Kopie nur zum persönlichen Gebrauch!

Verhaltensmodifikation, 6.Jg.(1985), Heft 2, S. 101 - 151, AVM

"Problem- und zielorientierte Verhaltenstherapie. Teil I: Zu einigen Kernannahmen des aktuellen verhaltenstherapeutischen Vorgehens" *)

von: Dieter Schmelzer

Zusammenfassung

Angesichts (immer noch) häufiger Mißverständnisse und Fehlinterpretationen heutiger "verhaltenstherapeutischer" Ansätze und in Anbetracht diverser Weiterentwicklungen der psychologischen Grundlagenforschung wird im vorliegenden Teil I der Versuch unternommen, die wichtigsten "Kernannahmen" eines aktualisierten Verhaltenstherapie-Verständnisses in Form von 12 Grundprämissen zusammenzustellen.

Verhaltenstherapie wird in diesem Sinne nicht als Sammelbegriff für bestimmte Therapietechniken, sondern als prinzipieller methodischer Standpunkt des Vorgehens beim Bearbeiten klinisch-psychologischer Probleme gesehen.

Diese Sichtweise einer "Problem- und zielorientierten Verhaltenstherapie" bildet die konzeptuelle Basis für ein (gesondert in Teil II expliziertes) Prozeßmodell, welches als Orientierungs- und Strukturierungshilfe für die Organisation der diagnostisch-therapeutischen Praxis dienen kann.

Summary

Considering (still) frequent misunderstandings and faulty interpretations of today's "behavior therapy" approaches, and with regard to some advancements of basic research in psychology, this paper tries to summarize the most important "core assumptions" of present behavior therapy by characterizing 12 basic premises (= part I).

In this sense, behavior therapy is not a collection of specific therapy techniques but a fundamental methodological standpoint in working with clinical problems.

*) Modifizierte und stark erweiterte Version eines am 28.6.1984 an der Universität Erlangen gehaltenen Vortrags.

Der Autor dankt Professor Hans Reinecker sowie Dipl.-Psych. Michael Trips für die kritische Lektüre einer früheren Manuskript-Version. Ihre hilfreichen Kommentare und Anregungen sind in die vorliegende Endfassung eingearbeitet.

This view of a "problem- and goal-oriented behavior therapy" represents the conceptual base for a process model (explicated separately as part II), which is aimed to assist in organizing and structuring the diagnostic/therapeutic practice.

Schlüsselwörter:

Verhaltenstherapie, Grundlagenforschung, Problemlösen, Therapeut-Klientbeziehung, Zielorientierung

Key-words:

behavior therapy, basic research, problem solving, therapeutic relationship, goal-orientation

Einleitung

Die Verhaltenstherapie (VT) hat in ihrer kurzen Geschichte eine rasante Entwicklung hinter sich. Nach ihren anfänglichen Profilierungsbestrebungen, die hauptsächlich durch Abgrenzungsversuche gegenüber anderen therapeutischen Schulen bestimmt waren (vgl. die Auseinandersetzungen mit der Psychoanalyse: z.B. Keupp & Kraiker, 1984), ist sie mittlerweile fest in der Klinischen Psychologie etabliert. In gleichem Maße, wie die externen Rivalitäten im Laufe der Jahre an Schärfe und Relevanz verloren, entwickelte sich die **interne** Diskussion um verhaltenstherapeutische Grundannahmen in den letzten 10 bis 15 Jahren zunehmend stürmischer, wozu die wachsende Heterogenität **innerhalb** der VT-Ansätze ihren Teil beitrug. Seit die orthodoxe Verhaltenstherapie-Auffassung als "Versuch der Anwendung der Lerntheorien" ins Kreuzfeuer eigener (wie fremder) Kritik geriet (vgl. etwa Mahoney, 1974; u.a.), wurden vor allem Ansätze aus der kognitiven Psychologie, der Informationsverarbeitung, den Handlungstheorien, der Systemtheorie und Kybernetik sowie der Selbstkontrolle als **Ergänzung** der lerntheoretischen Grundorientierung herangezogen.

Im Hinblick auf den klassischen Behaviorismus - der in der von Watson (z.B. 1913) vertretenen radikalen Form sowieso kein sehr langes Dasein fristete (und in der verhaltenstherapeutischen **Praxis** erst recht eine untergeordnete Rolle spielte) - wurde ein signifikanter "Paradigmenwechsel" proklamiert (z.B. Groeben & Scheele, 1977; kritisch zur Paradigmendiskussion allerdings z.B. Westmeyer, 1981).

Manche Abweichungen und Wandlungen wiederum bedeuteten für herkömmliche Verhaltenstherapie-Protagonisten einen solch fundamentalen Bruch mit traditionellen Vorstellungen, daß gefragt wurde, ob diverse aktuelle VT-Entwicklungen überhaupt noch etwas mit den ursprünglichen Wurzeln gemeinsam hätten.

In den 70er Jahren begann vor allem nach dem Auftauchen der "kognitiven Verhaltensmodifikation" eine intensive Bezeichnungsdiskussion im englischsprachigen Raum (vgl. im Überblick Franks & Wilson, 1979; Wilson, 1978; etc.), die auf der einen Seite in der Forderung gipfelte, den Begriff Verhaltenstherapie nur auf lerntheoretische Ansätze zu beschränken und ihn für erweiterte Ansätze nicht mehr zu verwenden (vgl. z.B. Wolpe, 1976a/b). Andererseits wurde die Ansicht formuliert, daß man den Begriff Verhaltenstherapie durchaus auch für erweiterte Ansätze beibehalten sollte, weil sich damit eine grundlegende methodologische Orientierung zum Ausdruck bringt (vgl. z.B. Thoresen & Coates, 1978; u.a.).

Neben den Debatten im theoretischen Lager nahm auch das Verwirrspiel im Bereich der klinischen **Praxis** zu: Einerseits gehen viele Verhaltenstherapeuten mittlerweile weit über die herkömmlichen VT-Interventionen hinaus und beziehen Techniken mit ein, die in völlig anderen Bezugssystemen entstanden sind (z.B. Gestaltübungen, Körperarbeit, Phantasie etc., vgl. etwa Revenstorf, 1983; Butollo & Höfling, 1984). Andererseits herrscht bei vielen Praktikern die Meinung vor, es genüge, orthodoxe VT-Techniken (z.B. systematische Desensibilisierung, Selbstbehauptungstraining etc.) im Repertoire zu haben, um bereits "Verhaltenstherapeut" zu sein.

Üblicherweise geht man im wissenschaftlichen Lager mit solcherlei Verwirrungen von Gegenstand und Terminologie so um, daß man sich - zum Zweck der intersubjektiven Verständigung - um eindeutige begriffliche Definitionen bemüht, welche kurz und prägnant die positiven Zugehörigkeitsmerkmale bestimmter Elemente zur in Frage stehenden Klasse spezifizieren (und gleichzeitig Negativmerkmale zur Aussonderung unzutreffender Elemente angeben). Dies wurde - wie untenstehendes Kästchen illustriert - auch für den Begriff "Verhaltenstherapie" versucht:

Definitionsversuche für "Verhaltenstherapie"

1. Enggefaßte/doktrinäre Definitionsversuche:

   EYSENCK (1964, p.1): Verhaltenstherapie ist der "Versuch, menschliche Verhaltensweisen und Gefühle in einer positiven Richtung durch Anwendung der

Gesetzmäßigkeiten der modernen Lerntheorien zu verändern" (deutsche Übersetzung zitiert nach HOFFMANN, 1977, S.25).
WOLPE (1969): "Verhaltenstherapie oder Konditionierungstherapie ist die Anwendung experimentell begründeter Lernprinzipien mit dem Ziel, unangepaßtes Verhalten zu verändern. Unangepaßte Gewohnheiten werden abgeschwächt und ausgemerzt, angepaßte Gewohnheiten aufgebaut und verstärkt" (zit. nach WOLPE, 1972, S.11).

2. Weiter gefaßte Definitionsversuche:

KANFER & PHILLIPS (1970): "Der Standpunkt, den wir hier vertreten..., ist der, daß sich die Verhaltenstherapie nicht nur die Entdeckungen auf dem Gebiet des Lernens und Konditionierens, sondern alle Erkenntnisse der experimentellen Psychologie zunutze machen soll" (zit. nach KANFER & PHILLIPS, 1975, S.33).
YATES (1970, p.18): "Verhaltenstherapie ist der Versuch, systematisch die empirischen und theoretischen Kenntnisse anzuwenden, die in der Psychologie und in benachbarten Disziplinen (wie Physiologie und Neurophysiologie) aus dem Einsatz der experimentellen Methode entstanden sind. Das geschieht mit der Absicht, die Entstehung und Aufrechterhaltung abnormer Verhaltensmuster zu erklären und diese Kenntnisse auf Therapie und Prävention dieser Störungen anzuwenden, und zwar in kontrollierten experimentellen Einzelfallstudien sowohl mit deskriptiver als auch mit therapeutischer Absicht" (zit. nach BAADE et al., 1980, S.8/9).

3. Definitionskompromiß der "AMERICAN ASSOCIATION OF BEHAVIOR THERAPY (AABT)":

"Die Verhaltenstherapie beinhaltet primär die Anwendung von Prinzipien, die in der Forschung der Experimental- und Sozialpsychologie entwickelt wurden; sie soll menschliches Leiden und die Einschränkung menschlicher Handlungsfähigkeit vermindern. Die Verhaltenstherapie legt Wert auf eine systematische Evaluation der Effektivität der Anwendung solcher Prinzipien. Die Verhaltenstherapie beinhaltet Veränderungen der Umwelt und der sozialen Interaktion und weniger eine direkte Veränderung körperlicher Prozesse durch biologische Vorgänge. Das Ziel ist hauptsächlich die Ausbildung und Förderung von Fähigkeiten. Die Techniken ermöglichen eine verbesserte Selbstkontrolle. Bei der Durchführung der Verhaltenstherapie wird normalerweise eine vertragliche Vereinbarung ausgehandelt, in der beidseitig akzeptable Ziele und Vorgehensweisen spezifiziert werden. Verantwortliche Praktiker lassen sich bei der Verwendung von verhaltenstherapeutischen Ansätzen von allgemein anerkannten ethischen Prinzipien leiten" (zit. nach FRANKS & WILSON, 1978, S.11).

Während die frühen VT-Definitionen von Eysenck oder Wolpe sehr eng an die Lerntheorien angelehnt waren und somit VT rigide und doktrinär **nur** auf Anwendung der Konditionierungstheorien festlegten, gingen weitergefaßte Definitionsbemühungen zu Beginn der 70er Jahre (vgl. Kanfer & Phillips, Yates) über die Lerntheorien hinaus und versuchten, Erkenntnisse der experimentellen und allgemeinen Psychologie mit einzubeziehen. Der Definitionskompromiß der American Association of Behavior Therapy (AABT) - mit dem wohl die meisten heutigen Verhaltenstherapeuten konform gehen - zeigt indessen, wie schwierig es mittlerweile geworden ist, innerhalb einer **kurzgefaßten** Definition die für eine aktuelle

VT wichtigen Bestimmungsstücke zu nennen. Wenn solche Definitionen jedoch langsam den Umfang halbseitiger Darstellungen umfassen müssen, um alle relevanten Aspekte zu beinhalten, erscheint die erfolgversprechendere Alternative gleich darin zu bestehen, ausführlich die **"Kernannahmen"** (im Sinne Herrmanns, 1976; 1979; vgl. auch Sneed, 1971; Stegmüller, 1974; u.a.) zu explizieren, die dem heutigen verhaltenstherapeutischen Vorgehen zugrundeliegen.

Dies wird nachstehend versucht: Die **Kernannahmen** - aufgeteilt in 12 Bereiche mit unterschiedlicher Akzentuierung, deren Reihenfolge ohne besondere Bedeutung ist - sollen ausführlich den Standpunkt des Autors im Sinne einer **"Problem- und zielorientierten Verhaltenstherapie"** markieren.

Dem wissenschaftstheoretischen Charakter von "Kernannahmen" entsprechend sei darauf hingewiesen, daß diese nicht "richtig" oder "falsch" sein können wie etwa Theorien oder experimentelle Hypothesen, sondern sich allenfalls als "nützlich", "unfruchtbar", "hilfreich", "zu wenig erfolgversprechend", "unpraktisch" etc. beurteilen lassen (vgl. Herrmann, 1979, S. 34/35).

Sie sind jedoch in der Lage, den betreffenden Gegenstands- und Methodenbereich zu spezifizieren, legen also quasi die Regeln fest, nach denen ein bestimmtes "Spiel" gespielt wird. Erst auf der Basis solcher Festsetzungen erhalten alle darauf aufbauenden theoretischen Überlegungen/Ableitungen und praktischen Handlungsschritte einen "Sinn". Jedoch beanspruchen solcherart festgelegte Spielregeln nicht den Status eines absoluten Dogmas; sie sind vielmehr von Zeit zu Zeit verbesserungs- und revisionsbedürftig.

Die Zusammenstellung der wichtigsten **Grundannahmen** des verhaltenstherapeutischen Prozesses *) wird verdeutlichen, daß VT in diesem Verständnis **nicht** als eine **Sammlung bestimmter Techniken**, sondern vielmehr als **prinzipieller methodischer Standpunkt des Vorgehens** im klinisch-psychologischen Kontext angesehen wird.

