



Stavemann

6. Auflage

# Integrative KVT



Arbeitsmaterial

Grundlagen und Praxis  
in einem Band

**BELTZ**

Leseprobe aus Stavemann, Integrative KVT, ISBN 978-3-621-28994-8

© 2023 Programm PVU Psychologie Verlags Union in der Verlagsgruppe Beltz, Weinheim Basel  
<http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-621-28994-8>

# Inhalt

Vorwort	14
<b>I Grundlagen der IKVT</b>	
<b>1 Entwicklung der Kognitiven Verhaltenstherapien</b>	18
1.1 Abgrenzung zur orthodoxen Verhaltenstherapie	19
1.2 Kognitiv-verhaltenstherapeutische Modelle	20
1.3 Modellspezifische Schwerpunkte	21
<b>2 Wesen und Kennzeichen Kognitiver Verhaltenstherapien</b>	24
2.1 Ziele und Methoden der KVT	25
2.2 Grundlagen kognitiv-verhaltenstherapeutischer Modelle	27
2.3 Indikation und Kontraindikation	29
<b>3 Diversifikation der KVT durch Verfahren der »dritten Welle«</b>	35
<b>4 Begründung der IKVT</b>	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

<b>5</b>	<b>Kennzeichen der IKVT</b>	<b>76</b>
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
<b>6</b>	<b>Kognitionen, Denkstile und Konzepte</b>	<b>102</b>
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

<b>7</b>	<b>Das Emotionsmodell der IKVT: das SKR-Modell</b>	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: $K_{\text{Bewerten}}$	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: $R_{\text{Emotion}}$	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
<b>8</b>	<b>Problemrelevante Konzepte identifizieren</b>	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 Vorstellungsbildungen, In-Vivo-Übungen und Hypnose rekonstruieren	177
<b>9</b>	<b>Situationsbezogene Ziele erheben und auf Funktionalität prüfen</b>	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
<b>10</b>	<b>Problemrelevante Konzepte auf Funktionalität prüfen</b>	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
<b>11</b>	<b>Neue, funktionale Konzepte erarbeiten</b>	<b>229</b>
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
<b>12</b>	<b>Problemtypische stringente Behandlungspläne erstellen</b>	<b>238</b>
12.1	IKVT-typischer Behandlungsplan für SWP	238
12.2	IKVT-typischer Behandlungsplan für FIP	239
12.3	IKVT-typischer Behandlungsplan für ExP	243
<b>13</b>	<b>Neue, funktionale Konzepte bahnen</b>	<b>247</b>
13.1	Funktionale Übungen festlegen	247
13.1.1	Das Ziel von K <sup>neu</sup> -Übungen	247
13.1.2	Anforderungen an K <sup>neu</sup> -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
<b>III</b>	<b>Praxis der IKVT</b>	
<b>14</b>	<b>Grundsätze für das praktische Anwenden von IKVT</b>	<b>262</b>
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

<b>15</b>	<b>Phase 1: Erstkontakt / Sprechstunde(n)</b>	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 verfügen 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
<b>16</b>	<b>Phase 2: Exploration, Anamnese, Diagnose und Therapieplanung</b>	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 Krankheitsanamnese, 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

<b>17</b>	<b>Phase 3: Lebensziele analysieren und planen</b>	<b>341</b>
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
<b>18</b>	<b>Phase 4: Problemeinsicht, Veränderungsmotivation und reflexive Persönlichkeit aufbauen</b>	<b>359</b>
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
<b>19</b>	<b>Phase 5: Das Kognitive Modell zum Entstehen und Steuern von Emotionen vermitteln</b>	<b>381</b>
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
<b>20</b>	<b>Phase 6: Dysfunktionale Konzepte und Denkstile identifizieren</b>	<b>395</b>
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
<b>21</b>	<b>Phase 7: Identifizierte Konzepte auf Angemessenheit prüfen und neue, funktionale erstellen</b>	<b>401</b>
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 <sup>neu</sup> ) 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
<b>22</b>	<b>Phase 8: Neue, funktionale Konzepte bahnen</b>	<b>508</b>
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
<b>Anhang</b>		
	Hinweise zum Arbeitsmaterial	540
	Literatur	542
	Sachwortverzeichnis	553

# 5 Kennzeichen der IKVT

- 5.1 Die Therapeut:innenvariablen
- 5.2 Gesprächsführung in der IKVT
- 5.3 Das Wahrheitskonzept und dessen Implikationen
- 5.4 Die »innere« und »äußere Freiheit« und ihre Implikationen
- 5.5 Das Emotionskonzept der IKVT

Im vorangegangenen Abschnitt betrachteten wir die therapietheoretischen Grundlagen der IKVT. Wenden wir uns nun den typischen Therapievariablen zu.

