

Psychotherapie-Wissenschaft, Jg. 3, Heft 2 (2013)

Interview

Dr. Harlich Stavemann

Integrative Kognitive Verhaltenstherapie

Das Interview führte Theodor Itten

Zusammenfassung: Dr. Stavemann ist seit über 35 Jahren in Hamburg als niedergelassener Psychotherapeut praktisch tätig. Im Gespräch erzählt der Autor vieler Sachbücher zu diversen Themen der KVT, was ihn persönlich motivierte und beeinflusste, Psychologe und Psychotherapeut zu werden. Das diagnostische Konzept, nach dem Integrative Kognitive Verhaltenstherapeuten vorgehen, wird differenziert aufgezeigt. Die Problembereiche typischer kognitiver Muster, Konzepte, Schemata oder Metakognitionen werden als Verhaltens- und Erfahrungsreaktionen in konkreten Lebensumständen kritisch reflektiert. Die Monopolisierung der akademischen Psychologie durch VerhaltenspsychologInnen wird thematisiert. Neue neuropsychologische Einsichten bereichern die Psychotherapie und Integrative KVT.

Schlüsselwörter: Integrative Kognitive Verhaltenstherapie, Diagnostisches Konzept, Sokratischer Dialog, Psychologie, Veränderungspotential.

Abstract: Integrative Cognitive Behaviour therapy

Dr. Harlich Stavemann interviewed by Theodor Itten

Dr. Stavemann has been based in Hamburg for over 35 years working actively as a psychotherapist. During the interview, the author of many text books relating to diverse themes in the field of Cognitive Behaviour Therapy tells about what personally motivated him and influenced his decision to become a psychologist and psychotherapist. The diagnostic concept, in terms of the Integrated Cognitive Behavioural therapists' approach, is illustrated in a differentiated way. The problem areas of typical cognitive patterns, concepts, schemata or meta-cognition are critically reflected on as behavioural and experiential reactions in concrete life situations. Behavioural therapists monopolising of academic psychology was a central theme. New neuropsychological insights enrich psychotherapy and Integrative Cognitive Behavioural therapy.

Keywords: Integrative Cognitive Behaviour Therapy, Diagnostic Concept, Socratic Dialogue, Psychology, Change potential.

Resumé: Thérapie cognitive du comportement intégrée

Theodor Itten interviewe le dr. Harlich Stavemann

Le docteur Stavemann travaille depuis plus de 35 ans à Hambourg en tant que psychothérapeute indépendant. Il a publié de nombreux ouvrages spécialisés sur des thèmes variés relevant de la thérapie cognitive du comportement. Lors de l'interview, il indique ce qui l'a motivé à devenir

psychologue et psychothérapeute. La conception diagnostique fondant le travail des professionnels pratiquant un mode intégratif de thérapie du comportement est décrite de manière différenciée. Les domaines problématiques de schémas cognitifs typiques, de concepts et de métacognitions sont perçus comme relevant de réactions au niveau du vécu et de l'expérience à des conditions existentielles concrètes. Il est également question de la manière dont la psychologie universitaire est monopolisée par les thérapeutes du comportement. La méthode de psychothérapie en question a elle aussi bénéficié des connaissances récemment acquises par la neuropsychologie.

Mots clés: Thérapie cognitive du comportement, concept diagnostique, dialogue socratique, psychologie, potentiel de changement.

TI: Werter Dr. Stavemann, wie war Ihr eigener Weg in die Psychologie? Was hat Sie damals motiviert Psychologie zu studieren und Psychologe zu werden?

HS: Als ich Anfang der 1970er Jahre begann, Psychologie zu studieren, war das für mich ein glücklicher Zufall. Ursprünglich etwas orientierungslos, ließ ich mich von der Berufsberatung zu etwas „Handfestem“ überzeugen und studierte zunächst BWL. Hierfür konnte ich mich nicht wirklich begeistern und suchte nach der Zwischenprüfung meine beiden Wahlfächer weitest möglich entfernt von betriebswirtschaftlichen Inhalten in der Soziologie und der Psychologie.

Ich war schon damals sehr an Menschen interessiert und reiste viel in der Welt umher, um neue Kulturen und deren typische Verhaltensmuster kennenzulernen. Im Nebenfach Psychologie entdeckte ich dann meine wahren Interessen und habe dieses dann auch als Hauptfach mit dem Schwerpunkt Klinische Psychologie zu Ende studiert. Auch hierbei hatte ich großes Glück, denn ich gehörte zu den wenigen, aus heutiger Sicht Privilegierten, die bereits an der Universität gleich in drei Bereichen praktisch-therapeutische Ausbildungen mit eigener Klientel und Supervision erhielten: in Verhaltenstherapie, Gesprächspsychotherapie und Sozialtherapie, Letzteres im Fachbereich Sozialpsychologie. Das hat mich sehr in meinem weiteren beruflichen Werdegang geprägt.