Während im vorliegenden Teil I die 12 Grundprämissen expliziert werden, stellt Teil II ein **achtphasiges Problemlösemodell** ("OPTIMIZE"-Prozeßmodell) vor, welches als **Orientierungsrahmen** für die verhaltenstherapeutische Praxis

---

*) Aufgrund des Pluralismus der Ansätze innerhalb der verhaltenstherapeutischen Richtungen kann man genaugenommen natürlich nicht von dem verhaltenstherapeutischen Prozeß oder der Verhaltenstherapie sprechen. Es gibt allenfalls eine gewisse "Familienähnlichkeit" (Wittgenstein) der Orientierungen. Die hier dargelegten Gedanken entsprechen wohl am ehesten der Linie von Mahoney, Kanfer oder Bandura bzw. im deutschen Sprachraum Grawe, Fiedler, Reinecker u.a.

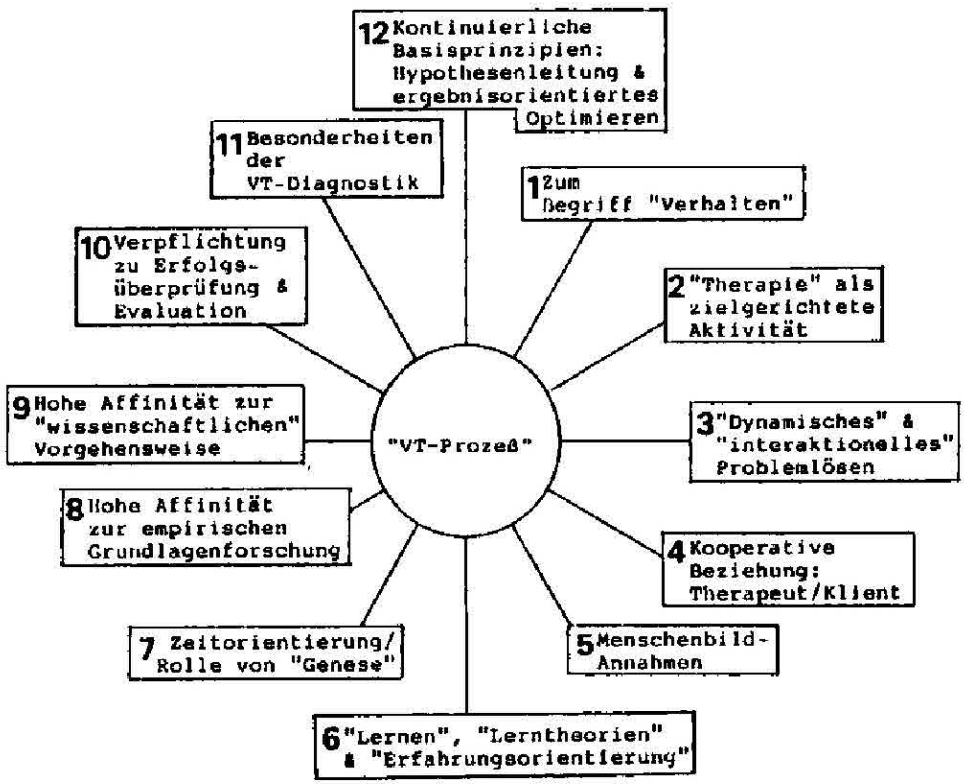
dienen kann. Es ist als Strukturierungs- und Organisationsmodell des konkreten diagnostisch-therapeutischen Vorgehens gedacht und umfaßt (in Form eines Akronyms) folgende acht Phasen:

1.	O	Orientierungsphase
2.	P	Problemklärung und -analyse
3.	T	Therapiezielklärung und -analyse
4.	I	Interventionsplanung
5.	M	Methodenauswahl und -durchführung
6.	I	Interventions-Evaluation
7.	Z	Zieloptimierung
8.	E	Endphase

Fortsetzung S.107

---

12 relevante Kernannahmen des aktuellen verhaltenstherapeutischen Prozesses (Text siehe Seite 105)



Das **OPTIMIZE-Prozeßmodell** versucht, die VT-Kernannahmen in praktische Schritte umzusetzen. Es ist mit impliziten **Rückkoppelungsschleifen** konzipiert, die eine Rückkehr zu früheren Phasen vorsehen, falls Prozeßkriterien für den jeweils adäquaten Ablauf der einzelnen Phasen nicht erfüllt sind (vgl. Teil II).

1. Zum Begriff "Verhalten"

Versucht man, den **Verhaltensbegriff** entsprechend dem neueren Verständnis von Verhaltenstherapie zu spezifizieren, so wird deutlich, daß frühere Auffassungen (die **nur äußerlich beobachtbares** Verhalten als zulässig betrachteten) längst überwunden sind: Der Begriff "Verhalten" wird heute in einem sehr umfassenden Sinne gebraucht und reicht vom Extrem des reaktiven, organismischen Verhaltens bis hin zum Extrem des hochkomplexen, planvollen Handelns. Außerdem wird der Verhaltensbegriff auf alle operationalisierbaren Erscheinungsformen psychischen Geschehens, also auch auf **subjektive** Aspekte ausgeweitet, was zur Forderung nach Berücksichtigung der vier Manifestationsebenen des Verhaltens führt:

V_m	motorische	Ebene des Verhaltens (V)
e	emotionale	
k	kognitive	
ph	physiologische	

Manifestationsebenen des Verhaltens (vgl. BARTLING et al.,1980; u.a.)

Manifestationsebenen, die interne Variablen umfassen, sind vor allem über die Sprache zugänglich.

Während man in der früheren Verhaltenstherapie in erster Linie das Verhalten-in-Situationen beschrieben und in seiner Abhängigkeit von vorausgehenden und nachfolgenden Reizbedingungen analysiert hat (= "horizontale" Verhaltensanalyse, z.B. Schulte, 1976), bezieht man mittlerweile zusätzlich die **"vertikale" Verhaltensebene** in die Betrachtung ein. In diesem Sinne stellt die individuelle Problemanalyse fest, ob und wieweit ein bestimmtes Verhalten-in-Situationen die Funktion von Zielen oder Plänen des Individuums ist. Die vertikale Verhaltensanalyse (Grawe & Dziewas, 1978; Grawe, 1980; etc.) oder auch **"Plananalyse"** (Grawe & Caspar, 1984) berücksichtigt ausdrücklich die hierarchische Anordnung von Verhalten, welche spätestens seit Miller, Galanter & Pribram (1960) in den Handlungstheorien thematisiert wird.

Angesichts des Versuchs der Trennung von "Verhalten" und "Handeln" im deutschprachigen Raum erscheint es notwendig, auf das Verhältnis von Verhalten/Handeln näher einzugehen: "Verhalten" wird als alles umfassender Oberbegriff, "Handeln" (z.B. auch Problemlösen) als **Teilbereich** von Verhalten verstanden:

Trotz des grundlegenden Konsensus mit handlungstheoretischen Auffassungen, wonach "Verhalten" eher automatische/routinemäßige/reflexhafte Verhaltensweisen bezeichnet, wohingegen man als "Handeln" solche Tätigkeiten benennt, die zielgerichtet/planvoll/absichtlich etc. sind (vgl. etwa Kaminski, 1981; u.a.), versucht die VT im Einzelfall keine eindeutige terminologische Trennung. Die eher philosophische Frage, ob eine Person "handelt" oder "sich verhält", ist somit wenig relevant, weil mit dem Begriff "Verhaltenstherapie" beide Extreme (aktiv-planvoll bis reaktiv-automatisch) berücksichtigt sind. Da außerdem der VT-Zuständigkeitsbereich prinzipiell **alle** klinischen Phänomene (auch z.B. autonom ablaufende psychosomatische Fehlreaktionen, Tics, "spontane" Gefühlsausbrüche, situationsinadäquate Ängste etc.) umfaßt, also auch solche, bei denen eine absichtsvolle Komponente schwer ausfindig zu machen ist, erscheint es auch aus diesem Grunde angebracht, weiter von **Verhaltenstherapie** zu sprechen.

Außerdem drückt sich in der Weiterverwendung des Begriffs "Verhaltenstherapie" letztlich auch die Würdigung der Tatsache aus, daß sich ca. 80% der bahnbrechenden VT-Entwicklungen im **englischsprachigen** Raum vollzogen und vollziehen, was zur Folge hat, daß auch terminologische Gepflogenheiten von dort auf den deutschen Sprachraum übertragen werden. In der Originalsprache hat das englische Wort "behavior" nämlich längst aktive **und** reaktive Bedeutung (vgl. Krasner, 1982, p.14); und auch psychologische Ansätze, die man hierzulande als "Handlungstheorie" bezeichnen würde, existieren im englischen Sprachraum fast ausschließlich unter der Rubrik "behavior theory".

2. "Therapie" als zielgerichtete Aktivität

Betrachtet man die zweite Worthälfte von Verhaltens**therapie**, so herrscht weitgehende Einigkeit darüber, daß Therapie ein nicht-zufälliges, nicht-systemloses, nicht-planloses oder nicht-willkürliches Vorgehen ist.

Folglich läßt sich Therapie als **geplantes, systematisches** und **zielgerichtetes** Vorgehen betrachten, für dessen Organisation und praktische Optimierung handlungstheoretische, Problemlösungs- und Selbstmanagement-Konzepte erhöhte Relevanz besitzen (z.B. Kaminski, 1970; D'Zurilla & Goldfried, 1971; Mahoney, 1974; Bastine, 1978; Semmer & Frese, 1979; Bartling et al., 1980; Grawe, 1980; Kanfer, 1980; Kanfer & Grimm, 1980; Fiedler, 1981; Kanfer & Busemeyer, 1982; Karoly & Kanfer, 1982; van Quekelberghe & van Eickels, 1982; Schermer & Schmelzer, 1982; u.a.).

Wie weiter unten dargestellt, wird in diesem Zusammenhang die **Therapie als Mittel zur (vorher nicht möglichen) Zielerreichung** verstanden. Die inhaltlichen Ziele um die es in der individuellen Therapie geht, werden allerdings **nicht** vom Therapeuten vorgegeben oder an irgendwelchen idealen Persönlichkeitsmodellen orientiert, sondern in jedem Einzelfall individuell vereinbart.

Für eine so verstandene Verhaltenstherapie läßt sich als übergeordnetes Globalziel allenfalls das "Selbstmanagement" bzw. die "Selbstkontrolle" des Klienten formulieren; dies bedeutet, daß der Therapieprozeß nicht als Selbstzweck (z.B. Therapiestunde als einziges "angenehmes" Ereignis pro Woche) aufgefaßt wird, sondern auf maximale Selbstverantwortung und Eigenaktivität des Klienten hin ausgerichtet ist, so daß dieser möglichst rasch sein "eigener Therapeut" werden kann und sich vom professionellen Therapeuten emanzipiert. In dieser Hinsicht gibt das "Prinzip der minimalen Intervention" ("principle of least intervention", Kanfer, 1980) die Devise vor, dem Klienten nur solange mit den jeweils geringstmöglichen Mitteln zu helfen, welche ausreichen, damit sich dieser wieder selbst helfen kann. Außerdem wird als weiteres Prozeßziel betont, dem Klienten - über die unmittelbare Beschäftigung mit den in der Therapie angegangenen Schwierigkeiten hinaus - **prinzipelle Fertigkeiten der Problembewältigung** (z.B. Selbstbeobachtung, Analyse der Problemsituationen, Zielanalyse, Suche nach Lösungen, Überprüfung der Effektivität eigeninitiierter Lösungsversuche etc.) zu vermitteln, die dieser eigenständig auch nach Ende der Therapie einsetzen kann.

Definiert man (ähnlich wie Breuer, 1981, S. 29) den Begriff **Ziel** als "einfache bis hochkomplexe Antizipation zukünftiger Endzustände", so wird deutlich, daß im Prozeß der Therapieplanung eine **Zielorientierung** (a) auf jeder Ebene, (b) in jeder Phase der Therapie, sowie (c) für alle an der Therapie beteiligten Personen anzunehmen ist:

Zu (a): Da Ziele unterschiedlich komplex und hinsichtlich ihrer zeitlichen Dimension unterschiedlich lang gedacht werden können, gibt es eine differenzierte "Rasterung": Einerseits legt die Annahme einer **Hierarchie** von Zielen eine Über- bzw. Unterordnung einzelner Ziele fest, so daß mit Relationen "...führt zu...", "...ist Teil von..." oder "...ist Funktion von..." zu rechnen ist (wobei an der Spitze der Hierarchie relativ globale und allgemeine Ziele anzusiedeln wären, während an der Basis der Hierarchie sehr konkrete, situationsspezifische Ziele gedacht werden können, welche der betreffenden Person bereits Richtlinien für ihr Verhalten-in-Situationen vorgeben). Andererseits lassen sich langfristige und kurzfristige Zielperspektiven unterscheiden. Besonders bei langfristig angelegten Zielen ist eine **Zerlegung** in Teilziele notwendig, um handlungsrelevante Schritte einleiten zu können.

Zu (b): Zielorientierung bildet ein **kontinuierliches** Merkmal des gesamten diagnostisch-therapeutischen Prozesses. Die einzelnen Prozeßziele ändern sich natürlich mit den Schwerpunkten der jeweiligen Therapiephasen, so daß z.B. in der Eingangsphase zunächst der Aufbau therapeutischer Basisvariablen im Mittelpunkt steht, während später z.B. die gezielte Problemanalyse, die Evaluation des Therapiefortschritts, oder gegen Ende eine adäquate Ablösung vom Therapeuten relevant sind (vgl. Teil II).

