



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 wahnhaft 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 wahnhaft 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

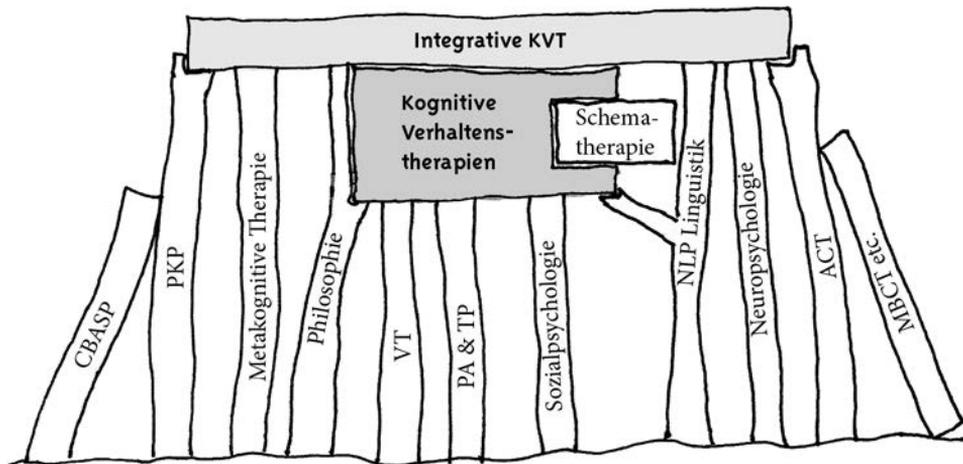
Einleitung

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.

So etwas ist prinzipiell auch bei einer gegenseitigen Verschwiegenheitsvereinbarung nicht gänzlich auszuschließen. Dieses »Risiko«, dass die eigene Arbeit durch andere begutachtet werden könnte, ist jedoch typisch für jede Art von Dienstleistung und jedes Gewerbe. Besser, man gewöhnt sich von Beginn an daran.

Zudem kann der Therapeut sich vor Augen führen, dass man ihm zu Recht vorhalten könnte, auf die oben beschriebenen nachweislichen Vorzüge von Ton- oder Bildauszeichnungen zu verzichten (s. obige Punkte 1–4), wenn er sich wegen eines eigenen Selbstwertproblems oder mangelnder Selbstsicherheit nicht traute, sich überprüfbar zu machen.

Manch ein Therapeut wird vielleicht nur deswegen auf die Aufzeichnung der Sitzungen verzichten, weil es dies seinem Patienten nicht zumuten möchte und befürchtet, dieser könnte die Therapie deswegen nicht bei ihm durchführen wollen. Hier kann der Therapeut sich einen wichtigen Therapiegrundsatz in Erinnerung rufen: »Der Patient bestimmt das Ziel, der Therapeut den Weg dorthin.« Er wird sich daher nicht auf zweit- oder drittbeste Lösungen einlassen, weil der Patient dies fordert. Da allein der Therapeut für seinen Behandlungsplan, seine Strategie und sein Handeln verantwortlich zeichnet, wird er darauf achten, alles zu unterlassen, was ihm zu Recht den Vorwurf suboptimalen Vorgehens einbringen könnte.

Der Patient schreibt keine Therapieprotokolle

Wenn der Patient keine oder nur unzureichende Therapiestunden-Protokolle anfertigt, wird der Therapeut zunächst prüfen, ob dies einem Selbstwert- oder einem Frustrationsintoleranzproblem geschuldet ist. Manche Patienten schämen sich für Rechtschreib- oder Grammatikfehler und mögen deswegen nichts Aufgeschriebenes vorlegen. Andere finden so etwas schlichtweg zu lästig und machen es deswegen nicht.

Im ersten Fall wird der Therapeut vermitteln, dass es ihm nicht um Rechtschreibung, sondern um die behandelten Inhalte geht. Er wird deswegen auch nur letztere korrigieren, wenn dies nötig ist.

Im zweiten Fall wird der Therapeut nochmals verdeutlichen, dass Psychotherapie in einem Lernprozess *des Patienten* besteht. Falls dieser dazu keine Lust hat, wird die Therapie wegen ungünstiger Prognose unter- oder abgebrochen.

In beiden Fällen streicht der Therapeut nochmals die Vorzüge von Therapiestunden-Protokollen heraus:

- (1) Der Patient kann das Erarbeitete jederzeit nachlesen und unterbindet damit das Vergessen von für ihn wichtigen Ergebnissen, Erkenntnissen und Zusammenhängen,
- (2) hat er vergessen, eine wichtige Erkenntnis aufzuschreiben, etwas falsch verstanden oder unvollständig wiedergegeben, kann dies durch den Therapeuten in der nächsten Sitzung sofort korrigiert werden,
- (3) neue Erkenntnisse werden schneller gebahnt, wenn sie auf unterschiedliche Art repetiert werden,
- (4) Patienten, die ausführliche Therapiestunden-Protokolle schreiben, brauchen für ihren Therapieerfolg in etwa nur halb so lang wie die, die so etwas nicht tun,

- (5) das Protokoll dient dem Einstieg in die nächste Sitzung und damit auch dazu, den roten Faden im Therapieprozess wieder aufzunehmen.

Der Patient möchte die Tonaufzeichnung nicht anhören

Manche Patienten mögen die Tonaufzeichnungen nicht abhören, weil sie das zu »peinlich« oder »ätzend« finden. Auch hier wird der Therapeut zunächst prüfen, ob dieser Verweigerung ein Selbstwert- oder ein Frustrationsintoleranzproblem zugrunde liegt.

Im ersten Fall schämen sich Patienten häufig für ihre »mickrige« oder »piepsende« Stimme, ihren Tonfall, ihre Mundart, ihr »Herumgestottere« oder für das, was sie inhaltlich von sich geben. Hier wird der Therapeut zunächst die Relevanz von realistischer Selbstwahrnehmung, Introspektion und gezielter Selbstbeobachtung für einen erfolgreichen Therapieprozess herausstellen.

Im zweiten Fall finden die Betroffenen es lästig, sich nochmals mit den Inhalten der letzten Sitzung beschäftigen zu sollen. Sie möchten stattdessen lieber behandelt und optimalerweise vom Therapeuten ins Ziel getragen werden. Hier wird der Therapeut zunächst wie im vorangegangenen Abschnitt beschrieben vorgehen.

In beiden Fällen wird er danach nochmals die Vorteile von Tonaufzeichnungen für einen erfolgreichen Therapieprozess herausstellen und sein Insistieren darauf begründen (s. obige Punkte 1–5).

Vertiefende Literatur

- Maultsby, M. C. (1970). Routine tape recorder use in RET. *Rational Living*, 5 (1), 8–23.
- Maultsby, M. C. (1971a). Systematic written homework in psychotherapy. *Psychotherapy: Theory Research and Practice*, 8 (3), 195–198.
- Maultsby, M. C. & Gramm, J. M. (1972). Patients' responses to the use of tape recorders in psychotherapy: A clinical study of 56 patients. *Journal of the National Medical Association*, 64 (4), 375.
- Neimeyer, R. A. et al. (2008). Group cognitive behavioural therapy for depression outcome predicted by willingness to engage in homework, compliance with homework, and cognitive restructuring skill acquisition. *Cognitive Behavior Therapy* (37), 199–215.
- Rees, C. S., McEvoy, P. & Nathan, P. R. (2005). Relationship between homework completion and outcome in cognitive behavior therapy. *Cognitive Behavior Therapy* (34), 242–247.
- Wunschel, I. & Linden, M. (2011). Hausaufgaben. In M. Linden & M. Hautzinger (Hrsg.), *Verhaltenstherapiemanual* (7. Aufl.). Heidelberg: Springer.

Verwendete Leitfäden und Materialien

AB 0-1	Therapie-Verlaufsdokumentation vom ____ / ____ / ____ für Pat.code: _____
---------------	---

____ Std. von _____, Bewilligung vom _____ durch _____-Kankenkasse
Diagnose: _____
zurzeit bearbeitetes Therapieziel: _____

Inhalt:

Stundenprotokoll besprechen: () i.O. () nicht gemacht, weil: _____
Verbesserungen: _____

Hausaufgabe besprechen: _____

Evaluation der HA: _____

Stundenziel: _____

Vorgehen: _____

Evaluation: _____

Störungen: _____

Beziehung: _____

Besonderes: _____

Neue Hausaufgabe: _____

Nächster Termin am: _____

Teil I

Der typische Ablauf ambulanter Integrativer KVT

Harlich H. Stavemann

Phasen einer ambulanten Integrativen KVT

Den wohl überwiegenden Teil psychotherapeutisch arbeitender Kolleginnen und Kollegen bilden die niedergelassenen Therapeuten mit einer Klientel in ambulanter Behandlung, entweder in eigenen Praxen, in Praxisgemeinschaften bzw. Gemeinschaftspraxen oder als Angestellte bei öffentlichen und privaten Trägern. In Teil I, in den Kapiteln 1 bis 8, wird für diesen ambulanten Einsatz Integrativer KVT das typische Vorgehen in acht Phasen behandelt (vgl. Stavemann, 2014b, S: 28 ff.). Einen Überblick über diese Struktur vermittelt folgende Übersicht.

Phasen einer ambulanten Integrativen KVT

(1) Erstkontakt:

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

(2) Exploration, Anamnese, Diagnose und Therapieplanung:

- ▶ Problem(e) und zugehörige emotionale, kognitive, physiologische/organische und Verhaltenssymptome explorieren,
- ▶ ggf. diagnostische Verfahren anwenden,
- ▶ Problemgenese erheben,
- ▶ Problem- und Verhaltensanalyse mit aufrechterhaltenden Bedingungen aufstellen,
- ▶ Diagnose stellen,
- ▶ Behandlungsziel festlegen,
- ▶ Behandlungsplan erstellen,
- ▶ Prognose abgeben.

(3) Lebenszielanalyse und Lebenszielplanung (falls problemrelevant):

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

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

- ▶ Krankheitsbezogene Informationen vermitteln (z. B. bei psychosomatischen Erkrankungen: Wie funktioniert der Kreislauf?),

- ▶ Zusammenhang zwischen seelischen Stress-/ hohen Erregungsniveaus und organischen Reaktionen aufzeigen,
 - ▶ Zusammenhänge zwischen selbst initiiertem Erregungsanstieg (z. B. durch internen Alarm) und physiologischen Reaktionen (z. B. Herzzrasen, Erröten) erklären, dysfunktionale Erklärungen reattribuieren.
- (5) Das kognitive Modell zur Emotionsentstehung und -steuerung vermitteln:**
- ▶ die Emotionsdefinition vermitteln,
 - ▶ das kognitive Modell zur Emotionsentstehung und -steuerung sokratisch erarbeiten,
 - ▶ das ABC-Modell einführen.
- (6) Dysfunktionale Konzepte und Denkstile identifizieren:**
- ▶ die hauptsächlichsten dysfunktionalen Konzepte und Denkstile vermitteln,
 - ▶ das ABC-Modell zur Identifikation und Rekonstruktion eigener dysfunktionaler Konzepte und Denkstile anwenden.
- (7) Identifizierte Konzepte und Denkstile auf Angemessenheit prüfen und neue, funktionale Konzepte erstellen lassen:**
- ▶ Zielsetzungen erstellen lassen und auf Funktionalität prüfen,
 - ▶ Prüftechniken vermitteln,
 - ▶ alle Teile des Bewertungssystems mithilfe von Disputtechniken und Sokratischen Dialogen auf Angemessenheit prüfen,
 - ▶ funktionale B-Alternativen (B^{neu}) als Zusammenfassung der vorherigen Prüfung erstellen lassen,
 - ▶ in das Modell zur Selbstanalyse von Emotionen (SAE-Modell) einführen.
- (8) Die neuen Konzepte trainieren und bahnen:**
- ▶ Funktionale Übungen sammeln,
 - ▶ Übungsleitern erstellen lassen,
 - ▶ Drehbücher zu den einzelnen Übungen erstellen lassen,
 - ▶ das B^{neu} der funktionalen Übungen mit sukzessiv steigendem Schwierigkeitsgrad trainieren:
 - ▶ auf der inhaltlich-logischen Ebene mithilfe von SAE-Modellen,
 - ▶ auf der Vorstellungsebene durch Imaginationsübungen,
 - ▶ auf der Verhaltensebene durch In-vivo-Übungen.

Nachfolgend wird das Vorgehen in diesen acht Phasen ausführlich beschrieben.

1 Phase 1: Erstkontakt

Bei Patienten, die in gesetzlichen Krankenkassen versichert sind, gilt der Erstkontakt als erste »probatorische Sitzung«. Maximal vier weitere probatorische Sitzungen werden insgesamt für die Phase 2 erstattet, bevor ein Antrag auf Kostenübernahme für psychotherapeutische Behandlung gestellt werden muss (vgl. Psychotherapie-Richtlinien, Abs. E Pkt. 1.1.1 und § 11(1) der Psychotherapie-Vereinbarung).

[*Probatorische Sitzungen sind nicht-antragspflichtige ambulante Pflichtleistungen der gesetzlichen Krankenversicherungen und werden (anders als die zurzeit nach einem gestützten Punktwert vergütete bewilligungspflichtige Psychotherapie) nach einem floatenden Punktwert erstattet. Sie dienen dazu, dass der Therapeut die für einen Antrag auf Kostenübernahme für Psychotherapie notwendigen Informationen einholen kann, und dazu, dass Patient und Therapeut prüfen, ob sie eine gemeinsame Arbeitsgrundlage finden und eine förderliche Therapeut-Patient-Beziehung aufbauen können.*]

1.1 Struktur und Ziele

Ziele des Erstkontakts

Der zuvor meist telefonisch vereinbarte Erstkontakt dauert in der Regel 50 Minuten. Patient und Therapeut verfolgen dabei teilweise unterschiedliche Ziele.

