



Stavemann (Hrsg.)

3. Auflage

KVT-Praxis

Strategien und Leitfäden
für die Integrative KVT

 Arbeitsmaterial

BELTZ

Stavemann (Hrsg.)

KVT-Praxis

Harlich H. Stavemann (Hrsg.)

KVT-Praxis

Strategien und Leitfäden für die Integrative KVT

Mit Arbeitsmaterial zum Download

BELTZ

Anschrift des Herausgebers:

Dr. Harlich H. Stavemann, Dipl.-Psych.
Institut für Integrative Verhaltenstherapie (IVT)
Osterkamp 58
22043 Hamburg
E-Mail: stavemann@i-v-t.de

Dieses Buch ist auch als Printausgabe erhältlich (ISBN 978-3-621-28152-2).

Das Werk und seine Teile sind urheberrechtlich geschützt. Jede Nutzung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf der vorherigen schriftlichen Einwilligung des Verlages. Hinweis zu § 52 a UrhG: Weder das Werk noch seine Teile dürfen ohne eine solche Einwilligung eingescannt und in ein Netzwerk eingestellt werden. Dies gilt auch für Intranets von Schulen und sonstigen Bildungseinrichtungen.

Haftungshinweis: Trotz sorgfältiger inhaltlicher Kontrolle übernehmen wir keine Haftung für die Inhalte externer Links. Für den Inhalt der verlinkten Seiten sind ausschließlich deren Betreiber verantwortlich.

3., vollständig überarbeitete Auflage 2014

1. Auflage 2005

2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage 2008

© Beltz Verlag, Weinheim, Basel 2014
Programm PVU Psychologie Verlags Union
<http://www.beltz.de>

Lektorat: Andrea Schrameyer
Herstellung: Uta Euler
Reihengestaltung: Federico Luci, Odenthal
Umschlagbild: Taboga/GettyImages
Satz: Beltz Bad Langensalza GmbH, Bad Langensalza

E-Book

ISBN 978-3-621-28214-7

Inhaltsübersicht

Vorworte	21
Einleitung	25
Teil I Der typische Ablauf ambulanter Integrativer KVT	
Harlich H. Stavemann	33
Phasen einer ambulanten Integrativen KVT	34
1 Phase 1: Erstkontakt	36
2 Phase 2: Exploration, Anamnese, Diagnose und Therapieplanung	93
3 Phase 3: Lebenszielanalyse und Lebenszielplanung	132
4 Phase 4: Wissensvermittlung und Aufbau der Problemeinsicht bei Patienten mit psychosomatischen Erkrankungen oder Verhaltensauffälligkeiten	168
5 Phase 5: Das Kognitive Modell zur Emotionsentstehung und -steuerung vermitteln	193
6 Phase 6: Dysfunktionale Konzepte und Denkstile identifizieren	217
7 Phase 7: Identifizierte Konzepte und Denkstile auf Angemessenheit prüfen und neue, funktionale Konzepte erstellen lassen	231
8 Phase 8: Die neuen Konzepte trainieren und bahnen	255
Teil II Der besondere Patient – Zusatzstrategien	285
a) Im ambulanten Setting	
9 Der junge Patient: KVT mit Kindern und Jugendlichen Angelika A. Schlarb	286
10 Der alte Patient: KVT in der Geronto-Psychotherapie Martin Hautzinger	315
11 Der traumatisierte Patient: KVT bei Posttraumatischen Belastungsstörungen Anne Boos • Sabine Schönfeld	334
12 Der wahnhafte Patient: Ambulante KVT bei Schizophrenie und anderen psychotischen Störungen Tania Lincoln	354

13	Der Beratung suchende Patient: Kognitive Beratung in Ambulanz und Klinik Rolf Winiarski	387
14	Der straffällige Patient: KVT mit Gewalttätern in der Justizvollzugs- anstalt (JVA) und der ambulanten Behandlung Wolfgang Kalbe	410
Teil II	Der besondere Patient – Zusatzstrategien	441
	b) Im stationären Setting	
15	Der abhängige Patient: KVT in der Suchtbehandlung Johannes Lindenmeyer	442
16	Der psychiatrische Patient: KVT in der stationären Psychiatrie Maren Jensen • Imke Hoyer • F.-Michael Sadre Chirazi-Stark	463
17	Der psychosomatische Patient: KVT in psychosomatischen Rehabilitationskliniken Petra Jacobi • Achim Tacke-Pook • Claus Jacobi	494
18	Der neurologische Patient: KVT in der stationären und ambulanten Neuropsychologie Angela Luppen • Harlich H. Stavemann	517
Teil III	Die besondere Situation – Zusatzstrategien	545
19	Die (Zwangs-)Einweisung: Patienten, die sich oder andere gefährden Andreas Thiel	546
20	Doppelstrategie: Psychotherapie kombiniert mit Psychopharmako- therapie Dietrich Roscher • Wolfgang Poser	557
21	Das Geständnis: Vorgehen bei Ankündigung oder Geständnis einer Straftat Hartmut Gerlach • Johannes Lindenmeyer	596
22	Der Notfall: Was tun bei somatogenen oder psychogen-motorischen Anfällen, bei Gewalt- oder Suizidandrohungen? Dietrich Roscher	615
23	KVT und Hypnose: Die Rekonstruktion, Konstruktion und Bearbeitung problemrelevanter Kognitionen in Hypnose Hans-Christian Kossak	648
Anhang		675

Inhalt

Vorwort zur 3. Auflage	21
Vorwort zur 2. Auflage	23
Einleitung	25
Harlich H. Stavemann	
Praxis der Integrativen KVT	25
Therapiedokumentation	26
Typische Probleme und Widerstände	29
Vertiefende Literatur	31
Verwendete Leitfäden und Materialien	32

Teil I Der typische Ablauf ambulanter Integrativer KVT

33

Harlich H. Stavemann

Phasen einer ambulanten Integrativen KVT

34

1 Phase 1: Erstkontakt

36

1.1 Struktur und Ziele	36
1.2 Therapeutisches Vorgehen und Strategien	38
1.2.1 Patienten begrüßen und einleitend Inhalt und Ziel des Erstgesprächs erläutern	39
1.2.2 Warum kommt der Patient? Wer hat ihn »geschickt«? Warum kommt er gerade jetzt?	41
1.2.3 Problem(e) und emotionale Belastung herausarbeiten: Unter welchen Emotionen, Verhaltensweisen und Konsequenzen leidet der Patient?	43
1.2.4 Welche kognitiven Muster sind erkennbar?	47
1.2.5 Liegen weitere, zum Beispiel hierarchische Probleme vor?	50
1.2.6 Erster Eindruck: Wodurch ist die Patientenpersönlichkeit gekennzeichnet?	52
1.2.7 Vorläufige diagnostische Einordnung vornehmen und erläuternde Rückmeldung an den Patienten geben	53
1.2.8 Könnte es somatische Ursachen für die Beschwerden geben?	54
1.2.9 Über welche Bewältigungsstrategien und Therapieerfahrungen verfügt der Patient?	54