Zu (c): Im Gegensatz zu früheren Auffassungen wird nicht nur auf seiten des Therapeuten, sondern auch auf seiten des Klienten eine Orientierung an Zielen angenommen: Selbst wenn sich der Klient in gravierendsten Belastungssituationen befindet, wird davon ausgegangen, daß diese Schwierigkeiten in irgendeiner (zunächst nicht bekannten) Weise mit dessen subjektiven Zielvorstellungen in Verbindung stehen. Da sich - wie wir im folgenden Abschnitt 3 sehen werden - die jeweiligen konkreten Ziele aber nicht "automatisch" aus den Eingangsbeschwerden des Klienten ableiten lassen, muß vielfach erst intensiv an der **Klärung** der individuellen Zielperspektiven gearbeitet werden (vgl. Schmelzer, 1983). Damit wird die Überzeugung ausgedrückt, daß erst nach individueller Zielklärung der Klient eine Entscheidungsgrundlage erhält, ob er z.B. sein Verhalten an seine Standards anpassen, seine subjektiven (eventuell irrationalen oder zu hohen) Standards senken bzw. beides tun möchte, um die Diskrepanz zwischen realem Problem- und angestrebtem Zielverhalten zu beheben.

Für die Therapie hat dies zur Konsequenz, daß erst **nach** eingehender Beschäftigung mit möglichen Zielperspektiven ein Konsens bezüglich der Behandlungsziele getroffen werden kann, und daß erst **nach** dieser - in jedem individuellen Fall neuen - Festlegung der Behandlungsziele die Umsetzung in konkretes Handeln beginnt. In Einklang mit Bastine (1978, S. 62) läßt sich folglich jede zielorientierte Therapie als Abfolge dreier Grundphasen **"Zielfindung"**, **"Zielvereinbarung"** und **"Zielumsetzung"** verstehen.

Im praktisch-therapeutischen Prozeß ist allerdings der zu erreichende Endzustand im voraus nie völlig exakt bestimmbar, sondern zunächst hochgradig offen (potentiell sind auch **viele** Lösungen für ein Problem möglich, nicht nur eine einzige). Somit liegt auch hier die Betonung auf dem **Prozeßcharakter** des Vorgehens: Im zeitlichen Ablauf werden vage Ziele zunehmend konkretisiert, so daß anfangs globale Strategien lediglich die vorläufige Grobrichtung der Schritte festlegen, während die Feinsteuerung des Ablaufs in Abhängigkeit von den ersten rückgemeldeten Ergebnissen (Zielannäherung: JA/NEIN?) erfolgt. Über die ständige Überprüfung des Erreichens konkreter Teil- und Zwischenschritte wird ein adaptives und flexibles Vorgehen ermöglicht, ohne auf rigide Vorausplanung festgelegt zu sein. Die diesbezüglichen kontinuierlichen Basisprinzipien der "Hypothesenleitung" und des "ergebnisorientierten Optimierens" sind weiter unten (vgl. Punkt 12) ausführlich dargestellt.

Der prozessuale Übergang von **groben** zu **konkreten** Feinzielen ist nicht nur für die Therapieplanung, sondern auch bei den Zielperspektiven des Klienten zu berücksichtigen: Vage Zielideen ("Selbstverwirklichung" etc.) sind in diesem Sinne zwar nicht völlig nutzlos, jedoch allenfalls als erster **Ausgangspunkt** für eine konkrete Operationalisierung zu verwenden. Erst wenn definitive Kriterien vorliegen, was sich eine Person genau unter ihrem vagen Ziel vorstellt, können handlungsrelevante Schritte eingeleitet sowie danach Beurteilungen getroffen werden, ob der eingeschlagene Weg auch erfolgreich ist.

Zusammenfassend bietet eine explizite Zielorientierung im therapeutischen Kontext folgende Möglichkeiten:

(1) Planung konkreter, handlungsrelevanter Schritte zur Zielerreichung,
(2) Zerlegung komplexer Ziele in Teilziele bzw. Unterziele,
(3) Aufteilung langfristiger Ziele in Zwischenziele,

(4) Aufstellen konkreter (beobachtbarer) Kriterien zur Beurteilung der (Zwischen-)Zielerreichung, d.h.: Möglichkeit der Evaluation/Steuerung des Therapieablaufs,
(5) Maßgeschneiderte Interventionen in Abhängigkeit von den jeweiligen Zielen bzw. jeweiligen Klienten,
(6) Zielgeleitetes, zweckgerichtetes Einbeziehen von Therapietechniken, die "eigentlich" anderen Schulen entstammen,
(7) Positivmotivation des Klienten durch Arbeit an Zielerreichung statt ausschließlicher Negativmotivation (z.B. durch Minderung von Leidensdruck).

3. Verhaltenstherapie als "dynamisches" sowie "interaktionelles" Problemlösen

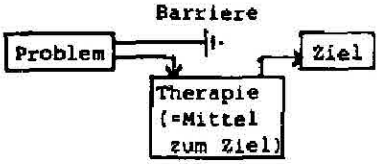
Die Idee, den therapeutischen Prozeß als "Problemlösen" zu konzipieren, ist keineswegs neu (vgl. Urban & Ford, 1971; vgl. im Überblick z.B. Kämmerer, 1983), jedoch - wie weiter unten deutlich wird - mittlerweile ergänzungsbedürftig. Sie steht in engem Zusammenhang zur Auffassung von Therapie als "zielgerichteter Aktivität" (vgl. oben Punkt 2) und bringt als grundlegendes Rationale zur Organisation und Strukturierung der diagnostisch-therapeutischen Abläufe einige Vorteile mit sich. Da die Basisannahmen der Problemlöseansätze allerdings aus dem gänzlich anders strukturierten Forschungsfeld der Kognitiven Psychologie entlehnt sind, ergeben sich beim vorbehaltlosen Transfer dieser Erkenntnisse auf den klinischen Kontext mancherlei Ungereimtheiten, die m.E. erst mit den beiden Zusatzannahmen **"dynamisches"** sowie **"interaktionelles"** Problemlösen gemildert werden können. Bevor auf diese zwei Aspekte näher eingegangen wird, kurz einige relevante Anmerkungen zu **herkömmlichen** Auffassungen einer VT als "Problemlösen":

Beginnen wir mit den wichtigsten Definitionsmerkmalen eines "Problems", wie sie in der Kognitiven Psychologie üblich sind:

Definitionsmerkmale eines "Problems" (vgl. DÖRNER, 1976; KLUWE, 1979; u.a.)

(1) Es existiert ein unerwünschter Ausgangszustand.
(2) Es existiert ein angestrebter Zielzustand.
(3) Es ist eine Barriere vorhanden, welche (zumindest im Moment) die Transformation des Ausgangszustands in den Zielzustand verhindert.

Diese Kriterien lassen sich auch auf den Bereich der Klinischen Psychologie übertragen, wobei allerdings hier angemerkt werden muß, daß zu Beginn des therapeutischen Prozesses oft nur das Merkmal (1) vorliegt, während die übrigen Merkmale noch hochgradig unklar sind. Für eine Therapie in diesem Sinne ergibt sich als grundlegende Aufgabe, den unerwünschten Ausgangszustand in einen **erwünschten** Zielzustand überzuführen, wobei die Therapie als **Mittel zum Ziel** verstanden wird:



Um dieser Aufgabe gerecht zu werden, wird dem problemlöse-orientierten Verhaltenstherapeuten empfohlen, eine Abfolge von ca. 5 Problemlöseschritten zu durchlaufen, wobei diese Schritte als normativer Leitfaden mit Orientierungscharakter zu verstehen sind.

Seit John Dewey (1910) gehören diese Problemlöseschritte zum Standardrepertoire der Kognitiven Psychologie. Aus den zahlreichen Publikationen zum **therapeutischen** Problemlösen sei der einflußreiche Artikel von D'Zurilla & Goldfried (1971) stellvertretend herausgegriffen. D'Zurilla & Goldfried nehmen in Übertragung auf den Bereich der Verhaltensmodifikation folgende fünf paradigmatischen Problemlöseschritte an: (1) general orientation, (2) problem definition and formulation, (3) generation of alternatives, (4) decision making, (5) verification. Die **grundlegende Struktur** dieser Schritte läßt sich in vielen Variationen oder in teilweise veränderter Nomenklatur bei einer Fülle ähnlicher Ansätze wiederfinden (z.B. Mahoney, 1974; van Quekelberghe, 1979; Grawe, Dziewas & Wedel, 1980; u.a.).

In der bisherigen Literatur und auch in der bisherigen verhaltenstherapeutischen Praxis lassen sich drei **Facetten des Problemlöseansatzes** entdecken:

(1) **Therapieprozeß als Problemlösen:** Problemlösen wird als grundlegendes Rationale bzw. Meta-Modell für den Therapieprozeß verstanden und bietet einen groben Orientierungsrahmen für die diagnostisch-therapeutischen Abläufe.

(2) **Problemlösen als Interventionsmethode innerhalb der Therapie:** Der Klient lernt innerhalb der Therapie den **Prozeß** des Problemlösens, so daß er später (z.B. auch nach Ende der Therapie) eigenständig die notwendigen Schritte bei neuen Problemen anwenden kann.

(3) **Problemlösen als Hilfe für den Therapeuten bei therapeutischen "Binnenproblemen":** Der Therapeut wendet die Schritte des Problemlösungsvorgehens in normativ-präskriptiver Weise auf sich selbst an, sobald Probleme innerhalb des Therapieablaufes deutlich werden.

Leider handelt es sich im Bereich der **Klinischen** Psychologie - anders als bei Problemstellungen in gedächtnispsychologischen Untersuchungen - in der Regel um sehr komplexe, instabile und (zumindest anfangs) recht vage Probleme (in der kognitiv-psychologischen Terminologie "schlecht definierte" oder "offene" Probleme), deren Stellenwert im Rahmen des subjektiven Lebensraums des Klienten zunächst ebenso unbekannt ist wie ihre eventuelle Vernetzung mit anderen Problemfeldern. Somit wird bei der Übertragung herkömmlicher Problemlöseansätze auf den klinisch-therapeutischen Bereich notwendig, mit adaptierten Variationen der speziellen Anwendungssituation gerecht zu werden. So zeigen z.B. Bartling et al. (1980) - in Erweiterung von Schulte (1976b) - in ihrem Ansatz, welche prinzipiellen Möglichkeiten existieren, um **klinische Probleme** in ihrer Vielfalt adäquat zu analysieren.

Im Gegensatz zur üblicherweise hypostasierten "Statik" von kognitiven Problemen (stabile Problemzustände, stabile Ausgangslage, stabile Endsituation, Planung mit festen Größen) muß zusätzlich die spezielle **Dynamik** klinischer Problemsituationen explizit mit berücksichtigt werden (vgl. Kanfer & Busemeyer, 1982): Die ständige **Fluktuation** von Parametern (wechselnde Problemrelevanz, wechselnde Ziele, ständig neue Sach- und Informationslagen etc.) erfordern von Klient wie Therapeut eine hohe Entscheidungsflexibilität. Für die Praxis bedeutet dies eine starke Betonung von **Prozeß**denken mit der kontinuierlichen Möglichkeit, in Form rekursiver Schleifen bereits durchlaufene Problemlöse-Stadien nochmals anzusteuern. Problem- und Zieldefinitionen haben in diesem Verständnis immer nur eine "Verbindlichkeit bis auf Weiteres", sind jedoch - wie alle übrigen Schritte - bei neuer Informationslage revisionsbedürftig. Auf diese Weise wird eine adäquate Adaptation an die natürliche Dynamik von "real life"-Situationen gewährleistet.

Daneben besteht eine weitere Notwendigkeit in der Hinwendung zu theoretischen Strukturierungsmodellen, die den

Menschen im Rahmen seiner "bounded rationality" (Newell et al., 1958) begreifen und seine beschränkte Informationsaufnahme, beschränkte Verarbeitungskapazität und beschränkte Verarbeitungszeit (vgl. van Quekelberghe, 1979, S. 90) adäquat in Rechnung stellen. Sowohl für den Klienten als auch den Therapeuten heißt das z.B., von der Utopie universell-genereller Optimallösungen Abstand zu nehmen und jeweils **subjektiv befriedigende** Problemlösungen und Entscheidungen anzustreben, deren "Güte" beispielsweise von folgenden Kriterien abhängt:

(a) jeweilige Person mit ihren Kompetenzen,
(b) einzigartiger Situationskontext,
(c) jeweiliger Zeitpunkt,
(d) verfügbare Zeit,
(e) gerade vorliegende Informationsbasis, etc.

Ein weiterer Gesichtspunkt, durch den sich kognitive von klinischen Problemen hochgradig unterscheiden, ist der Aspekt der **emotionalen Beteiligung**. Gerade dort, wo es um zum Teil existentiell bedeutsame menschliche Probleme geht, ist das Ausmaß gefühlsmäßiger "Verstrickung" enorm, die reale Änderungskompetenz allerdings - trotz hohen Leidensdrucks - gering. Wenn man weiß, daß unter emotionaler Belastung sowohl die Problemlösefähigkeit als auch die Entscheidungskapazität von Menschen rapide beeinträchtigt sind (vgl. etwa Janis & Mann, 1977), wird verständlich, daß in vielen Fällen erst der stereotyp fixierte Umgang des Klienten mit bestimmten Problemsituationen aufzulösen ist. Am Anfang sind solche rigiden Problemfixierungen häufig das innertherapeutische Hauptproblem (vgl. Watzlawick et al., 1979, S. 51ff.: "Mehr desselben - oder: Wenn die Lösung selbst das Problem ist"), wobei dem Klienten ein rein kognitives **Wissen** um mögliche Problemlösungsschritte in der Regel noch nicht weiterhilft. An dieser Stelle kommt der **interaktionellen** Komponente des Problemlösens erhöhte Bedeutung zu: Die Interaktion zwischen Therapeut und Klient (vgl. unten Punkt 4) beinhaltet ein enormes Potential für Änderungsmöglichkeiten des Klienten, in dem dieser durch den Kontakt mit einer von den unmittelbaren Klientenproblemen unbelasteten Person angeregt wird, sich auf neue Problemreflexionen, neue Erlebnisse und Erfahrungen einzulassen, welche es erst möglich machen, nach Auflösung von Fixierungen, Öffnen "blockierter" Input-Kanäle, Aufhebung selektiver/verzerrter Informationsverarbeitung am eigentlichen Prozeß der Problembewältigung zu arbeiten. Hier legitimiert sich der **erlebnisorientierte** Zugang (vgl. z.B. Esser, 1978;

Revenstorf, 1983; Butollo & Höfling, 1984) zu Klientenproblemen, in dem die Arbeit mit Emotionen nicht um des "Ausagierens" willen, sondern zum Zweck der Aufarbeitung von Problemlöseblockaden initiiert wird.