Patientenziele. Für den Patienten dient der Erstkontakt meistens dem Beantworten folgender Fragen:

- ▶ Wie ist der erste Eindruck von Therapeut und Praxis?
- ▶ Wirkt der Therapeut sympathisch, vertrauenswürdig, selbstsicher, lebenserfahren, menschlich und fachlich kompetent?
- ▶ Erfüllt der Therapeut die Erwartungen hinsichtlich Alter, Geschlecht, Typus, sozialer Schicht etc.?
- ▶ Versteht der Therapeut mein Problem? Hat er eine plausible Erklärung dafür?
- ▶ Hat er ein durchschaubares, erfolgversprechendes Behandlungskonzept? Wie sieht das aus? Traue ich mir das zu?
- ▶ Wie lautet seine Prognose? Finde ich sie glaubwürdig?
- ▶ Wie schnell kann ich mit der Therapie beginnen? Wie oft muss ich kommen? Wie lange dauert das? Zahlt das alles die Kasse, oder welche Kosten kommen auf mich zu?

Therapeutenziele. Der Therapeut verfolgt im Erstkontakt folgende Zielsetzungen:

- ▶ Einen ersten Eindruck vom Patienten gewinnen: Typus, Persönlichkeit und Erscheinung.
- ▶ Aufgrund dieses ersten Eindrucks einen adäquaten Kontaktaufbau betreiben, um eine förderliche Therapeut-Patient-Beziehung herzustellen.

- ▶ Herausfinden, wobei der Klient zu diesem Zeitpunkt aus welchem Anlass Hilfe sucht.
- ▶ Prüfen, ob der Patient unter einem psychischen Problem leidet, und – falls ja – unter welchem(n). Hierzu emotionale, kognitive, physiologische/organische und Verhaltenssymptome erheben.
- ▶ Patientenziele, -erwartungen und -ressourcen erfragen und erfassen.
- ▶ Therapievoraussetzungen (Krankheitseinsicht, Veränderungsmotivation, konkrete Zielsetzung, Fähigkeit zur Selbstreflexion und reflexive Persönlichkeit) prüfen.
- ▶ Therapieerfahrungen abklären.
- ▶ Dem Patienten die vorläufige Diagnose vermitteln und begründen sowie einen möglichen Behandlungsablauf kurz erläutern.
- ▶ Wahrscheinlichkeit für die Kostenübernahme durch die Krankenkasse prüfen.
- ▶ Motivation des Patienten durch Darlegen eines plausiblen, stringenten Behandlungskonzepts fördern und eine realistische Erfolgsprognose aufstellen.
- ▶ Organisatorische Rahmenbedingungen und Voraussetzungen für eine Therapieaufnahme klären.

Struktur des Erstgesprächs

Der Therapeut versucht, in 30 Minuten das/die psychische/n Problem/e des Patienten, dessen/deren Symptomatik und daraus resultierende Konsequenzen zu erfassen und es/sie provisorisch diagnostisch einzuordnen. Dazu geht er chronologisch vor:

- (1) Patienten begrüßen und einleitend Inhalt und Ziel des Erstgesprächs erläutern.
- (2) Warum kommt der Patient? Wer hat ihn »geschickt«? Warum kommt er gerade jetzt?
- (3) Das/die psychische/n Problem/e herausarbeiten und resultierende Symptome erheben: Unter welchen Emotionen, Verhaltensweisen und Konsequenzen leidet der Patient? Kurze Problemgenese.
- (4) Welche kognitiven Muster sind erkennbar? Implizit ein exemplarisches ABCZ-Modell erheben. Auf Symptomgewinn und aufrechterhaltende Bedingungen achten.
- (5) Liegen weitere, z. B. hierarchische Probleme vor?
- (6) Erster Eindruck: Wodurch ist die Patientenpersönlichkeit gekennzeichnet?
- (7) Vorläufige diagnostische Einordnung vornehmen und erläuternde Rückmeldung an den Patienten geben.
- (8) Könnte es somatische Ursachen für die Beschwerden geben?
- (9) In den verbleibenden 20 Minuten versucht der Therapeut folgende Punkte zu klären bzw. zu besprechen:
 - ▶ Über welche Bewältigungsstrategien und Therapieerfahrungen verfügt der Patient?
 - ▶ Welche konkreten Erwartungen und Therapieziele hat der Patient?
 - ▶ Therapeutisches Vorgehen erläutern und Motivation stärken.

- ▶ Therapieziel vereinbaren, Therapiekontrakt besprechen und abschließen.
- ▶ Organisatorisches: Kostenträger feststellen, Termine vereinbaren etc.

1.2 Therapeutisches Vorgehen und Strategien

Diverse sozialpsychologische Forschungsergebnisse belegen die zentrale Rolle des »ersten Eindrucks« für die Beziehungsgestaltung (u. a. Bierhoff, 1986; Lilli & Frey, 1993). Damit kommt dem Erstkontakt eine besondere Bedeutung zu, da der Aufbau einer positiven Therapeut-Patient-Beziehung und das Vermitteln der Therapeutenkompetenz nicht nur wesentlich für die Entscheidung des Patienten für oder gegen eine Therapieaufnahme sind, sondern auch seine Erfolgserwartung und damit seine Motivation mitbegründen. Die Therapieerfolgserwartung wird dabei durch die ver-

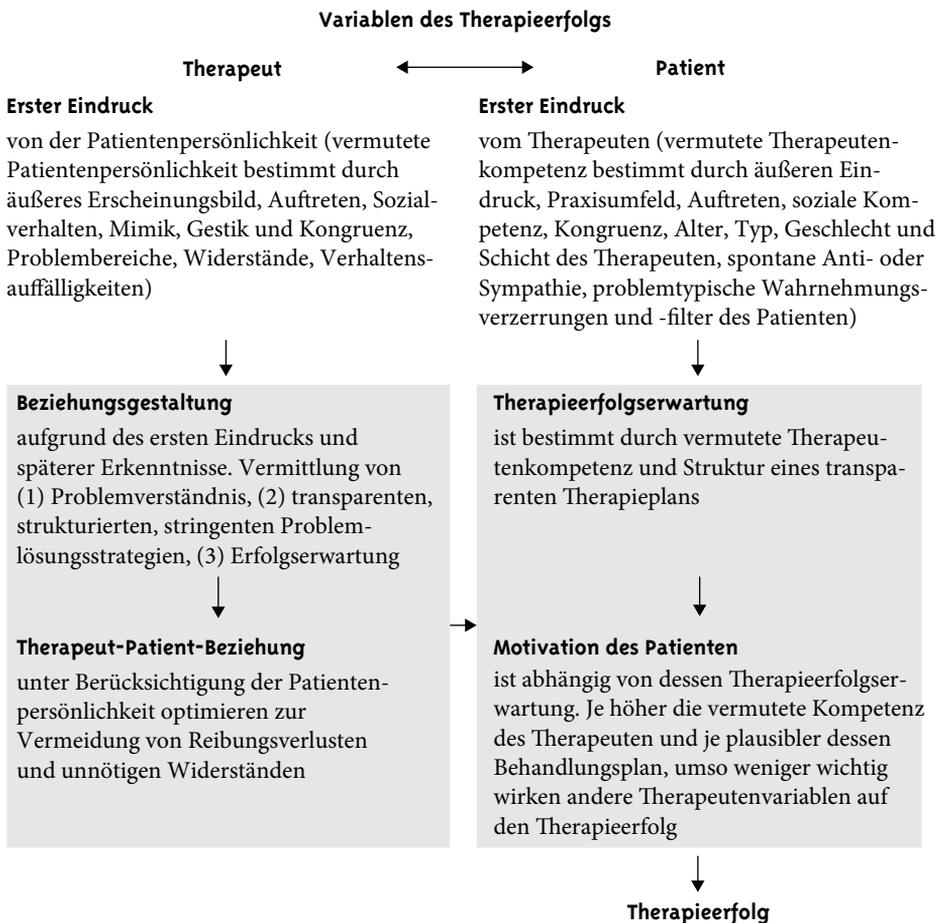


Abbildung 1.1 Die Auswirkung der Therapeut-Patient-Beziehung auf den Therapieerfolg

mittelte Therapeutenkompetenz und die Plausibilität und Transparenz in der Erklärung des strukturiert und stringent dargelegten Behandlungsplans bestimmt (vgl. Frank & Frank, 2000).

Abbildung 1.1 soll diese verschiedenen Variablen in ihrer Abhängigkeit und Bedeutung für den Therapieerfolg darstellen.

Diese für die Therapieaufnahme so entscheidende Phase soll nun besonders gründlich behandelt werden.

1.2.1 Patienten begrüßen und einleitend Inhalt und Ziel des Erstgesprächs erläutern

Keinem Therapeuten wird es gelingen, bei all seinen Patienten einen positiven ersten Eindruck zu hinterlassen, dazu sind deren Erwartungshaltungen und Wünsche zu unterschiedlich. Dennoch gibt es einige Merkmale, die die vermutete Professionalität und Kompetenz des Behandlers zumindest wahrscheinlicher machen: Angefangen von Äußerlichkeiten wie leichter Auffindbarkeit der Praxisräume, sauberen, hellen Räumlichkeiten (Praxis, Sanitär- und Wartebereich), gepflegtem Erscheinungsbild und Auftreten des Therapeuten bis hin zu atmosphärischen Variablen wie einer freundlichen, namentlichen Begrüßung des Patienten und dem Geleiten in den Praxis- oder Warteraum.

Bei der Terminplanung von Erstkontakten ist es günstig, deren Beginn nicht zu eng an die vorhergehende Sitzung zu legen, denn die Patienten erscheinen oft gerade zum Erstkontakt zu früh, z.B. weil sie die Anfahrtszeit noch nicht richtig einschätzen können, weil sie befürchten, die Räumlichkeiten nicht auf Anhieb zu finden oder weil sie das Prozedere in der Praxis noch nicht kennen.

Viele Patienten empfinden es als entlastend, wenn sie vor dem »offiziellen« Gesprächsbeginn Gelegenheit haben, sich mit der Räumlichkeit vertraut zu machen. So kann ein zu früh erschienener Patient einige Minuten vor Beginn in den Therapieraum geleitet werden, während der Therapeut ihm bewusst »den Rücken kehrt« und sich dabei beobachten lässt, wie er beispielsweise die nötigen Unterlagen zusammensammelt oder die Krankenversicherungskarte einliest.

Zur ersten Kontaktaufnahme wirkt es für Patienten spannungsreduzierend, wenn der Therapeut nicht sofort in medias res geht (»Wobei kann ich Ihnen helfen?«), sondern zunächst zwei, drei belanglosere Sätze austauscht, um die häufig beim Patienten vorhandene Anspannung aufzulösen.

Beispiel

Erste Kontaktaufnahme – Anspannung auflösen

T: (Lächelt P an.) Haben Sie leicht hergefunden?

P: Äh, ... ja, doch.

T: Wie lang ist denn Ihr Anfahrtsweg?

- P: Ungefähr 35 Minuten, aber heute hatte ich vorsichtshalber 50 eingeplant.
 T: Ah ja. Falls wir weitere Termine machen, können Sie sich dann ja künftig die Wartezeit ersparen.

Manchmal wird die Notwendigkeit betont, dem Patienten im Erstgespräch zur Entlastung Raum für die unstrukturierte Schilderung seiner Problematik und zur Selbstdarstellung zu geben (z. B. Hoffmann, 2000a). Dies scheint jedoch aus mehreren Gründen unzweckmäßig. Zum einen produzieren manche Patienten einen schier endlosen Datenwust, vielleicht, weil sie an »psychoanalytisches« Vorgehen denken und glauben, das würde von ihnen erwartet, oder um das »Heft des Handelns« in der Hand zu behalten oder um eigene Anspannung zu kaschieren. Zum anderen ist das, was der Therapeut für die Entscheidungsfindung »Therapie – ja oder nein« im Erstkontakt zu erarbeiten hat, so umfangreich (s. Arbeitsblatt 1-1 »Leitfaden für ein KVT-Erstgespräch«), dass es ratsam scheint, die hierfür normalerweise veranschlagten 50 Minuten geplant und zielgerichtet zu nutzen, dem Patienten die Struktur dieser Sitzung zu Beginn zu vermitteln und ein möglicherweise vorhandenes Bedürfnis des Patienten, sich etwas von der Seele zu reden, offiziell auf die nächsten Stunden zu vertagen, um nicht dessen Motivation zu untergraben. Dazu erläutert der Therapeut kurz Inhalt, Sinn und Zweck des Erstgesprächs, erklärt, was jetzt auf den Patienten zukommt, was heute auf der Tagesordnung steht, was von ihm erwartet wird und was später kommt.

AB
1-1

Beispiel

Inhalt und Ziel des Erstgesprächs erläutern

T: Wir haben ja heute unser erstes Gespräch, und ich weiß noch gar nichts von Ihnen. Wir haben heute also einiges an Informationsaustausch vor uns, da wir uns am Ende dieser Sitzung entscheiden müssen: Ich, ob ich Ihnen bei dem, was Sie zu mir führt, helfen kann. Sie, ob Sie die Hilfe, die ich Ihnen möglicherweise dazu anbieten kann, annehmen möchten.

Damit wir das auch schaffen, möchte ich das Gespräch heute auf ganz besondere Weise strukturieren. Sie werden Gelegenheit haben, all das zu fragen, was Sie wissen möchten, um Ihre Entscheidung treffen zu können. Auch ich werde Sie für *meine* Entscheidung ganz gezielt befragen, um herauszufinden, ob Sie unter einem psychischen Problem leiden, bei dem ich Ihnen helfen kann. Ich würde Ihnen dann erklären, welches Problem ich sehe, wie ich es behandeln würde, wie diese Behandlung aussieht und wie lange sie in der Regel dauert. Leider wird dabei heute die Zeit nicht reichen, um uns ausführlich mit Ihrem Anliegen in all seinen Facetten und Konsequenzen zu befassen. Um das angemessen zu tun, würden diese 50 Minuten vermutlich ohnehin nicht ausreichen. Wir werden das also auf die nachfolgenden Stunden verschieben, wenn wir uns am Ende dieser Stunde dafür entscheiden, miteinander weiterzumachen. Ist das okay für Sie?

P: Ja, ist gut.