1.2.10	Welche konkreten Erwartungen und Therapieziele hat der Patient?	56
1.2.11	Therapeutisches Vorgehen erläutern und Motivation stärken	57
1.2.12	Therapieziel vereinbaren, Therapiekontrakt besprechen und abschließen	62
1.2.13	Organisatorisches: Kostenträger feststellen, Termine vereinbaren etc.	64
1.3	Phasentypische Probleme und Widerstände	66
1.3.1	»Ich halte das nicht mehr aus – bitte helfen Sie mir sofort!«	66
1.3.2	»Wieso nur ich?«	70
1.3.3	»Eigentlich habe ich gar kein Problem ...«	72
1.3.4	»Ich möchte unangreifbar/fehlerfrei/sicher sein, damit ich keine Angst mehr zu haben brauche.«	73
1.3.5	»Ich möchte mich endlich trauen, meine Frau zu schlagen, wenn sie mich wieder anschreit.«	73
1.3.6	Die Therapeut-Patient-Beziehung ist unzureichend	74
1.4	Vertiefende Literatur zu Phase 1	76
1.5	Verwendete Leitfäden und Materialien	77

2 Phase 2: Exploration, Anamnese, Diagnose und Therapieplanung 93

2.1	Struktur und Ziele	93
2.2	Therapeutisches Vorgehen und Strategien	94
2.2.1	Problematik explorieren und biographische Anamnese erheben	94
2.2.2	Psychischen Befund erheben	96
2.2.3	Problem-, Verhaltens- und Funktionsanalyse erstellen	97
2.2.4	Diagnose stellen	100
2.2.5	Therapieziel(e) festlegen	101
2.2.6	Behandlungsplan erstellen	102
2.2.7	Prognose stellen	105
2.2.8	Somatischen Befund erheben bzw. Konsiliarbericht anfordern und ggf. konsiliarische Erörterungen	105
2.2.9	Antrag auf Kostenübernahme stellen und Stellungnahme des Therapeuten schreiben	106
2.2.10	Bericht an den Gutachter erstellen	107
2.3	Phasentypische Probleme und Widerstände	108
2.3.1	Der Patient kommt ohne oder mit unzureichend ausgefülltem Fragebogen	108
2.3.2	Der Patient erfüllt die Therapievoraussetzungen nicht	119
2.3.3	Der Patient hat ein Problem mit der hierarchischen Struktur im Setting	124

2.3.4	Der Patient ist akut abhängig	127
2.4	Vertiefende Literatur zu Phase 2	128
2.5	Verwendete Leitfäden und Materialien	129
3	Phase 3: Lebenszielanalyse und Lebenszielplanung	132
3.1	Struktur und Ziele	132
3.2	Therapeutisches Vorgehen und Strategien	133
3.2.1	Grundlegende Glaubensgrundsätze und Werte erheben und reflektieren	133
3.2.2	Lebenszielanalyse: Den Ist-Zustand erheben	135
3.2.3	Art, Ursache und Konsequenzen der Lebenszielproblematik diagnostizieren	139
3.2.4	Lebenszielplanung: Den Soll-Zustand erarbeiten	141
3.3	Phasentypische Probleme und Widerstände	145
3.3.1	Der Therapeut ist nicht ausreichend qualifiziert, um (lebens-)philosophische Fragen zu bearbeiten	145
3.3.2	»Und woher weiß ich, was richtig ist?«	145
3.3.3	»So weit kann ich gar nicht planen! Woher weiß ich, was in 30 Jahren ist?«	146
3.3.4	»Wenn ich wüsste, wie ich mein Leben künftig gestalten möchte, wäre ich nicht hier!«	147
3.3.5	»Ich bin ein eher spontaner Typ! Da geht doch jede Spontaneität und Lebensfreude flöten!«	149
3.3.6	»Ich will erst meine kurzfristigen Ziele planen und erfüllen!«	150
3.3.7	»Ich kann mich nicht entscheiden!«	150
3.4	Vertiefende Literatur zu Phase 3	151
3.5	Verwendete Leitfäden und Materialien	152
4	Phase 4: Wissensvermittlung und Aufbau der Problemeinsicht bei Patienten mit psychosomatischen Erkrankungen oder Verhaltensauffälligkeiten	168
4.1	Struktur und Ziele	168
	Exkurs: Theoretischer Hintergrund zu psychosomatischen Erkrankungen und Verhaltensauffälligkeiten	169
	Welche psychosomatischen Erkrankungen gibt es?	169
4.2	Therapeutisches Vorgehen und Strategien	178
4.2.1	Problemeinsicht durch Wissensvermittlung aufbauen	178
4.2.2	Kein Therapiebeginn ohne Problemeinsicht	184
4.3	Phasentypische Probleme und Widerstände	185
4.3.1	Der Patient hat ein hierarchisches Problem mit seiner Verhaltensreaktion	185

4.3.2	Der Patient möchte Sicherheit	188
4.4	Vertiefende Literatur zu Phase 4	189
4.5	Verwendete Leitfäden und Materialien	190
5	Phase 5: Das Kognitive Modell zur Emotionsentstehung und -steuerung vermitteln	193
5.1	Struktur und Ziele	193
5.2	Therapeutisches Vorgehen und Strategien	193
5.2.1	Was sind Emotionen?	193
5.2.2	Wie entstehen Emotionen?	197
5.2.3	Wie lassen sich unangemessene oder unangemessen starke Emotionen verändern?	199
5.2.4	In das ABC-Modell einführen	200
5.3	Phasentypische Probleme und Widerstände	202
5.3.1	Widerstand gegen das Modell	202
5.3.2	Es steht nicht genügend Zeit zur Verfügung, um das Kognitive Modell auf implizitem Wege einzuführen	205
5.4	Vertiefende Literatur zu Phase 5	205
5.5	Verwendete Leitfäden und Materialien	206
6	Phase 6: Dysfunktionale Konzepte und Denkstile identifizieren	217
6.1	Struktur und Ziele	217
6.2	Therapeutisches Vorgehen und Strategien	217
6.2.1	Die hauptsächlichen dysfunktionalen Konzepte und Denkstile vermitteln	217
6.2.2	Das ABC-Modell zur Identifikation und Rekonstruktion eigener dysfunktionaler Konzepte und Denkstile anwenden	218
6.3	Phasentypische Probleme und Widerstände	220
6.3.1	Kuddelmuddel im ABC-Gefüge	220
6.3.2	»Ja, aber ...!«	223
6.4	Vertiefende Literatur zu Phase 6	223
6.5	Verwendete Leitfäden und Materialien	224
7	Phase 7: Identifizierte Konzepte und Denkstile auf Angemessenheit prüfen und neue, funktionale Konzepte erstellen lassen	231
7.1	Struktur und Ziele	231
7.2	Therapeutisches Vorgehen und Strategien	232
7.2.1	Ziele aufstellen lassen und auf Funktionalität prüfen	232
7.2.2	Prüftechniken vermitteln	236