## 5.1 Die Therapeut:innenvariablen

Zu den Therapeut:innenvariablen zählen:

- ▶ die Therapeut:in-Klient:in-Beziehung und die therapeutische Haltung,
- ▶ die Funktionen und Aufgaben der Therapeut:innen sowie
- ▶ die dazu nötigen Anforderungen.

### 5.1.1 Die Therapeut:in-Klient:in-Beziehung und die therapeutische Haltung

In diversen Untersuchungen wird die besondere Bedeutung der Therapeut:in-Klient:in-Beziehung nachgewiesen (Grawe et al., 2001; Schindler, 1991; Tscheulin, 1992; Zimmer, 2022). Wie wohl für die meisten therapeutischen Ansätze gelten auch für die IKVT Vertrauen, Kompetenz, Glaubwürdigkeit und emotionale Zugewandtheit als grundlegende Faktoren für eine förderliche Beziehung.

**Die sokratische Haltung.** Wie bereits mehrfach angeführt (s. a. Abschn. 4.3.1), ist die sokratische Haltung der Therapeut:innen *das* zentrale Merkmal der Beziehungsgestaltung in der IKVT. Sie bezeichnet einen philosophisch orientierten Gesprächsstil, der durch eine nicht-wissende, naiv fragende, um Verständnis bemühte, zugewandte, akzeptierende therapeutische Haltung geprägt ist. Sie dient dem Ziel, dass die Klient:innen durch die Fragen der Therapeut:innen ihre alten Konzepte und Strategien, die zu den beklagten Symptomen führen, reflektieren und danach eigenverantwortlich entscheiden, ob sie sie durch neue funktionale Alternativen ersetzen wollen, falls sie darin Widersprüche oder Mängel erkennen. Zu diesem Zweck bedienen sich IKVT-Therapeut:innen verschiedener Frage- und Prüftechniken (s. Abschn. 10.2). Da sie die alten

Konzepte der Klient:innen weder bewerten noch versuchen, sie als ungeeignet, falsch oder schädlich darzustellen, sondern ausschließlich die Klient:innen dazu anleiten, die eigenen Konzepte daraufhin zu prüfen, ob sie diese selbst für angemessen, logisch und zielführend halten und ob sie weiterhin bereit sind, den dafür notwendigen Preis in Form der beklagten Symptome zu (er)tragen, werden Widerstände bei den Klient:innen minimiert. Sie entscheiden selbst und eigenverantwortlich. Die Therapeut:innen unterstützen lediglich beim Reflektieren der alten Konzepte und beim Suchen nach Alternativen, ohne letztere vorzuschlagen oder die Suche danach inhaltlich zu beeinflussen. Sie helfen auch dabei, neue Alternativen wieder gemeinsam auf Angemessenheit und Funktionalität zu prüfen. Die neutrale Position der Therapeut:innen beinhaltet auch ihre Abstinenz bei direktem Verstärken. Sie leiten stattdessen die Klient:innen zum Selbstverstärken bei Erfolgen im Sinne der Übungsziele an und lassen sie dazu ihre Ergebnisse an den eigenen Zielen und Maßstäben messen.

**Empathie.** Nimmt man den Begriff Empathie in seiner ursprünglichen, altgriechischen Bedeutung, so bezeichnet er *Leidenschaft* als Substantiv aus dem Verb *mitleiden*. Er bezeichnet die Fähigkeit, Konzepte, Emotionen, Absichten und Persönlichkeitseigenschaften eines anderen zu erkennen und zu verstehen. Letzteres beschreibt auch das Verständnis des Empathie-Begriffs in der IKVT. »Emotionales Mitschwingen« oder »Mitfühlen« im Sinne von *mitleiden* fällt nicht darunter. Zum Zweck der eigenen Psychohygiene trennen IKVT-Therapeut:innen stets sauber zwischen »mein Problem« und »dein Problem« und haben nicht selbst an den emotionalen Turbulenzen ihrer Klient:innen teil.