(Für den Fall, dass der Patient sich gegen dieses Vorgehen wehrt, siehe das unter Abschnitt 1.3.1 beschriebene Vorgehen.)

1.2.2 Warum kommt der Patient? Wer hat ihn »geschickt«? Warum kommt er gerade jetzt?

Zunächst möchte der Therapeut herausfinden, durch wen der Patient motiviert wurde, therapeutische Hilfe zu suchen, aus welchem Grund er kommt und warum gerade jetzt.

Beispiel

Beweggründe für das Erscheinen der Patientin erfragen

- | | |
|---|--|
| T: Wie sind Sie denn an mich geraten? Hat mich jemand empfohlen, oder hat Sie jemand überwiesen? | T prüft, ob P aus eigenem Antrieb kommt oder »geschickt« wurde. Falls P überwiesen wurde, erwartet der Überweisende eventuell eine Rückmeldung. |
| P: Ja, der Mann meiner Freundin war mal bei Ihnen. Aber ursprünglich hat mir mein Frauenarzt eine Psychotherapie empfohlen. | |
| T: Ah ja, und weswegen? | T prüft, ob P die Begründung präsent hat, die für eine psychische Beeinträchtigung spricht. |
| P: Tja ... (längere Pause) | |
| T: Haben Sie gar keine Idee, was er sich dabei gedacht hat? | T vermutet Scham als Ursache für den Widerstand von P, die Problematik offen anzusprechen. |
| P: Doch, schon ... | |
| T: Fällt es Ihnen schwer, darüber zu reden? | T äußert seine Vermutung als Frage, um die Hypothese zu prüfen. |
| P: Ja. | |
| T: Das kann ich mir vorstellen. Psychische Probleme sind ja auch etwas sehr Intimes. Ist es für Sie noch schwieriger, darüber zu sprechen, als sich von Ihrem Frauenarzt untersuchen zu lassen? | T »entkatastrophisiert« die Scham und Schwierigkeit von P, indem er sie als »normal« hinstellt. Gleichzeitig versucht er mit der Analogie »Besuch beim Frauenarzt« die Situation als eine zu beschreiben, die P woanders bereits erfolgreich gemeistert hat. |
| P: Nein, das nicht. Aber ähnlich ... | |
| T: Ich glaube, mir würde das auch schwerfallen, vor einem wildfremden Menschen einen Seelenstriptease hinzulegen. Wollen Sie es trotzdem versuchen? | T meldet zurück, dass er versteht, wie ungewohnt und schwierig die Situation für P ist und fragt, ob sie dennoch an ihrem Ziel festhalten möchte. |
| P: Muss ich ja wohl ... | |
| T: ... wenn Sie meine Meinung oder Diagnose dazu hören wollen. | T ergänzt die Randbedingung zu Ps Muss-Aussage (genauer: Stavemann, 2014b, S. 50 f.). |
| P: Ja. | |
| T: Wollen Sie? | T möchte Ps definitive Zustimmung, jetzt über dieses Thema zu sprechen. |

P: Ja. Also, es ist eher ein sexuelles Thema ... Ich habe Probleme in meiner Ehe. Wir haben vor einem Jahr geheiratet. Mein Mann beschwert sich dauernd, dass ich immer noch so frigide und asexuell bin. Erst hatte er ja noch Verständnis und hat das akzeptiert, aber jetzt streiten wir dauernd darüber. Ich fürchte, er wird sich irgendwann eine suchen, die da besser ist als ich. Aber diese Phantasie macht es nur noch schlimmer, und ich bin noch verkrampfter.

T: Ja, solche Befürchtungen tragen sicherlich nicht zur Entspannung bei. Aber weshalb genau kommen Sie jetzt zu mir?

T meldet zurück, dass er die Schwierigkeit der Situation für P versteht und prüft, ob P bereits einen psychogenen Zusammenhang sieht.

P: Na ja, das ist ja nicht normal, so wie ich bin.

T: Wer sagt das?

T prüft Ps Krankheitseinsicht, möchte wissen, wer das »diagnostiziert« hat.

P: Mein Mann. Aber ich glaube auch, dass ich nicht ganz richtig ticke, wenn es um Sex geht.

T: Wie kommen Sie darauf?

T prüft, ob P bereits eine Erklärung für ihre Symptomatik hat.

P: Na, so verkrampft, wie ich bin, das ist doch nicht normal! Das hab' ich noch von keiner gehört. Meine Freundinnen genießen Sex sogar. Das ist für mich bisher utopisch.

T: Um Ihnen das beantworten zu können, muss ich erst verstehen, woran es liegt, dass es bisher nicht geht. Dazu müssten wir zunächst einmal schauen, was Sie selbst dazu beitragen, dass Sie so verkrampfen. Einverstanden?

Bevor T hier zustimmen kann, muss er erst die psychogene Ursache für Ps Symptom erkennen. Er holt erneut Ps Zustimmung ein, weiter über dieses Thema zu sprechen.

P: Ja, okay.

Der Therapeut hat bisher herausgefunden,

- ▶ dass sexuelle Themen für die Patientin schambesetzt sind (noch ungeprüfte Hypothese: Sie kann auch mit ihrem Mann nicht darüber sprechen, sondern verbirgt ihre Angst hinter der Streiterei),
- ▶ dass sowohl der Mann als auch die Patientin mit ihrem Sexualleben unzufrieden sind,
- ▶ dass das schon mindestens ein Jahr andauert,
- ▶ dass beide dabei die Patientin als ursächlich identifiziert haben,
- ▶ dass die Patientin als Konsequenz ihres Symptomverhaltens das Ende der Beziehung befürchtet,
- ▶ dass die Patientin sich mit anderen vergleicht und sich dabei als unnormal abwertet und
- ▶ dass die Patientin Sex so genießen möchte wie ihre Freundinnen.

Der Therapeut wird nun prüfen, ob ein emotionales Problem für die beklagte Verkrampfung verantwortlich ist. Die Tatsache, dass die Patientin auf Empfehlung des Gynäkologen kommt, lässt dabei die Vermutung zu, dass organische Ursachen bereits abgeklärt sind und nicht vorliegen.

1.2.3 Problem(e) und emotionale Belastung herausarbeiten:

Unter welchen Emotionen, Verhaltensweisen und Konsequenzen leidet der Patient?

Kurze Problemgenese

Der Therapeut erfragt nun, ob der Patient ein psychisches Problem hat, das er verändern möchte, oder ob er wegen eines Verhaltenstrainings oder der Veränderung anderer Menschen kommt oder ob er in der Therapie lediglich sozialen Kontakt sucht.

Liegt ein psychisches Problem vor, erfolgt nun das Erfragen und Erfassen der Situationen, in denen das Problem auftritt, und der damit verbundenen emotionalen Befindlichkeiten: Wie stark gehen sie mit den geschilderten Situationen einher? Wie häufig geschieht dies? Wie lange schon? Welche Beeinträchtigungen verursacht das im Alltag des Patienten?

Tipp

Lerngeschichtlich erworbene (»neurotische«) psychische Probleme lassen sich recht gut in lediglich drei zugrundeliegende Problembereiche kategorisieren: in Selbstwertprobleme, Frustrationsintoleranzprobleme und existentielle Probleme.

- ▶ Bei **Selbstwertproblemen** beziehen sich die dysfunktionalen Konzepte auf Regeln oder Eigenschaften, die den Zugewinn oder Verlust eigener Wertigkeit bedeuten. Sie sind besonders stark von soziokulturellen Einflüssen, Moralvorstellungen und Erziehungsnormen geprägt. Befürchtungen beziehen sich hierbei stets auf drohenden Selbstwertverlust, weil der dafür auserkorene Maßstab (z. B. Leistung, Anerkennung, Beliebtheit, Besitz) unzureichende Ergebnisse liefern könnte. Symptomatisch sind sozialphobische und die meisten depressiven Störungsbilder, Burnout-Syndrome und Schamreaktionen (genauer: Stavemann, 2011a). Der Anteil der Selbstwertprobleme bei der Erklärung der Beschwerdebilder liegt in der ambulanten psychotherapeutischen Praxis bei über 80 Prozent*.
- ▶ Hinter **Frustrationsintoleranzproblemen** oder »discomfort anxiety« (vgl. Ellis, 2003) stehen Anspruchshaltungen des Patienten, die fordern, das Leben sollte einfacher sein, es sollte keinen Verlust beinhalten, und eine gute Lösung sollte sämtliche Vorteile aller Alternativen und keine Nachteile enthalten, und bevor diese Lösung nicht gefunden ist, sollte man besser gar nichts tun. Typische emotionale Reaktionen liegen auf den Ärger-, Angst- und Niedergeschlagen-

heitsdimensionen (genauer: Stavemann, 2013a). In der ambulanten Praxis haben über 70 Prozent der Patienten ein Frustrationsintoleranzproblem*.

- ▶ **Existenzielle Probleme** beschreiben die Befürchtung oder Erwartung, das eigene Überleben sei bedroht. Sie zeichnen sich meist durch Generalisierung, Fokussierung oder Überzeichnung einer prinzipiell tatsächlich möglichen Gefährdung aus. Typische Beschwerdebilder sind die meisten Phobien (außer der Sozialphobie) und Zwangserkrankungen, hypochondrische und etliche somatoforme Störungsbilder wie z. B. die »Herzneurose«. Ca. 15 Prozent der Patienten in ambulanter Praxis leiden unter einem existenziellen Problem*.

Diese Aufteilung hilft Ihnen, die Problemursachen Ihrer Patienten und deren symptomatische Reaktionen, ihre Funktionalität und Symptomgewinne leichter zu verstehen.

[* Die Summe der Prozentsätze ergibt über 100 Prozent, da die Patienten häufig unter mehreren Problemtypen leiden. Die Häufigkeitsverteilung ergibt sich aus der Auswertung/Auszählung von Diagnosen und Patientenakten verschiedener psychotherapeutischer Praxen. Stand: 2013, $n > 950$.]

Beispiel

Das psychische Problem erfragen

- T: Sie sagten vorhin, dass Sie immer verkrampfen, wenn Sie Sex haben. Das möchte ich gern etwas genauer verstehen. Frauen können ja aus völlig unterschiedlichen Gründen in so einer Situation verkrampfen, zum Beispiel weil sie Schmerzen haben, wenn der Mann zu schnell, ohne ausreichendes Vorspiel oder zu brutal in sie eindringt, weil sie Sex allgemein für schmutzig und unmoralisch halten oder weil sie dabei unbedingt etwas erreichen oder vermeiden wollen und – im wahrsten Sinne des Wortes – krampfhaft bemüht sind, das dann auch ja gut hinzubekommen. Wie ist das bei Ihnen?
- P: Nein, Schmerzen hab' ich meist nicht. Mein Mann ist sehr zärtlich und nimmt sich Zeit. Moralische Bedenken habe ich auch nicht. Es ist eher die Befürchtung, ich könnte nicht genügen, nicht gut genug sein und mich lächerlich machen, und dass er dann enttäuscht von mir ist.
- T: Sodass Sie es vor lauter Angst, es nicht perfekt hinzubekommen, lieber ganz vermeiden?
- T greift die geschilderte Verkrampfung auf, um deren Ursache zu klären. Er benennt verschiedene Möglichkeiten für ein Verkrampfen, um P die noch schambesetzte Formulierung abzunehmen und »normalisiert« Verkrampfen, indem er aufzählt, weshalb auch andere Frauen dabei so reagieren könnten.
- T pointiert Ps Problemverhalten, um dessen Widersinn herauszustellen.

- P: Ja, genau. Ganz schön blöd, aber so mach' ich das!
- T: Mit wie viel Jahren hatten Sie Ihren ersten Sex?
- P: Mit 21. ... Ziemlich spät, nicht? (Lacht.)
- T: Und hatten Sie seitdem auch Situationen, bei denen Sie Spaß am Sex hatten?
- P: (Errötet leicht und lacht.) Das ist mir jetzt aber peinlich ..., aber das gab es schon. Und bevor Sie jetzt fragen, wann, sag' ich's lieber gleich: Es gab einmal vor drei Jahren eine Situation im Urlaub. Das war, bevor ich meinen Mann kennenlernte. Ich hab' mich da in einer Disco von jemandem aufreißen lassen, den ich ganz sexy fand, der mir aber sonst ziemlich egal war. Na ja, und dann, wenn ich mal viel getrunken habe. Was allerdings extrem selten vorkommt.
- T: Weil Sie sich dann aus anderen Gründen schämen?
- P: (Schweigt zunächst.) Ich hätte nicht gedacht, dass wir hier so schnell auf den Punkt kommen ... (Lächelt.) Waren Sie selbst mal Frau?
- T: (Lächelt.) Ich hoffe, auch den einen oder anderen Gedankengang von Männern nachvollziehen zu können. (Wieder neutral:) Habe ich das richtig verstanden, dass Sie aus Angst vor Scham, aus Angst vor Ablehnung und damit verbundenem Selbstwertverlust bestimmte Situationen möglichst vermeiden?
- P: Autsch. Das trifft auch.
- T: Kennen Sie diese Befürchtungen und Verhaltensweisen auch aus anderen Situationen, die nichts mit Sex zu tun haben?
- T prüft die Dauer des Problems. Er geht hier nicht auf das Indiz für ein übergeordnetes Selbstwertproblem ein, sondern registriert es für ein späteres Besprechen, das unter Abschnitt 1.2.5 dargestellt ist.
- T geht aus den o. g. Gründen hier nicht auf das vermutete übergeordnete Selbstwertproblem ein, sondern prüft, ob das Problem generell besteht, oder ob es Ausnahmen gibt.
- T verfolgt und prüft nun die Hypothese, dass P stark sozialphobisch reagiert und aufgrund eines ausgeprägten Selbstwertproblems ängstlich alle Situationen vermeidet, in denen sie versagen und abgelehnt werden könnte. Dazu gehören vermutlich alle Situationen, in denen sie Kontrollverlust befürchtet.
- T benennt und prüft nun explizit das vermutete Problemverhalten.
- T prüft, in welchen weiteren Bereichen P ängstlich vermeidend reagiert.

