeiten werden so überzeugend bearbeitet, bis er dieses Erklärungsmodell auch für seine eigene emotionale Belastung akzeptiert. Tut er dies nicht, ist der Behandlungsbeginn so lange nicht indiziert, wie der Patient keine Hilfe zur Selbsthilfe, sondern eine Veränderung seiner Umweltbedingungen erwartet.

Tipp

Beginnen Sie nicht mit dem Veränderungsprozess, bevor Ihr Patient das kognitive Modell der Emotionsentstehung verstanden und für sich selbst als gültig akzeptiert hat. Lassen Sie sich auch nicht »vorübergehend« auf andere Erklärungsmodelle ein, da dadurch ein potentieller Therapieabbruch nur auf später verschoben würde (z. B. wenn Ihr Patient weiter insistiert, andere seien für sein emotionales Problem verantwortlich und müssten sich entsprechend verändern).

(2) Veränderungsmotivation

Die Veränderungsmotivation des Patienten muss so ausgeprägt sein, dass er die Kosten für seine Zielsetzung in Form von Arbeitsaufwand, Unbequemlichkeit, emotionalen Turbulenzen und Überwindung des inneren Schweinehunds zu tragen bereit ist. Dazu benötigt er neben der Veränderungsmotivation auch eine hinreichende Frustrationstoleranz.

Auch hier gilt: Von anderen »geschickte« Patienten besitzen häufig nicht genügend eigene Veränderungsmotivation. Anderen wiederum fehlt die Bereitschaft, die für den Veränderungsprozess nötige Mitarbeit und Selbstüberwindung aufzubringen. Die Therapieaufnahme ist dann nicht indiziert.

Definition

Die **Veränderungsmotivation** beschreibt den Willen, das in der eigenen Kraft Stehende zu tun, um das bestehende Problem zu lösen. Dazu gehört die Bereitschaft, die eigenen Denk- und Verhaltensweisen infrage zu stellen, zu überprüfen und unangemessene korrigieren zu wollen, auch wenn dies oftmals mühsam ist.

Veränderungsmotivation steigern. Um die Veränderungsmotivation zu steigern, hilft es häufig, die extrem kurzfristigen Symptomgewinne den anhaltenden Symptommkosten gegenüberzustellen und die Ankerbegriffe »dummfaul« und »schlaupfaul« einzuführen (genauer hierzu s. S. 297f.).

Voraussetzungen für Veränderungsbereitschaft. Ob es zu einer kognitiven Verarbeitung neuer Eindrücke kommt, ob ein Neu- oder Umlernen erfolgt, liegt an der Bereitschaft der Betreffenden, von der alten Norm abweichende Erfahrungen zu registrieren und für sich als bedeutsam zu akzeptieren.

Ein häufig angewandter Trick zum Aufrechterhalten gewohnter, »liebgewonnener« Denkmuster und Normensysteme besteht darin, neue Erfahrungen zu negieren, wenn sie den alten Mustern widersprechen, sie zu leugnen, als *zufällig* zu betrachten oder so lange umzudeuten, bis sie wieder ins gewohnte System passen. Hierzu betrachten wir weiter unten das Problem mit der »bestätigenden« Natur menschlicher Wahrnehmungsprozesse (s. Phase 1, Abschn. 4.2 und Mahoney, 1974).

Um zu einer Einstellungsänderung zu kommen, muss man zunächst bereit sein, einmal gefasste Meinungen zur Disposition zu stellen, sie an der Realität zu prüfen und zu hinterfragen, wenn neue Erfahrungen nicht in das alte Konzept passen.

(3) Reflexionsfähigkeit

Definition

Die **Reflexionsfähigkeit** beschreibt die Möglichkeit, zumindest auf einfacher Abstraktionsebene eigenes Denken, Planen und Verhalten zu beobachten, zu verbalisieren, zu kommunizieren und zu reflektieren und es dabei auf Realitätsbezug, Widerspruchsfreiheit, Logik, Normen-, Ziel- und Hedonismusorientierung hinsichtlich der eigenen Vorgaben zu prüfen und zu bewerten.