### Definition

In der IKVT meint **Empathie** die Bereitschaft und das Bemühen der Therapeut:innen zur Perspektivenübernahme, d. h., sich in die Rolle und Position der Klient:innen hineinzusetzen und zu versuchen, die Welt aus deren Perspektive zu sehen und zu verstehen.

**Plausibilität und Realitätsbezug.** Die Glaubwürdigkeit einer Therapie, von Therapeut:innen und von einer jeden Aussage ist abhängig von ihrer Plausibilität und ihrem Realitätsbezug. IKVT-Therapeut:innen achten daher besonders auf die Widerspruchsfreiheit und Plausibilität ihrer Äußerungen und ihres eigenen Verhaltens. Gelingt ihnen das nicht, ist ihre Glaubwürdigkeit – und damit einer der wesentlichen Wirkfaktoren im therapeutischen Prozess (vgl. Grawe, 2001) – schnell erschüttert. Auch für die alte sokratische Forderung nach einem Realitäts- und Alltagsbezug (s. Platon, 1986; Epiktet, 2009 [52]; Nelson, 1929; Horster, 1986) bedarf es keiner komplizierten Begründung: Therapeutische Arbeit ohne praktische Relevanz, Realitäts- und Alltagsbezug wirkt nicht motivationsfördernd. Sie wird daher stets auf Alltagsbeispielen der Klient:innen fußen, und ihre Ergebnisse müssen sich an der Realität messen lassen, denn – im Sinne des Pragmatismus ausgedrückt – »The truth is what works« (Helle, 1992, S. 45).

**Struktur und Transparenz.** Sobald nach dem Abschluss der Anamnese und Diagnostik das Therapieziel vereinbart ist, erarbeiten IKVT-Therapeut:innen den Behandlungsplan mit der optimalen Strategie für den phasentypisch strukturierten Veränderungsprozess (s. Abschn. 14.1), den sie (auch gegen mögliche Widerstände der Klient:innen) konsequent und stringent verfolgen, solange diese den therapeutischen Auftrag nicht widerrufen. Die Bedeutsamkeit eines strukturierten und stringenten Vorgehens für den Therapieerfolg (und zwar sowohl beim Therapieablauf insgesamt als auch in den einzelnen Therapiestunden) wurde mehrfach aufgezeigt (Lazarus, 1971; Hoffmann, 2022). Die Inhalte des Veränderungsprozesses sind dabei jedoch klient:innen- und problemspezifisch (s. Kap. 12, Margraf & Schneider, 1992; Hautzinger, 1992).

Die Therapeut:innen machen den Veränderungsprozess für die Klient:innen ebenso transparent wie die meisten der dabei genutzten therapeutischen »Werkzeuge«, um ihnen auch für spätere emotionale Probleme eine Möglichkeit zur Selbsthilfe an die Hand zu geben. Therapeutische Interventionen, Hausaufgaben, Imaginations- oder Verhaltensübungen werden begründet, ihre Funktionalität erklärt. Die Klient:innen sollen stets genau wissen, wozu sie etwas tun, wo sie gerade stehen und wie der nächste Schritt zu ihren Zielen aussieht.

Darüber hinaus lassen sich keine weiteren allgemein gültigen Variablen zur Beziehungsgestaltung aufzählen. Zusätzliche individuelle Aspekte hängen von den Klient:innen, ihren Persönlichkeiten, Störungsbildern, von der jeweiligen therapeutischen Strategie, dem Setting und dem Stand der Therapie ab (genauer: Zimmer, 2022). Das Unterteilen in die Wirkfaktoren »therapeutische Intervention« und »Beziehungsgestaltung« scheint ohnehin unzweckmäßig, da sich beide schwer voneinander trennen lassen (genauer: Hoffmann, 2022). Die Beziehung ist dabei insofern hierarchisch, als die Therapeut:innen in ihrer Funktion als kompetente Fachleute die Klient:innen direktiv und zielorientiert vom Ist- zum Sollzustand leiten und die dazu optimalen Veränderungsprozesse allein bestimmen und nicht verhandelbar machen.

### Merke

Kennzeichnend für die **Therapeut:in-Klient:in-Beziehung** in der IKVT ist die neutrale, akzeptierende, nicht wertende sokratische Therapeut:innenhaltung, die sich am besten beschreiben lässt als gemeinsame Suche nach den für die Klient:innen optimalen individuellen Lösungen und dem anschließenden Umsetzen unter Anleitung der Therapeut:innen. Dabei bestimmen die Klient:innen ihre Ziele, die Therapeut:innen den Weg dorthin.