- P: (Nach längerem Schweigen:) Doch, ich denke, die gibt es. Ich kann schlecht Situationen ertragen, die ich nicht überblicke, in denen ich keine Kontrolle habe und nicht weiß, was die anderen über mich denken oder sagen.
- T: Haben Sie dafür konkrete Beispiele? T möchte einen konkreten Alltagsbezug herstellen.
- P: Ja. Als wir auf der Hochzeit den Eröffnungstanz machen sollten und uns alle ansahen ..., als ich die Abschiedsrede für eine Kollegin, die in den Ruhestand ging, halten sollte und mich so lange dagegen gewehrt habe, bis es jemand anderes gemacht hat ..., ach, da gibt es bestimmt noch mehr ...
- T: Okay, darauf werden wir später noch eingehen können, wenn Sie darüber in Ruhe zuhause nachgedacht haben. Können Sie sich noch erinnern, wann Sie das erste Mal so reagiert haben? T verschiebt weitere Beispiele in die Explorationsphase und fragt nach dem Problembeginn.
- P: Ich glaub', da war ich 16. Ich sollte bei einer Veranstaltung auf die Bühne kommen, und mir ist vor Angst und Scham ganz schlecht geworden. Ich hab' eine totale Bombe bekommen, bin dann aufs Klo gerannt und alle haben gelacht.
- T: Und Sie wären am liebsten im Erdboden versunken. T will P rückmelden, dass er das Selbstwertproblem verstanden hat.
- P: Genau. Und dann da bleiben.
- T: Ja, das muss ein schlimmes Erlebnis für Sie gewesen sein. Wenn Sie nun aber aus Angst oder vor Scham alle möglichen Situationen meiden, in denen Sie Ihre Befürchtungen haben, welche Konsequenzen hat das dann für Sie? T zeigt Verständnis, dass jemand mit Ps Denkweisen in so einer Situation leidet, und fragt dann nach den Konsequenzen ihres Vermeidungsverhaltens.
- P: (Nach kurzer Pause:) Na ja, momentan zum Beispiel die Probleme mit meinem Mann, über die ich ja schon berichtet habe. Aber auch sonst muss ich auf vieles verzichten, was ich lieber auch gehabt, gelernt und gekonnt hätte. Ich bin ziemlich abhängig von der Meinung anderer, und dadurch lass' ich vieles sein, wenn ich Kritik oder Ablehnung befürchte.
- T: Auf diese Befürchtungen möchte ich noch etwas genauer eingehen, um sie besser zu verstehen ... T wird nun mit P eines ihrer typischen Bewertungsmuster rekonstruieren.

Der Therapeut hat nun herausgefunden,

- ▶ dass ein psychisches Problem vorliegt, dessen emotionale Symptome von Angst und Scham gekennzeichnet sind,
- ▶ dass die Patientin kein »Sexualproblem«, sondern ein Selbstwertproblem entwickelt hat,
- ▶ dass das »Sexualproblem« nur eines von mehreren typischen Symptomen dieses Selbstwertproblems darstellt,
- ▶ dass die Patientin Kontrollverlust fürchtet und sozialphobisch reagiert,
- ▶ dass die Patientin vermutlich bereits ein hierarchisches Selbstwertproblem (genauer: Stavemann, 2014b, S. 108 ff.; 2014a, S. 47 ff.) besitzt, da sie sich für ihr Problemverhalten abwertet,
- ▶ dass die Patientin seit ca. dem 16. Lebensjahr sozialphobisch reagiert,
- ▶ dass die Patientin angstbesetzte Situationen zu meiden versucht und so Verhaltensdefizite zementiert und
- ▶ welche negativen Konsequenzen das Vermeidungs- und Problemverhalten der Patientin im Alltag hat.

1.2.4 Welche kognitiven Muster sind erkennbar?

- ▶ Implizit ein exemplarisches ABCZ-Modell erheben
- ▶ Auf Symptomgewinn und aufrechterhaltende Bedingungen achten

Um die mit dem psychischen Problem verbundenen kognitiven Muster herauszuarbeiten, erstellt der Therapeut zusammen mit dem Patienten implizit ein symptomatisches ABCZ-Beispiel (s. hierzu Arbeitsblatt AB 1-2 »Leitfaden zum Erheben des emotionalen Problems anhand eines implizit erstellten ABCZ-Modells«).

AB
1-2

Beispiel

Implizit ein exemplarisches ABCZ-Modell erstellen

(1) Rohmaterial sammeln

... Dazu hätte ich gern von Ihnen ein aktuelles Beispiel für Ihr Problem.

T hätte auch auf die bereits vorliegenden Informationen zurückgreifen können, um ein konkretes Beispiel mit A und C1 zu benennen. Hier zieht T es vor, P ein Beispiel aussuchen zu lassen, falls P nun den Schwerpunkt des Problems von »Sexualproblem« in Richtung anderer sozialphobischer Reaktionen verlagern möchte.

P: Wir können dazu ruhig den Anlass nehmen, weshalb ich hier bin. Erst vorgestern Abend haben wir wieder gestritten, weil mein Mann Sex wollte und ich nicht.

T: Hm. Betrachten wir jetzt ein Beispiel, in dem Ihr Problem auftritt, oder eines, in dem Sie aufgrund Ihres Problems bereits auf eine bestimmte Art und Weise reagieren?

P soll erkennen, dass dieses Beispiel bereits ein nachfolgendes C2 beschreibt. T möchte auf das vorangegangene A konkretisieren.

P: (Kurze Pause.) Stimmt, das Problem fängt vorher an. Hier würde ich ja auf Ärger und Streit kommen, und das trifft es ja wohl nicht ...

(2) A und C1 erfragen

T: Okay, wie genau sieht die Situation aus, als Sie Ihr Problem bemerken: Wann genau geschieht was?

P soll A konkretisieren.

P: (Kurze Pause.) Dienstagabend gegen 23 Uhr, wir liegen im Bett und mein Mann dreht sich zu mir und beginnt, meinen Busen zu streicheln.

T: Okay, das ist eine ganz konkret beschriebene Situation, die ich mir vorstellen kann. Und welches Gefühl haben Sie zu genau diesem Zeitpunkt?

T verstärkt die Situationsbeschreibung und erfragt C1.

P: ... Angst. ... Ja, Angst. Das war Angst.

T: Wenn Sie die Stärke der Angst zwischen 0 und 100 Prozent einschätzen sollten, wie stark war sie dann?

T erfragt die Stärke der emotionalen Belastung.

P: So um die 80 Prozent..., doch, ja.

T: Haben Sie dabei irgendwelche körperlichen Reaktionen gespürt?

T erfragt die physiologische Begleitsymptomatik.

P: Oh ja! Herzrasen und Bauchkrämpfe! Das ist typisch für mich.

T: Und was haben Sie daraufhin getan?

T erhebt C2.

P: Ich hab' gesagt: »Lass mich bitte heute in Ruhe, mir geht's nicht gut« und hab' mich zur Seite gedreht.

(3) Bewertungen rekonstruieren

T: Was genau haben Sie denn in dem Moment befürchtet, als Ihr Mann anfing, Ihren Busen zu streicheln?

T rekonstruiert das Bewertungssystem »von unten« (genauer: Stavemann, 2014b, S. 181 ff.) und nutzt die B3-C1-Logik (Stavemann, 2014b, S. 98 f.), um direkt die Befürchtungen im B2 des vorliegenden Angst-ABC zu erfragen.

P: Dass er jetzt gleich wieder Sex will.

T: Und was haben Sie da befürchtet?

T wiederholt die Frage nach der Befürchtung, weil Ps Interpretation die Frage nicht beantwortet hat, sondern ein B1 liefert.

P: (Kurze Pause.) Ach so, ... stimmt, dass wäre ja nicht schlimm, wenn ich davor nicht solche Angst hätte. ... Ich hatte Angst, dass ich mal wieder verkrampfe, dass er das merkt und total enttäuscht von mir ist und dass dann wieder tagelang die Stimmung mies ist, weil ich mal wieder versagt habe.

T: Ah ja. Und wenn das so wäre, wenn Sie allein die Schuld daran hätten und mal wieder total versagt hätten, was würde das für Sie bedeuten?

P: Ich fühle mich dann ganz mies, sooooo klein mit Hut. (Macht die entsprechende Geste.)

T: Da kann ich gut verstehen, dass Sie so große Angst haben und schnell verkrampfen, wo doch so viel auf dem Spiel steht und Sie Ihre gesamte Wertigkeit infrage stellen. Ja, das ist sicher ein wichtiges, ernstzunehmendes Problem ...

T möchte den Zusammenhang zu Ps Selbstwertproblem deutlicher herausarbeiten.

T äußert Verständnis für Ps Problem und präzisiert die Begründung für die emotionale Belastung. T verzichtet hier aus Zeitgründen darauf, das B1 zu erfragen, da die hierfür wichtige Frage: »Wie kommen Sie darauf, dass Sie weniger wert sind, wenn Sie abgelehnt werden oder Fehler machen?« die Akzeptanz von P unterstellt, an einem Selbstwertproblem zu leiden. Die dafür verantwortlichen Konzepte und Bewertungsmaßstäbe werden später herausgearbeitet. Zudem ist die Vorgeschichte bereits bekannt, aufgrund derer die Interpretationen und vermuteten Konsequenzen erfolgten.

(4) ABC zusammenfassen

T: ... Ich möchte zusammenfassen, wie ich Ihr Problembeispiel verstanden habe: Am Dienstagabend gegen 23 Uhr dreht sich Ihr Mann zu Ihnen und beginnt Ihren Busen zu streicheln. Aus Ihrer Erfahrung wissen Sie, dass er nun gleich Sex möchte und dass Sie dann dabei meistens verkrampfen, und Sie haben sich schon oft gestritten, weil Sie keinen Sex wollten. Sie befürchten nun, dass er auch jetzt gleich wieder Sex will, dass Sie dann wieder verkrampfen, dass er es merkt und enttäuscht von Ihnen ist. Daran wären Sie dann schuld und wären als Versagerin weniger wert. Das fänden Sie schrecklich und haben nun große Angst mit Herzrasen und Magenkrämpfen. Sie versuchen dann, die Situation zu vermeiden, indem Sie krank spielen. Kurzfristig wirkt das erleichternd, weil Sie der gefürchteten Versagenssituation ausweichen, langfristig führt das zu den be-

T meldet zurück, wie er Ps Problembeispiel verstanden hat und fragt nach Bestätigung.

schriebenen Problemen mit Ihrem Mann und dazu, dass sich an Ihrem Problem nichts ändert. Habe ich das so richtig verstanden?

P: (Grinst.) Als wenn Sie dabei gewesen wären.
Genau so.

(5) Problemidentifikation

T: Verstehe ich das so richtig: Es geht hier nicht um ein »Sexualproblem«, in dem Ihre Sexualität für ein daraus folgendes emotionales Leid verantwortlich ist, sondern um ein Selbstwertproblem – weil Sie aus Angst, als Versagerin dazustehen und deswegen an Wert zu verlieren, immer wieder versuchen, bestimmten Situationen auszuweichen, und das nicht nur im Bereich Sex, sondern auch in anderen Situationen, in denen Sie fürchten, zu versagen und abgelehnt zu werden?

T gibt sein Verständnis von der geschilderten Problematik wieder und erfragt Ps Zustimmung.

P: Ja, das stimmt. So hab' ich das noch gar nicht betrachtet, ... aber es stimmt.

P: Ja, das stimmt. So hab' ich das noch gar nicht betrachtet, ... aber es stimmt.

(6) Zielformulierung

T: Sie müssten also demnach dieses Selbstwertproblem bearbeiten und lösen, um – unter anderem – auch eine angstfreie, entkrampfte, genussvolle Sexualität leben zu können?

T konkretisiert das mögliche Therapieziel und fragt nach Ps Einverständnis.

P: Wenn *das* geht? Das wäre toll!

T: Wenn wir die gewählte Ausgangssituation betrachten: Welches Gefühl halten Sie denn für angemessen zu dem Zeitpunkt, als Ihr Mann beginnt, Ihren Busen zu streicheln?

T erhebt Z1.

P: Ganz klar: Zuneigung.

T: Und welches Verhalten wäre Ihrer Meinung nach angemessen?

T erhebt Z2.

P: Hm, in diesem konkreten Fall, dass ich mich ihm zuwende und ihn auch streichle. In anderen Fällen könnte ich freundlich begründen, warum ich gerade keine Lust habe.

T: Ja, das klingt beides zielgerichtet.

T verstärkt beide Zielsetzungen als funktional.

1.2.5 Liegen weitere, zum Beispiel hierarchische Probleme vor?

Der Therapeut prüft nun, ob er das Hauptproblem des Patienten erfasst hat und ob darüber hinaus weitere, bisher nicht angesprochene Probleme vorliegen. Falls ja: Welche sind das und in welcher Beziehung stehen sie zum bereits diagnostizierten Selbstwertproblem? Wie ist der zeitliche Verlauf? Falls relevant, ist hier eine Problem-

hierarchie zu erstellen und eine horizontale und vertikale Problemanalyse vorzunehmen (s. Stavemann, 2014b, S. 55 ff.).