7.2.3	Alle Teile des Bewertungssystems mithilfe von Disputtechniken und Sokratischen Dialogen auf Angemessenheit prüfen	237
7.2.4	Funktionale B-Alternativen (B ^{neu}) als Zusammenfassung der Prüfergebnisse erstellen lassen	238
7.2.5	In das Modell zur Selbstanalyse von Emotionen (SAE) einführen	239
7.3	Phasentypische Probleme und Widerstände	241
7.3.1	Lückenhafte Therapeutenkunst	241
7.3.2	Patientenanforderungen sind nicht erfüllt	244
7.3.3	Störungen in der Therapeut-Patient-Beziehung	244
7.4	Vertiefende Literatur zu Phase 7	245
7.5	Verwendete Leitfäden und Materialien	246
8	Phase 8: Die neuen Konzepte trainieren und bahnen	255
8.1	Struktur und Ziele	255
8.2	Therapeutisches Vorgehen und Strategien	256
8.2.1	Funktionale Übungen sammeln	259
8.2.2	Übungsleitern erstellen lassen	260
8.2.3	Das B ^{neu} mit funktionalen Übungen bei sukzessiv steigendem Schwierigkeitsgrad trainieren	262
8.3	Phasentypische Probleme und Widerstände	269
8.3.1	Der Patient bezweifelt den Sinn der Übungen	269
8.3.2	Der Patient fürchtet sich vor möglichen Konsequenzen der Übungen	272
8.4	Vertiefende Literatur zu Phase 8	272
8.5	Verwendete Leitfäden und Materialien	273
Teil II	Der besondere Patient – Zusatzstrategien	285
	a) Im ambulanten Setting	
9	Der junge Patient: KVT mit Kindern und Jugendlichen	286
	Angelika A. Schlarb	
9.1	Besonderheiten der Klientel und des Settings	286
9.2	Gründe für das Abweichen vom typischen Ablauf ambulanter KVT	288
9.3	Praktisches Vorgehen und Strategien	288
9.3.1	Besonderheiten des Erstkontakts	288
9.3.2	Besonderheiten bei Exploration, Anamnese, Diagnose und Therapieplanung	291

9.3.3	Besonderheiten bei der Lebenszielanalyse und Lebenszielplanung	291
9.3.4	Besonderheiten bei der Wissensvermittlung und dem Aufbau der Krankheitseinsicht bei Patienten mit psychosomatischen Erkrankungen oder Verhaltensauffälligkeiten	292
9.3.5	Besonderheiten beim Vermitteln des Kognitiven Modells zur Emotionsentstehung und -modifikation	294
9.3.6	Besonderheiten bei der Rekonstruktion bewusster und unbewusster Denkmuster	295
9.3.7	Besonderheiten beim Disput identifizierter dysfunktionaler und beim Aufbau neuer, funktionaler Konzepte	295
9.3.8	Besonderheiten beim Training funktionaler Denkmuster	297
9.4	Umgang mit typischen Problemen und Widerständen	298
9.5	Vertiefende Literatur	303
9.6	Verwendete Leitfäden und Materialien	304
10	Der alte Patient: KVT in der Geronto-Psychotherapie	315
	Martin Hautzinger	
10.1	Besonderheiten der Patienten, des Settings, der Inhalte, Ziele und Vorgehensweisen	317
10.2	Gründe für das Abweichen vom typischen Ablauf ambulanter KVT	318
10.3	Praktisches Vorgehen und Strategien	321
10.3.1	Verhaltensbezogene und kognitive Therapie mit Älteren	321
10.3.2	Beispiele für Therapieprogramme mit alten Patienten	322
10.4	Umgang mit typischen Problemen und Widerständen	330
10.5	Vertiefende Literatur	331
10.6	Verwendete Leitfäden und Materialien	332
11	Der traumatisierte Patient: KVT bei Posttraumatischen Belastungsstörungen	334
	Anne Boos • Sabine Schönfeld	
11.1	Besonderheiten der Klientel und des Settings	334
11.2	Gründe für das Abweichen vom typischen Ablauf ambulanter KVT	336
11.3	Praktisches Vorgehen und Strategien	336
11.3.1	Therapeutische Grundhaltung	336
11.3.2	Konfrontative Auseinandersetzung mit dem Trauma	338
11.3.3	Diagnostik und differentielle Indikation	341
11.3.4	Inhaltliche Schwerpunkte der Verhaltens- und Problemanalyse bei Patienten mit einer PTBS	342

11.3.5	Psychoedukation und Informationsvermittlung	344
11.3.6	Behandlungsplan	346
11.4	Typische Probleme und Widerstände	348
11.5	Vertiefende Literatur	349
11.6	Verwendete Leitfäden und Materialien	350
12	Der wahnhaft Patient: Ambulante KVT bei Schizophrenie und anderen psychotischen Störungen	354
	Tania Lincoln	
12.1	Besonderheiten der Klientel und des Settings	354
12.1.1	Kann man Wahn therapieren?	354
12.1.2	Auf was muss man dabei achten?	355
12.2	Gründe für das Abweichen vom typischen Ablauf ambulanter KVT	358
12.2.1	Höhere Flexibilität des Therapeuten im Hinblick auf das Setting und der zeitlichen Gestaltung	358
12.2.2	Therapeutische Haltung	358
12.2.3	Engere Kooperation mit anderen Berufsgruppen	360
12.2.4	Diagnose besprechen	361
12.2.5	Vorbereiten der Kognitiven Umstrukturierung	361
12.2.6	Besonderheiten beim Disputieren dysfunktionaler Überzeugungen	362
12.3	Praktisches Vorgehen und Strategien	362
12.3.1	Aufbau einer tragfähigen Beziehung	363
12.3.2	Arbeit mit persistierenden Symptomen (am Beispiel von Halluzinationen)	364
12.3.3	Kognitives Bearbeiten der Wahnsymptomatik	368
12.3.4	Bearbeiten dysfunktionaler selbstbezogener Schemata	375
12.3.5	Rückfallprävention	377
12.4	Umgang mit typischen Problemen und Widerständen	379
12.5	Vertiefende Literatur	380
12.6	Verwendete Leitfäden und Materialien	381
13	Der Beratung suchende Patient: Kognitive Beratung in Ambulanz und Klinik	387
	Rolf Winiarski	
13.1	Besonderheiten der Klientel und des Settings	387
13.2	Gründe für das Abweichen vom typischen Ablauf ambulanter KVT	387
13.3	Beraterisches Vorgehen und Strategien	388
13.3.1	Drei-Phasen-Modell und Problemkonzept	388