## 5.1.2 Aufgaben der Therapeut:innen

Es ist die Aufgabe von IKVT-Therapeut:innen,

- ▶ die emotionalen Störungen der Klient:innen im Zusammenhang mit ihrer Persönlichkeitsstruktur und ihren soziokulturellen und lerngeschichtlichen Hintergründen zu erfassen, zu diagnostizieren und makro- und mikroanalytisch einzuordnen,
- ▶ den Klient:innen zur Einsicht in die Zusammenhänge, Ursachen und Funktionalität ihrer Probleme und der daraus resultierenden Symptome zu verhelfen,
- ▶ die Änderungsziele der Klient:innen auf Rationalität, Funktionalität und Widerspruchsfreiheit zu prüfen und gegebenenfalls mit ihnen begründet zu überarbeiten,
- ▶ stringente, strukturierte Behandlungspläne für die geprüften Klient:innenziele aufzustellen und ihnen plausibel zu erklären und
- ▶ die erarbeiteten Behandlungspläne konsequent und stringent zu verfolgen und darauf zu achten, dass auch die Klient:innen diese nicht verlassen, bevor sie das Therapieziel erreichen – oder den Therapieauftrag widerrufen.

## 5.1.3 Die Therapeut:innenanforderungen

Die Anforderungen an IKVT-Therapeut:innen unterscheiden sich nicht wesentlich von denen an die Therapeut:innen anderer Behandlungsansätze. Von ihnen wird Folgendes erwartet:

**Fachwissen und Kompetenz.** Die Therapeut:innen sollen nicht nur tiefes Wissen über die vorliegenden Störungen besitzen, sondern auch die notwendigen Kenntnisse, wie diesen mit welchen therapeutischen Interventionen und Strategien optimal zu begegnen ist. Diese Kompetenz sollen sie den Klient:innen durch demonstriertes Verständnis der Probleme, klare Struktur, plausible Interventionsvorschläge und kongruentes Verhalten vermitteln, um ihre Glaubwürdigkeit und damit auch die Motivation der Klient:innen zu stärken.

**Empathie und Menschenkenntnis.** Je häufiger sich jemand empathisch in die Denk-, Normen- und Moralsysteme anderer hineinversetzt, umso eher wird man sie im Hinblick auf deren Psyche, deren emotionale Befindlichkeit und Verhaltensmuster verstehen und diesbezüglich zunehmend treffendere Prognosen abgeben. Durch die fortwährenden Perspektivenwechsel und das Verständnis anderer Sicht- und Verhaltensweisen wird sukzessive »Menschenkenntnis« erworben und damit die Trefferquote von »begründeten Intuitionen«, erstem Eindruck und vermuteten Reaktionen der Betroffenen erhöht. Je besser das empathische Verständnis von den Klient:innen und ihrer Perspektive, desto besser können die Therapeut:in-Klient:in-Beziehung und die therapeutische Strategie für eine spezifische Klient:innenpersönlichkeit und Problematik gestaltet werden.

**Eigene Struktur und Kongruenz.** Niemand wirkt unglaubwürdiger als der, der eigenen Ratschlägen zuwider handelt. Die Therapeut:innen fungieren auch hier als Modell. Ihre Strukturiertheit darf sich dabei nicht im Therapieplan erschöpfen, sondern soll auch in den Interaktionen mit den Klient:innen vorgelebt werden. Ein noch so sinnvoll strukturiertes Verhalten verliert seine Wirkung, wenn es nicht in der Interaktion mit dem Klienten gelebt wird.

rierter Therapieplan ist unglaubwürdig bei Therapeut:innen, die sich selbst irrational, konfus, unstrukturiert, ziellos oder chaotisch verhalten – scheint doch die vorgeschlagene Methode bei ihnen selbst nicht zu fruchten. Um die Glaubwürdigkeit und Kompetenz nicht zu gefährden, verhalten die Therapeut:innen sich daher nicht nur auf verbaler und mimischer Ebene kongruent, sondern auch im eigenen Denken, Planen und Handeln.