Die Psychotherapie steckte in Deutschland derzeit noch in den Kinderschuhen. Es gab für die wenigen nichtärztlichen PsychotherapeutInnen ausschließlich Selbstzahler und eigentlich reichte das kaum, um als Freiberufler seinen Lebensunterhalt zu verdienen. Hier verdanke ich erneut einem wohlmeinenden Schicksal, dass man mir gleich nach dem Studienabschluss eine Halbtagsstelle in der Psychologischen Beratungsstelle der Helmut-Schmidt-Universität anbot. Das ermöglichte mir, nebenher als Mitglied eigener Praxengemeinschaft freiberuflich tätig zu sein und mich dort zu etablieren. Nach 4 Jahren habe ich dann den Absprung gewagt und ausschließlich als niedergelassener Psychotherapeut gearbeitet. Etwas später wurde dann das Delegationsverfahren eingeführt. Damit waren die hierunter anerkannten niedergelassenen PsychotherapeutInnen dem bisherigen finanziellen Dauerrisiko entkommen.

TI: Wer oder was hat Sie für ihren Beruf inspiriert?

HS: Wie schon erwähnt, haben Zufälle und glückliche Umstände einen großen Anteil daran, was ich bis heute getan habe und womit ich mich beschäftige. Auf die Fährte meiner heutigen therapeutischen Richtung bin ich ironischerweise nicht im Rahmen meiner VT-Ausbildung gekommen, sondern während eines Seminars in der Gesprächspsychotherapie-Ausbildung. Dort wurden sollten verschiedene psychotherapeutische Verfahren gegenübergestellt und verglichen werden. Ich hatte mich – eher zufällig – für die damals in Deutschland noch neue Rational-Emotive Therapie von Albert Ellis gemeldet. Beim Einstieg in die Literatur war ich fasziniert davon, wie jemand anderes ganz präzise formulierte, was ich in ähnlicher, aber noch in ungeordneter und verquerrer Weise auch dachte. Insofern habe ich der GT meinen Einstieg in die Kognitiven Therapieverfahren zu verdanken.

Ich wollte dies unbedingt substantieller lernen, ohne aber den Aufwand zu treiben, für einige Jahre nach New York ans Albert Ellis Institute for Rational Living zu gehen. Einige Recherchen führten mich dann zu Rene Diekstra aus den Niederlanden. Er war lange Jahre Schüler von Ellis und Maultsby und lehrte als erster in Europa die RET. Nach einigen Fahrten ins niederländische Institut in Nijmegen gelang es mir, Rene Diekstra für eine mehrjährige Fortbildungsreihe nach Hamburg zu holen. Mit anderen an RET interessierten KollegInnen haben wir zu diesem Zweck die Gesellschaft für Kognitive Verhaltenstherapie in Hamburg gegründet. Nach dieser Ausbildung durfte ich mehrere Jahre als Co-Trainer zusammen mit Rene Diekstra arbeiten. Diese Phase hat mich sehr geprägt und ich verdanke ihm nicht nur viel von meinem heutigen therapeutischen Handwerkszeug und Know-how, sondern auch den Eintritt in meine eigene Tätigkeit als Supervisor, Lehrtherapeut und Dozent.

Mein anderes großes therapeutisches Vorbild ist Epiktet. Dieser faszinierende stoische Denker hat bereits zweitausend Jahre vor Ellis dieselben Erkenntnisse auf ebenso plastische Art verbalisiert und auf den Punkt gebracht. Wer Epiktets Lehre in unsere heutige Sprache umgesetzt und verinnerlicht hat, braucht eigentlich kein weiteres KVT-Buch mehr. Die Sokratiker und Stoiker liefern auch den heutigen PsychotherapeutInnen einen reichhaltigen Fundus, sei es für die therapeutische Haltung selbst oder für die therapeutischen Werkzeuge oder sei es das Erklärungsmodell für emotionales Leid und dessen eigenverantwortlich initiierte Veränderbarkeit.

Leider lernen die angehenden PsychotherapeutInnen heute keine oder kaum noch philosophische Fertigkeiten, da dies im Ausbildungscurriculum für die Approbationsausbildung nicht vorgesehen ist. Auch in den psychologischen Fachbereichen der Universitäten findet man nur selten philosophische Inhalte, die für die spätere psychotherapeutische Arbeit relevant sind. Man muss sich da schon selbst auf die Suche machen und solche Inhalte eigeninitiativ erlernen. Aber wer weiß das zu diesem Zeitpunkt schon? Mir ist diese Abstinenz unverständlich. Wie sollen PsychotherapeutInnen später mit den lebensphilosophischen Problemen ihrer Klienten umgehen, wenn sie dafür nicht ausgebildet und geschult wurden und selbst darüber nicht hinreichend reflektiert haben? Auch Mahoney und Chessick führen das Scheitern vieler therapeutischer Versuche auf eben diesen Mangel an philosophischen Fertigkeiten von PsychotherapeutInnen zurück. Frankl geht sogar noch einen Schritt weiter, wenn er behauptet, er habe noch keinen Fall von Neurose gesehen, der sich nicht als eine ungelöste metaphysische Frage entpuppt

hätte. Ich stimme diesem absolut zu und schwinge seit Jahrzehnten die Werbetrommel dafür, philosophische Inhalte wieder verpflichtend in die Psychotherapieausbildung aufzunehmen. Im Curriculum des IVT zur Ausbildung in Integrativer KVT ist dies seit jeher integraler Bestandteil.