Ohne hinreichende Reflexionsfähigkeit ist eine solche Prüfung unmöglich. Die Reflexionsfähigkeit des Patienten muss auch vorhanden sein, um Übungen sinnvoll durchführen und deren Ergebnisse auf die eigene Person und Problematik übertragen zu können.

Reflexives Denken ist bei manchen Patienten mehr oder weniger stark eingeschränkt, z. B. bei hirnorganischen Erkrankungen, Demenz, Alzheimer, bei stark minderbegabten Patienten oder bei solchen, die sich in akuten, schweren depressiven oder psychotischen Phasen befinden. Der Therapeut hat in derartigen Fällen zunächst zwischen vorübergehender und dauerhafter Beeinträchtigung der reflexiven Fähigkeiten zu unterscheiden. Bei anhaltender Reflexionsunfähigkeit ist eine Behandlungsaufnahme wegen negativer Prognose nicht indiziert, denn ohne diese Fähigkeit ist die Prüfung eigener Denkmuster, Normen und Ziele und damit sinnvolles kognitiv-verhaltenstherapeutisches Arbeiten unmöglich. Bei vermutlich vorübergehender Beeinträchtigung kann der Therapiebeginn zu einem späteren Zeitpunkt erwogen werden, falls dann prognostisch günstigere Bedingungen bestehen. Es kann aber auch sein, dass Patienten keine Reflexionsbereitschaft zeigen, weil es ihnen zu mühsam ist oder sie die Wahrheit ihres momentanen Konzepts nicht infrage stellen wollen. Hier wird der Therapeut nochmals verdeutlichen, welchen Preis der Patient für eine solche Haltung zu (er)tragen hat.

Liegt keine hinreichende Reflexionsfähigkeit oder -bereitschaft vor, ist die Therapieaufnahme nicht indiziert.

(4) Reflexive Persönlichkeit

Definition

Die **reflexive Persönlichkeit** beschreibt die Fähigkeit, einen Perspektivwechsel (vgl. Mead, 1973; Kriz, 2007), einen imaginativen Rollentausch in andere Personen vorzunehmen, um die Wirkung der eigenen Person auf andere und die Konsequenzen eigenen Handelns auf andere antizipieren und eigene Handlungen und Pläne daran ausrichten zu können, indem die vermuteten Haltungen anderer in den eigenen Handlungsstrategien berücksichtigt werden.

Auch reflexives Bewusstsein ist bei manchen Patienten nur eingeschränkt vorhanden. Dies gilt insbesondere für Krankheitsbilder mit einem egozentrischen Weltbild (wie z. B. bei diversen Persönlichkeitsstörungen oder -akzentuierungen, schweren Formen des Autismus und bei Patienten mit Frustrationsintoleranzproblemen).

Bei Patienten ohne vorhandene Fähigkeit zum sozialen Rollenwechsel ist zu prüfen, ob diese Einschränkung durch vorübergehende Faktoren bestimmt oder vom Entwicklungsstand/kindlichen Alter des Patienten bedingt sein könnte. In solchen Fällen kann später ein erneuter Versuch geplant werden. Ist der Mangel durch Egozentrik begründet, kann der Therapeut versuchen, die Bereitschaft zu sozialem Rollenwechsel

zu fördern, indem er dem Patienten verdeutlicht, wieso und wozu dies in seinem eigenen Interesse liegt.

(5) Ziele

Definition

Die **Zielsetzung** beschreibt die Richtung, in der eine Veränderung sinnvollerweise erfolgen soll. Sinnvoll oder funktional ist ein Therapieziel, das sich in die Lebenszielhierarchie des Patienten widerspruchsfrei einfügt und potentiell aus eigener Kraft erreichbar ist.