**Selbstvertrauen ohne bedingungsgesteuertes Selbstwertschöpfen.** Die Therapeut:innen sollen nicht nur Selbstvertrauen in die eigene Kompetenz und Fähigkeit besitzen, sondern dies auch ausstrahlen, um die Klient:innen zu motivieren. Eine Reflexion der eigenen Kriterien zum Selbstwert wird sie dazu veranlassen, sich nicht pauschal nach Leistung, Beliebtheit, Perfektionismus, Besitz oder anderen Voraussetzungen zu bewerten, sondern auf ein pauschales Selbst- und Fremdbewerten komplett zu verzichten. Dadurch tendieren sie bei Kritik, Ablehnung oder Aggression ihrer Klient:innen nicht dazu, mit eigener »Verletzung«, Selbstabwerten oder Versagensängsten zu reagieren und um die Zuneigung und Achtung der Klient:innen zu buhlen. Nur so kann es ihnen gelingen, anderen beim Bearbeiten von Selbstwertproblemen behilflich zu sein.

**Ausgereifte und reflektierte Persönlichkeit ohne Wahrheitsanspruch.** Je ausgereifter und reflektierter die Therapeutenpersönlichkeit und je weniger sie mit eigenen »blinden Flecken« behaftet ist, umso eher können Therapeut:innen anderen beim Problemlösen und persönlichen Reifen behilflich sein. Dazu gehören auch eine eigenverantwortlich erstellte, selbstbestimmte Lebensphilosophie und moralische Grundhaltung, die die Therapeut:innen ohne Wahrheitsanspruch kongruent leben. Um dies zu erreichen, setzen sie sich mit der Subjektivität von Vernunft, Erkenntnis und Wahrheit auseinander (s. Abschn. 5.3).

**Geduld und Interesse.** Es klingt so selbstverständlich: Therapeut:innen sollen sich in die Denkweisen, Konzepte, Lebensphilosophien und das soziokulturelle Normengefüge ihrer Klient:innen hineindenken. Aber gerade Therapeut:innen, die sich noch nicht hinreichend mit der subjektiven Wahrheitsdefinition auseinandergesetzt haben, bringen oft nicht die nötige Geduld und das Interesse auf, um das »kranke« System der Klient:innen zu erfassen, sondern warten ungeduldig darauf, das eigene »gesunde« System vermitteln zu dürfen. Letzteres wäre jedoch absolut unverträglich mit der sokratischen Haltung von IKVT-Therapeut:innen. Es ist schon oft mühsam und langwierig, in fremde Gedankenwelten und Konzepte einzutauchen. Aber nur ihr Verständnis ermöglicht ein Erkennen und Korrigieren von Widersprüchen, Irrationalitäten oder Dysfunktionalitäten *innerhalb* dieser Systeme, aus der Perspektive der Betroffenen.

All diese Forderungen klingen nur allzu plausibel und zwingend für optimale Therapieprozesse. Der Weg dahin ist aber auch für Therapeut:innen mühselig und langwierig. Er führt über das eigene Reifen, den Erwerb von Menschenkenntnis und »begründeter Intuition«, innerer Gelassenheit und einer Form multifaktoriellen Selbstbewertens, die nicht pauschal erfolgt oder an äußere Bedingungen geknüpft wird, über die Stationen Selbsterfahrung, Training, Supervision, Intervision – und dazwischen gilt: üben, üben, üben ... Wenn das nicht gleich perfekt klappt: Das ging einst auch heute brillanten Therapeut:innen so. Aber der mühsame Weg zum Erfolg ist damit beschrieben.

## 5.2 Gesprächsführung in der IKVT

Über die bereits beschriebene sokratische Haltung hinaus ist der Gesprächsstil von IKVT-Therapeut:innen gekennzeichnet durch unterschiedliche gezielte Fragetechniken zum Verständnis der Klient:innenmodelle und ihrer Hintergründe (s. Abschn. 10.2.1), durch spezielle Prüftechniken (s. Abschn. 10.2.2) und Sokratische Dialoge zum Erarbeiten und Prüfen vorhandener Konzepte (s. Abschn. 10.3), wobei Letztere auch zum Erstellen funktionaler Alternativen verwendet werden. Beim Anwenden dieser Methoden bedienen sich IKVT-Therapeut:innen verschiedener Hilfsmittel wie Alltagsbezüge, Analogien und Metaphern, Logik und Rhetorik, Rollenspiele und Perspektivenwechsel, Reframing, Karikieren und Pointieren, Humor und Ironie (nicht Zynik!), positive und negative Modelle, »Worst-case-Szenarien« und der Rolle des »Advocatus diaboli«.