Integrative Kognitive Verhaltenstherapeuten sind über diesen Zusammenhang nicht verblüfft, denn nach ihrem kognitiv-diagnostischen Erklärungsmodell lassen sich sämtliche lebensgeschichtlich erlernten psychischen Probleme auf lediglich drei Problembereiche zurückführen: auf Selbstwertprobleme, Frustrationsintoleranzprobleme und existentielle Probleme. Im Behandlungsplan werden dazu lebensphilosophische Themen aufgegriffen und auf sokratische Weise reflektiert. Hierzu gehören Fragen wie „Was ist ein guter/wertvoller Mensch?“, „Was ist ein sinnvolles Leben?“, „Was ist Gerechtigkeit/Sicherheit/Kontrolle?“, „Was ist gut/richtig/schlecht/falsch?“. Derart lebensphilosophische Fragen und Probleme lassen sich nur auf eben diesem philosophischen Wege klären.

TI: Sie schreiben, auch Kognitive Verhaltenstherapeuten beschäftigen sich mit dem Unbewussten, denn häufig sind den Betroffenen die Ursachen für ihre emotionalen Turbulenzen nicht (mehr) oder nur partiell bewusst. Was bedeutet diese Erkenntnis für die moderne Psychotherapie?

HS: Ich erwähnte zuvor schon das diagnostische Konzept, nach dem Integrative Kognitive Verhaltenstherapeuten vorgehen. Danach gibt es für die drei genannten Problembereiche typische kognitive Muster, Konzepte, Schemata oder Metakognitionen – wie immer man es nennen möchte. Diese werden – meist eher früher als später – von den Bezugspersonen durch Modelllernen übernommen und steuern dann schon sehr schnell unsere emotionalen und Verhaltensreaktionen, ohne dass es uns dann noch bewusst sein muss. Je häufiger sie wiederholt werden und je zentraler das Thema für den Betreffenden ist, umso schneller werden die Muster gebahnt, verankert und laufen künftig unbewusst ab.

Was unbewusst ist, kann natürlich schlecht von den Betroffenen auf Angemessenheit geprüft werden. Das erste Anliegen Integrativer Kognitiver Verhaltenstherapeuten besteht daher im Aufdecken, im Wiederbewusstmachen dieser emotions- und verhaltenssteuernden Konzepte. Wir kümmern uns nicht um das symptomatische Beschwerdebild – das aber auch wir natürlich kennen müssen – sondern zielen mit unserer Behandlungsstrategie auf die verursachenden Konzepte. Dies ist einer der Hauptvorteile der Problemorientierten Psychodiagnostik: dass sie aus der Diagnose stringent abzuleitende Behandlungspläne liefert. Man hat der klassischen VT á la Skinner bereits sehr früh vorgeworfen, dass hierbei der Fokus ausschließlich auf die phänomenologische Ebene gerichtet ist und ausschließlich an der Veränderung der Symptomatik gearbeitet wird. Leider kann man diesen Vorwurf auch den frühen kognitiven Psychotherapieansätzen machen. Häufig wurden hier ausschließlich kognitive Stile (also kognitive Symptome des zugrundeliegenden Problems) behandelt und endlos in ABC-Modellen disputiert. Die eigentlichen problemverursachenden dysfunktionalen Konzepte wurden häufig gar nicht bearbeitet, da sie für die Klienten unbewusst abliefen und deswegen nicht formuliert und dementsprechend auch nicht bearbeitet wurden. Hierzu gehören z. B. Selbstwertkonzepte,

Erwartungshaltungen, moralische Instanzen, persönlicher Geschmack, metaphysische Konzepte und Glaubenssysteme.

Integrative Kognitive Verhaltenstherapeuten richten ihr Augenmerk daher zunächst auf diese meist bereits unbewusst ablaufenden Muster – wie dies auch in anderen Verfahren der „3. Welle“ geschieht, wie z. B. der Schematherapie oder der Metakognitiven Therapie – und hieven sie mithilfe des Klienten und typischer KVT-Strategien wieder an die Oberfläche und damit ins bewusste Denken. Erst dann können sie von den Betroffenen daraufhin geprüft werden, ob sie diese Konzepte weiterhin glauben möchten und dafür den entsprechenden Preis in Form emotionaler, sozialer und somatischer Konsequenzen zahlen möchten oder nicht.

Als wesentlichste Konsequenz daraus für die moderne Psychotherapie sehe ich die Notwendigkeit, sich problem- statt symptomorientiert zu positionieren. Wenn wir auf langfristige Therapieerfolge ausgerichtet sind, werden wir uns die Mühe machen müssen, unsere Klienten in Gänze zu verstehen und zu begreifen – einschließlich ihrer unbewussten Konzepte, Handlungsanweisungen, Motive und Zielsetzungen. Für dieses Verständnis bietet die Integrative KVT den TherapeutInnen wertvolle Strategien, Tools und Leitfäden.

TI: Welche Relevanz hat die Psychologie für die Psychotherapie?