Unterstellt, die beiden ersten grundsätzlichen Bedingungen seien erfüllt: Ein Patient besitzt Problembewusstsein und genügend Veränderungsmotivation, um seine Probleme anzugehen. Dadurch ist jedoch noch völlig ungeklärt, in welche Richtung diese Änderung sinnvollerweise erfolgen soll. Um diese Entwicklung nicht dem Zufall zu überlassen, bedarf es zunächst einer adäquaten Zielbestimmung. Diese legt fest, *wann* der Patient *welche* für den Veränderungsprozess notwendigen neuen Erfahrungen *wodurch* sammelt.

Wie bereits erwähnt, ist funktionales Denken auf das Erreichen der persönlichen Ziele ausgerichtet. Um diese Zielbezogenheit prüfen zu können, hat der Therapeut zuvor (z. B. in der Anamnese) diese Patientenvariablen und -prämissen erhoben.

Ohne die Ziele des Patienten zu kennen, kann der Therapeut keinen funktionalen Behandlungsplan erstellen, da – wie im Abschnitt 5.2 noch ausführlich begründet wird – keine allgemeinen, objektiv richtigen Ziele angenommen werden können. Dem Patienten sollen seine individuellen Ziele, die er mit seinen Übungen verfolgt, stets vor Augen stehen, damit ihm jederzeit der Sinn seines Handelns deutlich ist.

Besitzt der Patient noch keine oder keine hinreichend klaren, irrationale oder widersprüchliche Zielvorstellungen, wird der Therapeut zunächst neue Ziele mit einer Lebenszielanalyse und Lebenszielplanung (zum Vorgehen s. Stavemann, 2008, 2014b, Kap. 3) erarbeiten lassen.

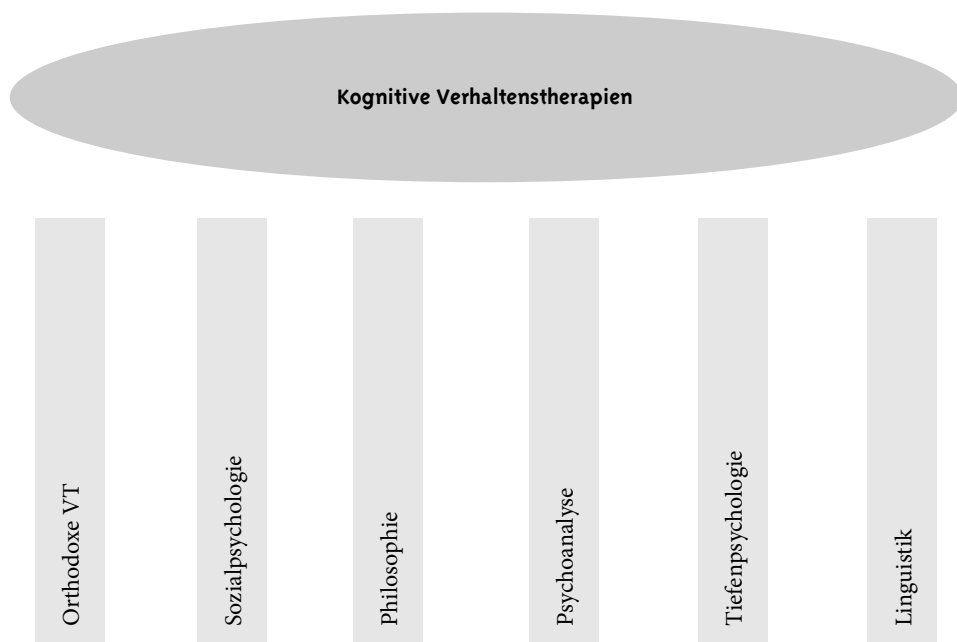
Ist der Patient auch danach nicht in der Lage oder willens, sich für Ziele zu entscheiden und sich festzulegen, z. B. um dadurch nicht bisher eingefahrene Symptomgewinne zu verlieren, ist die Therapieaufnahme zu diesem Zeitpunkt nicht angeraten.