### Allgemein verständliches Kommunizieren

**Präziser Sprachgebrauch.** Korzybski (1951, 2021) und Hayakawa (2008) haben in den 1920er und 1930er Jahren die Wechselwirkung zwischen Denken und Sprache beschrieben und einen präzisen Sprachgebrauch propagiert, da unpräzises Denken zu ungenauem Sprachgebrauch führe und dieser wiederum zu noch unpräziserem Denken. IKVT-Therapeut:innen bemühen sich daher um eine exakte Sprache, um ihre Klient:innen modellhaft zu eigenem Präzisieren beim Sprechen und Denken zu verhelfen. Sie verzichten dazu weitgehend auf den Gebrauch des generalisierenden Wortes »sein« und nutzen stattdessen das »E-Prime« (s. Abschn. 4.6). Auch den inflationären Gebrauch der dritten Person schrauben sie auf das Zutreffende zurück: Statt »Es ist schon spät, wir sollten gehen«, besser: »Ich finde es spät und möchte gehen«; statt »Man macht das nicht«, besser: »Ich möchte nicht, dass du das machst«. Ein sinnvoller Gebrauch liegt nur bei Begebenheiten jenseits menschlicher Einflussnahme vor: »Es regnet«.

**Benenne Ross und Reiter!** Leider lernen wir alltäglich durch Nachrichtensprecher:innen, wie man Sprache verwässern und zur Desinformation verwenden kann. So hören wir z. B.: »Bei der Demo flogen Flaschen und Brandsätze.« Die meisten von uns wissen, dass Flaschen und Brandsätze nicht fliegen können. Sie müssen von jemandem geworfen werden. IKVT-Therapeut:innen benennen stets konkret Verantwortliche und Verursachende. Statt: »Es war sehr laut gestern Abend«, besser: »Moni, Felix und Carsten fand ich gestern Abend sehr laut«; statt: »Na ja, jeder weicht ja gern mal vor Unangenehmem aus«, besser: »Ich weiche gern aus, wenn mir etwas unangenehm ist«; statt: »Es fielen wüste Beschimpfungen«, besser: »Diese drei Radfahrenden haben den Einparkenden wüst beschimpft«.

**Nutze die Reflexivität von Verben!** Unsere Sprache ist sehr präzise, wenn es darum geht, Verantwortung zuzuschreiben. Dies lässt sich z. B. an den emotionsbeschreibenden Verben erkennen: *sich* freuen, *sich* ärgern, *sich* schämen, *sich* sorgen oder *sich* ängstigen. Sie sind reflexiv. Das hält nun leider viele nicht davon ab, dies auf den Kopf zu stellen und mit Inbrunst zu behaupten: »Du ärgerst mich / beschämst mich / machst mir Angst«, um damit anderen die Verantwortung für die eigene emotionale Befindlichkeit in die Schuhe zu schieben. IKVT-Therapeut:innen achten darauf, diese Eigenverantwortung für Emo-

tionen sprachlich präzise zu formulieren und auch durch ihre Klient:innen entsprechend ausdrücken zu lassen.

Hilfestellung zum eigenen sprachlichen Präzisieren, zum semantischen »Wohlgestalten« und zum Vermeiden von Nominalisierungen, Generalisierungen, Tilgungen und Verzerrungen liefern z. B. Bandler und Grinder (2011). Weitere grundlegende Regeln für die Gesprächsführung und das Agieren von Therapeut:innen zeigt folgende Übersicht.