HS: Für die von mir vertretene Integrative KVT eine ganz wesentliche. Sie basiert auf wesentlichen Erkenntnissen der Lerntheorien, der Kognitiven Psychologie, was die notwendigen Bahnungsprozesse angeht auch auf den Erfahrungsschatz der Neuropsychologie und – ein oft unterschätzter Bereich für Psychotherapeuten – auf der Sozialpsychologie. Bei Letzterer geht es nicht nur um gruppensystemische und systemische Aspekte, sondern wir finden hier auch die ersten Erklärungsmodelle und eine Attributionstheorie für emotionale Reaktionen. Ohne die Erkenntnisse von Schachter und Singer, die Mitte des letzten Jahrhunderts die kognitive Wende in der Sozialpsychologie eingeläutet haben, wären zu dieser Zeit vermutlich auch nicht die ersten kognitiven Therapiemodelle entstanden. Für Psychotherapeuten immer noch hochaktuell ist die noch ältere Theorie der sozialen Interaktion von George Herbert Mead. Sie liefert nachvollziehbare Erkenntnisse, weshalb objektive Realität für Menschen nicht fassbar, sondern von sozialen, biologischen und lerngeschichtlichen Phänomenen abhängig ist und weshalb Wahrheitsaussagen jeweils durch die Perspektive und die Ziele desjenigen bedingt sind, der sie fällt. Die Relevanz dieses reflektierten Wahrheitskonzepts kann für die Psychotherapie nicht hoch genug eingeschätzt werden. Wer es verinnerlicht hat, wird nicht eigene „richtige“ Lösungen und Therapieziele missionarisch verbreiten, sondern sich stattdessen zusammen mit dem Klienten auf die Suche nach der für diesen individuellen „wahren“, „richtigen“ Lösung zu diesem Zeitpunkt unter der gegebenen Perspektive machen.

Für PsychotherapeutInnen gibt es darüber hinaus auch noch einen reichen Fundus an therapierelevanten Erkenntnissen aus Nachbardisziplinen der Psychologie. Hierzu möchte ich neben den bereits teilweise beschriebenen Inhalten aus der Philosophie insbesondere auch die Linguistik erwähnen. Korzybski mit seinem „Strukturellen Differential“ und der häufig zitierten

Erkenntnis „the map is not the territory“ oder Hayakawas „Sprache im Denken und Handeln“ liefern für PsychotherapeutInnen wesentliche Erkenntnisse über sprachliche Prozesse und getilgte – aber dennoch unbewusst vorhandene, emotions-, entscheidungs- und handlungsbestimmende – Informationen.

TI: Welche Kern-Kompetenzen brauchen wir PsychotherapeutInnen, und was erkennen Sie als gut strukturierte therapeutische Instrumentarien an?

HS: Eigene Lebenserfahrung und daraus abgeleitete Menschenkenntnis sind sicherlich ebenso hilfreich wie ein fundiertes Wissen über Störungsbilder und ihre Behandlungsmöglichkeiten. Genauso wichtig finde ich ein reflektiertes Wahrheitskonzept, um sendungsbewusstem Handeln und Beraten der TherapeutInnen vorzubeugen, und – daraus abgeleitet – die sokratische Haltung, in der die TherapeutInnen eine naive, nicht-wissende Haltung einnehmen und sich zunächst bemühen, die Weltbilder, Moralvorstellungen und Ziele ihrer KlientInnen zu verstehen, um dann, aus der Perspektive der Ratsuchenden, deren Konzepte und Vorgehensweisen auf Funktionalität prüfen zu lassen und ggf. gemeinsam mit ihnen neue, adäquatere zu entwickeln. Hierzu ist ein gut strukturiertes, für die KlientInnen durchschaubares, nachvollziehbares Vorgehen ebenso hilfreich wie ein kongruentes (Modell-)Verhalten der TherapeutInnen.

Zur Beantwortung des zweiten Teils Ihrer Frage sehe ich mich nicht besonders berufen. Ich bin nicht hinreichend mit den einzelnen Instrumentarien der unterschiedlichen Therapieverfahren vertraut, um mir hierzu ein vergleichendes oder gar umfassendes Urteil anzumaßen. Für mich ist ein strukturiertes Vorgehen jedoch elementar, nicht nur für mich selbst, um den „roten Faden“ im Behandlungsplan nicht zu verlieren, sondern insbesondere für die KlientInnen, damit ihnen jederzeit deutlich ist, was sie gerade mit welchem Zweck für welches Ziel tun. So etwas ist enorm motivationsfördernd, zumal ein Hauptziel der Integrativen KVT ja auf die Eigenverantwortungsübernahme der KlientInnen abzielt. Zudem sind etliche von ihnen genau deshalb in die Therapie gekommen: Weil sie ihre Lebens- oder Alltagsstruktur seit kurzem oder längerem verloren oder nie besessen haben. Auch hier können TherapeutInnen modellhaft Struktur vorleben und vermitteln. Sie werden daher nicht verblüfft sein, wenn ich auf diesen Teil Ihrer Frage lediglich antworten kann: Ich kenne keine strukturiertere Methode als die Integrative KVT. Sei es im Vorgehen der Problemorientierten Kognitiven Psychodiagnostik oder in dem in acht Phasen strukturierten Behandlungsplan, (wobei wiederum jede einzelne davon etliche Sub-Strukturen enthält,) sei es das Vorgehen in den einzelnen Therapiestunden, das strukturierte, prozesshafte Bearbeiten der diagnostizierten Probleme, der phasenhaft strukturierte Ablauf der verschiedenen Formen Sokratischer Gesprächsführung: Überall ist das Vorgehen für TherapeutInnen gleichermaßen wie für KlientInnen klar, nachvollziehbar und in der Zielsetzung durchschaubar gegliedert.