2.2 Grundlagen kognitiv-verhaltenstherapeutischer Modelle

Wir stellten bereits fest, dass die Begründer der verschiedenen kognitiven oder kognitiv-verhaltenstherapeutischen Therapiemodelle ursprünglich aus unterschiedlichen Therapieschulen stammen. Aber nicht nur darin unterscheiden sich ihre entwickelten Modelle. Zusätzlich sind – in recht unterschiedlichem Maße – auch Inhalte anderer Bereiche eingeflossen. Dies sind neben den »Herkunftstherapieschulen« der

Begründer insbesondere die Sozialpsychologie, die Philosophie, die Linguistik und die Neuropsychologie.

Für das Verständnis der Eigenheiten einzelner Modelle ist es sinnvoll, diese Ursprünge und Quellen genauer zu betrachten. Um Wiederholungen zu vermeiden, geschieht dies zunächst nur überblicksartig. Da die Integrative KVT zum großen Teil auf denselben Fundamenten steht wie die Kognitiven Verhaltenstherapien, werden wir im Abschnitt 4 dieses Kapitels, bei der »Begründung der Integrativen KVT«, intensiv in diese Grundlagenbeschreibung eintauchen.



Fundamente der Kognitiven Verhaltenstherapien

Orthodoxe Verhaltenstherapie

Die verschiedenen Ansätze basieren zwar unterschiedlichen 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 der Kognitiven Umstrukturierung 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 des Patienten und der an seinen persönlichen Zielsetzungen ausgerichteten Therapiestrategie.

Sozialpsychologie

Es erscheint fraglich, ob die Kognitive Wende in der Psychotherapie zu diesem Zeitpunkt ohne die kurz zuvor stattgefundenen Forschungen in der Sozialpsychologie und ihrer Resultate zur Erklärung emotionaler Reaktionen stattgefunden hätte.

Aber nicht nur die von Schachter (1959, 1964) angestoßene »kognitive Attributionstheorie« zur Erklärung emotionaler Prozesse ist für Psychotherapeuten von hoher Relevanz. Auch die Theorien zur sozialen Interaktion bieten einen reichen Fundus für psychotherapeutische Praktiker.

Philosophie

Insbesondere Ellis und die Vertreter der Rational-emotiven Therapie (RET) begründen einen großen Teil ihrer Therapietheorie und ihrer Interventionsstrategien auf Erkenntnissen der Philosophie, insbesondere die der kynischen und stoischen. Hierzu gehören nicht nur die Differenzierung der »inneren« und äußeren Freiheit, also die Trennung des Beeinflussbaren vom Schicksalhaften und der daraus abgeleiteten Eigenverantwortung für die eigenen emotionalen Reaktionen durch den Einsatz der Ratio zur Kontrolle eines überschäumenden Pathos, sondern ansatzweise auch moral-philosophische Inhalte und Konzeptprüfungen mit Hilfe von Disputetechniken.

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 Entwicklungen in der KVT

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 Kognitiven Verhaltenstherapie mit ihren verschiedenen Paradigmen und Richtungen mehr als lediglich einen Annex der orthodoxen Variante. Er resümiert, dass es überwiegend der Kognitiven Verhaltenstherapie zu verdanken ist, dass die Verhaltenstherapie heute als erfolgreichstes Therapiekonzept gilt, denn unter versorgungsepidemiologischen Gesichtspunkten werde klassische Verhaltenstherapie heute praktisch nicht mehr angewandt. Auch im Hinblick auf die Wirksamkeitsforschung habe sich die Kognitive Verhaltenstherapie als führend etabliert. Andererseits ist nach Scholz (2000) die Kognitive

Verhaltenstherapie mit ihren neuen narrativ-entwicklungskonstruktivistischen Tendenzen aber auch dabei, sich wieder der orthodoxen Form anzunähern.