Die Interaktion zwischen Therapeut und Klient ist folglich als **"instrumentelle"** Bedingung (vgl. Grawe, 1980) konzipiert: Sie ist eine **notwendige Voraussetzung** (= "Instrument") für die optimale Gestaltung des therapeutischen Problemlöseprozesses. Dies impliziert, daß im vorliegenden VT-Verständnis eine günstige Therapeut-Klient-Beziehung **alleine** allerdings nicht für einen Therapieerfolg ausreicht.

Für die günstige Zusammenarbeit von Therapeut und Klient ist die Übernahme gewisser Rollenmerkmale für alle Beteiligten wichtig, wie sie im nächsten Punkt (4) weiter spezifiziert sind und im Rahmen des "OPTIMIZE"-Prozeßmodells (vgl. Teil II) explizit in die Eingangsphase integriert wurden.

4. Kooperative Therapeut-Klient-Beziehung

Die Bedeutsamkeit einer tragfähigen Beziehung zwischen Therapeut und Klient wurde seitens der Verhaltenstherapie lange Zeit nicht adäquat gewürdigt. Stattdessen standen früher hauptsächlich **Therapietechniken** - meist losgelöst von der Person des Therapeuten sowie vom jeweiligen "setting" - im Mittelpunkt des Forschungsinteresses. Mittlerweile wurde allerdings die grundlegende Relevanz der Interaktion zwischen Therapeut und Klient als **notwendiges (nicht** aber schon hinreichendes!) Mittel zur Erreichung der Therapieziele/Problemlösung erkannt, so daß in der Zwischenzeit auch im deutschen Sprachraum ausgezeichnete Literaturdarstellungen vorhanden sind (z.B. Seiderer-Hartig, 1980; Zimmer, 1983), aus denen sich praktische Gestaltungsvorschläge ableiten lassen. Leider steht trotz dieser vielversprechenden Ansätze ein einheitliches theoretisches Grundmodell zu diesem Thema noch aus. Deshalb sollen nur einige Aspekte punktuell hervorgehoben werden:

Im VT-Verständnis ist die Therapeut-Klient-Beziehung ein (zeitlich begrenztes) **Arbeitsbündnis zur Erreichung bestimmter Ziele,** die in Kooperation zwischen den beteiligten Personen individuell geklärt, vereinbart und umgesetzt werden (vgl. oben Punkt 2). Eine solche arbeitsorientierte Therapie-Beziehung weicht in der Regel deutlich von sozialen Alltagsbeziehungen (z.B. Freundschaften etc.) ab und weist

auch erhebliche Differenzen zu üblichen Arzt-Patient-Rollenverteilungen auf. Statt einer passiven Rolle, in der sich der Patient dem professionellen Experten anvertraut, damit dieser Heilung herbeiführt, legen vor allem verhaltenstherapeutische Selbstmanagement- und Selbstkontrollansätze (z.B. Kanfer, 1980) Wert auf ein Maximum an Eigenverantwortung und Aktivität des Klienten. Der Therapeut stellt sein professionelles Wissen und seine praktische Kompetenz - sofern keine ethischen Bedenken im Wege stehen oder der Klient unerfüllbare/utopische Erwartungen hegt - in den Dienst der Ziele des Klienten, löst allerdings die Probleme nicht **stellvertretend für** den Klienten (vgl. unten: "Rollenmerkmale für Klient und Therapeut").

Im Unterschied zur früher stark hierarchischen Beziehung mit deutlicher Asymmetrie des Therapeut-Klient-Verhältnisses (hier der Therapeut als rationaler, zu bewußten Entscheidungen fähiger Mensch; dort der Klient, der allenfalls auf externe Reize reagiert bzw. von unbewußten Konflikten getrieben wird) geht die aktuelle verhaltenstherapeutische Sichtweise von einer strukturellen Parallelität (z.B. Groeben & Scheele, 1977) von Klient und Therapeut aus. Der Begriff der "strukturellen Parallelität" sagt - vereinfacht ausgedrückt - aus, daß Klient wie Therapeut nach denselben Gesetzmäßigkeiten funktionieren; dennoch gibt es zwischen beiden gravierende Unterschiede in den Wissensspeichern (Kaminski, 1970) bzw. in der epistemischen Struktur (Dörner, 1976).

Bei aller Bemühung um die Einebnung der früher deutlich hierarchischen Therapeut-Klient-Beziehung muß hier wohl in Rechnung gestellt werden, daß der Therapeut **bezüglich allgemeiner psychologischer Gesetzmäßigkeiten** ein dem Klienten überlegenes Wissen besitzen dürfte. Wegen dieses beträchtlichen Informationsgefälles und angesichts der Maxime von Bacon: "Wissen ist Macht" erscheint der Einwand berechtigt, daß trotz aller Bemühungen um eine möglichst gleichwertige Gestaltung der Therapeut-Klient-Beziehung ein **vollständiger** Abbau der Wissens-Hierarchie kaum möglich sein wird. Es dürfte jedoch zu den ethischen Voraussetzungen und Selbstverständlichkeiten auf der Seite des Therapeuten gehören, mit dieser Macht verantwortungsbewußt umzugehen und seinen professionellen Wissensvorsprung zum Wohle des Klienten einzusetzen.

Umgekehrt hat auch der Klient einen erheblichen Informationsvorsprung in den Bereichen, die sein eigenes Leben betreffen: Er ist in diesem Verständnis einzigartiger **Experte über sich selbst**; er ist die ideale Informationsquelle - sowohl durch sein sprachliches als auch nichtsprachliches Verhalten. Im Lauf

seiner Lebensgeschichte hat jeder Klient sowohl ein kognitives Modell von "sich und der Welt" entwickelt als auch gewisse Verhaltenskompetenzen, emotionale und psycho-physiologische Reaktionsmuster erworben, von denen der Therapeut zu Beginn der Therapie überhaupt nichts weiß (worüber er sich jedoch Informationen verschaffen muß). Diese Informationen betreffend hat natürlich auch der Klient "Macht" dadurch, daß er dem Therapeuten relevante Daten vorenthalten bzw. sich dem Einfluß des Therapeuten entziehen kann, z.B. durch "Widerstand" (vgl. Caspar & Grawe, 1981) bis hin zum Therapieabbruch.

Während es unter **inhaltlichen** Aspekten darum geht, das nomothetische Wissen des Therapeuten und die jeweils einzigartigen idiographischen Klientendaten in Einklang zu bringen, damit eine Problembewältigung möglich wird, schaffen zusätzliche Faktoren auf der **persönlichen Beziehungsebene** erst die **Basis** bzw. den Rahmen für einen solchen Problemlösungsprozeß. In erster Linie bedeutet dies, daß der Therapeut solches Interaktionsverhalten zeigt, welches dem Klienten ermöglicht, eine prinzipielle Atmosphäre des Akzeptiertwerdens zu erleben, so daß er offen und ohne Angst die notwendigen Informationen liefern kann. Für die Gestaltung der kooperativen Therapeut-Klient-Beziehung lassen sich bestimmte Rollenmerkmale ableiten, die sozusagen die wichtigsten "Spielregeln" dieser Interaktion angeben:

Zu einigen Rollenmerkmalen des Klienten: Damit eine adäquate Problemlösung möglich ist, ist es wünschenswert und wichtig, daß der Klient **offen** die relevanten Informationen liefert, daß er **aktiv** mitarbeitet (in und zwischen den Sitzungen) und sich an vereinbarte Regeln hält. Andererseits hat er auch das Recht, nein zu sagen und zu widersprechen, falls ihm die Therapie oder bestimmte Elemente daraus nicht zusagen; er hat das Recht, sich **nicht** zu ändern, seine Symptome zu behalten bzw. die Therapie abzubrechen.

Zur Rolle des Therapeuten: Primäre Aufgabe des Therapeuten ist, optimale Voraussetzungen zu schaffen, damit der Klient die obigen Verhaltensweisen zeigen kann. Er ermöglicht durch Realisierung therapeutischer Basisvariablen (z.B. Zuwendung, ruhige Gesprächsatmosphäre, emotionale Wärme, persönliche Kongruenz, Echtheit usw.) dem Klienten, ein grundlegendes "Klima" wirklichen Interesses und Akzeptiertwerdens zu erleben, in der dieser nicht - wie vielleicht im Alltag üblich - für die Äußerung seiner Informationen oder das Zeigen bestimmter Gefühle mit negativen Sanktionen belegt wird. Inhaltlich trägt er zur Strukturierung des Therapieablaufs bei und setzt seine Wissens- und Verhaltenskompetenzen ein, um dem Klienten Problemlösungen zu ermöglichen. Der Therapeut ist in erster Linie ein Verbünde-

ter des Klienten, wobei dieses Bündnis dem Zweck der Arbeit an den Klientenproblemen dient. In dieser Hinsicht ist er in gewisser Weise "Katalysator" bzw. Arrangeur günstiger Lernbedingungen, ist sowohl Helfer beim Erwerb neuer Fähigkeiten als auch Helfer beim Verlernen inadäquater Verhaltensweisen. Er gibt Anregungen, ermöglicht Änderungen und instigiert neue Erfahrungen auf allen Manifestationsebenen des Verhaltens; sein Vorgehen sollte bei all diesen Aufgaben durch möglichst hohe Transparenz gekennzeichnet sein. Er bearbeitet allerdings **nicht** das Problem für den Klienten, sondern gibt allenfalls "Anleitung" bzw. "Hilfe zur Selbsthilfe".

Selbstverständlich befolgt der Therapeut gesetzliche Vorgaben (z.B. Schweigepflicht) oder ethisch-berufsständische Richtlinien, hält sich selbst an vereinbarte Regeln und gibt dem Klienten weder mit seinem verbalen noch mit seinem nonverbalen Verhalten Anlaß zu Mißtrauen.

Um die Wahrscheinlichkeit gering zu halten, daß eventuelle eigene Probleme oder sonstige negative Eigenarten des Therapeuten einen günstigen Therapieverlauf gefährden, ist er zu intensiver Selbsterfahrung sowie regelmäßiger (lebenslanger) Supervision angehalten.

Obwohl sich (siehe oben) für die Interaktion zwischen Therapeut und Klient einige ideale Basisprinzipien formulieren lassen, ist mit Zimmer (1983, S. 148) darauf hinzuweisen, "daß die Gestaltung der Beziehung nicht durch klare Prinzipien mit optimaler Ausprägung, sondern als schwieriger Mittelweg zwischen gegensätzlichen Prinzipien verstanden werden muß". Somit kommt es darauf an, den persönlichen Stil des Therapeuten mit der jeweiligen Art des Klienten in Kongruenz zu bringen, sowie diese Beziehung auf die Erfordernisse der jeweiligen therapeutischen Situation und die Ziele des Klienten abzustimmen. In Abhängigkeit von den jeweiligen therapeutischen Phasen (vgl. Teil II) oder den jeweiligen innertherapeutischen Zielen wird eine flexible Entscheidung mit Setzung unterschiedlicher Schwerpunkte notwendig sein (z.B. Abwägen von Empathie vs. Konfrontation, Wärme vs. Strenge, Anpassung an die Sichtweise des Klienten vs. neue Sichtweise einführen etc.; vgl. die Tabelle in Zimmer, 1983, S. 148). Eine solche flexible Vorgehensweise läßt sich als **"zielorientierte Beziehungsgestaltung"** bezeichnen, welche - aufbauend auf einer grundlegenden Atmosphäre des Vertrauens - die Interaktion dynamisch-adaptiv an die Erfordernisse der jeweiligen therapeutischen Binnenziele anpassen kann.

5. Menschenbildannahmen

Jede psychologische Therapieform baut auf gewissen impliziten und/oder expliziten Grundannahmen über die "Natur" des Menschen auf. Dies ist auch bei der Verhaltenstherapie nicht anders. Leider werden aber den **aktuellen** verhaltenstherapeutischen Ansätzen vielfach Menschenbildannahmen unterstellt, die allenfalls auf historische Formen des radikalen Behaviorismus zutreffen. Da diesbezügliche Menschenbildvorstellungen (z.B. die einer "passiven Reiz-Reaktions-Maschine ohne Bewußtsein") heute allenfalls noch im Museum der Psychologiegeschichte Existenzberechtigung besitzen, ist notwendig, auf die **heute** gültigen Basiskonzepte einzugehen.

Dem **aktuellen** Verständnis von VT entsprechend, stehen solche Konzeptionen im Mittelpunkt, die davon ausgehen, daß der Mensch prinzipiell fähig ist, aktiv Verantwortung für sich und sein Leben zu übernehmen, ohne daß deswegen Umwelteinflüsse zu kurz kommen.