TI: Was hat die Psychotherapie als eigenständiger wissenschaftlicher Beruf erreicht? Auf welche Resultate sind Sie stolz?

HS: Das wesentlichste Resultat ist sicherlich, dass unsere Profession mittlerweile in weiten Teilen unserer Gesellschaft das obskure,

quacksalberische und mystische Bild verloren hat, dass sie für viele z.B. noch vor 50 Jahren besaß. Dadurch ist heutzutage für die meisten Menschen eine Psychotherapie etwas Normales geworden. Sie hat den Anschein des Absonderlichen verloren.

In Deutschland hat dazu in großem Maße auch die berufsständische Anerkennung im Rahmen des Psychotherapeutengesetzes beigetragen, die Gleichsetzung von ärztlichen und psychologischen PsychotherapeutInnen und die Anerkennung von psychotherapeutischen Leistungen als „normalen“ Leistungen der gesetzlichen und privaten Krankenkassen.

Um auf den zweiten Teil Ihrer Frage zu antworten: auf gar nichts. Ich bemühe mich seit Jahrzehnten zunehmend erfolgreich, auf Emotionen wie Stolz und Scham zu verzichten, da sie m. E. beide auf unsinnigen pauschalen Selbstwertkonzepten beruhen. Was die oben beschriebenen Erfolge unserer Profession betrifft, ist dies ohnehin nicht meinem direkten Einsatz zu verdanken, da ich mich nicht über die Maßen berufspolitisch betätigt habe.

Was mein Wirken in der von mir favorisierten Methode der Integrativen KVT angeht, gibt es allerdings schon einige Resultate, mit denen ich ganz zufrieden bin. Hierzu gehören

- die sukzessive Reintegration (lebens-)philosophischer Inhalte wie metaphysische Fragen des Daseins, Selbstwertkonzepte, Lebenszielanalysen und -planungen, existentielle Fragen, konkrete Modelle zur Sokratischen Gesprächsführung,
- das Fortführen einer Problemorientierten Kognitiven Psychodiagnostik und
- das Präzisieren des ABC-Modells durch ein dreistufiges Bewertungssystem, mit dessen Hilfe sich relativ einfach auch alte verinnerlichte, unbewusste Konzepte erarbeiten lassen.

TI: Sie kennen die fortschreitende Monopolisierung der Psychologie an schweizerischen und deutschen Universitäten durch VertreterInnen der Verhaltenspsychologie und VT. Welche Gefahren und Chancen sehen Sie für die Psychotherapie?

HS: Es wäre unehrlich zu verhehlen, dass mir diese Entwicklung durchaus zusagt. Von Monopolisierung zu sprechen, halte ich allerdings für unzutreffend insofern, als das, was heute alles unter der Flagge „VT“ firmiert, alles andere als homogene Psychotherapieansätze sind. Hierzu zählen z. B. auch neuere Ansätze wie das Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP), die Metakognitive Therapie, die Akzeptanz & Commitment-Therapy (ACT), die Schematherapie und Zen-buddhistisch geprägte Verfahren wie die Achtsamkeitsbasierte Kognitive Therapie (MBCT) oder die Achtsamkeitsbasierte Stressreduktion (MBSR). All diese Ansätze können – wenn man denn möchte – durch Integration mancher Techniken und Konzepte zu einer Bereicherung für das eigene Therapiemodell führen, soweit dies widerspruchsfrei möglich ist.

Allerdings verstehe ich schon, wenn tiefenpsychologisch oder psychoanalytisch ausgerichtete KollegInnen den Einflussverlust bedauern, den ihre Methoden in

den letzten Jahrzehnten an vielen Universitäten erleiden. Als ich begann, psychotherapeutisch zu arbeiten, waren viele Posten an Universitäten, Kliniken, Beratungsstellen und Reha-Zentren psychoanalytisch oder tiefenpsychologisch ausgerichtet und als Verhaltenstherapeut hatte man es schwer, dort Fuß zu fassen. So einseitig wie damals sehe ich die Situation noch lange nicht. Andererseits bieten sich die Therapietheorien der neuen Ansätze für eine empirische Überprüfbarkeit an – wie wichtig auch immer man diese Ergebnisse nehmen möchte. Diese Überprüfbarkeit von Therapieerfolg, Effizienz und Persistenz der Ergebnisse werden gerade bei rapide zunehmender Klientenzahl und damit steigendem Kostendruck bei den Krankenkassen immer relevanter. Die tiefenpsychologisch und psychoanalytisch ausgerichteten Schulen haben dies erst spät akzeptiert und begannen sehr zögerlich, sich dieser Überprüfung und der Effizienzkontrolle zu stellen.