Beispiel

Auf weitere Probleme prüfen

- T: Macht Ihnen ausschließlich dieses Selbstwertproblem so zu schaffen, oder gibt es noch andere Probleme, die wir bisher nicht besprochen haben? T prüft auf weitere Problembereiche.
- P: (Längere Pause.) Eigentlich nicht. Wenn ich Ihre Beschreibung meines Problems nehme, dann lassen sich eigentlich alle meine Beschwerden und Probleme darunter fassen. Irgendwie hängt das alles miteinander zusammen und bildet so einen verwobenen Klumpatsch.
- T: Sie sagen *eigentlich* nicht. Gibt es doch noch etwas, was Sie bisher vielleicht nur noch nicht formulieren können oder mögen? T prüft, ob P sich ggf. nicht traut, über ein weiteres Problem zu sprechen.
- P: Ach, das war nur so eine Redensart. Ich glaube nicht, dass es da noch ein weiteres Problem gibt, das nicht durch mein Selbstwertproblem verursacht wird.
- T: Okay, dann belassen wir es zunächst dabei. Sie können ja jederzeit etwas ergänzen, sobald es Ihnen bewusst wird. Wie finden Sie es denn, wie Sie in der oben beschriebenen Situation reagieren? P soll wissen, dass eine Neuformulierung oder erweiterte Problemdefinition jederzeit möglich ist, um jetzt keinen unnötigen Entscheidungsdruck zu schaffen. T greift nun die bereits oben erhaltenen Indizien für ein übergeordnetes Problem auf und konkretisiert dieses als Selbstwertproblem zweiter Ordnung (genauer: Stavemann, 2014b, S: 58; 2014a, S. 47 ff.).
- P: Richtig kindisch. Total peinlich!
- T: Und wie fühlen Sie sich dann? T erhebt das C1 vom ABC zweiter Ordnung.
- P: Ich schäme mich und finde mich total daneben.
- T: Das klingt ja so, als ob Sie inzwischen bereits ein Problem damit haben, dass Sie noch so sind, wie Sie sind, und sich für Ihr Selbstwertproblem noch einmal abwerten. Verstehen Sie das richtig? T formuliert das erkannte Problem zweiter Ordnung und fragt nach Ps Bestätigung.
- P: (Kurze Pause.) Oh shit. Ich bin ja wirklich ziemlich verkorkst ...
- T: Das ist ganz häufig so, dass Menschen irgendwann ein Problem damit haben, dass sie ein Problem haben. T möchte Ps negative Einschätzung relativieren, um einem Motivationsverlust durch zu hohe Frustration von P entgegenzuwirken.

1.2.6 Erster Eindruck: Wodurch ist die Patientenpersönlichkeit gekennzeichnet?

Der Therapeut muss sich bei der Beziehungsgestaltung zunächst auf seine Intuition verlassen, bis er mit voranschreitender Exploration und Beobachtung die Persönlichkeit des Patienten besser einschätzen kann, um dann sukzessive die weitere Interaktionsweise zu optimieren.

Es bedarf wohl keiner großen Erklärung, um festzustellen, dass eine starre, immer gleiche Therapeutenhaltung einem Großteil der Klientel nicht gerecht werden kann. Die optimale Kontaktgestaltung bei aggressiven, ängstlich schweigenden, ängstlich »arroganten«, depressiv zurückgezogenen oder vermeidend plaudernden Patienten wird sich sinnvollerweise unterscheiden. Je größer dabei die Flexibilität und Variationsbreite des Therapeuten, d. h., je besser er sich in seinem Interaktionsverhalten auf die Patientenpersönlichkeit einstellt, desto eher wird er zu den meisten seiner Patienten die für den Therapieerfolg so wichtige positive Therapeut-Patient-Beziehung herstellen können (vgl. Lazarus, 1995).

Ein erster Eindruck von Patientenpersönlichkeit und -typus lässt sich durch eine beobachtungsbegründete vorläufige Einordnung auf den Skalen der »Eigenschaftsbeurteilungsliste« gewinnen (AB 1-3).

Darüber hinaus erfasst der Therapeut die emotionale Stimmungslage des Patienten, seine Kongruenz und Schwingungsfähigkeit, Verhaltensauffälligkeiten oder Tics sowie Hinweise auf psychotisches, wahnhaftes Erleben und Anzeichen für eine Intelligenzminderung, und er achtet auf typische Widerstände und Vermeidungsverhalten.

Die in unserem Beispiel betrachtete Patientin ließe sich demnach wie im folgenden Beispiel-Kasten beschreiben.

AB
1-3

Beispiel

Einen ersten Eindruck von der Patientin anhand der Eigenschaftsbeurteilungsliste erhalten

Die Patientin entspricht eher dem YAVIS-Typ (young-attractive-verbal-intelligent-successful). Sie wirkt nach außen gewandt mit einer »selbstbewussten«, sozial kompetenten Haltung, die vorhandene Ängstlichkeit und Hemmung hinter einer direkten, teilweise flapsigen Ausdruckweise verbergend. Sie gibt sich nach außen modisch und liberal, obwohl die beschriebenen Befürchtungen eine starke Normorientiertheit vermuten lassen. Im Kontakt wirkt sie eher ruhig, kontrolliert und überlegt, reflexionsfähig und voll orientiert, logisch und zielgerichtet bei vermutlich überdurchschnittlicher Intelligenz. Die emotionale Befindlichkeit wird meist kongruent vermittelt und ist in der Interaktion hauptsächlich durch Scham und Angst gekennzeichnet.

Typische Widerstände und Vermeidungsverhalten in der Interaktion sind noch nicht zu beobachten, können aber bei der Umsetzung von Erkenntnissen erwartet werden, da die Patientin ein ängstlich-vermeidendes Problemverhalten schildert.

(Skalen des AB 1-3, auf denen die Patientin nicht punktet, werden hier nicht benannt.)

1.2.7 Vorläufige diagnostische Einordnung vornehmen und erläuternde Rückmeldung an den Patienten geben

Aufgrund der bisher gesammelten Daten fällt der Therapeut eine erste, vorläufige Diagnose und erläutert sie dem Patienten.

Beispiel

Die vorläufige Diagnose erläutern

T: Ich glaube, ich habe nun genügend Informationen von Ihnen bekommen, um sagen zu können, dass es sich bei Ihren Beschwerden um ein psychisches Problem handelt. Insofern sind Sie hier bei mir richtig gelandet. Ich möchte Ihnen nun erläutern, wie meine erste, vorläufige Diagnose lautet, um zu sehen, ob Sie dem zustimmen können. »Vorläufig« ist die Diagnose deswegen noch, weil ich bisher noch nicht alles von Ihnen weiß, was für eine endgültige Diagnose notwendig ist. Das kann aber bei den nächsten Terminen geschehen, wenn wir weitere vereinbaren wollen.

Wir haben zusammen herausgefunden, dass Sie Ihren Selbstwert häufig davon abhängig machen, wie andere von Ihnen denken oder denken könnten, und davon, ob Sie Fehler machen und versagen. Die daraus entstehenden negativen Gefühle wie Angst, Scham oder Selbstärger sind Konsequenzen aus diesem Selbstwertproblem. Andere negative Konsequenzen sind Ihre innere Verkrampfung, Magenbeschwerden, das Nichterreichen eigener Ziele, angstbesetzte Sexualität und Beziehungsschwierigkeiten.

Ihrem Problem versuchen Sie – so weit es geht – dadurch zu entkommen, dass Sie alle Situationen ängstlich vermeiden, in denen Ihr Selbstwert auf diese Weise in Gefahr zu geraten droht. Das verschafft Ihnen kurzfristig Entlastung, sodass dieses Verhalten immer wieder für Sie die naheliegende Lösung ist. Langfristig haben Sie dann nicht nur unter den eben genannten, schwerwiegenden negativen Konsequenzen zu leiden, sondern Sie lernen wegen Ihres Vermeidungsverhaltens auch nicht, angemessener mit den gefürchteten Situationen umzugehen. Dadurch ist der Kreis geschlossen und Ihr Problem bleibt Ihnen erhalten.

Inzwischen finden Sie Ihr Verhalten in Ihren Problemsituationen selbst dermaßen inadäquat, dass Sie sich auch noch dafür abwerten und inzwischen ein Selbstwertproblem *wegen* Ihres Selbstwertproblems haben, weil Sie sich nicht so akzeptieren, wie Sie zurzeit sind.

Die Diagnose für Ihre Beschwerden lautet »Selbstwertproblem mit sozialer Phobie«. Das beschreibt Ihre Ängstlichkeit und Ihr Vermeidungsverhalten in sozialen Situationen, in denen Sie befürchten, von anderen kritisiert oder abgelehnt zu werden, unter anderem, weil Sie Fehler machen oder sonstwie nicht den wahren oder vermeintlichen Ansprüchen anderer genügen, denn dann glauben Sie – aufgrund der Verknüpfung Ihres Selbstwerts mit erhaltener oder verllorener Anerkennung – weniger zu taugen.

Habe ich Ihr Problem so richtig verstanden und beschrieben?

P: Ja, genau. Das trifft es.

1.2.8 Könnte es somatische Ursachen für die Beschwerden geben?

Um eine sinnvolle Entscheidung hinsichtlich der Therapieindikation treffen zu können, sollte der Therapeut prüfen (lassen), ob somatische Ursachen für die Beschwerden ausgeschlossen werden können, oder ob es Hinweise auf körperliche Beschwerden oder Erkrankungen gibt, die die Problematik verursachen (z. B. Fehlfunktionen der Schilddrüse oder Hormonstörungen) oder dadurch bedingt sein könnten (z. B. psychosomatische Erkrankungen). Zu diesem Zweck ist für Psychologische Psychotherapeuten der Konsiliarbericht durch einen Arzt von den Kostenträgern verbindlich vorgeschrieben.

In unserem Beispiel kann von einer weiteren somatischen Abklärung abgesehen werden, da die Patientin bereits einen Facharzt aufsuchte und dieser selbst von einer psychogenen Verursachung ausgeht. (Der Arzt muss auch in diesem Fall einen Konsiliarbericht ausfüllen.) Indizien für somatische Ursachen für die von der Patientin geschilderten Problematik sind bisher nicht erkennbar.

1.2.9 Über welche Bewältigungsstrategien und Therapieerfahrungen verfügt der Patient?

Bevor jemand einen Therapeuten aufsucht, hat er in der Regel bereits selbst auf verschiedene Arten versucht, seinem Problem beizukommen. Zweckmäßigerweise werden solche eigenen Bewältigungsversuche und natürlich erst recht konkrete Therapieerfahrungen (bei wem, wann, wie lange, welche Methode?) und deren Ergebnisse (mit ihrer Begründung aus Patientensicht) abgeklärt. Zum einen ermöglicht dies, vorhandene Ressourcen, bereits erarbeitete Einsichten und die Veränderungsmotivation des Patienten zu erkennen, zum anderen typische Widerstände oder unrealistische Erwartungen, Anzeichen für »Therapeuten-Hopping« oder »Therapie-Shopping« aufzudecken. Außerdem kann der Therapeut die Prognose für seine eigene Therapie realistischer stellen, wenn er weiß, ob der Patient vorherige Therapien aufgrund geringer Frustrationstoleranz, unrealistischer Erwartungen oder Vermeidungsverhalten abgebrochen hat.

Beispiel

Bisherige Bewältigungsstrategien und Therapieerfahrungen abklären

- T: Sie haben ja schon angesprochen, dass Sie Ihr Problem bereits seit dem 16. Lebensjahr mit sich herumtragen. Haben Sie bisher jemals versucht, etwas dagegen zu unternehmen?
- T fragt nicht nur nach Psychotherapie, sondern auch nach anderen Bewältigungsversuchen.
- P: Also, eine Therapie hab' ich noch nie gemacht. Ich dachte bis vor kurzem auch nicht, dass das nötig sei ..., (kurze Pause) aber, wenn ich so darüber nachdenke, irgendwie

habe ich schon gemerkt, dass ich nicht so ganz normal bin, denn ich hab' schon einiges getan, um davon wegzukommen. Mit 18 bin ich mit einer Bekannten ganz gezielt in den Urlaub gefahren, die gar nicht mal so eine enge Freundin ist, aber selbstsicher und zielstrebig Kontakte knüpfen kann, nur um ihr in dieser Hinsicht etwas abgucken zu können. Und dann hab' ich zwei Jahre später einen Kurs in Rhetorik und Gesprächsführung besucht, im Jahr darauf hab' ich ein Selbstsicherheitstraining an der Volkshochschule gemacht. Ich hab' da sicherlich auch was gelernt, kann freier reden, mich besser ausdrücken und nach außen selbstsicherer auftreten, aber die Angst vor Kritik, Ablehnung und Selbstwertverlust ist – wie man sieht – immer noch da ...

T: Ja, denn an Ihrem Problem selbst haben Sie dadurch nichts geändert. Sie machen Ihren Selbstwert ja weiterhin von der vermeintlichen Kritik oder Ablehnung anderer abhängig. Mit dem Ausbau Ihrer Fähigkeiten haben Sie lediglich versucht, an Ihrem übergeordneten Selbstwertproblem zu arbeiten, daran, dass nur ja niemand erkennt, wie selbstunsicher und sozial ängstlich Sie noch reagieren. Das ändert natürlich nichts an der grundsätzlichen Abhängigkeit und damit an der stets vorhandenen Befürchtung, es könnte doch nicht oder immer noch nicht reichen und jemand könnte Sie doch noch durchschauen. Dennoch wird Ihnen das Erlernte sicherlich künftig von Nutzen sein, eben nur in anderer Weise.

P: Ja, das habe ich auch schon gemerkt, dass das nicht der richtige Weg war. Ein Schlüssel-erlebnis dazu war, als ich erkannte, dass der Kursleiter selbst auch ein Minderwertigkeitsproblem hatte, so wie *der* mit Kritik umging! Und das trotz all seiner Fähigkeiten! Deshalb hab' ich mich ja nun auch endlich dazu durchgerungen, eine Therapie zu machen.

T erläutert, weshalb der zuvor gewählte Veränderungsansatz nicht die gewünschten Effekte hatte und verstärkt gleichzeitig den Aufbau von Verhaltensressourcen durch P.

1.2.10 Welche konkreten Erwartungen und Therapieziele hat der Patient?

Bevor der Therapeut einen sinnvollen Behandlungsplan erstellen kann, muss er natürlich die Erwartungen und Therapieziele des Patienten kennen, denn Letztere werden nicht notgedrungen mit denen übereinstimmen, die sich der Therapeut in gleicher Lage gesetzt hätte.

Zudem gilt es, unrealistische Erwartungen und irrationale Ziele zu erkennen und – falls vorhanden – deren Dysfunktionalität mithilfe logischer, empirischer, funktionaler, hedonistischer oder normativer Dispute zu entlarven und durch realistische Erwartungen und rationale Ziele ersetzen zu lassen (genauer: Stavemann, 2014b, S. 230 ff.).