### **Grundlegende Regeln für Gesprächsführung und therapeutisches Handeln in der IKVT**

- ▶ **Frage und höre zu, um zu verstehen!** Bevor Therapeut:innen entscheiden können, ob Sichtweisen oder Handeln funktional sind oder nicht, müssen sie zunächst die Klient:innenperspektiven, deren individuelle Lebensphilosophien, (Lebens-)Ziele, Zielhierarchien sowie moralische und soziokulturelle Positionierungen erfragen und verstehen, denn diese bilden dabei den alleinigen Entscheidungsmaßstab.
- ▶ **Frage konkret oder gar nicht!** Fragen dienen dem Klären spezifischer Wissens- oder Verständnislücken, *nicht* dem Erhalt des Gesprächsflusses oder einer »frei flottierenden« Exploration nach dem Motto: »Je mehr ich über die Klient:innen weiß, umso besser«, oder gar zum Befriedigen eigener Neugier. Je konkreter die Frage, desto konkreter ist meist auch die Antwort darauf.
- ▶ **Prüfe, ob die Antwort zur Frage passt!** Zudem ist bei konkreten Fragen leicht erkennbar, ob sie auch beantwortet werden. Da sie dem Klären von Wissens- oder Verständnislücken dienen, geben sich IKVT-Therapeut:innen nicht mit einer Antwort auf eine völlig andere Frage zufrieden, sondern wiederholen unbeantwortete Fragen so lange, bis sie die Antwort darauf erhalten – oder sie wechseln auf die Metaebene, z. B.: »Wissen Sie noch, was ich eben gefragt habe?«, um zu prüfen, ob der/die Klient:in die Frage verstanden hat oder sich in eigenen Gedankenkreisen aufhält). Oder sie fragen: »Kann es sein, dass Sie diese Frage nicht beantworten möchten?«, z. B. falls sie glauben, damit bei Klient:innen angst- oder schambesetzte Themen angesprochen zu haben.
- ▶ **Keine Pingpong-Gespräche!** Wer sich – vielleicht aus der Befürchtung, sonst nicht zu Wort zu kommen – auf verbalen Schlagabtausch einlässt oder gar um das Wort kämpft, gönnt sich selbst und den Klient:innen wenig Zeit zum Nachdenken und zum Reflektieren des Besprochenen. IKVT-Therapeut:innen verlangsamen solche Gespräche, z. B. indem sie den Redefluss der Klient:innen unterbrechen: »Moment bitte, das sind viele Informationen, die muss ich erst sortieren«, »Moment bitte, dazu habe ich eine Verständnisfrage«. Oder, falls Klient:innen abschweifen oder das Thema vermeiden: »Ich möchte Sie hier unterbrechen und zurück zu unserem Thema kommen.«

- ▶ **Nimm (Denk-)Pausen, wenn du sie brauchst!** Besonders Berufsanfänger:innen meinen häufig, auf alles sofort reagieren oder antworten können zu müssen und setzen sich durch diesen irrationalen Anspruch gehörig unter Druck. Klient:innen werden es nicht übelnehmen, wenn Therapeut:innen sich Zeit nehmen, das Gesagte sorgfältig zu überdenken. Sie sollten sich z. B. immer dann Denkpausen nehmen, wenn sie ihren roten Faden verloren haben, neue Information verarbeiten müssen oder auf Störungen stoßen, die ein Ändern ihres Therapiestundenplans erfordern.
- ▶ **Klient:innen bestimmen das Ziel, Therapeut:innen den Weg!** Da die Klient:innen mit den erarbeiteten Lösungen leben und zufrieden sein sollen, bestimmen ausschließlich sie die Therapieziele. Sind diese aus therapeutischer Sicht unrealistisch, irrational oder (nach eigenem Maßstab) unmoralisch, wird man dies begründet mitteilen und eine Therapie mit den angestrebten Zielen u. U. nicht mittragen. Willigen Therapeut:innen in die aufgestellten Therapieziele ein, sind sie verantwortlich für die optimale therapeutische Strategie und den konsequenten Veränderungsprozess, die zu diesen Zielen führen.
- ▶ **Keine Kompromisse in der therapeutischen Strategie!** In ihrer optimalen Strategie und der Stringenz ihres Behandlungsplans sind IKVT-Therapeut:innen nicht kompromissbereit, denn dieser liegt allein in ihrer fachlichen Verantwortung. Sie verlassen die gewählte Strategie nicht zugunsten zweit- oder drittbesten Alternativen auf Wunsch von Klient:innen («Ich habe gehört, man kann das auch unter Hypnose lernen», »Hausaufgaben kann ich nicht machen, ich bin ohnehin so eingespannt« oder »Ich glaube, es reicht, wenn Sie mit meinem Mann sprechen«). Sind Klient:innen vor Beginn der Veränderungsphase (Phase 5 im ambulanten Therapieprozess) mit dem begründet dargelegten Therapieplan nicht einverstanden, steht es ihnen natürlich frei, jemanden zu suchen, der die von ihnen favorisierte Methode anwendet.
- ▶ **Arbeite nicht mehr als dein:e Klient:in!** Besonders Berufsanfänger:innen legen oft Wert auf Anerkennung ihrer Klient:innen dafür, dass diese kurzfristig Therapieerfolge oder zumindest eine Symptomlinderung verspüren. Sie bereiten sich vor, lesen sich ein, planen, versuchen zu überzeugen, anzuleiten und würden die notwendigen Lernschritte am liebsten auch noch selbst übernehmen. Nicht wenige Klient:innen lehnen sich dann zurück und beobachten die Therapeut:innen dabei, wie die sich für sie abstrampeln – sei es aus Bequemlichkeit oder aus einem medizinischen Krankheitsverständnis heraus («Ich bin doch hier und lasse alles mit mir machen. Mal sehen, ob die Behandlung wirkt«). Die Therapeut:innen sollten nicht nur vermitteln, wie und unter welchen Voraussetzungen Therapie wirkt, nämlich durch mühsames Um- oder Neulernen *der Klient:innen*, sondern sich dann auch an diese Einsicht halten und notwendige Schritte für eben dieses Neu- oder Umlernen fordern und fördern. Um falschen Erwartungen entgegenzuwirken, bereiten sie die Klient:innen darauf vor, dass erste Therapieerfolge nicht vor dem *Anwenden* neuer Konzepte im Klient:innenalltag zu erwarten sind, also in der Regel nicht vor der 15. Therapiestunde.