Die Gefahr sehe ich nicht so sehr von einer zurzeit VT-freundlichen Ausbildungssituation an den Universitäten ausgehen. Psychotherapie unterliegt einer dynamischen Entwicklung und wir werden sehen, wie sich das Bild in der nächsten Generation darstellt. Die Kosten-Nutzen Relation wird dabei sicherlich eine zunehmend wichtige Rolle spielen. Man kann dieses Prinzip allerdings auch überreizen oder gar völlig auf den Kopf stellen. Beunruhigend finde ich in dieser Hinsicht die Effizienzversprechen mancher Betreiber von MVZs, die mit bestimmten Krankenkassen Vereinbarungen aushandeln, in denen sie z. B. zusagen, Depressionen in 15 Sitzungen erfolgreich zu behandeln. Auch in manchen Reha-Zentren und psychosomatischen Kliniken führt die Effizienzforderung mancher Kostenträger zu unhaltbaren Zusagen seitens der Leistungserbringer. Die Behandlungsqualität und die Persistenz des Therapieerfolgs kommen dabei zunehmend zweitrangige Bedeutung zu.

TI: Ihr Ansatz einer Integrativen Kognitiven VT, den Sie im Institut für Integrative Verhaltenstherapie in Hamburg lehren und in ihren vielen Büchern publizieren, basiert auf der ABC-Technik, welche verdeckte, erlernte verhaltensbestimmende Schemata, Glaubenskonzepte und Bewertungssysteme aufzuzeigen und zu verändern verspricht. Wie schätzen Sie die Zukunft Ihres methodischen Konzeptes ein?

HS: Das modifizierte ABC-Modell, mit dem heute in der Integrativen KVT gearbeitet wird, ist sicherlich eines der zentralen Module im therapietheoretischen Konzept, das letztendlich in der Aussage besteht, dass die individuelle Sicht eines Menschen bestimmt, wie er in bestimmten Situationen emotional, physiologisch und verhaltensmäßig reagiert. Und diese individuelle Sicht der Realität wird u. a. bestimmt durch die jeweils erlernten metaphysischen Konzepte, Moralvorstellungen und Ziele, die bisherige Lebenserfahrung und die Art der Modelle, den persönlichen Geschmack und die aktuellen Interessen.

Wenn man die Qualität eines Modells daran misst, wie gut es in der Lage ist, tatsächlich ablaufende Prozesse zu simulieren oder zu beschreiben, hat dieses Modell, das in seiner Bedeutung bereits von den Vertretern der Stoa vor über 2000 Jahren postuliert wurde, bis heute nichts an seiner Aussagekraft und Qualität eingebüßt. Mir ist daher auch um die Zukunft dieses Modells nicht bange, egal, ob es nach Albert Ellis weiterhin ABC-Modell oder anders genannt

wird: Es ist hervorragend dazu geeignet, verschiedene wichtige therapeutische Schritte zu unterstützen:

- Es kann implizit im Erstgespräch und in der Diagnosephase angewandt werden, um die Konzepte der Klienten herauszuarbeiten, die für die beklagten psychischen Probleme ursächlich sind.
- Es dient dazu, die Klienten selbst zu befähigen, den Ursachen in Form verinnerlichter Konzepte auf die Schliche zu kommen, die für die eigenen emotionalen Turbulenzen verantwortlich sind.
- Die herausgearbeiteten Konzepte lassen sich damit auf Realitätsbezug, Logik, Moral- und Zielverträglichkeit und auf die Qualität der hedonistischen Orientierung prüfen.
- Es dient dazu, neue Alternativkonzepte aufzustellen und auf Funktionalität zu prüfen.

Das ABC-Modell wird heute sehr viel differenzierter angewendet als vor 60 Jahren und ich bin sicher, das ist noch lange nicht das Ende seiner Entwicklung.

TI: Wir wissen von Lamberts et al. Metastudie, dass 30% des Wirkungsfaktors die psycho-therapeutische Beziehung und nur 15% die angewandte Methode ist. 40% des Wirkfaktors ist eigentlich der gelebte Lebenskontext, die Bildung, die soziale Vernetzung, die Arbeitsstruktur und die Überlebensmotivation der Klienten. Wie sehen Sie hier die Erfolgchancen ihrer Methode?

HS: Ich habe mich zu viele Jahre mit Statistik und multivariaten Verfahren beschäftigt, um heute noch besonders methodengläubig zu sein und um Interpretiertes mit Wissen gleichzusetzen. Aber ich glaube auch, dass die therapeutische Beziehung von elementarer Bedeutung für den Therapieerfolg ist. In erster Linie sehe ich hier die beiden Variablen Kompetenzzuschreibung und Glaubwürdigkeit. Bekommt der Therapeut eines von beidem von seinem Klienten nicht, sehe ich keine Chance für einen Therapieerfolg, mit welcher Methode auch immer.

Die Wirkfaktoren einer therapeutischen Methode sind meines Erachtens in erster Linie durch folgende Punkte gekennzeichnet:

- Verständlichkeit der Begründung für das Entstehen des vorliegenden Problems,
- Verständlichkeit des Veränderungsansatzes und des geplanten Vorgehens,
- Anleitung zur Eigenverantwortungsübernahme des Patienten für den notwendigen Lernprozess,
- missionarische Abstinenz und sokratische Haltung des Therapeuten,
- Strukturiertes, nachvollziehbar begründetes Vorgehen des Therapeuten,
- Anleitung des Klienten zur Selbstreflexion, Selbsthilfe und Selbstbestimmung

und

- kongruentes Modellverhalten des Therapeuten.