Nachstehend sollen drei Paradebeispiele für die heutige Auffassung skizziert werden:

(a) Kanfer's Selbstregulationsmodell,
(b) Bandura's soziale Lerntheorie bzw. Bandura's reziproker Determinismus,
(c) Mahoney's "personal scientist",

In seinem **Selbstregulationsmodell** geht Kanfer von drei unabhängigen Variablen aus: "Diese drei grundsätzlichen Verhaltensdeterminanten sind die unmittelbare Situation (Alpha), die selbst erzeugten Hinweisreize, die dem Repertoire an kognitivem und selbstdirektivem Verhalten der Person entstammen (Beta), sowie das biologische System, das den ständigen Hintergrund für das Handeln des Menschen abgibt (Gamma). Wir nehmen an, daß diese drei Gruppen unabhängiger Variablen interagieren und daß der Grad ihrer Beeinflussung von Augenblick zu Augenblick wechselt" (Kanfer, 1984, S. 180).

Bandura spricht in seiner **sozialen Lerntheorie** vom **reziproken Determinismus:** "Die sozial-kognitive Lerntheorie versucht menschliches Verhalten unter der Annahme einer ständigen Wechselwirkung zwischen kognitiven Determinanten, Verhaltensdeterminanten und Umweltdeterminanten zu erklären. In diesem Prozeß wechselseitiger Determinierung liegt für die Menschen die Möglichkeit, ihr Geschick zu beeinflussen; dort liegen aber auch die Grenzen ihrer Selbststeuerung. Nach dieser Vorstellung wird der Mensch weder auf die Rolle eines ohnmächtigen Objektes festgelegt, das von Umweltkräften kontrolliert wird, noch

erscheint er als freies Subjekt, das aus sich machen kann was immer es will. Menschen und ihre Umwelten determinieren einander wechselseitig" (Bandura, 1979, S. 10).

Mahoney schlägt vor, den Menschen zu seinem eigenen "personal scientist" auszubilden: "'Professionelle' Probleme werden mit der wissenschaftlichen Methode angegangen - systematische Beobachtung, Formulierung von Hypothesen, überprüfende Tests usw. Andererseits werden 'persönliche' Probleme so behandelt, als ob sie verschieden wären. Nach meiner Meinung ist dieser doppelte Maßstab sowohl ungerechtfertigt als auch möglicherweise der optimalen klinischen Beeinflussung abträglich. Wir sollten danach streben, unsere Klienten mit denselben technischen Fertigkeiten auszustatten, die wir als Forscher verwenden, um problematische Situationen anzugehen und zu lösen. Wir sollten also unsere Bindung an den Empirismus mitteilen und Therapie als eine Lehre sehen, in der **Wissenschafter für die eigene Person** ausgebildet werden sollen - Individuen, die ihr eigenes Verhalten funktional analysieren und systematisch verbessern könnten" (Mahoney, 1977, S. 310).

6. Zur Rolle von "Lernen" und "Lerntheorien" sowie "Erfahrungsorientierung"

Wie die eingangs vorgestellten Definitionen von Eysenck oder Wolpe illustrieren, wurde die VT in ihrer Anfangszeit mit der Anwendung der Lerntheorien gleichgesetzt. **Heutzutage** wird mehr und mehr der Standpunkt vertreten, daß die Lerntheorien zwar durchaus noch im Zentrum der Verhaltenstherapie stehen (es geht in der Therapie schließlich um Verhaltens**änderungen**, d.h. um Lernen), aber daß **zusätzliche** Faktoren mitberücksichtigt werden müssen:

(1) Die **heutigen** Lerntheorien sind größtenteils **kognitive** Lerntheorien, Theorien der Informationsverarbeitung und des Handelns, d.h. nicht mehr ausschließlich Konditionierungstheorien klassisch-behavioristischer Prägung*).

(2) Über die eigentlichen Lerntheorien hinaus werden in die therapeutischen Überlegungen mittlerweile auch die **Bedingungen, unter denen Lernen stattfindet**, mit einbezogen.

---

*) Ich möchte hier nicht darauf eingehen, inwieweit **heutige** Theorien gewisse Grunderkenntnisse der klassischen Lerntheorien (z.B. Assoziation, Hemmung, Verstärkung, etc.) nur in andere "Sprachspiele" (Wittgenstein) übersetzen oder aber altbekannte Prinzipien nur auf neue Verhaltensklassen (z.B. auf Kognition und Emotion) ausdehen.

(3) **Therapie zielt auf Verhaltensänderung** ab, jedoch geht es nicht nur um die Veränderung an sich, sondern genauso wichtig sind (a) **die Aufrechterhaltung** (und Stabilisierung) dieser erreichten Änderung, sowie (b) der **Transfer** auf neue Situationsbedingungen.

Konsequenz dieser drei Gesichtspunkte ist in erster Linie, daß - über den lerntheoretischen Kern der Verhaltenstherapie hinaus - Erkenntnisse z.B. aus der Allgemeinen und Kognitiven Psychologie, der Motivationspsychologie, der Sozialpsychologie und dem Bereich der sozialen Wahrnehmung etc. Berücksichtigung finden; bei Bedarf sollten auch Erkenntnisse aus Nachbardisziplinen, z.B. Physiologie, Medizin, Biologie etc., mit einbezogen werden.

Therapeutisches Lernen vollzieht sich in jedem Fall durch neue Erfahrungen, weshalb man in der Verhaltenstherapie von einer deutlichen **"Erfahrungsorientierung"** sprechen kann. Dies bedeutet z.B., daß - wenn möglich - der Klient direkte Erfahrungen macht, anstatt **nur** über seine Schwierigkeiten zu reden*). Erfahrungsorientierung kann sowohl mit **diagnostischem** Schwerpunkt (durch erlebnisorientierte Rollenspiele, direkte Beobachtungen etc.) als auch mit **therapeutischem** Schwerpunkt (z.B. therapeutisches Rollenspiel, in-vivo-Übungen etc.) realisiert werden, wobei der Vorteil darin besteht, daß nicht nur auf einer distanzierten kognitiven Ebene **über etwas** kommuniziert wird, sondern daß **alle** Verhaltensebenen (kognitive, emotionale, physiologische **und** motorische Manifestationen) einbezogen werden können.

Während in früheren Verhaltenstherapie-Ansätzen die Gefahr bestand, die Klientenerfahrungen verkürzt abzubilden, weil man sich nur für äußerlich beobachtbares Verhalten, nicht aber die Subjektivität des Klienten interessierte, wird (a) sich seit der "kognitiven Wende" auch mit dem beschäftigt, was Menschen **denken**; eine Wende (b) hin zur **Emotion** steht im Moment wohl gerade an, seit viele Verhaltenstherapeuten (Theoretiker wie Praktiker) ihre Berührungsängste gegenüber emotionsbetonten Therapierichtungen verloren haben. Die Integration erfahrungsorientierter Übungen aus diesen Ansätzen (z.B. Gestalt, Körperarbeit etc., vgl. etwa Revenstorf, 1983) erscheint eher auf der **Technikebene** als auf konzeptueller Ebene möglich, da im Bereich der Grundannahmen einige unversöhnliche Standpunkte existieren,

---

*) Dies ist kein Widerspruch zu der Beobachtung, daß das **Interview** eine der gebräuchlichsten Methoden von Verhaltenstherapeuten darstellt. Es hat jedoch hauptsächlich die Funktion, Verhaltensänderungen **vorzubereiten**, also nicht den Zweck einer "talking cure" (vgl. z.B. Lutz, 1978).

denen sich eine in unserem Sinne verstandene VT **nicht** anschließen kann (z.B. Primat der Emotionen; völlige Ablehnung der Beschäftigung mit kognitiven Prozessen und Inhalten; Ablehnung von Indikations- oder Evaluationsforschung, etc.). In diesem Zusammenhang erscheinen Versuche der Entmythologisierung bestimmter Gestaltübungen (vgl. etwa Greenberg, 1979; Greenberg & Webster, 1982, für die "Zwei-Stuhl-Technik") genauso sinnvoll und möglich wie eine gezielte experientialistische Erweiterung des lernpsychologischen Konzeptes zum Zweck der Behandlung bestimmter klinischer Störungsbilder (vgl. etwa Butollo & Höfling, 1984, mit ihrem Ansatz des "Erfahrungsoerientierten Lernens" zur Therapie chronischer Ängste und Phobien). Jedoch kann - gerade angesichts mancher Auswüchse des "Psychobooms" - vor einer allzu unkritischen Übernahme mancher (pseudo-)therapeutischer Praktiken nicht oft genug gewarnt werden. Jeder Versuch der innovativen Erweiterung müßte somit unter verhaltenstheoretischen, d.h. methodologisch-psychologischen Aspekten vollzogen werden, wie sie Perrez (1982) mit seinen beiden **Minimalkriterien** für legitime Psychotherapie formuliert hat. Diese sind:

(1) Kriterium der Effektivität,
(2) Kriterium der Vereinbarkeit mit dem rationalen Corpus der Psychologie.

Erst beim Vorliegen beider Merkmale kann man berechtigterweise von einer fundierten therapeutischen Interventionsmethode sprechen (vgl. auch unten: Punkte 8,9,10).

Schließlich ist auch aus anderen Bereichen der Psychologie (z.B. der Pädagogischen Psychologie) bekannt, daß ein aktives Lernen durch eigene Erfahrungen, bei dem möglichst alle Sinnesmodalitäten beteiligt sind, wirksamer und stabiler ist, als z.B. kognitive Unterweisungen. Wenn außerdem die These zutrifft, daß durch erfahrungsorientiertes Lernen stark eingefahrene rigide Verhaltensmuster von Klienten aufzulösen sind (vgl. Butollo & Höfling, 1984, S. 70), ergeben sich durch das Einbeziehen solcher Maßnahmen zusätzliche Chancen, den diagnostisch-therapeutischen Prozeß weiter zu effektivieren. Denn es gehört zu den wichtigsten klinischen Erfahrungen, daß Klienten selbst angesichts eines hohen Leidensdrucks unwillig oder unfähig sind, sich zu ändern (vgl. Kanfer & Grimm, 1980). Wenn Klienten ihre eigenen potentiellen Handlungsalternativen dadurch einschränken, daß sie sich bezüglich der Wahrnehmung gewisser affektiver und kognitiver Vorgänge blockieren, so kann in der Tat ein erstes Teilziel der Therapie darin bestehen, über neue Erfahrungen (wozu auch die gezielte Aufmerksamkeitszuwendung zu bislang automatisierten Körperabläufen gehört) wieder flexible Problemlösungen in Gang zu setzen. Bekannt-

lich ist ein **Umlernen** in der Regel schwieriger als ein Neulernen und erfolgt letztlich auch nur durch (korrigierende) neue Erfahrungen.

7. Zeitorientierung und die Rolle der "Genese"

Spätestens seit Verbreitung der sozialen Lerntheorie läßt sich die Fehleinschätzung mancher VT-Kritiker nicht mehr aufrechterhalten, Verhaltenstherapie beschäftige sich nicht mit der Vergangenheit bzw. der Genese der Probleme. Es ist unumstritten, daß die Lerngeschichte bzw. die früheren Erfahrungen einen Menschen entscheidend prägen; dennoch gibt es keinerlei Belege dafür, daß es **notwendig** wäre, die früheren Erfahrungen - oder besonders die frühkindlichen Erlebnisse - eines Menschen lückenlos "aufzudecken" (oder "bewußt" zu machen), damit dieser **heute** Probleme besser bewältigen kann.

Wir finden in der heutigen Verhaltenstherapie einen deutlichen Hier-und-Jetzt-Bezug, eine deutliche **Orientierung an der Gegenwart.** Hier "findet das Leben statt", d.h. **hier** gibt es Ansatzpunkte für Veränderungen. Im Gegensatz dazu ist die Vergangenheit nicht mehr änderbar (niemand kann das Rad der Geschichte um 5, 10, 20 oder 50 Jahre zurückdrehen). Eine bestimmte Person hat bestimmte Erfahrungen in ihrer Lebensgeschichte nun einmal **gemacht.** Änderbar ist allenfalls die **Bedeutung** bestimmter lebensgeschichtlicher Ereignisse für das Leben im "Hier-und-Jetzt", hier können korrigierende neue Erfahrungen notwendig sein.

Kennzeichnend für die Zeitorientierung der Verhaltenstherapie ist die **"präsentistische Sichtweise"** ("studying the past for the sake of the present", Krasner, 1982, p.19), die sich bei der Betrachtung von Einflüssen der individuellen Vergangenheit auf die Beantwortung folgender Frage konzentriert: "Was ist von der Vergangenheit **jetzt** noch aktuell verhaltensbestimmend?"

Obwohl es (z.B. aus psychologischer "Neugier") für Therapeut wie Klient "interessant" sein könnte, die Lerngeschichte des Klienten intensiv zu durchleuchten, beschränken sich verhaltenstherapeutische Ansätze auf solche Vergangenheitsfaktoren, die **heute** noch einen funktionalen Einfluß auf die jeweilige Problematik des Klienten haben. So ist es durchaus möglich, daß jemand bestimmte Verhaltensmuster, die er früher in der Familie gelernt hat, auf die heutige Situation überträgt und damit nicht zurecht kommt. Doch selbst wenn man dem Klienten die Entstehungsbedin-

gungen seines Verhaltens "bewußt macht", hat er trotz dieses Wissens dennoch keine Alternativ-Verhaltensweisen verfügbar, die es ihm ermöglichen würden, in der **heutigen** Situation besser zurechtzukommen.