- ▶ **Moralapostel, Sendungsbewusste und Helfersyndrom-Praktizierende sind unerwünscht!** IKVT-Therapeut:innen haben verinnerlicht, dass sie die objektiv *wahre, richtige* oder *gute* Lebensphilosophie selbst nicht kennen und dass demnach auch (Lebens-)Ziele, Therapieziele und Verhaltensweisen der Klient:innen nur im Hinblick auf *deren* moralische Grundeinstellung und soziokulturellen Hintergrund zu bewerten sind. Sie nehmen daher keinen Einfluss auf Klient:innenziele und -verhalten, sondern lassen diese nach dem Betrachten und Abwägen der entsprechenden Konsequenzen eigenverantwortlich und selbstbestimmt eigene Wege festlegen und beschreiten. Sie versucht auch nicht, diese Wege *für ihre Klient:innen* zu gehen oder sie gar dort »hinzutragen«.
- ▶ **Verwende keine ungeprüften Hypothesen!** Das klingt so selbstverständlich, aber leider wird gerade gegen diese Forderung immer wieder verstoßen. Hypothesen sind unerlässlich, ihr Prüfen umso mehr. IKVT-Therapeut:innen füllen Lücken beim Verständnis ihrer Klient:innen nicht mit ungeprüften Annahmen oder eigenem »Vorwissen«, wie Ähnlichkeiten zu anderen Klient:innen, sondern erheben die zum Prüfen notwendigen Fakten durch gezielte, konkrete Fragen.

### 5.3 Das Wahrheitskonzept und dessen Implikationen

Wir holen etwas weiter aus, um zu verstehen, weshalb Wahrheit für Menschen nur bedingt und nicht objektiv erfassbar ist.

#### Erkenntnistheoretische Probleme

Das Verlangen nach »gesicherter Wahrheit« führt in philosophischen Erklärungsmodellen immer wieder zu Versuchen, dies mit »harten« Fakten und experimentellen Verfahren zu ergründen. Sie endeten bisher regelmäßig in der resignativen Erkenntnis, dass Interaktions- und Motivationsprozesse oder Fragen zur Sinn- und Identitätsbildung mithilfe behavioristisch-szientistischer Konzepte und Methoden nicht zu erklären sind, und im erneuten Hinwenden zu interpretativen, hermeneutischen Verfahren mit ihren durch Exploration und Innenschau erhobenen »weichen« Daten. Horster (1994) sieht demzufolge die Geschichte der Philosophie als zweieinhalbtausendjährige Suche nach »Wahrheit«. Da Wahrheitsaussagen aus Erkenntnissen abgeleitet werden, ist auch die Frage zu klären, ob objektive Erkenntnisse für Menschen möglich sind. Erkenntnisse basieren auf Wahrnehmungsprozessen, sodass auch diese kritisch daraufhin betrachtet werden müssen, ob sie objektiv und vollständig für Menschen erfassbar sind. Die zeitliche Abfolge beim Aufstellen von Wahrheitsaussagen sieht dann wie folgt aus.

Wahrnehmung → Erkenntnisse → Wahrheitsaussagen

Abbildung 5.1 Zeitliche Abfolge des Erkenntnisgewinns