Doch selbst wenn all dies gewährleistet ist: Kompetenzzuschreibung und Glaubwürdigkeit des Therapeuten und wenn alle Wirkfaktoren verwirklicht sind, so garantiert dies noch lange keinen Therapieerfolg, denn auch der Klient muss dazu einiges beitragen und wichtige Therapieprämissen erfüllen, als da sind: Problemeinsicht, Veränderungsmotivation, Reflexionsfähigkeit und reflexive Persönlichkeit sowie Ziele. Ist auch nur eine dieser Prämissen nicht vorhanden und lässt sie sich auch nicht durch einen vorgeschalteten Prozess erarbeiten, ist die Therapieaufnahme wegen negativer Prognose nicht angezeigt. Hierzu gehören nicht nur die Klienten, die ausschließlich nach hinten schauen und Erklärungen und Schuldige für ihren heutigen Zustand suchen wollen, sondern auch die, die eine äußerst geringe Frustrationstoleranz besitzen, die auf Gerechtigkeit pochen und darauf warten, dass sie eintritt, die sich vom Therapeuten ins Ziel tragen lassen möchten oder die, die sich aus unterschiedlichen Gründen weigern, Eigenverantwortung zu übernehmen oder Ziele zu formulieren.

Natürlich hat auch der soziale Bezugsrahmen einen mehr oder weniger hilfreichen oder behindernden Einfluss auf den Therapieerfolg – und das besonders ausgeprägt, aber lange nicht ausschließlich, in der Therapie von Kindern und Jugendlichen.

Bei der Prognose der Erfolgchancen bin ich im Hinblick auf die Integrative KVT nicht besorgt. Bereits in der Ausbildung wird großes Gewicht darauf gelegt, die Grundlagen zu erarbeiten, die für die Kompetenzzuschreibung der Klienten und die Glaubwürdigkeit des Therapeuten essentiell sind. Hierzu gehören neben profundem Wissen um psychische Störungen und ihre Behandlungsmöglichkeiten, Lebenserfahrung und Menschenkenntnis, ein reflektiertes Wahrheitskonzept und eine eigene stabile, psychisch gesunde Persönlichkeit. Zu Letzterem soll auch der hohe Anteil an Selbsterfahrung und Selbstreflektion beitragen, der in unsere Ausbildungsgänge integriert ist.

Die Erfolgchancen für die Integrative KVT wurden zum großen Teil bereits verwirklicht und ich sehe sie weiterhin sehr positiv. Nicht von ungefähr ist die KVT heute das am meisten beforschte und nachweislich effektivste psychotherapeutische Verfahren – wenn man den vielen positiven Therapieerfolgs- und -vergleichsstudien und Metaanalysen Glauben schenken will. Da es relativ zügig auf den Punkt kommt, sehr strukturiert und für den Klienten durchschaubar verläuft und für den Therapieerfolg relativ wenig Therapiekontakte benötigt, wird es heute zunehmend in Kliniken und Reha-Zentren genutzt. Auch künftig wird der zunehmende Kostendruck auf die Versicherungsträger m. E. dazu beitragen, dass dieses effektive Therapieverfahren, das bei darin geschulten Therapeuten in den meisten Fällen mit einer Kurzzeitbehandlung das Therapieziel dauerhaft erreichen kann, immer mehr Anhänger findet.

TI: Als Integrativer Kognitiver Verhaltenstherapeut beschäftigen Sie sich mit dem Verhältnis von Psychotherapie und Neurowissenschaften. Sie haben im Sommer 2013 ein Buch zur praktischen Anwendung der „KVT in der

Neuropsychologie" zusammen mit ihrer Kollegin Angela Luppen veröffentlicht. Was bietet die Neuropsychologie der Psychotherapie?

HS: Der Anstoß dazu, die Möglichkeiten der KVT auch bei neurologisch erkrankten Menschen einzusetzen, ist in erster Linie auf Frau Luppen zurückzuführen, die in der Arbeit mit dieser Klientel weitaus mehr Erfahrung einbringt als ich. Lange Zeit galt der Einsatz kognitiver Therapieverfahren bei neurologischen Erkrankungen als kontraindiziert. Inzwischen steht der Nutzen der KVT-Interventionen auch bei dieser Klientel außer Frage, dies auch dank der jahrelangen Bemühungen von Frau Luppen und ihrer Kolleginnen. Ich habe dazu lediglich mein KVT-Konzept beigesteuert.

Die Neuropsychologie liefert der Psychotherapie wesentliche Erkenntnisse über Lern- und Bahnungsprozesse und -möglichkeiten. Das ist nicht nur für Kognitive Therapeuten hoch relevant. Geht es doch bei jeder Form von Psychotherapie darum, Fehlendes nach- oder Ungünstiges umzulernen. Häufig sind Therapien allein deswegen nicht langfristig erfolgreich, weil versäumt wurde, die neu erarbeiteten Erkenntnisse auch erfolgreich zu bahnen. Dieser Bahnungsprozess ist für einen dauerhaften Therapieerfolg enorm wichtig. In der Integrativen KVT dient dazu die letzte Phase (8) im Therapieprozess. Hier geht es darum, das neue Wissen auch glauben zu lernen, es so zu verinnerlichen, dass es gegen die zuvor gelernten, häufig bereits unbewusst ablaufenden Denkprozesse und -schemata eine Chance hat zu bestehen. Erfolgreiche Bahnung erreicht man durch üben, üben und üben. Das ist sehr arbeitsaufwändig und für die meisten Klienten entsprechend lästig. Manche Therapeuten verzichten leider aus unterschiedlichen Gründen darauf, im langfristigen Sinne ihrer Klienten auf diesem letzten, therapieentscheidenden Schritt zu insistieren.