13.3.2	Dialogstrategien für die Screening-Phase	392
13.3.3	Arbeitsphase: Interventionsbeispiele für soziale Ängste und Trauer	395
13.3.4	Ärger und Wut als Beratungsthema oder Therapiemotivation	398
13.3.5	Hausaufgaben in der Verankerungsphase	402
13.4	Typische Probleme und Widerstände	402
13.5	Vertiefende Literatur	405
13.6	Verwendete Leitfäden und Materialien	406
14	Der straffällige Patient: KVT mit Gewalttätern in der Justizvollzugsanstalt (JVA) und der ambulanten Behandlung	410
	Wolfgang Kalbe	
14.1	Besonderheiten der Klientel und des Settings	410
14.1.1	Besonderheiten bei der Behandlung von Gefangenen in der JVA und bei Untergebrachten im Maßregelvollzug	411
14.1.2	Besonderheiten bei der ambulanten Behandlung von Gewalttätern	414
14.2	Gründe für das Abweichen vom typischen Ablauf ambulanter KVT	415
14.3	Praktisches Vorgehen und Strategien	416
14.3.1	Anamnese und Diagnostik	416
14.3.2	Psychotherapeutische Themenschwerpunkte und Ziele	418
14.3.3	Zusätzliche Schwerpunkte bei sexualisierter Gewalttätigkeit	422
14.3.4	Zusätzliche Schwerpunkte bei körperlicher Gewalt	423
14.3.5	Gruppenprogramm	425
14.4	Umgang mit typischen Problemen und Widerständen	428
14.5	Vertiefende Literatur	432
14.6	Verwendete Leitfäden und Materialien	434
Teil II	Der besondere Patient – Zusatzstrategien	441
	b) Im stationären Setting	
15	Der abhängige Patient: KVT in der Suchtbehandlung	442
	Johannes Lindenmeyer	
15.1	Besonderheiten der Klientel und des Settings	442
15.2	Gründe für das Abweichen vom typischen Ablauf ambulanter KVT	444

15.3	Therapeutisches Vorgehen und Strategien	445
15.3.1	Mögliche Strukturierung in verschiedenen Settings	445
15.3.2	Verhaltensanalyse des Suchtmittelkonsums	448
15.3.3	Informationsvermittlung	449
15.3.4	Erarbeiten eines individuellen Störungsmodells	451
15.3.5	Stellenwert komorbider Störungen	453
15.3.6	Rückfallprävention	454
15.3.7	Der Einbezug von Angehörigen	456
15.4	Umgang mit typischen Problemen und Widerständen	456
15.5	Vertiefende Literatur	458
15.6	Verwendete Leitfäden und Materialien	459
16	Der psychiatrische Patient: KVT in der stationären Psychiatrie	463
	Maren Jensen • Imke Hoyer • F.-Michael Sadre Chirazi-Stark	
16.1	Besonderheiten der Klientel und des Settings	463
16.2	Gründe für das Abweichen vom typischen Ablauf (ambulanter) KVT	469
16.3	Praktisches Vorgehen und Strategien	470
16.3.1	Erstkontakt	471
16.3.2	Stabilisierungsphase	471
16.3.3	Erarbeiten eines individuellen Behandlungsplans	473
16.3.4	Behandlungsphase	475
16.3.5	Transfer in den Alltag	478
16.3.6	Weiterführende Behandlung	478
16.3.7	Stationäre Wiederaufnahme	478
16.4	Umgang mit typischen Problemen und Widerständen	483
16.4.1	Probleme des Settings	484
16.5	Vertiefende Literatur	488
16.6	Verwendete Leitfäden und Materialien	489
17	Der psychosomatische Patient: KVT in psychosomatischen Rehabilitationskliniken	494
	Petra Jacobi • Achim Tacke-Pook • Claus Jacobi	
17.1	Besonderheiten der Klientel und des Settings	494
17.1.1	Rechtliche Grundlagen der Reha	494
17.1.2	Vorteile und Chancen des Rehabilitationssettings	496
17.2	Gründe für das Abweichen vom typischen Ablauf ambulanter KVT	496
17.3	Praktisches Vorgehen und Strategien	497
17.3.1	Struktur der Einzel- und Gruppentherapie	497

17.3.2	Diagnostik und körperbezogene Therapie durch den Bezugsarzt	498
17.3.3	Psychotherapeutische Behandlung durch den Bezugstherapeuten	498
17.3.4	Abgleich des Störungsmodells	498
17.3.5	Finden von Therapiezielen	499
17.3.6	Wissensvermittlung in Basisgruppen	500
17.3.7	Vermitteln des B-C-Zusammenhangs	500
17.3.8	Verändern der Bewertungsmuster	501
17.3.9	Erkennen der häufigsten Bewertungsfallen	502
17.3.10	Basismodell als Grundlage für weitere Therapiebausteine	502
17.4	Umgang mit typischen Problemen und Widerständen	503
17.5	Vertiefende Literatur	506
17.6	Verwendete Leitfäden und Materialien	507

18 Der neurologische Patient: KVT in der stationären und ambulanten Neuropsychologie 517

Angela Luppen • Harlich H. Stavemann

18.1	Besonderheiten der Klientel und des Settings	517
18.1.1	KVT in neurologischen Rehabilitationskliniken	518
18.1.2	KVT in der ambulanten neuropsychologischen Therapie	520
18.1.3	KVT mit Kindern und Jugendlichen im Rahmen der schulischen und beruflichen Rehabilitation	522
18.1.4	KVT in der Angehörigenberatung neurologischer Patienten	523
18.2	Gründe für das Abweichen vom typischen Ablauf ambulanter KVT	523
18.3	Praktisches Vorgehen und Strategien	525
18.3.1	KVT in der neurologischen Rehaklinik	526
18.3.2	KVT in der ambulanten neuropsychologischen Therapie	530
18.3.3	Einsatzmöglichkeiten von KVT in der schulischen und beruflichen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen	532
18.3.4	KVT in der Angehörigenberatung neurologischer Patienten	536
18.4	Umgang mit typischen Problemen und Widerständen	540
18.4.1	Klientenspezifische Probleme	540
18.4.2	Therapeutisches Vorgehen	541
18.5	Vertiefende Literatur	543