Ein weiterer wesentlicher Leitgedanke unseres Ansatzes besteht darin, daß es in der Regel deutliche Unterschiede gibt, wie Verhalten (a) in der Vergangenheit **entstanden** ist und (b) durch welche Faktoren es **heute** aufrechterhalten wird:

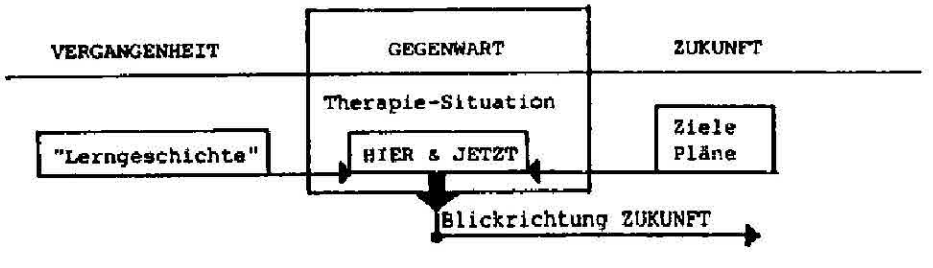
So kann aggressives Verhalten durchaus am Modell eines aggressiven Vaters erworben worden sein; die Tatsache, daß der betreffende Klient ein aggressives Verhalten auch noch mit 40 Jahren gegenüber seinen Arbeitskollegen zeigt, wird jedoch von **aktuellen** Faktoren aufrechterhalten, die es zu eruieren gilt, wenn an diesem Problem heute therapeutisch gearbeitet werden soll.

Dieses Beispiel führt uns zu einer weiteren Frage, die sich jeder Verhaltenstherapeut in jedem Fall neu stellen muß: "Bringt es uns (im Sinne einer aktiven Bewältigung der **jetzt** bestehenden Probleme) weiter, wenn wir wissen, wie das Problem entstanden ist?" Nur dann, wenn er diese Frage mit "ja" beantworten kann, wird er die Rolle der Genese intensiv weiterverfolgen.

Neben dem Blick in die Vergangenheit und bei aller Konzentration auf die Gegenwart ist für die VT auch die **Zukunft** sehr relevant, da diese die Zielrichtung für künftiges Verhalten festlegt und die Basis abgibt für Pläne, Ziele etc.

Bei einer starken Betonung des "Hier-und-Jetzt" und einer Berücksichtigung lerngeschichtlicher Einflüsse (vorausgesetzt, diese tragen heute noch zum Problemverhalten bei) liegt die Blickrichtung in der Zukunft: Der Klient wird also **heute** angeleitet, sich zu fragen: "Was kann ich **jetzt** aktiv anpacken, um in **Zukunft** besser zurechtzukommen?"

Die folgende Grafik bietet einen abschließenden Überblick über die Zeitorientierung der Verhaltenstherapie:



Trotz Berücksichtigung der prägenden Vergangenheitseinflüsse ist kein Verhalten bis ans Lebensende schicksalhaft "festzementiert", sondern es gibt - innerhalb gewisser Grenzen - Entwicklungs- und Korrekturmöglichkeiten. Implizit liegt diesem Gedanken die Annahme zugrunde, daß sich menschliche Entwicklung als **lebenslanger** Prozeß verstehen läßt, der nicht nach der frühen Kindheit (oder etwa mit "Volljährigkeit") beendet ist.

8. Hohe Affinität zur empirischen Grundlagenforschung

Nachdem bereits oben (siehe Punkt 6) auf die Erweiterung des lerntheoretischen Fundaments von Verhaltenstherapie durch Erkenntnisse der Allgemeinen, Kognitiven und Sozialpsychologie etc. hingewiesen wurde, soll nachstehend anhand einiger Beispiele die enge Verbindung der Verhaltenstherapie zu Inhalten der empirisch-psychologischen Grundlagenforschung illustriert werden. Welche **Art** von Grundlagenforschung sich für eine verhaltenstherapeutische Anwendung besonders eignet bzw. wie man sich eine solche Verbindung von Theorie und Praxis vorstellen kann, wird weiter unten (Punkt 9) konkretisiert.

Einige Beispiele für die hohe Affinität der Verhaltenstherapie zu Inhalten der psychologischen Grundlagenforschung:

- Die Entwicklung im Bereich der **Persönlichkeitspsychologie** (Person x Situations-Interaktionismus; z.B. Mischel, 1973, 1977, 1979; Magnusson & Endler, 1977; zusammenfassend siehe auch Lantermann, 1980; u.a.) hat in Verbindung mit der Kritik an der klassischen klinischen Diagnostik (vgl. z.B. Kanfer & Saslow, 1969; Goldfried & Kent, 1972; Pawlik, 1976; u.a.) sowie am medizinischen Krankheitsmodell (vgl. z.B. Keupp, 1972a, 1972b, 1974, 1979; Trojan, 1978; u.a.) zu einer eigenständigen verhaltenstherapeutischen Diagnostik geführt (siehe unten Punkt 11).

- Auf dem Gebiet der **Sozialpsychologie** haben z.B. die Forschungsarbeiten zur kausalen Attribution den Blick darauf gerichtet, wie wichtig es ist, daß sich die Person bei ihren eigeninitiierten Änderungen tatsächlich als die Instanz wahrnimmt, die für die Änderung verantwortlich ist. Nur in diesem Fall wird die Person ihre Änderungsversuche auch eigenständig (z.B. nach Therapieende) weiter realisieren. Somit geht es in der Therapie darum, möglichst viele Situationen herzustellen, in denen der Klient erfolgreiche eigene Lösungsversuche machen kann und den Erfolg dieser Änderungen auf sich selbst (und nicht auf Zufall, Medikamente oder den "guten" Therapeuten) attribuieren kann.

- Im Bereich der **Psychophysiologie** hat sich gezeigt, daß die dortige Grundlagenforschung z.B. zu Erkenntnissen über die Funktionsabläufe von therapeutischen Entspannungsverfahren beitragen konnte, so daß Aussagen darüber möglich sind, ob bestimmte propagierte Vorgehensweisen tatsächlich die postulierten körperlichen Prozesse bewirken. Leider haben solche Forschungsergebnisse nicht immer zu einer Revision bzw. einer substantiellen Veränderung von Entspannungsmethoden geführt: So ist mittlerweile bekannt (vgl. Vaitl, 1978), daß das "Autogene Training" (AT) nicht mehr unbedingt in der von Schultz (1932) vorgeschlagenen Originalversion durchgeführt werden muß, weil sich physiologische Effekte nur bei der Schwere-, Wärme- und Atemübung einstellen, während bei den Übungen "Sonnengeflecht" und "Stirnkühle" keine solchen Wirkungen nachweisbar waren. Trotzdem erscheint das Standardwerk von Schultz seit der Originalausgabe im Jahre 1932 bis heute in der mindestens 17. **unveränderten** Auflage (1982). Vaitl weist außerdem auf die Bedeutsamkeit des Erlernens der Entspannungs**reaktion** hin, welche durchaus auf verschiedenen Wegen erreicht werden kann (z.B. über Autogenes Training, Progressive Relaxation, Meditation, Biofeedback). Hier kann eine Intensivierung der interdisziplinären Forschung im Bereich Physiologie, Psychosomatik und Verhaltenstherapie möglicherweise Hinweise auf eine **differentielle** Indikation bzw. Kontraindikation bestimmter Methoden bei bestimmten Klienten mit bestimmten Störungen geben. Zudem ist über eine Effektüberprüfung möglich, (nicht nur) Entspannungstechniken von überflüssigem mystischen Ballast zu befreien, so daß letztlich nur solche Verfahren in solchen Adaptationen zur Anwendung gelangen, die nachweislich bestimmte Zwecke erfüllen.

- Aus der **Entwicklungspsychologie** werden Erkenntnisse spätestens dann relevant, wenn es der Therapeut mit Kindern und Jugendlichen zu tun hat, bei denen bestimmte Fähigkeiten (wie z.B. Belohnungsaufschub, Rollenübernahme, Selbstbeobachtung, Setzung langfristiger eigener Ziele etc.) noch nicht hinreichend ausgebildet sind. Aus diesem Grunde sind Therapieansätze aus dem Erwachsenenbereich nicht oder nur stark eingeschränkt übertragbar. Harter (1982) hat sich z.B. intensiv mit der Entwicklung solcher Basisfertigkeiten beschäftigt, die notwendig sind, wenn man mit Kindern und Jugendlichen in Richtung Selbstkontrolle arbeiten möchte.

- Auf Theorien aus den Bereichen **Handlungstheorie, Problemlösen** und **Informationsverarbeitung**, welche für die Klinische Psychologie hohe Bedeutung besitzen, wurde zum Teil schon oben (vgl. Punkt 2) hingewiesen.

Während **handlungstheoretische Ansätze** besonders in ihren bereits auf die Therapie übertragenen Versionen (z.B. Semmer & Frese, 1979; Kleiber, 1981; van Quekelberghe & van Eickels, 1982; u.a.) wichtige Hinweise zur Optimierung der Therapie im Sinne einer "zielgerichteten Aktivität" geben können, lassen sich ähnlich hilfreiche Gestaltungsvorschläge aus den damit verwandten kognitiv-psychologischen Ansätzen zum **Problemlösen** ableiten, besonders wenn sich diese bereits mit Mehrfachhandeln bzw. dynamischen Problemlösungssituationen beschäftigen (vgl. z.B. Dörner et al., 1983; Kanfer & Busemeyer, 1982; Fuhrer, 1984; u.a.). Für den Bereich der **Informationsverarbeitung** können auf einer Makro-Ebene Anleihen bei Ansätzen genommen werden, die z.B. in Form einer kybernetischen Kontrolltheorie Aussagen über Informationsverarbeitung und menschliches Verhalten treffen (z.B. Carver & Scheier, 1981); Kanfer (1983) leitet auf einer Mikro-Ebene aus diversen Informationsverarbeitungsansätzen Implikationen für die Verfeinerung von Interview-Techniken ab.

Die eben angeführten Beispiele mögen genügen, um die enge Verflechtung der verhaltenstherapeutischen Praxis mit der Entwicklung der psychologischen Grundlagenforschung zu illustrieren. Entsprechend den Minimalkriterien von Perrez (1982) für legitime Psychotherapie ist zu fordern, daß Vereinbarkeit mit dem rationalen Corpus der Psychologie gegeben ist - oder umgekehrt formuliert: daß verantwortungsvolle (verhaltens-)therapeutische Praxis keinesfalls in schroffem Gegensatz zu zentralen Erkenntnissen der aktuellen Psychologie stehen darf.

Da es angesichts der begrenzten Zeit des durchschnittlichen Praktikers und angesichts der immensen Fülle an potentiell zu verarbeitenden Grundlageninformationen unmöglich ist, im Alleingang noch den Überblick zu behalten, erscheint es unabdingbar, in ständiger Kommunikation mit Kollegen aus Forschung und Praxis zu bleiben, wozu auch Supervision, Fortbildung, eigenständiges Literaturstudium, Gebrauch von psychologischen Informationsdiensten etc. gehören. Zusätzlich zum Aufbau von Kommunikationsnetzen zum Zweck der Wissensaktualisierung ist natürlich auch der Erwerb von Verhaltenskompetenzen notwendig, um die aktuellen Kenntnisse optimal in die Praxis umsetzen zu können.

9. Hohe Affinität zur "wissenschaftlichen" Vorgehensweise

Die Verhaltenstherapie betonte seit jeher die Nähe zur wissenschaftlichen Methode, jedoch kann an dieser Stelle aus Raumgründen nur ungenügend auf manche wissenschaftstheore-

tischen Schwierigkeiten dieser Forderung eingegangen werden. Das Postulat der "Wissenschaftlichkeit" des Vorgehens ist von der Entwicklungsgeschichte der VT her verständlich und hat ihre Wurzeln im Behaviorismus (z.B. Watson, 1913), den man sich allerdings in **zwei** zum Teil stark unterschiedlichen Varianten vorstellen muß:

(a) Metaphysischer Behaviorismus,
(b) Methodologischer Behaviorismus.

In Anlehnung an Mahoney (1977, S. 20ff.) bzw. Reinecker (1978, S. 60ff.) zeichnen sich diese beiden Positionen durch folgende Merkmale aus:

Der (a) **metaphysische Behaviorismus** (auch **radikaler** Behaviorismus genannt) postuliert z.B. die Ablehnung geistiger Prozesse bzw. das Vorkommen einer "Seele" oder ähnlicher "psychischer Zustände". Menschliches Verhalten wird auf Muskelbewegungen und Drüsensekretionen reduziert, außerdem wird es fast ausschließlich von Umwelteinflüssen determiniert. Bewußtseinsprozesse oder kognitive Phänomene stehen außerhalb des Gegenstandsbereiches einer Wissenschaft von menschlichem Verhalten.

Der (b) **methodologische Behaviorismus** zeichnet sich demgegenüber durch eine **Reihe von Regeln** aus, die für die Erforschung menschlichen Verhaltens gelten sollen, wobei das menschliche **Verhalten** (auf allen Verhaltens**ebenen**, vgl. oben Punkt 1) im Mittelpunkt steht: "Vereinfacht würde der m.B. folgende These vertreten: Menschliches Verhalten ist der einzige Weg, Informationen über den Menschen und Erkenntnisse über das Funktionieren des menschlichen Organismus in all seinen Aspekten zu gewinnen. Inhaltlich bedeutet dies eine Verpflichtung gegenüber operationalen Methoden, experimentellen Vorgangsweisen, gegenüber dem logischen Positivismus und Falsifikationismus, der strengen linguistischen Analyse und dem Pragmatismus" (Reinecker, 1978, S. 62).