TI: Zum Schluss: Was tun Sie in Ihrer Freizeit zum Ausgleich und zur Aufrechterhaltung ihrer seelischen Gesundheit?

HS: Hier gilt immer noch das gleiche, wie schon eingangs auf die Frage nach der Motivation, Psychologie zu studieren, beantwortet: Ich interessiere mich für Menschen, deren Eigenheiten, Lebensgewohnheiten und -philosophien, reise immer noch gern, wenn auch nicht mehr so häufig wie früher. Die fünf „dunklen“ Monate des Jahres verbringen meine Frau und ich in unserer zweiten Heimat, auf Samoa. Die dortige Lebensweise hilft enorm beim „Entschleunigen“ und lässt genügend Zeit, um zu reflektieren und um neue Ideen aufzuschreiben. Der Rest geht für Alltägliches drauf, für Gartenarbeit, Golfen, Angeln und Sport.

Autor

Harlich H. Stavemann, Jg. 1950, ist Diplom-Psychologe und Diplom-Kaufmann und seit über 35 Jahren als in Hamburg niedergelassener Psychotherapeut praktisch tätig. Dabei verfügt er über Ausbildungen in Verhaltenstherapie, Kognitiver Verhaltenstherapie, Sozialtherapie, Gesprächspsychotherapie und Rational-Emotiver Therapie. Seit 1984 ist er Fortbildungsleiter, Lehrtherapeut und Supervisor für verschiedene, auch staatlich anerkannte verhaltenstherapeutische Ausbildungsinstitute. Er ist associate member of the Institute for Rational Therapy und leitet das Institut für Integrative

Verhaltenstherapie (IVT) in Hamburg. Bekannt ist er vielen durch seine Lehrbücher zur Kognitiven Verhaltenstherapie.

Aktuelle Beiträge & Bücher

(2007). Sokratische Gesprächsführung in Therapie und Beratung (2. Aufl.). Weinheim: Beltz.

(2008). Lebenszielanalyse und Lebenszielplanung in Therapie und Beratung. Weinheim: Beltz.

(2010). Im Gefühlsdschungel - Emotionale Krisen verstehen und bewältigen (2. Aufl.). Weinheim: Beltz.

(2011). ...und ständig tickt die Selbstwertbombe. Selbstwertprobleme erkennen und lösen. Weinheim: Beltz.

(2011). Sokratische Gesprächsführung. In: Linden, M. & Hautzinger, M. (Hrsg.). Verhaltenstherapiemanual (7. Aufl.). Berlin: Springer.

(2011). Mit A. A. Schlarb: Einführung in die KVT mit Kindern und Jugendlichen. Weinheim: Beltz.

(2012). (Hrsg.). KVT update. Neue Entwicklungen und Behandlungsansätze in der Kognitiven Verhaltenstherapie. Weinheim: Beltz.

(2012). Problemorientierte Kognitive Psychodiagnostik: Diagnose – Problemanalyse – Behandlungsplanung. In: Stavemann, H.H. (Hrsg.). KVT update. Neue Entwicklungen und Behandlungsansätze in der Kognitiven Verhaltenstherapie. Weinheim: Beltz.

(2013). Frustkiller und Schweinehundbesieger: geringe Frustrationstoleranz und Aufschieberitis loswerden. Weinheim: Beltz.

(2013). Psychotherapeutische sokratische Gesprächsführung. In: Senf, W.; Broda, M.; Wilms, B. (Hrsg.). Techniken der Psychotherapie. Ein methodenübergreifendes Kompendium. Stuttgart: Thieme.

(2013). Mit A. Luppen: KVT in der Neuropsychologie. Weinheim: Beltz

(2014). Konzept der Problemorientierten Kognitiven Psychodiagnostik (PKP) In: Stavemann, H.H. & Hülsner, Y. (2014): Der Blick hinter das Symptom: Problemorientierte Kognitive Psychodiagnostik und abgeleitete Behandlungspläne. Weinheim: Beltz.

(2014). Integrative KVT. Die Therapie emotionaler Turbulenzen (5. Aufl.). Weinheim: Beltz.

(2014). Mit V. Stavemann: Kognitive Diagnostik im Coaching, in: Möller, H. & Kotte, S.(Hrsg.): Diagnostik im Coaching: Grundlagen, Analyseebenen, Praxisbeispiele. Heidelberg: Springer.

(2014). (Hrsg.). KVT-Praxis. Strategien und Leitfäden für die Integrative KVT (3.Aufl.). Weinheim: Beltz.

(2014). Mit A. Luppen: Und plötzlich aus der Spur ... Mit neurologischen Erkrankungen psychisch gesund umgehen. Ein Ratgeber für Betroffene und deren Angehörige. Weinheim: Beltz.