Teil III	Die besondere Situation – Zusatzstrategien	545
19	Die (Zwangs-)Einweisung: Patienten, die sich oder andere gefährden	546
	Andreas Thiel	
19.1	Besonderheiten der Klientel und des Settings	546
19.2	Praktisches Vorgehen und Strategien	552
19.3	Unterbringung und Zwangsbehandlung	554
19.4	Typische Probleme und Widerstände	555
19.5	Vertiefende Literatur	555
19.6	Verwendete Leitfäden und Materialien	556
20	Doppelstrategie: Psychotherapie kombiniert mit Psychopharmakotherapie	557
	Dietrich Roscher • Wolfgang Poser	
20.1	Besonderheiten der Klientel und des Settings	557
20.2	Therapeutisches Vorgehen und Strategien	558
20.2.1	Psychopharmakotherapie: Wirkungsweise und Wirkungsprofile der wichtigsten Psychopharmaka	558
20.2.2	Kognitive Verhaltenstherapie in Kombination mit Psychopharmakotherapie	568
20.2.3	Besonderheiten der psychopharmakologischen Behandlung von älteren Menschen	579
20.2.4	Besonderheiten der psychopharmakologischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen	581
20.3	Typische Probleme und Widerstände bei der Therapie mit Psychopharmaka	583
20.4	Vertiefende Literatur	586
20.5	Verwendete Leitfäden und Materialien	587
21	Das Geständnis: Vorgehen bei Ankündigung oder Geständnis einer Straftat	596
	Hartmut Gerlach • Johannes Lindenmeyer	
21.1	Geständnis und Wahrheit	596
21.1.1	Kriminalität – was ist das?	597
21.1.2	Was lassen Strafverfahren an Kriminalität übrig?	598
21.1.3	Geständnisse im Strafverfahren und in der Psychotherapie	600
21.1.4	Ein Geständnis muss nicht wahr sein	601
21.2	Therapeutisches bzw. juristisches Vorgehen und Strategien	602
21.2.1	Vorgehen bei Geständnis einer Straftat	602

21.2.2	Vorgehen bei Ankündigung einer Straftat	602
21.2.3	Auswirkung der Schweigepflicht	604
21.2.4	Recht zur Offenbarung von Geständnissen durch Schweigepflichtentbindung	605
21.2.5	Verpflichtung zum Offenbaren von Geständnissen bei geplanten schweren Straftaten	606
21.2.6	Rechtsgrundlage für das gerechtfertigte Offenbaren von Geständnissen	609
21.2.7	Umgang mit Geständnissen eines Kindes oder Jugendlichen	611
21.2.8	Strafbarkeit beim nicht gerechtfertigten Offenbaren von Geständnissen	613
21.2.9	Verhältnis von Zeugnisverweigerungsrecht und Schweigepflicht	613

22 Der Notfall: Was tun bei somatogenen oder psychogen-motorischen Anfällen, bei Gewalt- oder Suizidandrohungen? 615

Dietrich Roscher

22.1	Vorgehen bei somatogenen und psychogen-motorischen Anfällen	615
22.1.1	Atemnot und Hyperventilation	616
22.1.2	Epileptische und psychogene Anfälle	618
22.1.3	Störungen des Herz-Kreislauf-Systems	621
22.1.4	Psychischer Schock	624
22.1.5	Schwindelattacken	624
22.1.6	Akuter Erregungszustand	625
22.1.7	Akuter Verwirrtheitszustand	625
22.1.8	Stupor und Katatonie	626
22.2	Vorgehen bei Gewalt- und Suizidandrohungen	626
22.2.1	Aggressive und gewalttätige Patienten	626
22.2.2	Suizidandrohungen und suizidales Verhalten	627
22.3	Folgerungen, Strategien und Widerstände	629
22.4	Vertiefende Literatur	630
22.5	Verwendete Leitfäden und Materialien	631

23 KVT und Hypnose: Die Rekonstruktion, Konstruktion und Bearbeitung problemrelevanter Kognitionen in Hypnose 648

Hans-Christian Kossak

23.1	Besonderheiten der Klientel und des Settings	650
23.1.1	Fähigkeiten der Klienten: Suggestibilität, Hypnotisierbarkeit	650
23.1.2	Besonderheiten des Settings	651

23.1.3	Vorteile der Kombination von Hypnose und KVT	652
23.2	Therapeutisches Vorgehen und Strategien	653
23.2.1	Die Phasen der Hypnosedurchführung	653
23.2.2	Verhaltensweisen in Hypnose – Hypnose-Phänomene und ihre Indikationen	656
23.2.3	Zentrale Elemente	658
23.2.4	Ziele	661
23.2.5	Beispiele, Fälle und Methoden	661
23.3	Typische Probleme, Widerstände, Grenzen	670
23.3.1	Typische Probleme	670
23.3.2	Grenzen der Hypnose	670
23.3.3	Vorsichtsmaßnahmen	672
23.3.4	Kontraindikationen	672
23.3.5	Effektivität der Therapiekombination von KVT und Hypnose	672
23.4	Vertiefende Literatur	673

Anhang 675

Arbeitsmaterial 676

Autorenverzeichnis 681

Literaturverzeichnis 683

Sachwortverzeichnis 701

Vorwort zur 3. Auflage

Zielgruppe

Dieses Buch wendet sich an psychotherapeutisch arbeitende Kolleginnen und Kollegen, die ihren Klientinnen und Klienten mit kognitiv-verhaltenstherapeutischen Strategien und Interventionen helfen möchten, die aufgestellten Therapieziele zu erreichen. Es ist ein »Anwenderbuch«, das sich mit dem praktischen Umsetzen im therapeutischen Alltag befasst. Im Fokus steht dabei auch der Umgang mit dort häufig anzutreffenden Fragen und Widerständen.

Die Kenntnis der typischen KVT-Grundlagen, ihrer Therapietheorie und Werkzeuge wird vorausgesetzt. Leser, die hierzu vorhandene Lücken schließen möchten, sind auf das Grundlagenbuch *Integrative KVT – Die Therapie emotionaler Turbulenzen* (Stavemann, 2014b) verwiesen.

Veränderungen im Vergleich zur 2. Auflage

Von der KVT zur Integrativen KVT. Die kontinuierliche Entwicklung Kognitiver Verhaltenstherapie wurde im letzten Jahrzehnt durch den Einbezug von Verfahren anderer therapeutischer Konzepte insbesondere zur Behandlung spezifischer Krankheitsbilder und durch Verfahren der »dritten Welle« befruchtet. Diese dritte Neuauflage berücksichtigt etliche dieser Veränderungen, die sich widerspruchsfrei in das Konzept der KVT integrieren lassen, und beschreibt damit den *state of the art* kognitiv-verhaltenstherapeutischer Behandlungs- und Interventionsstrategien.

Die heutige KVT hat sich so sehr von den ersten Modellen sensu Ellis und Beck weiterentwickelt, dass dies durch die Bezeichnung *Integrative KVT* zum Ausdruck gebracht werden soll.

Gliederung und inhaltliche Veränderungen. Über ein Aktualisieren der einzelnen Beiträge hinaus wird das KVT-Vorgehen noch strukturierter dargestellt als in der 2. Auflage, und die Abweichungen vom ambulanten Standardvorgehen in bestimmten Therapie settings und bei störungsspezifischen Vorgehen werden deutlicher beschrieben und begründet.

