

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

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 Erstkontaktes	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 Schönenfeld		
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 wahnhafte 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	Klientelspezifische 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