Auch Wilken (2012) stellt eine fortschreitende Annäherung 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 seine irrationalen Grundannahmen fordert.

Ellis seinerseits räumt ein, dass sein »eleganter« Disput nicht immer ausreiche, um irrationale Prämissen der Patienten 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 der Position von Ellis und Beck, wenn er betont, dass es nicht ausreiche, Patienten 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, 2007).

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

2.4 Ziele und Methoden der KVT

Ziele der KVT

Kognitiven Therapeuten und Therapieforschern 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 Kognitive Verhaltenstherapeuten, die Eigenverantwortlichkeit des Einzelnen für sein emotionales 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 Schwerpunkt-Ziele (vgl. Abschn. 2.2). Alle Vertreter bemühen sich jedoch zunächst um die Veränderung irrationaler oder dysfunktionaler Konzepte und Denkstile. Dann gehen auch sie daran, mithilfe strukturierter Arbeits- und Übungsprogramme die auf der Einsichtsebene gewonnenen Erkenntnisse in

neues, zielgerichtetes Denken und Verhalten umzusetzen, damit die Patienten ihr zunächst noch theoretisches Wissen durch neue Erfahrungen auch *glauben* lernen und bahnen. Dieses Fußten im Konkreten und die geforderte Handlungsumsetzung entspricht typisch stoischem Gedankengut (s. z. B. Epiktet, 2009).

Kognitive (Verhaltens-)Therapeuten bestreiten gar 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 manchen zu der Schlussfolgerung verleiten, es gehe hier bei der Bearbeitung psychischer Probleme hauptsächlich um die Änderung von Denkweisen und Verhaltensmustern. Das hieße jedoch, Ursache und Wirkung, Problem und Symptom zu verwechseln. Wenn Erwachsene beispielsweise bestimmte Verhaltensweisen oder Fertigkeiten nicht gelernt haben, liegt das meist daran, dass sie dies stets für zu gefährlich, zu lästig oder zu peinlich hielten und aus Angst oder Bequemlichkeit vermieden haben, sich damit zu beschäftigen. Sollten sie bestimmte Dinge nur *nicht gelernt* haben, wäre das allein kein Grund, einen Psychotherapeuten aufzusuchen, denn sie könnten ja heute damit beginnen, ihr 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 sie davon ab, beispielsweise die Angst vor Blamage oder Ablehnung, Scham, Trauer oder Minderwertigkeitskomplexe.

Meist vermeiden Menschen wegen dieser unangenehmen Emotionen, sich mit Situationen, Personen oder Sachen so auseinanderzusetzen, wie es zum Aufbau eines angemessenen Verhaltensrepertoires notwendig wäre. Dadurch entstehen Defizite oder unangemessene Muster, die längerfristig zu psychischen Beschwerden und nachfolgend zu weiteren Verhaltensdefiziten führen können.

! Prinzipiell gilt auch für die Kognitive Verhaltenstherapie: Psychische Probleme führen zu kognitiven, emotionalen, physiologischen und Verhaltenssymptomen. Für die beiden letzteren sind i. d. R. die emotionalen Reaktionen verantwortlich.

Therapeutisch steht daher stets im Vordergrund, die emotionalen Hindernisse für notwendige Lernerfahrungen oder Verhaltensweisen zu bearbeiten.

So müssen beispielsweise auch Patienten mit psychosomatischen Symptomen erst einmal akzeptieren lernen, dass es sich bei ihren Beschwerden nicht um somatisch verursachte Erkrankungen oder um Verhaltensdefizite handelt, sondern um (Folge-)Symptome emotionaler Reaktionen.