Die vielfältigen Entwicklungen führen auch zu einer Neugliederung der bisherigen Beiträge.

Der Teil I, in dem das Vorgehen bei der typischen ambulanten KVT beschrieben ist, wird in der Phase 2 um die *Problemorientierte Kognitive Psychodiagnostik* erweitert. In Phase 6, der Rekonstruktion problemrelevanter Konzepte, wird dezidierter auf die Zusammenhänge zu kognitiven Stilen, Problemkategorien und emotionalen Reaktionen eingegangen und das Vorgehen bei der Rekonstruktion gut gebahnter und unbewusster Konzepte beschrieben. In Phase 8, beim Training der funktionalen Denkmuster, werden der Umgang mit kognitiven Dissonanzen beim Patienten und die Prinzipien des Bahnens neuer Konzepte ausführlicher einbezogen.

In Teil II, in dem Zusatzstrategien für »besondere Klienten« in Abgrenzung zum ambulanten Standardvorgehen beschrieben werden, sind zwei Kapitel neu hinzugekommen: »Der neurologische Patient: KVT in neuropsychologischen Rehabilitationskliniken« und »Der wahnhafte Patient: Ambulante KVT bei Schizophrenie und anderen psychotischen Störungen«. Die Beiträge »Ambulante KVT mit Gewalttätern« und »KVT in der JVA« wurden zusammengelegt.

Im Teil III, der »besonderen Situation«, werden Zusatzstrategien beschrieben, die nicht nur in der ambulanten KVT für Therapeuten in deren Behandlungsalltag hochgradig relevant sind. Sämtliche Beiträge dieses Abschnitts wurden aktualisiert und erweitert.

Die Kapitel aus dem ehemaligen Teil IV, »Besondere Techniken und Strategien«, entfallen künftig. Die Beiträge »Mindfulness – Achtsamkeitsbasiertes Vorgehen in der KVT« und »Acceptance und Commitment: Behandlung von hierarchischen Problemen und geringer Frustrations- und Leidtoleranz« sind bereits bzw. werden künftig im Herausgeberbuch *KVT update* (Stavemann, 2012) erschienen bzw. erscheinen. Der Beitrag »Fragetechniken und Gesprächsführung in der KVT« ist nun im Grundlagenbuch (Stavemann, 2014b) enthalten.

An dieser Stelle wieder ein herzliches Dankeschön an alle Mitautoren, den Verlag, die Lektorin und die Mitarbeiter bei Beltz, die diese Neuauflage ermöglicht und mitgetragen haben.

Vaisala (Savaii), im Frühjahr 2014

Harlich H. Stavemann

Vorwort zur 2. Auflage

Kognitive Verhaltenstherapie unterliegt einem dynamischen Entwicklungsprozess. Dies und die unerwartet starke Nachfrage nach diesem Praxishandbuch sind der Grund dafür, dass Ihnen bereits nach drei Jahren eine komplett überarbeitete und maßgeblich erweiterte Neuauflage vorliegt.

Die Inhalte der einzelnen Kapitel sind nicht nur aktualisiert, sondern darüber hinaus wird das KVT-Vorgehen noch strukturierter dargestellt als in der 1. Auflage, und die Unterschiede in bestimmten Settings, ihre Abweichungen vom ambulanten Standardvorgehen werden noch deutlicher hervorgehoben. Kapitel 3 zur Lebenszielanalyse und Lebenszielplanung sowie Kapitel 13 zur KVT mit Kindern und Jugendlichen wurden grundlegend überarbeitet und ergänzt – Letzteres ist nun ebenfalls KVT-spezifisch ausgerichtet.

Vier Kapitel sind neu hinzugekommen:

In Teil II – Zusatzstrategien für besondere Klientel – wird die KVT-Behandlung von traumatisierten Patienten auf Trauma-Stationen beschrieben.

In Teil IV – besondere KVT-Techniken – unterstreichen die drei neu aufgenommenen Themen die humanistische Grundlage der KVT. Als Zusatzstrategien wurden aufgenommen: Mindfulness – Achtsamkeitsbasierte KVT, Acceptance & Commitment in der KVT und non-direktive Gesprächsführungstechniken und -stile in der KVT.

An dieser Stelle ein herzliches Dankeschön an alle Mitautoren, den Verlag, die Lektorin und die Mitarbeiter bei Beltz/PVU, die diese Neuauflage so schnell ermöglicht und mitgetragen haben.

Apia und Hamburg, im Januar 2008

Harlich H. Stavemann

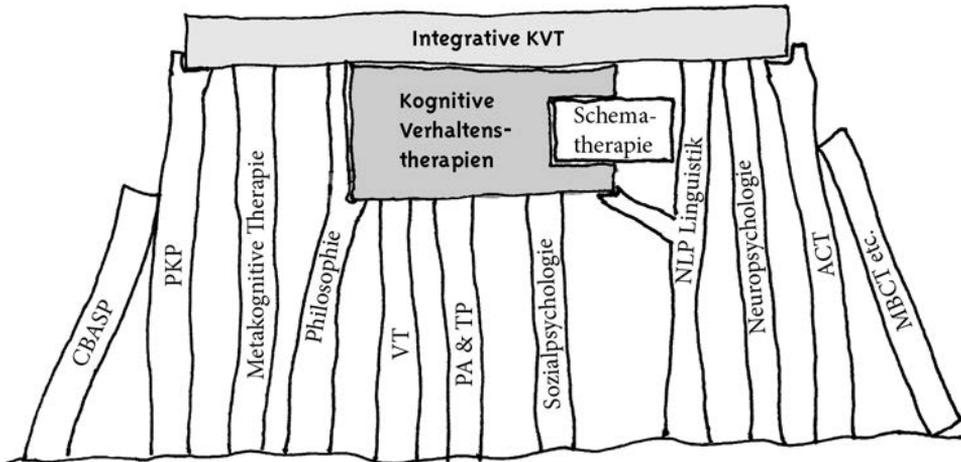
Einleitung

Harlich H. Stavemann

Praxis der Integrativen KVT

Die Integrative KVT ist eine Fortschreibung der Kognitiven Verhaltenstherapie, die auf denselben Fundamenten aufbaut. Jedoch gilt dies für die philosophischen und die linguistischen Inhalte in erheblich verstärktem Maße. Zusätzlich kommen neue Ansätze, wie z. B. die Problemorientierte Kognitive Psychodiagnostik (PKP) hinzu, und es werden therapeutische Strategien aus anderen Modellen integriert, wie z. B. aus der Neuropsychologie sowie aus einigen Verfahren der »dritten Welle«, insbesondere der Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT), der Metakognitiven Therapie, der Schematherapie und den achtsamkeitsbasierten Verfahren. Diese Erweiterungen des bisherigen KVT-Modells sollen durch den Zusatz »integrativ« ausgedrückt werden, wobei die Methode selbst weiterhin auf dem Boden der KVT angesiedelt ist.