Im Detail nimmt der **methodologische Behaviorismus** folgende Position ein:

(1) Annahme des makroskopischen Determinismus (zwischen bestimmten Ereignissen oder Ereignisklassen bestehen systematische = gesetzmäßige Beziehungen).
(2) Betonung von Beobachtbarkeit und Datennähe (unbeobachtbare = erschlossene Phänomene müssen mit beobachtbaren Daten in eindeutigen Zusammenhängen stehen).
(3) Pragmatische Annahme des Operationalismus (abhängige und unabhängige Variablen werden durch ihre Meßoperationen spezifiziert; theoretische Begriffe erhalten ein eindeutiges beobachtbares Korrelat).

(4) Betonung von Überprüfbarkeit der Hypothesen und theoretischen Annahmen (Ermöglichung genauer Angaben darüber, in welchem Zusammenhang die Hypothesen und theoretischen Annahmen mit den Daten stehen).

(5) Betonung des kontrollierten Experimentierens als Mittel zur Sammlung und Verfeinerung von Wissen über Verhalten (Wissenserweiterung nicht durch Spekulation).

(6) Bedeutsamkeit der unabhängigen Replikation und Generalisierbarkeit von Ergebnissen.

Vielfach wird die Verhaltenstherapie immer noch mit der Position des metaphysischen Behaviorismus in Verbindung gebracht und irrtümlicherweise mit Vorurteilen konfrontiert, die längst überholt sind. Aktuelle verhaltenstherapeutische Ansätze besitzen demgegenüber eine hohe Affinität zum oben dargestellten methodologischen Behaviorismus, allerdings in einer etwas abgemilderten Spielart:

Die Aufweichung der strengen Forderungen des methodologischen Behaviorismus dürfte in erster Linie mit zwei Faktoren zusammenhängen. (a) Die obigen 6 Gesichtspunkte lassen sich unter dem Aspekt der aktuellen Wissenschaftstheorie stark kritisieren (z.B. das Postulat der strengen Falsifizierbarkeit oder die Annahme einer strengen Trennung von Daten und Theorie etc.; vgl. Mahoney, 1977, S. 28f.; Reinecker, 1978, S. 63ff.). (b) Die besondere Situation in der Praxis mit sehr komplexen Einflußfaktoren, die nicht im Einzelfall - wie im strengen Experiment - kontrolliert werden können, macht es notwendig, die ideal geforderten Richtlinien mit den realen praktischen Möglichkeiten in Einklang zu bringen. Dies kann am ehesten mit Vorgehensweisen erreicht werden, die sich der Position der "kontrollierten Praxis" (vgl. Westmeyer, 1977; Petermann, 1982) verpflichtet fühlen.

Trotz dieser Kritikpunkte wäre es voreilig, den methodologischen Behaviorismus völlig abzulehnen. Trotz dieser Mängel, über die im praktischen Einzelfall wohl jeweils pragmatisch anhand der empirischen Nützlichkeit entschieden werden muß, können die obigen 6 Richtlinien wohl als "idealisierte" Basisempfehlungen für das methodische Vorgehen im verhaltenstherapeutischen Prozeß weitergelten.

Neben der Nähe zum (moderaten) methodologischen Behaviorismus zeichnet sich die Verhaltenstherapie durch einen dezidierten Standpunkt zum **Theorie-Praxis-Verhältnis** aus: Seit aus wissenschaftstheoretischen Gründen klar ist, daß in der Praxis die strikte Anwendung einer Theorie nicht möglich ist (vgl. die Beiträge im Sammelband von Gottwald & Kraiker, 1976), hat sich eine bescheidenere Sichtweise durchgesetzt, wonach aus Theorien allenfalls nützliche

Heurismen abgeleitet werden können, die in der Praxissituation auf ihre Bewährung hin überprüft werden müssen (vgl. Westmeyer, 1977; Herrmann, 1979; u.a.).

Somit überwiegen bei der Beurteilung von Theoriebeständen die **pragmatischen** Aspekte: Theorien sind in diesem Zusammenhang nicht mehr als strikte Realitätsabbildungen zu verstehen, sondern werden danach beurteilt, ob mit ihrer Hilfe bestimmte Zwecke erreicht werden können. Sie sind also lediglich **Orientierungshilfen** für die Praxis, indem aus den Theorien konkrete Hypothesen abgeleitet werden, die man zunächst hypothetisch/vorläufig auf die Praxissituation überträgt, wo sie danach beurteilt werden, ob sie tatsächlich zur projektierten Zielerreichung beitragen.*)

Entsprechend diesem Verständnis fragt der Verhaltenstherapeut in der Praxis nicht, ob es z.B. das "klassische Konditionieren" im menschlichen Bereich "gibt", sondern verhält sich nach der Maxime: "Wir tun probeweise so, **als ob** die Realität nach diesem Prinzip funktioniert" und setzt im Bedarfsfall z.B. Maßnahmen ein, die man als "Extinktion"/"Gegenkonditionierung" etc. interpretieren könnte. Ähnlich wie eine Landkarte nicht mit der "Welt" oder "Realität" gleichzusetzen ist, aber behilflich sein kann, sich in dieser Welt zurechtzufinden, bietet ein solches Theorieverständnis für die Praxis **Orientierungshilfen** und **Handlungsanleitungen**. Wittgenstein hat den pragmatischen Charakter dieses Umgangs mit theoretischen "Sätzen" prägnant in seinem "Leiterbeispiel" ausgedrückt: "Meine Sätze erläutern dadurch, daß sie der, welcher mich versteht, am Ende als unsinnig erkennt, wenn er durch sie - auf ihnen - über sie hinausgestiegen ist. (Er muß sozusagen die Leiter wegwerfen, nachdem er auf ihr hinaufgestiegen ist). Er muß diese Sätze überwinden, dann sieht er die Welt richtig." (Wittgenstein, 1921, 6.54; zit. nach Ausgabe 1980, S. 115).

Die verhaltenstherapeutische Praxis wird vor allem von solchen theoretischen Ansätzen Anleihen machen können, die sich bereits in der Forschung an den in diesem Abschnitt dargestellten methodischen Gesichtspunkten orientieren. Letztlich ist für eine wissenschaftslogische Programmatik der Verhaltenstherapie wichtig, entsprechende Weiterentwicklungen der Wissenschaftstheorie, Wissenschaftsmethodik und Grundlagenforschung mitzuvollziehen. Somit sind auch die in diesem Text vorgestellten 12 Kernannahmen einem "progressiven

---

*) Ein Rückschluß von der in der Praxis "erfolgreichen" Anwendung eines theoretischen Prinzips auf die "Wahrheit" oder "Richtigkeit" der Theorie ist jedoch nicht möglich (vgl. Westmeyer, 1977).

Revisionismus" unterworfen und bei neuen Informationen/Entwicklungen änderungsbedürftig.

10. Verpflichtung zu Erfolgsüberprüfung und Evaluation

Die Verhaltenstherapie nimmt für sich in Anspruch, beim Einsatz von Techniken in erster Linie solche Interventionen auszuwählen, deren Effektivität nicht nur auf dem Papier behauptet wird, sondern empirisch nachgewiesen ist. Dies bedeutet, bereits im **Vorfeld** der Praxis Therapieforschung zu betreiben bzw. sich als Praktiker mit den Ergebnissen der aktuellen Therapieforschung vertraut zu machen. Hierbei geht es in erster Linie um die Berücksichtigung der Erfolge bzw. Mißerfolge bestimmter Verfahren bei bestimmten Störungsbildern bei bestimmten Klienten (vgl. die klassische Frage von Kiesler, 1966: "Welche Behandlung, durch welche Art von Therapeuten ist am effektivsten für diese Person mit diesem Problem zur Erreichung dieses therapeutischen Zieles?")

Andererseits kann man im therapeutischen Einzelfall nicht blind mit dem Funktionieren solcher "bewährter" Techniken rechnen, weshalb jede individuelle Therapie umfassend und kontinuierlich auf ihre Wirkungen bzw. Erfolg hin überprüft werden muß. In diesem Sinne wird jede Therapie als kontrollierte Einzelfallstudie verstanden (vgl. Shapiro, 1951; Yates, 1970; u.a.).

Aufbauend auf wissenschaftstheoretische Überlegungen Westmeyers (1977) hat Petermann (z.B. 1982) das Konzept der "kontrollierten Praxis" expliziert, welches wichtige Gesichtspunkte für die praxisnahe Evaluation des therapeutischen Einzelfalls bereithält. In der nachstehenden Tabelle sind die 7 wichtigsten Kriterien zusammengefaßt:

Anforderungen und Kriterien der Kontrollierten Praxis

(1) Dokumentation von Alltagsrealität
(2) Explizite Erfassung der subjektiv bedeutsamen Beschwerden
(3) Einzelfallbezogene Prüfbarkeit der Beschwerden
(4) Minimale zusätzliche Belastung des Patienten durch die Datengewinnung
(5) Datengewinnung und Behandlung dürfen sich nicht negativ beeinflussen
(6) Unmittelbare Umsetzbarkeit der erhobenen Informationen, d.h. die Schritte der Datensammlung und -verwertung sind eng aufeinanderbezogen
(7) Statistische Analysen müssen ohne größeren Aufwand durchführbar sein

(Quelle: PETERMANN, 1982, S.46)

Carver, C. S. & M. F. Scheier: Attention and Self-Regulation: A Control-Theory Approach to Human Behavior. New York, Springer, 1981.

Caspar, F. M. & K. Grawe: Widerstand in der Verhaltenstherapie. In: Petzold, H. (Hrsg.): Widerstand. Ein strittiges Konzept in der Psychotherapie. Paderborn, Junfermann, 1981, 349-384.

Ciminero, A. R., K. S. Calhoun & H. E. Adams: Handbook of Behavioral Assessment. New York, Wiley, 1977.

Cone, J. D. & R. P. Hawkins: Behavioral Assessment. New Directions in Clinical Psychology. New York, Brunner/Mazel, 1977.

Dewey, J.: How we think. Boston, Heath, 1910.

Dörner, D.: Problemlösen als Informationsverarbeitung. Stuttgart, Kohlhammer, 1976.

Dörner, D., H. W. Kreuzig, F. Reither & T. Stäudel (Hrsg.): Lohhausen: Vom Umgang mit Unbestimmtheit und Komplexität. Bern, Huber, 1983.

D'Zurilla, T. J. & M. R. Goldfried: Problem solving and behavior modification. Journal of Abnormal Psychology, 1971, 78, 107-126.

Esser, P.: Erlebnisaktivierung in der Psychotherapie. In: Bommert, H. & H. D. Dahlhoff (Hrsg.): Das Selbsterleben in der Psychotherapie. München, Urban & Schwarzenberg, 1978, 131-187.

Fiedler, P. A.: Psychotherapieziel: Selbstbehandlung. In: Fiedler, P. A. (Hrsg.): Psychotherapieziel Selbstbehandlung. Weinheim, Edition Psychologie, 1981, 25-76.

Franks, C. M. & G. T. Wilson: Jahresüberblick der Verhaltenstherapie 1978. Entwicklungen in Theorie, Forschung und Praxis. Sonderheft III/1979 der Mitteilungen der DGVT. Tübingen, 1979.

Fricke, R.: Kriteriumsorientierte Leistungsmessung. Stuttgart, Kohlhammer, 1974.

Fuhrer, U.: Mehrfachhandeln in dynamischen Umfeldern. Göttingen, Hogrefe, 1984.

Goldfried, M. R. & R. N. Kent: Traditional vs. behavioral personality assessement: A comparison of methodological and theoretical assumptions. Psychological Bulletin, 1972, 77, 409-420 (deutsch in: Schulte, D. (Hrsg.): Diagnostik in der Verhaltenstherapie, München, Urban & Schwarzenberg, 1976, 3-23).

Gottwald, P. & C. Kraiker (Hrsg.): Zum Verhältnis von Theorie und Praxis in der Psychologie. Sonderheft I/1976 der Mitteilungen der DGVT, Tübingen, 1976.

Grawe, K.: Die diagnostisch-therapeutische Funktion der Gruppeninteraktion. In: Grawe, K. (Hrsg.): Verhaltenstherapie in Gruppen. München, Urban & Schwarzenberg, 1980, 88-223.

Grawe, K. & F. M. Caspar: Die Plananalyse als Konzept und Instrument für die Psychotherapieforschung. In: Baumann, U. (Hrsg.): Psychotherapie: Makro-/Mikroperspektive. Göttingen, Hogrefe, 1984, 177-197.

Grawe, K. & H. Dziewas: Interaktionelle Verhaltenstherapie. In: Sonderheft 1/1978 der DGVT, Tübingen, 1978, 27-49.

Grawe, K., H. Dziewas & S. Wedel: Interaktionelle Problemlösungsgruppen: Ein verhaltenstherapeutisches Gruppenkonzept. In: Grawe, K. (Hrsg.): Verhaltenstherapie in Gruppen. München, Urban & Schwarzenberg, 1980, 266-306.

Greenberg, L. S.: Resolving splits: use of the two chair technique. Psychotherapy: Theory, Research & Practice. 1979, 16, 316-324.

Greenberg, L. S. & M. C. Webster: Resolving decisional conflict by gestalt two-chair dialogue: relating process to outcome. Journal of Counseling Psychology, 1982, 29, 468-477.

Groeben, N. & B. Scheele: Argumente für eine Psychologie des reflexiven Subjekts. Darmstadt, Steinkopff, 1977.

Harter, S.: A developmental perspective on some parameters of self-regulation in children. In: Karoly, P. & F. H. Kanfer (Eds.): Self-Management and Behavior Change. New York, Pergamon, 1982, 165-204.

Herrmann, T.: Die Psychologie und ihre Forschungsprogramme. Göttingen, Hogrefe, 1976.