Beispiel

Erwartungen und Therapieziele erfragen

- T: Ah ja, und was genau möchten Sie durch eine Therapie erreichen? P soll ihre Erwartungen und Ziele konkretisieren.
- P: Na, zum einen will ich dadurch eine Beziehungsverbesserung zu meinem Mann bekommen. Dazu muss ich wohl lernen, mich ihm gegenüber weniger ängstlich zu fühlen und zu verhalten. Und darüber hinaus wäre es schon toll, wenn ich auch sonst selbstbewusster würde und mir nicht andauernd darüber Gedanken machte, wie andere mich sehen, finden oder beurteilen. Und vor allem möchte ich erreichen, dass ich davon nicht mehr meinen Wert abhängig mache!
- T: Ja, das sind verständliche Ziele, und die meisten werden Sie auch aus eigener Kraft erreichen können, denn dazu gibt es gut untersuchte, effektive Therapieprogramme. Einzig Ihr erstgenanntes Ziel ist für mich noch klärungsbedürftig. Ich verstehe Ihren Wunsch, mit Ihrem Mann eine bessere Beziehung zu führen, aber können Sie das ganz allein entscheiden? Muss die Beziehung automatisch besser werden, nur weil Sie Ihre Ängste abgebaut haben und sich nun trauen, ihm zu sagen und vorzuleben, was Sie für richtig halten, welche Wünsche oder Forderungen Sie haben, und nun auch Ihrem Mann gegenüber selbstsicher und selbstbewusst auftreten? P soll erkennen, dass sie das erstgenannte Ziel nicht allein erreichen kann und dass das Erreichen der anderen Ziele womöglich auch negative Auswirkungen haben kann und z. B. sofort zu negativen Konsequenzen in der Beziehung führt.

- P: Hm, das stimmt. Er muss das nicht alles mögen, und wir hätten dann nur andere Probleme. Wenn ich denken würde, dass er das alles an mir mag, so wie ich bin oder sein möchte, hätte ich ja nicht diese Angst. Das stimmt schon ... wenn ich selbstbewusster werde, könnte das auch negative Auswirkungen haben.
- T: Und nun? Wollen Sie Ihre Ziele verändern? T prüft, ob P bereit ist, auch diese möglichen Konsequenzen ihrer Veränderungsziele zu akzeptieren.
- P: Nein, ich möchte auf jeden Fall selbstbewusster werden, mein Selbstwertproblem endlich zu den Akten legen. Da muss ich dann wohl durch. Und so, wie es ist, ist er ja auch nicht zufrieden. Und noch wichtiger: Ich auch nicht. Nein, ich will das ändern.
- T: Auch wenn das in einzelnen Bereichen negative Konsequenzen haben kann? T prüft nochmals, ob P bereit ist, mögliche Nachteile zu akzeptieren, um ihre Ziele zu erreichen.
- P: Ja.
- T: Na gut, dann halte ich das so fest. T akzeptiert die genannten Therapieziele.

1.2.11 Therapeutisches Vorgehen erläutern und Motivation stärken

Die Therapieerfolgserwartungen der Patienten hängen wesentlich davon ab, wie plausibel der Behandlungsplan dargelegt wird und – daraus abgeleitet – wie kompetent der Therapeut erscheint (vgl. Frank & Frank, 2000). In dieser Phase des Erstgesprächs wird der Therapeut daher seinen Patienten ein prinzipielles stringentes Behandlungskonzept begründet und nachvollziehbar darlegen, um ihr Vertrauen in die Therapeutenkompetenz auszubauen, ihre Motivation durch das Wecken begründeter Hoffnung auf Genesung zu stärken und die Wahrscheinlichkeit einer Therapieaufnahme zu erhöhen.

Der Therapeut erläutert, was der Patient grundsätzlich in seiner Behandlung zu erwarten hat und was nicht, und er beschreibt das allgemeine Vorgehen in einer Integrativen KVT (Hausaufgaben, Therapie-Begleitlektüre, Protokolle, In-vivo-Übungen, diverse Aktivitäten außerhalb der Therapiestunde, Anleitung zur Selbsthilfe durch eigenes Lernen und Umsetzen und *nicht* Therapieerfolg allein durch »Behandlung« oder Therapeutenkompetenz) und das spezielle Vorgehen für das bisher provisorisch diagnostizierte Problem unter Berücksichtigung der bereits genannten Patientenziele.

Tipp

Versäumen Sie nicht, darauf hinzuweisen, dass die Diagnose und damit auch der Behandlungsplan zunächst nur vorläufig sind, um nicht unnötig Ihre Kompetenz infrage stellen zu lassen, wenn Sie nach Abschluss der Anamnese und vertieften Exploration zu anderen Erkenntnissen gelangen als im Vorgespräch. Erklären Sie, dass zur Absicherung der Anscheinsdiagnose und des adäquaten Behandlungsplans weitere, maximal vier probatorische Sitzungen dienen.

Um unrealistischen Erwartungen des Patienten vorzubeugen, sollte auch erklärt werden, dass eine Linderung der Beschwerden in der Regel nicht ad hoc erreicht wird, sondern zunächst eine genaue Diagnose und Einordnung des Problems erfolgen muss, bevor ein sinnvoller Therapieplan aufgestellt werden kann (dazu z. B. eine Analogie aus dem somatischen Bereich verwenden).

Beispiel**Therapeutisches Vorgehen erläutern und Motivation stärken**

- T: Da Sie ja noch keine Therapieerfahrung haben, möchte ich Ihnen nun erklären, wie so eine Therapie aussieht, was da auf Sie zukommt, was Sie zu erwarten haben und was nicht. Danach haben wir dann noch Zeit, die Fragen von Ihnen zu besprechen, die ich damit noch nicht beantwortet habe, und dann können Sie entscheiden, ob Sie den vorgeschlagenen Weg ausprobieren möchten. Einverstanden?
- P: Ja, gut.
- T: Zunächst einmal zur Art Ihres Problems: Selbstwertprobleme sind wohl mit Abstand die häufigste Ursache für emotionale Beschwerden und Verhaltensauffälligkeiten. Dafür gibt es hervorragende, wissenschaftlich getestete, wirksame Therapieprogramme, und ich bin sicher, dass auch Sie damit Erfolg haben können.
- Nun zum Weg dorthin: Es gibt verschiedene Formen von Psychotherapie. Sie sind bei mir – gewollt oder zufällig – bei einem Kognitiven Verhaltenstherapeuten gelandet, und ich würde Ihr Problem mit den Methoden der Kognitiven Verhaltenstherapie behandeln, die ich für besonders geeignet und effektiv halte. Ich werde Ihnen hierzu, zur Methode und ihrer Behandlungsweise, noch ein In-
- T erläutert die weitere Struktur des Gesprächs.

formationsblatt mitgeben, sodass Sie sich das Vorgehen zuhause nochmals in Ruhe anschauen können.

Grundsätzlich würde die Behandlung eines Problems, wie es das Ihrige darstellt, folgendermaßen aussehen:

Heute habe ich aufgrund Ihrer Antworten und Beschreibungen nur einen sehr kleinen Ausschnitt von Ihnen, Ihrer Persönlichkeit und Ihrem Problem erfahren und demzufolge auch nur eine provisorische Diagnose fällen können. Dies würden wir in den nächsten vier Stunden vertiefen. Sie bekommen von mir einen sehr ausführlichen Fragebogen zur Lebensgeschichte und Problematik mit nach Hause und können dort in aller Ruhe und Konzentration über die einzelnen Fragen nachdenken, bevor Sie sie schriftlich beantworten. Dieser Fragebogen bildet dann die Grundlage für die nächsten Stunden. Ich werde ihn mit Ihnen zusammen durchgehen, eventuell einige Fragen vertiefen oder zusätzliche klären, bis ich glaube, Sie und Ihr Problem voll und ganz verstanden zu haben, das heißt, bis mir klar ist, wie es entstanden ist, wodurch es aufrechterhalten wird, und was Sie tun können, um es loszuwerden.

Danach, nach dieser Diagnose und Problemanalyse, werde ich mich daran machen, den für Sie optimalen Veränderungsplan zu erstellen.

Wie der im Einzelnen aussieht, kann ich Ihnen heute daher noch nicht sagen, aber ich kann doch schon eine allgemeine Richtung vorgeben: Da Sie hauptsächlich an den emotionalen Konsequenzen Ihres Selbstwertproblems leiden, werden wir zunächst klären, was Gefühle sind, wie sie entstehen und wie sie zu beeinflussen sind. Denn das ist ja Ihr erklärtes Ziel: Ihre Angst und Ihre Scham abzubauen.

Wir haben ja auch bereits gesehen, dass einige Ihrer lange verinnerlichten Überzeugungen und Selbstbeurteilungsmaßstäbe für Ihr Problem mitverantwortlich sind. Wir werden uns also auch damit beschäftigen und untersuchen, welche Konzepte, Denkmuster, Ziele und Maßstäbe krank machen und ver-

ändert werden sollten. Dazu werden Sie ein sehr effektives Verfahren kennenlernen und üben.

Um zu wissen, in welche Richtung Ihr krankmachendes Denken zu verändern ist, werden wir uns auch mit Ihren Veränderungszielen und den übergeordneten Lebenszielen beschäftigen, da die ja die einzige Messlatte dafür bilden, was für *Sie* sinnvoll ist und was nicht.

Nachdem wir vernünftige alternative Denkmuster, Ziele und Maßstäbe für Sie erstellt haben, geht es daran, das bisher nur theoretisch Erarbeitete nun auch im Alltag umzusetzen, um es nicht nur zu *wissen*, sondern auch *glauben* zu lernen.

Um etwas glauben zu können, muss es funktionieren, im Alltagsleben anwendbar und nicht widersprüchlich sein. Sie werden genau das prüfen, wenn Sie die neuen Einsichten, Konzepte und Verhaltensziele in kleinen Übungssituationen so lange anwenden, ausprobieren und trainieren, bis Sie *diese* glauben statt der alten krank machenenden.

Sie merken, es geht hier darum, etwas, das Sie bisher nicht oder nicht angemessen gelernt haben, nachzulernen oder umzulernen. Lernen bedeutet, dass Sie selbst diese mühsamen Lernprozesse durchlaufen müssen. Das ist zwar sehr aufwendig, aber es wirkt.

So wie im Englischunterricht der Lehrer nicht die Vokabeln für die Schüler lernen kann, so würde es Ihnen auch nicht nutzen, wenn ich *für Sie* Selbstvertrauen oder Selbstsicherheit lerne. Diesen Weg müssen Sie selbst beschreiten. Aber ich kann Ihnen dazu den – meiner Ansicht nach – günstigsten und effektivsten Weg aufzeigen und darauf achten, dass Sie sich nicht verlaufen.

So weit zum generellen Vorgehen. Nun noch etwas zu den einzelnen Sitzungen: Kognitive Verhaltenstherapie ist eine sehr effektive Form, die sehr schnell zu den gewünschten Ergebnissen führen kann. Dazu bedarf es aber – wie wir eben gesehen haben – Ihrer gezielten Mitarbeit, zum Beispiel durch Vor- und Nachbereitung Ihrer Therapiestunden. Dazu werden wir jedes Mal Aufgaben be-

T erklärt den generellen Ablauf von KVT im Allgemeinen und Speziellen und versucht, eine positive Erwartungshaltung bei P zu erreichen. Da T hierzu sehr viele Informationen vermittelt, wird er diese P am Ende des Erstgesprächs als Informationsblatt »Psychotherapie und Kognitive Verhaltenstherapie« (AB 1-5) zusammen mit dem »Fragebogen zur Lebensgeschichte und Problematik« (AB 1-4) überreichen).

AB
1-5

AB
1-4

sprechen, die Sie zwischen den Therapie-
stunden zuhause erledigen. Das können zum
Beispiel das Abhören von Tonaufzeichnun-
gen unserer Sitzungen sein; Therapiepro-
tokolle, in denen Sie das für sich Wesentliche
notieren, um es nicht zu vergessen; vorher
genau abgesprochene Übungen, in denen Sie
bestimmte Denkmuster oder Verhaltens-
weisen trainieren; das Durcharbeiten von
Therapie-Begleitlektüre oder Übungen zur
Selbstbeobachtung in bestimmten Situatio-
nen. Gehen Sie vorsichtshalber davon aus,
dass für jede Therapiestunde 2 bis 4 Stunden
Arbeit zwischen den Sitzungen anfallen.
Eine Therapiestunde dauert in der Regel
50 Minuten. Meist reicht eine Sitzung pro
Woche aus, um einen optimalen Therapie-
prozess zu ermöglichen. Ihre Krankenkasse
übernimmt in der Regel über die ersten fünf
Diagnostikstunden hinaus noch weitere 25
bis 60 Stunden, je nach Antrag und Proble-
matik. Aber dazu kommen wir gleich noch.
Anhand dieses Behandlungsplans werden Sie
schon gesehen haben, dass es unwahrschein-
lich ist, dass es Ihnen nun sofort besser geht
und Ihre Probleme jeden Tag etwas mehr
verschwinden. Das geschieht erst später,
wenn Sie die dazu nötigen Veränderungen
gelernt haben und anwenden. Ich kann gut
verstehen, dass Sie zum Beispiel Ihre Bezie-
hungsschwierigkeiten möglichst heute noch
vom Tisch haben möchten, aber dafür sehe
ich keine Möglichkeit. Um ein Problem an-
gemessen zu behandeln, muss man es erst
genau verstehen. So wie bei einer Operation
der Chirurg genau wissen sollte, was er denn
nun eigentlich herauszuschneiden hat, so
muss auch ich zunächst noch mehr über Sie
und Ihre Eigenheiten wissen, um Ihnen die
sinnvollste, optimale Strategie zu Ihrem Ziel
aufzeigen zu können. Es wird Ihnen dann
sukzessiv besser gehen, je weiter Sie auf die-
sem Weg zu Ihrem Ziel voranschreiten, aber
bis dahin brauchen Sie noch etwas Geduld.
Haben Sie bis hierhin eine Frage?