Nachstehende Abbildung gibt einen Eindruck von der methodischen Vielfalt dieses Ansatzes. Um den integrativen Aspekt dieser KVT zu betonen, werden dabei in erster Linie die Überschneidungen und Parallelen zwischen den einzelnen Verfahren berücksichtigt.



Das Fundament der Integrativen KVT

Für den Einsatz der Integrativen KVT gibt es in der ambulanten und der stationären psychotherapeutischen Behandlung einige grundsätzliche Therapievariablen, Anforderungen und Merkmale im Setting, in der Therapeut-Patient-Beziehung, im Therapeutenverhalten und der Art der Gesprächsführung und -strukturierung, die sowohl für den in Teil I beschriebenen Standardeinsatz als auch für die in den Teilen II und III

dargestellten besonderen Therapie-Settings und Klientengruppen gelten. Diese Inhalte werden im Grundlagenbuch »Integrative KVT – Die Therapie emotionaler Turbulenzen« (Stavemann, 2014b) abgehandelt. Hierzu gehören insbesondere folgende Themen:

- ▶ Entwicklung der Kognitiven Verhaltenstherapien
- ▶ Wesen und Kennzeichen Kognitiver Verhaltenstherapien
- ▶ Indikationen und Kontraindikation für KVT
- ▶ Therapieprämissen der KVT
- ▶ Grundlagen kognitiv-verhaltenstherapeutischer Modelle
- ▶ Entwicklungen in der KVT
- ▶ Ziele und Methoden der KVT
- ▶ Diversifikation der KVT durch Verfahren der »3. Welle«
- ▶ Begründung der Integrativen KVT
- ▶ Kennzeichen der Integrativen KVT
- ▶ Therapeutenvariablen in der Integrativen KVT
- ▶ Gesprächsführung in der Integrativen KVT
- ▶ Das Wahrheitskonzept und dessen Implikationen
- ▶ Die »innere« und »äußere Freiheit« und ihre Implikationen

In diesem Buch liegt der Fokus auf der praktischen Anwendung der therapeutischen Methode, ihrer Werkzeuge und Strategien sowie dem Umgang mit typischen Fragen und Widerständen in den einzelnen Therapiephasen. Die Kenntnis obiger Punkte wird dabei vorausgesetzt.

Im Teil I wird der Einsatz der Integrativen KVT in der ambulanten Psychotherapie vom Erstgespräch bis zur letzten Therapiestunde beschrieben. Anschließend erfolgt in den Teilen II und III die Beschreibung und Begründung für abweichende Behandlungskonzepte in bestimmten Settings, für besondere Störungsbilder oder Klientel, die eine unterschiedliche Strategie im Vergleich zum Vorgehen in der ambulanten Therapie erfordern. Auch hier wird besonderes Gewicht auf den Umgang mit Fragen und Widerständen mit der speziellen Klientel gelegt.

Zunächst betrachten wir jedoch, was für alle Patiententypen und für jedes Setting gleichermaßen gilt: die Dokumentation der Therapieinhalte.

Therapiedokumentation

Dokumentation des Therapeuten

Nach dem *Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten* (BGB § 630 f.) vom 11.1.2013 ist der Therapeut zur fachlichen Dokumentation seiner Arbeit in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der Behandlung verpflichtet. Hierzu gehören sämtliche Maßnahmen und Ergebnisse, die für die derzeitige und künftige Behandlung wesentlich sind, z. B. die Anamnese, Diagnosen, (Test-)Untersuchungen und deren Ergebnisse, Befunde, Interventionen und deren Erfolg, Einwilligungen wie Entbinden von der Schweigepflicht, Arzt- und Entlassungsberichte. Diese Aufzeich-

nungen können in Papierform oder elektronisch erfolgen. (Bei der elektronischen Datenspeicherung sind die Datenschutzbestimmungen und gesetzlichen Auflagen zu beachten!) Die Aufzeichnungspflicht ist gesetzlich als Begleitleistung für psychotherapeutische Behandlung geregelt und daher nicht gesondert berechnungsfähig. Die Dokumentationsunterlagen bleiben vom Behandler nach Therapieende zusammen mit Anträgen, Berichten, Genehmigungen und Abrechnungsunterlagen zehn Jahre missbrauchsgeschützt aufbewahrungspflichtig.

Einsichtnahme des Patienten. Grundsätzlich haben Patienten gemäß § 630 g BGB ein Recht auf Einsichtnahme in die vollständige Patientenakte. Ausnahmen bestehen bei begründetem Verdacht auf unmittelbare negative Auswirkungen durch diese Einsichtnahme oder durch eine erhebliche Verletzung von Rechten Dritter. Ein Ablehnen der Einsichtnahme ist entsprechend nachvollziehbar zu begründen.

Kein Anspruch besteht auf Einsichtnahme in die »persönlichen« Aufzeichnungen des Therapeuten (persönliche Eindrücke, Evaluation und Selbstreflexion), wobei diese sinnvollerweise nicht zusammen mit den einsichtsfähigen Daten der Patientenakte erhoben und angeführt werden.

Dokumentationsformen. Die Therapiedokumentation lässt sich zusammenfassen in (vgl. Laireiter & Baumann, 1996):

- ▶ Statusdokumentation und
- ▶ Verlaufsdokumentation.

Erstere beschreibt den psychischen Zustand der Patienten zu Therapiebeginn und am Therapieende und wird in der Regel durch den Bericht an den Gutachter zur Einleitung einer Kurz- oder Langzeittherapie und durch den Abschlussbericht abgedeckt. Letztere enthält die Therapiedokumentation des Therapeuten mit konkreten Interventionsbeschreibungen und ihrer Evaluation, die inhaltliche Beschreibung der einzelnen Sitzungen, ihre Ziele und den Bezug zum Therapieplan. Arbeitsblatt AB 0-1 kann als Vorlage für die Verlaufsdokumentation dienen.

Ton- oder Videoaufzeichnungen. Zur eigenen Überprüfung, Absicherung und möglicherweise notwendigen Inter- oder Supervision zeichnet der Therapeut die Sitzungen sinnvollerweise digital auf. Einerseits senkt dies gerade bei Berufsanfängern deutlich die Befürchtung, etwas Wichtiges zu überhören oder zu vergessen. Zudem dient es der eigenen Evaluation und Reflexion der therapeutischen Interventionen. Wer sich die Mühe macht, diese Aufzeichnungen abzuhören, wird überrascht sein, wie häufig er selbst Fehler identifiziert, bessere Alternativen erkennt und die Struktur genauer einzuhalten lernt und sich damit die eine oder andere Supervisionsstunde erspart.

Andererseits bietet die digitale Aufzeichnung die Möglichkeit, diese dem Patienten ohne großen Aufwand für *dessen* Nachbereitung und zu *dessen* eigener Dokumentation zur Verfügung zu stellen.