Methoden

Um den Zusammenhang zwischen Wahrnehmung, Verstand und emotionaler Befindlichkeit herauszuarbeiten und aufzuzeigen, benutzen kognitive Therapeuten diverse therapeutische »Werkzeuge« wie

- ▶ die ABC-Methode (Ellis, 1977),
- ▶ die Rational-Self-Analysis/RSA (Maultsby, 1975) oder
- ▶ die Selbstanalyse von Emotionen/SAE (Stavemann, 1982, 2010),

mit deren Hilfe sie ihren Patienten zu Erkenntnissen über bewusste und unbewusste Kognitionen und den damit zusammenhängenden emotionalen Reaktionen verhelfen.

Dazu bedienen sie sich unterschiedlicher Frage- und Gesprächsführungstechniken (s. Phase 3, Abschn. 2).

Kognitive Umstrukturierung. Das Kennzeichnende aller Formen Kognitiver (Verhaltens-)Therapien besteht im Prozess der »Kognitiven Umstrukturierung«, in dem die herausgearbeiteten Konzepte und Denkstile der Patienten auf Realitätsbezug, Logik, Moralverträglichkeit, Funktionalität/Zielgerichtetheit und Hedonismusorientierung geprüft und die für eine emotionale Störung verantwortlichen Konzepte modifiziert werden.

Phasen der Kognitiven Umstrukturierung. Die Fähigkeiten und Fertigkeiten, die erfolgreiche Kognitive Umstrukturierungen fördern, sind interaktionistisch, und der Weg dorthin führt oftmals über philosophische Betrachtungen. Dieser für alle Arten Kognitiver (Verhaltens-)Therapien so typische Prozess lässt sich in fünf Phasen unterteilen und beschreiben (Stavemann, 1982, 2014b; Wilken, 2012).

Phasen der Kognitiven Umstrukturierung

(1) Das Kognitive Modell zur Emotionsentstehung und -steuerung vermitteln:

Was sind/wie entstehen Emotionen? Wie lassen sich unangemessene oder unangemessen starke Emotionen verändern? Das ABC-Modell einführen.

(2) Dysfunktionale Konzepte und Denkstile identifizieren:

Welche dysfunktionalen Konzepte und Denkstile gibt es? Das ABC-Modell zur Identifikation dysfunktionaler Konzepte und Denkstile anwenden.

(3) Identifizierte Konzepte auf Angemessenheit prüfen:

Sind alle Voraussetzungen für die Konzeptprüfung gegeben? Zielsetzungen erstellen lassen und auf Funktionalität prüfen. Prüftechniken vermitteln. Bewertungssysteme auf Funktionalität mithilfe von Disputtechniken und Sokratischen Dialogen prüfen.

(4) Neue, funktionale Konzepte erstellen:

Funktionale B-Alternativen (B^{neu}) erstellen, das Modell zur Selbstanalyse von Emotionen (SAE-Modell) einführen und trainieren.

(5) Neue Konzepte bahnen:

Funktionale Übungen sammeln, Übungsleitern erstellen, Drehbücher zu den einzelnen Übungen erstellen lassen, B^{neu} auf der inhaltlich-logischen Ebene

AB
0.1

mithilfe von SAE-Modellen, auf der Vorstellungsebene mit Imaginationsübungen und auf der Verhaltensebene mit In-vivo-Übungen trainieren.



Kognitiver Verhaltenstherapeut beim Prüfen der Konzepte

Betrachten wir nun, wo genau sich die fünf Phasen der Kognitiven Umstrukturierung in einem typischen, für das ambulante Setting aufgestellten KVT-Behandlungsplan wiederfinden lassen. Der Ablauf einer ambulanten Integrativen KVT lässt sich in acht Abschnitte gliedern. Die einzelnen Punkte sind in nachfolgender Übersicht beschrieben.