P: Nein, ... im Moment nicht. Oder doch:
Wenn ich das richtig überschaue, dauert die
Therapie dann sechs bis zwölf Monate?

T: Ja, das ist ein realistischer Zeitrahmen.

- P: Hoffentlich hält meine Beziehung so lange.
- T: Ich wünsche es Ihnen. Aber vielleicht ist Ihr Mann ja bereit, etwas länger zu warten, wenn er sieht, dass Sie kontinuierlich und konsequent etwas gegen Ihr Problem tun. Die Therapiedauer hängt in besonderem Maße von Ihrer Fähigkeit ab, etwas neu- oder umzulernen, und Sie haben es dabei ja zum Großteil selbst in der Hand, wie intensiv und konzentriert Sie lernen und üben, und können das in gewissem Rahmen beschleunigen.
- P: Ja, da haben Sie wohl recht.
- T macht hier keine unrealistischen Versprechungen, sondern betont die Abhängigkeit des Veränderungsprozesses von Ps Lerngeschwindigkeit.

Tipp

Lernen Sie eine möglichst transparente, strukturierte und stringente Beschreibung des Vorgehens und der Darstellung des Verfahrens auswendig, damit Sie dabei nicht holprig formulieren müssen und dadurch Ihre Kompetenzzuschreibung gefährden.

1.2.12 Therapieziel vereinbaren, Therapiekontrakt besprechen und abschließen

Der Patient soll nun entscheiden, ob er das therapeutische Angebot annehmen möchte. Falls ja, wird nun das Therapieziel vereinbart, der Therapiekontrakt besprochen und abgeschlossen.

Beispiel

Therapieziel vereinbaren, Therapiekontrakt besprechen und abschließen

- T: Ja, wir sind nun fast am Ende unseres Gesprächs angekommen. Wenn Sie keine weiteren Fragen mehr haben, müsste ich jetzt von Ihnen wissen, ob Sie den vorgeschlagenen Weg ausprobieren wollen oder lieber nicht, oder ob Sie darüber noch mal in Ruhe nachdenken möchten und mich anrufen, wenn Sie sich entschieden haben, damit wir dann unsere weiteren Termine klären können.
- P: Darüber muss ich nicht weiter nachdenken. Ich will das unbedingt ändern, und es klingt für mich plausibel, wie Sie das dargestellt haben. Und ich würde damit gern so bald wie möglich loslegen.
- P soll aufgrund des skizzierten Behandlungswegs entscheiden, ob sie diesen beschreiten will oder nicht.

T: Wenn Sie »das« sagen, meinen Sie dann damit, was Sie vorhin sagten: Ihr Selbstwertproblem mit seiner sozialen Phobie mit Angst und Scham und den anderen daraus entstehenden Konsequenzen?

P: Ja, genau.

T: Okay, dann möchte ich mit Ihnen kurz noch meine Arbeitsbedingungen besprechen. Ich habe sie Ihnen hier aufgeschrieben (reicht P zwei Exemplare des Therapiekontrakts, Arbeitsblatt AB 1-6 bzw. 1-8) und bitte Sie, sie sich jetzt durchzulesen. Falls Sie dazu Fragen haben, können wir diese noch besprechen. Wenn Sie mit den Arbeitsbedingungen einverstanden sind, bitte ich Sie, mir ein Exemplar unterschrieben zurückzugeben.

T konkretisiert das Therapieziel.

An dieser Stelle an Patienten aushändigen und vor der nächsten Sitzung unterschreiben lassen:

- ▶ Therapiekontrakt (Arbeitsblatt AB 1-6 bei Kassenpatienten oder Arbeitsblatt AB 1-8 bei Privatpatienten)
- ▶ ggf. Zusatzklärung bei der Privatbehandlung von Kassenpatienten (Arbeitsblatt AB 1-7), falls die vereinbarte Leistung keine Kassenleistung ist (z. B. Eheberatung) oder der Patient eine Privatbehandlung wünscht, obwohl eine Abrechnung über die Kasse möglich wäre. (Einige freiwillig Versicherte in gesetzlichen Kassen können Privatbehandlungen zur Abrechnung einreichen.)

T klärt im Therapiekontrakt z. B. die Bedingungen der Terminierung und die Möglichkeit eines Ausfallhonorars, Ps Verpflichtungen, die Genehmigung zur Aufzeichnung der Therapiesitzungen und die Schweigepflicht (Arbeitsblatt AB 1-6 bzw. 1-8).

P: (Legt den Kontrakt nach ca. 30 Sekunden ab und sieht auf.)

T: Haben Sie Fragen dazu?

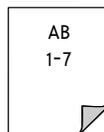
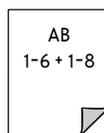
P: Nein. Haben Sie einen Stift?

T; (Reicht P einen Kugelschreiber.) Welche Art der Terminierung wünschen Sie?

P: Ich möchte Terminsprechstunden. Das kriege ich besser mit meiner Arbeit geregelt.

T: Okay, dann kreuzen Sie das bitte an. Ich habe die beiden Exemplare ja bereits unterschrieben. Eins davon können Sie mitnehmen, damit Sie stets wissen, was wir vereinbart haben.

P soll sich für eine der Varianten entscheiden.



1.2.13 Organisatorisches: Kostenträger feststellen, Termine vereinbaren etc.

Anschließend folgt das Abklären der Wahrscheinlichkeit für die Kostenübernahme durch die Krankenkasse oder Versicherung bei der entsprechenden Diagnose. Zudem muss festgestellt werden, ob andere (als diagnostische) Gründe auf eine Verweigerung der Kostenübernahme hindeuten (z. B. mehrere abgebrochene Therapien in den letzten zwei Jahren). Hier sind folgende organisatorische Punkte zu regeln:

- ▶ Kostenträger feststellen,
- ▶ mögliche weitere Termine ausmachen.

Falls erforderlich und jetzt schon notwendig (ansonsten erst in Phase 2, s. Abschn. 2.2.8 und 2.2.9):

- ▶ somatische Abklärung veranlassen,
- ▶ ärztlichen Befund/Konsiliarbericht, Therapie- oder Entlassungsbericht etc. anfordern,
- ▶ Antragsverfahren auf Kostenübernahme einleiten,
- ▶ Schweigepflichtentbindung unterschreiben lassen (Arbeitsblatt AB 1-9 und 1-10).

AB

1-9 + 1-10

Beispiel

Organisatorische Fragen abklären

T: (T kennt den Kostenträger bereits seit dem Einlesen der Versichertenkarte.) Nun noch einige Informationen zur Kostenübernahme für Ihre Behandlung. Die ersten fünf probatorischen Stunden, die der Datenerhebung und Diagnostik dienen, sind durch Ihre Kasse automatisch bewilligt. Alle weiteren Leistungen müssen wir beantragen. In Ihrem Fall sehe ich keine Argumente, die gegen eine volle Kostenübernahme durch Ihre Krankenkasse sprechen.

Da Sie eine Überweisung Ihres Arztes haben, können wir zunächst auf weitere körperliche Untersuchungen zur Abklärung, ob organische Gründe gegen eine Psychotherapie sprechen, verzichten.

Den Antrag auf Kostenübernahme müssen Sie stellen. Dafür gibt es einen Vordruck, den ich Ihnen beim nächsten Mal aushändige. Heute möchte ich Ihnen – wie schon angekündigt – zwei Unterlagen mitgeben: den Fragebogen zur Lebensgeschichte und Problematik und das Informationsblatt zur Psychotherapie und Kognitiven Verhaltenstherapie.

So, und nun zu unseren nächsten Treffen.
Wenn Sie von vier bis sechs Stunden
Arbeitszeit zum Ausfüllen des Fragebogens
ausgehen, bis wann können Sie das geschafft
haben?

P: Bis zum Wochenende.

T: Gut, dann lassen Sie uns jetzt einen möglichen Termin in der nächsten Woche suchen, möglichst einen, der Ihr neuer Dauertermin werden kann. P und T suchen nun Terminmöglichkeiten.

Biographische Anamnese

Aus zeit- und arbeitsökonomischer Sicht wird die biographische Anamnese sinnvollerweise schriftlich in Form von Lebens- und Problemfragebögen erhoben. Die vom Patienten zuhause ausgearbeiteten Antworten sind dann Inhalt der nächsten Therapiestunden, in denen der Therapeut weitere, zum Problemverständnis wichtige Punkte ergänzt und klärt sowie Zusammenhänge zwischen einzelnen Bereichen herstellt. Zu diesem Zweck sind diverse Anamnesefragebögen entwickelt worden (s. z. B. Arbeitsblatt AB 1-4), die helfen, die Informationsflut zu strukturieren, auf das zu behandelnde Problem zu fokussieren und Zusammenhänge zwischen der persönlichen Lerngeschichte und den heutigen Reaktionen des Patienten zu verdeutlichen.

Der in der Materialiensammlung enthaltene Fragebogen zur Lebensgeschichte und Problematik wird dem Patienten am Ende des Erstgesprächs ausgehändigt, falls weitere Termine geplant sind. Dabei wird (werden) das (die) im Erstgespräch herausgearbeitete(n) Problem(e) zur Grundlage aller Fragen, die sich auf den Problembereich beziehen. Hierzu wird nochmals ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Fragen in der Rubrik »Zum Problem« sich auf dieses Problem (bzw. auf diese Probleme) und dessen (deren) emotionale und Verhaltenssymptome beziehen und *nicht* auf daraus resultierende Verhaltensweisen (z. B. »Wie oft waren Sie in der letzten Woche niedergeschlagen?« statt »Wie oft sind Sie letzte Woche morgens im Bett geblieben?«). Bei mehreren Problemen sind alle Punkte für jedes einzelne Problem zu beantworten. So werden auch die emotionalen Beeinträchtigungen erfasst, die nicht mit symptomatischem Verhalten einhergehen, und es werden Verhaltensweisen vernachlässigt, die nicht aufgrund emotionaler Ursachen ausgeführt werden.

AB
1-4

Tipp

Geben Sie beim Austeilen des Fragebogens zur Lebens- und Problemgeschichte den durchschnittlichen Zeitaufwand für dessen Beantwortung an (ca. 4 bis 6 Stunden, bei schwer depressiven oder konzentrations- und reflexionsschwachen Patienten nach oben offen), damit der Patient rechtzeitig den erwarteten Arbeitsaufwand versteht und den Fragebogen entsprechend sorgfältig ausfüllt und nicht in letzter Minute damit beginnt und mit wenigen Stichworten zur nächsten Therapiestunde erscheint.

Die Qualität der Beantwortung ist ein wichtiges Indiz für die Veränderungsmotivation, Verantwortungsübernahme und Frustrationstoleranz des Patienten und liefert bereits den Großteil der Prognose für den Therapieerfolg.

Manche Therapeuten scheuen sich, bereits zu Beginn (oder auch später) derartige Anforderungen an Patienten zu stellen und befürchten, dass der Patient mit Ablehnung reagiert oder gar die Therapie abbricht. In einzelnen Fällen mag das auch geschehen. Dennoch ist es hilfreich, von vornherein die Haltung des Patienten, seine Bereitschaft zur Übernahme von Eigenverantwortung und zur Überwindung seines »inneren Schweinehundes« zu kennen, und fehlende Variablen für einen Therapieerfolg (s. Therapieprämissen, Stavemann 2014b, S. 18 ff.) bereits jetzt zu erarbeiten oder – falls das nicht möglich ist – die Therapieaufnahme ausführlich begründet zu diesem Zeitpunkt abzulehnen (s. hierzu Abschn. 2.3.2).

1.3 Phasentypische Probleme und Widerstände

1.3.1 »Ich halte das nicht mehr aus – bitte helfen Sie mir sofort!«

Einige Patienten haben sich nach einem jahre- oder jahrzehntelangen Leidensmarathon endlich entschieden, dass nun etwas zu geschehen habe. Sie melden sich zur Therapie an und erscheinen zum Vorgespräch mit der Erwartung, nun umgehend Entlastung von ihrer Symptomatik zu erfahren. Sie reagieren dann dementsprechend enttäuscht und frustriert, wenn der Therapeut ihnen das weitere Vorgehen schildert, und versuchen immer wieder aufs Neue, das Gespräch nach den eigenen Vorstellungen zu strukturieren und endlos immer neue Beispiele für ihre Symptomatik zu schildern, da sie befürchten, der Therapeut könne sie sonst nicht richtig und umfassend verstehen.

Lässt sich der Therapeut vor diesen »Erwartungskarren« spannen, wird er feststellen, dass er sehr schnell im Sumpf seines dann notwendigerweise unstrukturierten Vorgehens festsitzt und einen neuen Anlauf nehmen muss, um sich daraus zu befreien. Dieser erneute Versuch wird dann allerdings auch nicht den Beifall des Patienten einfahren, da er nicht dessen Vorstellung von Problemlösung oder Heilung entspricht.

Manche Therapeuten mögen auch vom Leidensdruck ihres Patienten derart beeindruckt sein, dass sie sich selbst unerreichbare Ziele setzen (»Ich möchte, dass es ihm schon nach dieser Stunde mit mir besser geht« oder »Diesem Menschen muss unbedingt sofort geholfen werden«) und sich damit unter einen Leistungsdruck setzen, der für eine schnelle Symptomlinderung nicht förderlich ist, da sich ihre objektive Leistungs-, Erkenntnis-, Diagnose- und Behandlungsfähigkeit dadurch keinesfalls verbessert. Sie übersehen dann, dass Mitleid oder ein »Bei-der-Ehre-gepackt-werden« wenig hilfreich bei Diagnostik, Problemverständnis und Behandlungsplanung sind und dass auch ein erfahrener Therapeut um eben diese Vorarbeit (Exploration, Anamnese, Diagnostik, Problem-, Verhaltens- und Funktionsanalyse, Therapiezielsetzung) nicht

herumkommt, wenn er für seinen Patienten eine adäquate Behandlungsstrategie erarbeiten möchte.