Herrmann, T.: Psychologie als Problem. Stuttgart, Klett-Cotta, 1979.

Hersen, M. & A. S. Bellack (Eds.): Behavioral Assessment - a practical handbook. New York, Pergamon, 1981.

Hoffmann, N.: Einführung in den Problembereich. In: Westmeyer, H. & N. Hoffmann (Hrsg.): Verhaltenstherapie. Grundlegende Texte. Hamburg, Hoffmann & Campe, 1977.

Holzkamp, K.: Zum Problem der Relevanz psychologischer Forschung für die Praxis. Psychologische Rundschau, 1970, 21, 1-22.

Janis, I. L. & L. Mann: Decision Making. New York, Free Press of Glencoe, 1977.

Kämmerer, A.: Die therapeutische Strategie Problemlösen. Münster, Aschendorff, 1983.

Kaminski, G.: Verhaltenstheorie und Verhaltensmodifikation. Stuttgart, Klett, 1970.

Kaminski, G.: Überlegungen zur Funktion von Handlungstheorien in der Psychologie. In: Lenk, H. (Hrsg.): Handlungstheorien interdisziplinär, Band 3, 1. Halbband. München, Fink, 1981, 93-121.

Kanfer, F. H.: Selbstregulierung und Selbstkontrolle. In: Zeier, H. (Hrsg.): Lernen und Verhalten. Band 2: Verhaltensmodifikation. Weinheim, Beltz, 1984, 171-205. (Erstausgabe: Kindlers "Psychologie des 20. Jahrhunderts", Band IV: Pawlow und die Folgen, Zürich, 1977).

Kanfer, F. H.: The relevance of information-processing models for clinical interviews. Mimeographed paper, Champaign (IL), University of Illinois, 1983 (dt. Übersetzung in: Verhaltensmodifikation, 1985, 6(1).

Kanfer, F. H.: Self-management methods. In: Kanfer, F. H. & A. P. Goldstein (Eds.): Helping people change. New York, Pergamon, 1980².

Kanfer, F. H. & J. R. Busemeyer: The use of problem solving and decision making in behavior therapy. Clinical Psychology Review, 1982, 2, 239-266.

Kanfer, F. H. & L. G. Grimm: Managing clinical change: a process model of therapy. Behavior Modification, 1980, 4, 419-444.

Kanfer, F. H. & J. S. Phillips: Lerntheoretische Grundlagen der Verhaltenstherapie. München, Kindler, 1975 (am. Originalausgabe: Learning foundations of behavior therapy, New York, Wiley, 1970).

Kanfer, F. H. & G. Saslow: Behavioral diagnosis. In: Franks, C. M. (Eds.): Behavior Therapy: Appraisal and Status. New York, McGraw-Hill, 1969, 417-444 (deutsch in: Schulte, D. (Hrsg.): Diagnostik in der Verhaltenstherapie. München, Urban & Schwarzenberg, 1976, 24-59.

Karoly, P. & F. H. Kanfer (Eds.): Self-management and behavior change: from theory to practice. New York, 1982.

Keefe, F. J., S. A. Kopel & S. B. Gordon: A practical guide to behavioral assessment. New York, Springer, 1978.

Kendall, P. C. & S. D. Hollon (Eds.): Assessment strategies for cognitive behavioral interventions. New York, Academic Press, 1981.

Keupp, H.: Psychische Störungen als abweichendes Verhalten. München, Urban & Schwarzenberg, 1972(a).

Keupp, H. (Hrsg.): Der Krankheitsmythos in der Psychopathologie. München, Urban & Schwarzenberg, 1972(b).

Keupp, H.: Modellvorstellungen von Verhaltensstörungen: Medizinisches Modell und mögliche Alternativen. In: Kraiker, C. (Hrsg.): Handbuch der Verhaltenstherapie. München, Kindler, 1974, 117-148.

Keupp, H. (Hrsg.): Normalität und Abweichung. München, Urban & Schwarzenberg, 1979.

Keupp, H. & C. Kraiker: Die Kontroverse zwischen Verhaltenstherapie und Psychoanalyse. In: Zeier, H. (Hrsg.): Lernen und Verhalten. Band 2: Verhaltensmodifikation. Weinheim, Beltz, 1984, 44-90. (Erstausgabe: Kindlers "Psychologie des 20. Jahrhunderts", Band IV: Pawlow und die Folgen, Zürich, 1977).

Kiesler, D. J.: Some myths of psychotherapy research and the search for a paradigm. Psychological Bulletin, 1966, 65, 110-136.

Klauer, K. J.: Kriteriumsorientierte Tests. In: Bredenkamp, J. & H. Feger (Hrsg.): Allgemeine psychologische Methodenlehre. Handbuch der Psychologie, Band 13(1): Beobachten und Messen. Göttingen, Hogrefe, 1982.

Kleiber, D. (Hrsg.): Handlungstheorie in der Anwendung: Beiträge aus dem Bereich der klinischen und pädagogischen Psychologie. Sonderheft IV/1981 der Mitteilungen der DGVT, Tübingen, 1981.

Kluwe, R.: Wissen und Denken. Stuttgart, Kohlhammer, 1979.

Krasner, L.: Behavior therapy: on roots, contexts, and growth. In: Wilson, G. T. & C. M. Franks (Eds.): Contemporary behavior therapy. New York, Guilford Press, 1982, 11-61.

Lantermann, E. D.: Interaktionen. Person, Situation und Handlung. München, Urban & Schwarzenberg, 1980.

Lutz, R.: Das verhaltensdiagnostische Interview. Stuttgart, Kohlhammer-Urban, Bd. 262, 1978.

Lutz, R. & H. J. Windheuser: Therapiebegleitende Diagnostik. In: Schulte, D. (Hrsg.): Diagnostik in der Verhaltenstherapie. München, Urban & Schwarzenberg, 1976, 196-218.

Magnusson, D. & N. S. Endler (Eds.): Personality at the crossroads: current issues in interactional psychology. Hillsdale (N.J.), Lawrence Erlbaum, 1977.

Mahoney, M. J.: Cognition and behavior modification. Cambridge (Mass.), Ballinger, 1974 (dt. Ausgabe: "Kognitive Verhaltenstherapie", München, Pfeiffer, 1977).

Miller, G. A., E. Galanter & K. H. Pribram: Plans and the structure of behavior. New York, Holt, Rinehart & Winston, 1960 (dt. Ausgabe: "Strategien des Handelns - Pläne und Strukturen des Verhaltens", Stuttgart, Klett, 1973).

Mischel, W.: Toward a cognitive social learning reconceptualization of personality. Psychological Review, 1973, 80, 252-283.

Mischel, W.: On the future of personality measurement. American Psychologist, 1977, 32, 246-254.

Mischel, W.: On the interface of cognition and personality: beyond the person-situation debate. American Psychologist, 1979, 34, 740-754.

Newell, A., J. C. Shaw & H. A. Simon: Elements of a theory of human problem solving. Psychological Review, 1958, 65, 151-166.

Pawlik, K. (Hrsg.): Diagnose der Diagnostik. Stuttgart, Klett, 1976.

Perrez, M.: Was nützt die Psychotherapie? Psychologische Rundschau, 1982, 33, 121-126.

Petermann, F.: Einzelfalldiagnose und klinische Praxis. Stuttgart, Kohlhammer, 1982.

Quekelberghe, R. van: Systematik der Psychotherapie. München, Urban & Schwarzenberg, 1979.

Quekelberghe, R. van & N. Eickels van (Hrsg.): Handlungstheorien, Tätigkeitstheorie und Psychotherapie. Forum für Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis 2, Tübingen, DGVT, 1982.

Reinecker, H.: Selbstkontrolle. Verhaltenstheoretische und kognitive Grundlagen, Techniken und Therapiemethoden. Salzburg, Otto Müller, 1978.

Revenstorf, D.: Kognition und Affekt in der Verhaltenstherapie. In: Brengelmann, J. C. (Hrsg.): Entwicklungen der Verhaltenstherapie in der Praxis (IFT-Texte 11). München, Röttger, 1983, 183-202.

Schermer, F. J. & D. Schmelzer: Verhaltenstherapie in ambulanten Beratungsstellen: Ein Problemlösungsmodell als Orientierungsrahmen für die Praxis. Verhaltensmodifikation, 1982, 3, 2-23.

Schmelzer, D.: Problem- und zielorientierte Therapie: Ansätze zur Klärung der Ziele und Werte von Klienten. Verhaltensmodifikation, 1983, 4, 130-156.

Schulte, D. (Hrsg.): Diagnostik in der Verhaltenstherapie. München, Urban & Schwarzenberg, 1976².

Schulte, D.: Der diagnostisch-therapeutische Prozeß in der Verhaltenstherapie. In: Schulte, D. (Hrsg.): Diagnostik in der Verhaltenstherapie. München, Urban & Schwarzenberg, 1976, 60-73 (a).

Schulte, D.: Ein Schema für Diagnose und Therapieplanung in der Verhaltenstherapie. In: Schulte, D. (Hrsg.): Diagnostik in der Verhaltenstherapie. München, Urban & Schwarzenberg, 1976, 75-104 (b).

Schultz, J. H.: Das autogene Training. Stuttgart, Thieme, 1932 (1982^{17}).

Seiderer-Hartig, M.: Beziehung und Interaktion in der Verhaltenstherapie. Theorie, Praxis, Fallbeispiele. München, Pfeiffer, 1980.

Semmer, N. & M. Frese: Handlungstheoretische Implikationen für kognitive Therapie. In: Hoffmann, N. (Hrsg.): Grundlagen kognitiver Therapie. Bern, Huber, 1979, 115-153.

Shapiro, M. B. An experimental approach to diagnostic psychological testing. Journal of Development Science, 1951, 97, 748-764.

Sneed, J.: The logical structure of mathematical physics. Dordrecht, Reidel, 1971.

Stegmüller, W.: Theoriendynamik und logisches Verständnis. In: Diederich, W. (Hrsg.): Theorien der Wissenschaftsgeschichte. Beiträge zur diachronischen Wissenschaftstheorie. Frankfurt/M., Suhrkamp, 1974.

Thoresen, C. E. & T. J. Coates: What does it mean to be a behavior therapist? The Counseling Psychologist, 1978, 7, 3-21.

Trojan, A.: Psychisch krank durch Etikettierung? München, Urban & Schwarzenberg, 1978.

Urban, H. B. & D. H. Ford: Some historical and conceptual perspectives on psychotherapy and behavior change. In: Bergin, A. E. & S. L. Garfield (Eds.): Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. New York, Wiley, 1971, 3-35.

Vaitl, D.: Entspannungstechniken. In: Pongratz, L. J. (Hrsg.): Handbuch der Psychologie, Band 8, (2), Klinische Psychologie. Göttingen, Hogrefe, 1978, 2104-2143.

Watson, J. B.: Psychology as the behaviorist views it. Psychological Review, 1913, 20, 158-177.

Watzlawick, P., J. H. Weakland & R. Fisch: Lösungen. Zur Theorie und Praxis menschlichen Wandels. Bern, Hans Huber, 1979^{2}.

Westmeyer, H.: Verhaltenstherapie: Anwendung von Verhaltenstheorien oder kontrollierte Praxis? In: Westmeyer, H. & N. Hoffmann (Hrsg.): Verhaltenstherapie. Grundlegende Texte. Hamburg, Hoffmann & Campe, 1977, 187-203.

Westmeyer, H.: Zur Paradigmendiskussion in der Psychologie. In: Michaelis, W. (Hrsg.): Bericht über den 32. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Psychologie, Band 1. Göttingen, Hogrefe, 1981, 115-126.

Wilson, G. T.: On the much discussed nature of the term behavior therapy. Behavior Therapy, 1978, 9, 89-98.

Wittgenstein, L.: Tractatus logico-philosophicus. Logisch-philosophische Abhandlung. Frankfurt, Suhrkamp, 1980 (Erstausgabe: 1921).

Wolpe, J.: Praxis der Verhaltenstherapie. Bern, Hans Huber, 1972 (am. Originalausgabe: The practice of behavior therapy, New York, Pergamon, 1969).

Wolpe, J.: Behavior therapy and its malcontents. 1. Denials of its bases and psychodynamic fusionism. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 1976, 7, 1-5 (a).

Wolpe, J.: Behavior therapy and its malcontents. 2. Multimodal eclecticism, cognitive exclusivism and exposure criticism. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 1976, 7, 109-116 (b).

Zimmer, D. (Hrsg.): Die therapeutische Beziehung. Weinheim, Edition Psychologie, 1983.

Angaben zum Autor:

Dieter Schmelzer, c/o Psychologische Beratungsstelle, Giesbertsstraße 67, D-8500 Nürnberg 50; Tel. 0911-80109.

Dieter Schmelzer (Diplompsychologe, Studium in Erlangen) arbeitet das siebte Jahr an der Psychologischen Beratungsstelle für Eltern, Kinder und Jugendliche in Nürnberg-Langwasser (Träger: Caritasverband Eichstätt). Seit 1.10.1983 Leiter dieser Einrichtung.

Kontinuierliche Aus-. und Weiterbildung in Verhaltenstherapie seit 1977. Lehrauftrag für Verhaltenstherapie an der Universität Erlangen-Nürnberg.

Arbeits- und Interessenschwerpunkte: Verhaltenstherapie (besonders Selbstmanagement- und Problemlöseansätze), Prozeßmodelle von Therapie, Verhaltens- und Handlungstheorien; intuitive Psychologie des Laien.

Aktuelle Adresse: Dr. Dieter Schmelzer, Kühnertsgasse 24, 90402 Nürnberg
info@dr-schmelzer.de