AB
0.2

Phasen einer ambulanten Integrativen KVT

(1) Erstkontakt:

Problem(e) und emotionale Belastung herausarbeiten, provisorisch diagnostisch einordnen, Überblick über einen möglichen Therapieablauf geben, Therapiemotivation und Krankheitseinsicht prüfen, organisatorische Fragen klären

(2) Exploration, Anamnese, Diagnose und Therapieplanung:

Problem(e) und zugehörige emotionale, kognitive, physiologische/organische und Verhaltenssymptome explorieren, diagnostische Verfahren, Problemgenese, Problem- und Verhaltensanalyse mit aufrecht erhaltenden Bedingungen, Diagnose, Behandlungsziel festlegen, Behandlungsplan erstellen, Prognose

(3) Lebenszielanalyse und Lebenszielplanung: (falls problemrelevant)

Vorhandene Lebensziele herausarbeiten und auf Realitätsbezug, Funktionalität, logische Konsistenz und Widerspruchsfreiheit prüfen, ggf. neu formulieren bzw. Lebensziele neu aufbauen oder reduzieren

(4) Wissensvermittlung und Aufbau der Krankheitseinsicht bei Patienten mit psychosomatischen Erkrankungen oder Verhaltensauffälligkeiten: (falls problemrelevant)

Krankheitsbezogene Informationen vermitteln, z. B. bei psychosomatischen Erkrankungen: Wie funktioniert der Kreislauf? Zusammenhang zwischen seelischen Stress-/hohen Erregungsniveaus und organischen Reaktionen aufzeigen, Zusammenhänge zwischen selbst initiiertem Erregungsanstieg (z. B. durch internen Alarm) und physiologischen Reaktionen (z. B. Herzrasen, Erröten) erklären, dysfunktionale Erklärungen reattribuieren

(5) Das Kognitive Modell zur Emotionsentstehung und -steuerung vermitteln:

Emotionsdefinition vermitteln und das kognitive Modell zur Emotionsentstehung und -steuerung sokratisch erarbeiten, das ABC-Modell vermitteln

(6) Erfassen bewusster und Rekonstruktion unbewusster Konzepte und Denkstile:

Arten dysfunktionaler Konzepte und Denkstile vermitteln, das ABC-Modell zur Rekonstruktion eigener Konzepte und Denkstile anwenden

(7) Identifizierte Konzepte auf Angemessenheit prüfen und ggf. neue, funktionale Konzepte erstellen:

Zielsetzungen erstellen lassen und auf Funktionalität prüfen, Prüftechniken vermitteln, Bewertungssysteme anhand der Ziele mithilfe von Disputtechniken und Sokratischen Dialogen auf Funktionalität prüfen, ggf. funktionale B-Alternativen (B^{neu}) erstellen, das Modell zur Selbstanalyse von Emotionen (SAE-Modell) einführen und trainieren

(8) Neue Konzepte bahnen:

Funktionale B^{neu} -Übungen sammeln, Übungsleitern erstellen, Drehbücher zu den einzelnen Übungen erstellen lassen, B^{neu} auf der inhaltlich-logischen Ebene mithilfe von SAE-Modellen, auf der Vorstellungsebene mit Imaginationsübungen und auf der Verhaltensebene mit In-vivo-Übungen trainieren

Die oben beschriebenen fünf Phasen der Kognitiven Umstrukturierung finden sich im Therapieablaufmodell in den Therapieabschnitten (5)–(8) wieder. (Die Phasen 3 und 4 der Kognitiven Umstrukturierung sind in obiger Übersicht in Phase 7 zusammengefasst, da sie im therapeutischen Vorgehen sinnvollerweise in einem Zuge abgehandelt werden.)



Die Kognitive Umstrukturierung ist auch im Konzept der Integrativen KVT ein derart zentraler Punkt, dass die Darstellung ihres therapeutischen Veränderungsprozesses in den folgenden Kapiteln anhand ihrer fünf Phasen ausführlich beschrieben wird.

3 Diversifikation der KVT durch Verfahren der »dritten Welle«

Im Abschnitt 2.3 betrachteten wir, wie sich die verschiedenen Kognitiven Verhaltenstherapien aufeinander zubewegt haben, sodass man schließlich von »der KVT«