Sinnvollerweise werden die Vorteile einer Aufzeichnung bereits im Vorgespräch mit dem Patienten besprochen und die Genehmigung hierfür schriftlich eingeholt (s. Therapiekontrakte, AB 1-6 und 1-8). Gleichzeitig wird die Verschwiegenheitspflicht für sämtliche Inhalte festgehalten.

AB
0-1

AB
1-6 + 1-8

Dokumentation des Patienten

Auch Patienten dokumentieren zweckmäßigerweise ihre therapeutischen Fortschritte, um sich an die erarbeiteten Ergebnisse auch noch später zu erinnern und sie nachvollziehen zu können. Ein gutes »Stundenprotokoll« enthält die erarbeiteten Einsichten mit einleuchtender Begründung sowie vereinbarte Hausaufgaben und umfasst in der Regel ein bis zwei Seiten. Stundenprotokolle können in Form eines Therapietagebuchs geführt werden, wobei der Therapeut stets eine Kopie erhält.

Die Patientendokumentation wird zu Beginn der Therapiestunde durchgesehen und – wenn nötig – ergänzt oder korrigiert, damit der Patient stets verlässlich darauf zurückgreifen kann. Da KVT planmäßig und prozesshaft erfolgt, dienen diese Aufzeichnungen zugleich dem Einstieg in die neue Stunde.

Maultsbys Untersuchungen (1971a, 1971c) bestätigen den Nutzen derartiger systematischer schriftlicher Hausaufgaben für die Lerneffizienz und Verkürzung der Therapiedauer (s. hierzu auch Wunschel & Linden, 2011).

Für das Protokollerstellen des Patienten ist es hilfreich, wenn er die vom Therapeuten erstellte Tonaufzeichnung der jeweiligen Sitzung mit nach Hause nehmen kann. Zudem hat es für den Patienten die Wirkung zusätzlicher Therapiestunden, wenn er die Sitzungen nochmals abhören kann. Unabhängig von der Rekapitulation des bereits Erarbeiteten führt die neue Perspektive – nun aus dem Blickwinkel des Zuhörers und selbst Beobachtenden – häufig zu neuer Erkenntnis, Einsicht oder wichtiger Selbstreflexion. Mit Beginn der Therapiephase 3 sollte das Stundenprotokoll daher eine Standardhausaufgabe für alle Patienten sein.

Die positiven Effekte und Vorteile von Tonaufzeichnungen therapeutischer Sitzungen – sowohl für den Therapeuten als auch die Patienten – wurden von Maultsby (1970) und Maultsby und Gramm (1972) untersucht und nachgewiesen.



Manche Kollegen scheuen sich, ihren Patienten Hausaufgaben zu geben oder – falls sie welche gestellt haben – diese dann auch einzufordern, weil sie z. B. glauben, damit die Therapeut-Patient-Beziehung zu gefährden oder dem Patienten damit so lästig zu fallen, dass dieser womöglich die Therapie abbricht. Hier gilt es, dem Patienten die Notwendigkeit von Hausaufgaben für seinen Therapieerfolg schlüssig begründet aufzuzeigen.

Wenn man die Effekte von Hausaufgaben auf die Lerneffizienz, den Therapieerfolg und die Verkürzung der Therapiedauer berücksichtigt (vgl. Maultsby, 1971a, 1971c; Rees et al., 2005; Neimeyer et al., 2008), gibt es keine nachvollziehbare Begründung für Therapeuten, diese effektiven Wirkfaktoren zu vernachlässigen. Letztlich schaden sie damit ihren Patienten, indem sie deren Therapieerfolg behindern oder gänzlich ausschließen.

Typische Probleme und Widerstände

Der Patient möchte keine Tonaufzeichnungen

Manche Patienten scheuen sich vor der Aufzeichnung der Therapiesitzungen. Meist liegt dies in der Sorge begründet, andere könnten das Gespräch hören, den Patienten persönlich (er-)kennen oder Inhalte der Sitzungen könnten anderen Personen bekannt werden oder die Aufzeichnung könnte in nicht autorisierte Hände gelangen. Insbesondere Patienten mit Selbstwertproblemen schämen sich häufig für das Gesagte und befürchten, etwas »Dummes«, Falsches oder nicht Erwünschtes zu sagen und deswegen auf Kritik und Ablehnung zu stoßen. Einige lehnen sich sogar selbst ab, wenn sie sich etwas sagen hören, was sie selbst für unsinnig, unlogisch oder naiv halten.

Häufig lässt sich diesen Befürchtungen begegnen, indem der Therapeut auf seine gesetzliche Schweigeverpflichtung hinweist und begründet, wozu solche Aufzeichnungen auch im Sinne des Patienten sind:

- (1) Er kann anhand dieser Aufzeichnungen sein Therapieprotokoll erstellen, muss in der Stunde nicht mitschreiben, sondern kann sich ausschließlich auf das Gespräch konzentrieren,
- (2) das Abhören der Aufzeichnung wirkt meist wie eine zusätzliche Therapiestunde. Der Patient beobachtet sich nun »von außen«, nimmt seine Verteidigungs- und Vermeidungsstrategien wahr, hört sich argumentieren, erwischt sich bei der einen oder anderen Beschönigung oder Unwahrheit und kann darüber zuhause reflektieren,
- (3) dadurch wird die nötige Therapiezeit erheblich verkürzt,
- (4) er kann bei Bedarf bestimmte Sequenzen erneut abhören, sich die Argumente für oder wider eines seiner Konzepte erneut vor Augen führen und die Ergebnisse der Dialoge dadurch besser nachvollziehen.

Falls ein Patient sich auch nach diesen Argumenten noch vor einer Aufzeichnung scheut und diese verweigert, wird der Therapeut darlegen, weshalb dies eine Bedingung »sine qua non« für sein therapeutisches Handeln ist:

- ▶ Er macht sich dadurch überprüfbar und kann dadurch leichter Probleme in der Supervision klären,
 - ▶ er kann auf Informationen aus vorherigen Gesprächen zurückgreifen und
 - ▶ er arbeitet dadurch effektiv und kostenbewusst auf das aufgestellte Therapieziel hin.
- Ohne Zustimmung zu Ton- oder Bildaufzeichnungen wird er daher keinen therapeutischen Auftrag annehmen, um sich nicht dem Vorwurf eines Kunstfehlers auszusetzen.

Der Therapeut möchte keine Tonaufzeichnungen

Auch bei manchen Therapeuten sind dieselben Befürchtungen und Widerstände zu beobachten wie bei einigen Klienten. Zusätzlich sorgen sie sich womöglich darum, dass der Patient die Aufzeichnung zuhause vor anderen abspielen könnte, dass andere sich über sein Vorgehen empören oder lustig machen oder gar, dass andere ihm nachweislich ungünstige oder gar falsche Interventionen vorwerfen könnten.