Tipp

Auch für Psychotherapeuten gilt: Keine Behandlung ohne sorgfältige Diagnose! Wenn Patienten unrealistische Erwartungen an Sie oder Ihre Methode stellen, sollten Sie diese umgehend besprechen. Dabei sollten Sie ausführlich begründen, warum diese Erwartungen unrealistisch sind und von Ihnen *so* nicht erfüllt werden können, sowie dem Patienten eine realistische Alternative aufzeigen.

Besteht der Patient auf seinen unmittelbaren Behandlungs- und Heilungserwartungen, sind weitere Termine nicht zweckmäßig, da Sie diese Erwartungen nicht erfüllen können und den Therapieauftrag *so* nicht annehmen sollten.

Beispiel

Realistische Therapiemöglichkeiten aufzeigen

Der Patient schildert ein existentielles Problem mit langjähriger hypochondrischer Vorgeschichte und zunehmender Verantwortungsübertragung auf die Partnerin, die inzwischen allein für das Familieneinkommen arbeitet. Der Patient kommt total aufgelöst und in Panik in die Praxis, weil seine Partnerin die Beziehung *so* nicht mehr weiterführen wolle und sich offenbar neu orientiert habe. Er möchte sich nicht auf die strukturierten Fragen des Therapeuten einlassen, da diese ihm nicht genügend Symptomlinderung verschaffen, offensichtlich den Status quo nicht wieder herstellen und seine akuten Befürchtungen vor dem Alleinsein nicht entkräften können. Er möchte stattdessen unbedingt ganz schnell sein Problem loswerden, um die Partnerin zurückzugewinnen oder doch zumindest allein angstfrei leben zu können.

P: (Weint.) Ich bin so verzweifelt ... wenn sie geht, kann ich mir gleich die Kugel geben. Ich halte das allein nicht aus! Ich dreh' dann durch ... Sie sind meine letzte Hoffnung! Bitte helfen Sie mir!

T: Das kann ich gut verstehen, dass Sie große Angst haben, wenn Sie auf einmal eines Ihrer ganz wichtigen Lebensziele verlieren könnten und an Ihre Befürchtungen denken, die Sie haben, wenn Sie allein sind. Es handelt sich sicherlich auch um ein psychisches Problem, unter dem Sie leiden, und deshalb sind Sie auch richtig hier in einer psychotherapeutischen Praxis. Ich fürchte allerdings, dass Ihre Vorstellungen, wie und wie schnell psychische Probleme gelöst werden können,

T zeigt Verständnis für Ps Problem, meldet seine Bedenken hinsichtlich Ps Erwartungen an und unterscheidet Ps Ziele sowie dessen Einflussmöglichkeiten auf diese.

nicht realistisch sind. Zudem sehe ich gleich mehrere Ziele, die Sie verfolgen: Einmal möchten Sie Ihr psychisches Problem los sein, zum anderen möchten Sie Ihre Partnerin zurückgewinnen. Bei dem ersten Ziel kann ich Ihnen behilflich sein. Wie, welche Voraussetzungen dazu nötig sind und wie lange das dauert, erkläre ich Ihnen gleich. Bei Ihrem zweiten Ziel kann ich leider nicht helfen. Ob Ihre Partnerin sich entscheidet, die Beziehung wieder aufzunehmen, falls es Ihnen gelingt, Ihr Problem erfolgreich zu lösen, steht weder in Ihrer noch in meiner Macht. Das wird sie ganz allein entscheiden.

P: (Schluchzt.) Aber Sie könnten doch mit ihr sprechen!

T: Worüber?

T prüft die Zielsetzung von P und dessen eigene Veränderungsmotivation.

P: Na darüber, dass ich jetzt was gegen mein Problem unternehme, dass ich alles tue, was sie will, wenn sie nur bei mir bleibt! ... Dass ich das nicht überlebe, wenn sie jetzt geht!

T: Wie gesagt, ob sie bei Ihnen bleiben möchte, selbst wenn Sie das Problem nicht mehr haben, entscheidet Ihre Partnerin. Darauf habe ich keinen Einfluss und möchte auch keinen zu nehmen versuchen. Wie kommen Sie denn darauf, dass sie bei Ihnen bleiben würde, wenn Sie Ihr Problem nicht hätten?

T lehnt den Wunsch nach Modifikation Dritter ab und versucht stattdessen zu klären, ob P auch andere Möglichkeiten sieht, weshalb die Partnerin sich neu orientiert.

P: Weil sie das gesagt hat!

T: Was genau?

P soll seine Aussage präzisieren.

P: Dass sie das nicht mehr aushält, so wie ich bin.

T: Wie kommen Sie darauf, dass sie damit ausschließlich Ihr beschriebenes Problem meint?

P soll seine Aussage präzisieren.

P: Ja, was denn sonst?

T: Es kommt ja auch vor, dass Paare sich trennen, obwohl keiner von beiden psychische Probleme hat, sondern weil einer von beiden jemanden kennengelernt hat, zu dem er glaubt, besser zu passen. Könnte das, ganz theoretisch, auch bei Ihrer Partnerin so sein?

T bietet P eine alternative Möglichkeit für den Trennungswunsch.

P: Ich weiß jetzt nicht, was das soll, aber theoretisch gibt es die Möglichkeit natürlich.

- T: Und wenn das auch in diesem Fall so wäre? T prüft, inwieweit P auch Veränderungsmotivation besitzt, falls er die Partnerin nicht zurückgewinnen kann.
- P: Das kann ich mir nicht vorstellen! Aber selbst, wenn es so wäre. Sie sollte mich wenigstens nicht sofort allein lassen. Sie weiß doch, dass ich das nicht kann!
- T: Das klingt so, als ob Sie an ihr Mitleid oder ihre Verantwortung für Sie appellierten. Ist das so? T pointiert Ps Appell.
- P: Ja, hat sie denn nach all den Jahren nicht auch Verantwortung für den Partner zu tragen?
- T: Wenn ich Sie vorher richtig verstanden habe, hat sie das doch die letzten Jahre über zunehmend getan. Kann es sein, dass sie genau das nun nicht mehr möchte? P soll erkennen, dass diese Anspruchshaltung und Verantwortungsübertragung möglicherweise genau die Trennungsgründe sind.
- P: (Nach kurzer Pause:) Doch, möglich ist das schon, dass sie das nun leid ist. Das hat sie ja auch schon seit Jahren gesagt. Ach, ich weiß gar nicht, was ich jetzt machen soll. Ich halte das zuhause nicht allein aus, da dreh' ich ab.
- T: Angenommen, Sie könnten Ihre Partnerin auch nicht zurückgewinnen, wenn Sie Ihr Problem erfolgreich lösen. Spricht etwas dafür, das Alleinsein trotzdem zu lernen? T prüft erneut Ps eigene Veränderungsmotivation.
- P: Selbstverständlich, ich will ja mal wieder ohne Angst allein sein können. Aber das darf nicht so lange dauern!

Der Therapeut erklärt nun – wie in Abschnitt 1.2 exemplarisch beschrieben – die Voraussetzungen für eine erfolgreiche Therapie: Erarbeiten des Problemverständnisses durch Anamnese, Problem-, Verhaltens- und Funktionsanalyse, Diagnostik, Therapiezielbestimmung, Behandlungsplanung und dessen Umsetzung sowie die aktive Mitarbeit des Patienten. Er stellt heraus, dass die hierzu nötigen Lernprozesse nicht kurzfristig erreichbar, sondern nur mit viel Mühe, Selbstüberwindung und Anstrengung zu bewältigen sind, und macht dem Patienten keine unrealistischen Versprechungen.

Zum vorübergehenden Lindern der bestehenden Symptomatik erwägt der Therapeut, den Patienten an einen Facharzt zu verweisen, um kurzfristig durch Psychopharmaka Erleichterung zu erhalten (s. hierzu auch Kapitel 20 dieses Buchs). Er erklärt und begründet dabei, warum dieser Lösungsansatz nur provisorischen Charakter hat und allenfalls dienlich ist, um anfänglich auf niedrigerem Erregungsniveau planmäßiger am Therapieziel arbeiten zu können.

Sollte der Patient auf kurzfristiger Problemlösung bestehen, wird der Therapeut den Therapieauftrag als nicht erfüllbar ablehnen, das beschriebene Therapieangebot

aber auch künftig bestehen lassen, um dem Patienten die Möglichkeit zu geben, sich erneut zu melden, wenn er auch an anderer Stelle niemanden findet, der ihm bei einer »Ad hoc«-Problemlösung behilflich sein kann.

1.3.2 »Wieso nur ich?«

Manchen Patienten leuchtet nicht ein, weshalb das alles einzig *ihr* Problem sein soll, weshalb *nur sie* daran verändernd arbeiten müssen und weshalb andere Betroffene sich dabei so bequem heraushalten dürfen. Das könne ja wohl nicht gerecht sein, dass alles auf ihren Schultern abgeladen werde und sie nun als der »identifizierte Kranke« herhalten müssten!

Unabhängig vom notwendigen Disput dieses häufig anzutreffenden Gerechtigkeitskonzepts zu einem späteren Therapiezeitpunkt (in der Regel in Phase 7) mithilfe explikativer Sokratischer Gesprächsführung (ein Beispieldialog zu diesem Thema findet sich bei Stavemann, 2007, S. 147 ff.) wird der Therapeut in dieser Therapiephase lediglich bestärken, dass es leider häufig im Leben ungerecht zugehe, und mit dem Patienten herausarbeiten, welche Vorteile es hat, autonom und eigenverantwortlich auf das eigene emotionale Erleben Einfluss nehmen zu können. Auf diese Weise versucht er beim Patienten, eine Reattribution für die emotionale Belastung und eine Neubewertung der Situation von »gemein, nur ich« zu »zum Glück selbst verursacht« zu erreichen.

Beispiel

Vorteile eigenverantwortlicher Einflussnahme auf das emotionale Erleben herausarbeiten

Die Patientin kommt mit psychosomatischen Beschwerden und einem stark ausgeprägten Selbstwertproblem, das sich besonders bemerkbar macht, wenn sie einen »Punkteverlust« durch Nachgeben, öffentliches Belehrtwerden oder Fehlereingestehen befürchtet. Diese Angst versucht sie auch am Arbeitsplatz durch aggressives Auftreten zu kaschieren. Sie wird deswegen von ihren Kollegen zunehmend ausgegrenzt. Ihr Konzept von und ihr Fordern nach »Gerechtigkeit« bewirken zusätzliche emotionale Eskapaden, die sie ebenfalls oft aggressiv, missionarisch und fordernd austrägt und ihr wenig Sympathien in ihrem sozialen Umfeld einbringen.

P: Ich will ja gar nicht bestreiten, dass ich auch mal falsch liege. Von mir aus auch, dass ich häufig überreagiere und zu aggressiv bin. Aber ich finde es einfach ungerecht, wenn mein Chef mir nahelegt, da dringend etwas zu ändern, ohne dass meine Kollegen für ihr Mobbingverhalten zur Rechenschaft gezogen werden!

- T: Ja, das stimmt. Das ist, wie vieles im Leben, vermutlich sehr ungerecht. Aber Ihnen muss ich ja nicht sagen, wo es überall Ungerechtigkeiten gibt, denn dafür haben Sie ja ein feines Gespür, das Ihnen allerdings auch häufig Probleme bereitet. Aber zu diesem wichtigen Thema werden wir später noch ausführlich kommen.
Zunächst möchte ich mit Ihnen betrachten, welche Vorteile es für Sie hätte, Aggressionen und eventuell damit verbundene Probleme abzubauen, egal ob Ihre Kollegen sich ändern oder nicht. Einverstanden?
- P: Hm, ... wenn Sie meinen. Meinetwegen.
- T: Welche Vorteile sehen Sie selbst denn darin, wenn Sie Ihre Aggression, Angst oder Scham besser in den Griff bekämen und nicht mehr so aufbrausend reagierten?
- P: Na ja, ich müsste mich nicht mehr so oft aufregen, hätte ein ruhigeres, angenehmeres Leben und hätte vermutlich auch mehr Freude ... Und wohl auch mehr Freunde.
- T: Ah ja. Ist *das* denn für Sie auch so schon erstrebenswert genug, oder möchten Sie das nur erreichen, wenn Ihre Kollegen gleichzeitig auch für sich etwas erarbeiten?
- P: Das wäre sicherlich in jedem Fall positiv für mich. Aber ich wehre mich dagegen, allein die Schuldige für die jetzige Situation zu sein!
- T: Ja, das kann ich verstehen. Aber angenommen, alle anderen sähen das trotzdem anders. Würden *Sie* trotzdem profitieren, wenn *Sie* Ihre eigenen Probleme in den Griff bekämen und die anderen nicht?
- P: Doch, so betrachtet schon.
- T: Lassen Sie mich noch einen Schritt weitergehen: Ist es von Vorteil oder von Nachteil für Sie, wenn *Sie allein*, ohne die Unterstützung und das Zutun der anderen in der Lage sind, Ihre eigenen Probleme in den Griff zu bekommen und dabei nicht auf die Mitwirkung der Kollegen angewiesen sind?
- T stimmt zu, dass das Leben voller Ungerechtigkeiten ist, und vertagt dieses Thema auf später. P soll nun erarbeiten, welche Vorteile sie auch durch die einseitige Problembearbeitung hätte, um sie für die weitere Therapie zu motivieren. T erfragt Ps Einverständnis zu diesem Vorgehen.
- Um P für die weitere Therapie zu motivieren, soll sie nun erarbeiten, welche Vorteile sie auch durch die einseitige Problembearbeitung hätte.
- T geht zu diesem Zeitpunkt noch nicht auf den Zusammenhang zwischen dem Problem von P und der Funktionalität ihres »sich aufregen müssen« ein, sondern arbeitet zunächst weiter an der Motivationssteigerung durch die Neubewertung der Ausgangssituation »wieso nur ich«.
P soll erkennen, dass sie auch dann von einer Veränderung profitiert, wenn andere nichts tun.
- P soll erkennen, dass sie auch dann von einer Veränderung profitiert, wenn andere nichts tun.
- T prüft, ob P die alternative Sichtweise der Ausgangssituation bereits annehmen kann.