



Leseprobe aus: Stavemann (Hrsg.), KVT-Praxis, ISBN 978-3-621-28152-2
© 2014 Beltz Verlag, Weinheim Basel
<http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-621-28152-2>

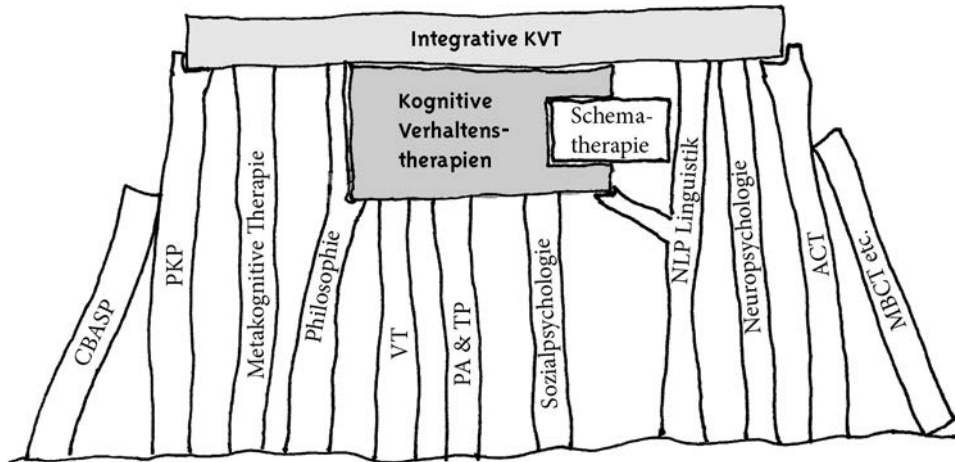
Einleitung

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.

Maultsby's 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.