

"Problem- und zielorientierte Verhaltenstherapie. Teil II: Das 'OPTIMIZE'-Prozeßmodell als Orientierungsrahmen für die Praxis" *)

von: Dieter Schmelzer

Zusammenfassung

Aufbauend auf grundlegenden Kernannahmen eines aktualisierten Verhaltenstherapie-Verständnisses (vgl. Teil I: Schmelzer, 1985) sowie auf das therapeutische Prozeßmodell von Kanfer & Grimm (1980) wird in der nachstehenden Arbeit ein rekursives Problemlösungsmodell expliziert, welches als Orientierungs- und Strukturierungshilfe für die Organisation klinisch-psychologischer Praxis dienen kann.

Dieses "OPTIMIZE"-Prozeßmodell umfaßt folgende acht Phasen:

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

Abstract

Basing on fundamental core assumptions for a present view of "behavior therapy" (see part I: Schmelzer, 1985) and on the process model for therapy by Kanfer & Grimm (1980), this article outlines a recursive problem solving model, which is aimed to assist in organizing and structuring clinical psychological practice.

*) Der Autor dankt Professor Frederick H. Kanfer, Professor Hans Reinecker, Dipl.-Psych. Michael Trips sowie den angehenden Kolleginnen und Kollegen Elke Häussler, Anja Kaiser und Wilhelm Schneider für die intensiven Diskussionen eines ersten Manuskript-Entwurfs. Ihre hilfreichen Kommentare und Kritiken wurden in der vorliegenden Version berücksichtigt.

This "OPTIMIZE" process model (in English, the acronym is slightly changed from "OPTIMIZE" to "OPTIMIST") consists of the following eight phases:

- O (1) orientation
- P (2) problem clarification and analysis
- T (3) therapy goals clarification and analysis
- I (4) intervention planning
- M (5) method selection and execution
- I (6) intervention evaluation
- S (7) success optimizing
- T (8) termination

Schlüsselwörter:

Verhaltenstherapie, Therapieprozeß, Problemlösen, Therapieplanung, Evaluation, Zielklärung

Key-words:

behavior therapy, therapy-process, problem solving, therapy planing, evaluation, goal clarification

GLIEDERUNG/INHALTSVERZEICHNIS

* Einführung	6
Zum vorläufigen Geltungsanspruch des Modells	
Die Beziehung des OPTIMIZE-Modells zu anderen Modellen	
Ein abschließendes Wort zur sprachlichen Darstellung des Modells	
* Phase 1: ORIENTIERUNGSPHASE (O)	13
(1) Schwerpunkt "Informationsaspekte"	
(a) Sichtung vorgebrachter Beschwerden ("Screening")	
(b) Klärung grundlegender Erwartungen	
(c) Suche nach therapeutischen Ansatzpunkten ("targets")	
(2) Schwerpunkt "Instrumentelle Faktoren"	
(a) Aufbau einer kooperativen Therapeut-Klient-Beziehung	
(b) Aufbau von Arbeitsorientierung	
(c) Aufbau von Therapiemotivation	

(3) Schwerpunkt "Äußere Merkmale der Therapie-situation"	
(a) Organisatorische Belange	
(b) Therapeutisches "Setting"	
Abschließende Bemerkungen zur Orientierungsphase	
* Phase 2: PROBLEMKLÄRUNG UND -ANALYSE (P)	44
(1) Schwerpunkt "Mikroanalyse"	
(2) Schwerpunkt "Makroanalyse"	
* Phase 3: THERAPIEZIELKLÄRUNG UND -ANALYSE (T)	53
(1) Schwerpunkt "Zielklärung"	
(2) Schwerpunkt "Zielanalyse"	
(3) Schwerpunkt "Zielkonsens"	
* Phase 4: INTERVENTIONSPLANUNG (I)	64
(1) Schwerpunkt "Therapeutische Speicher"	
(2) Schwerpunkt "Auswertung bisheriger Klienten-informationen"	
(3) Schwerpunkt "Interventionsanalyse"	
* Phase 5: METHODENAUSWAHL UND -DURCHFÜHRUNG	71
(M)	
(1) Schwerpunkt "Auswahl/Entscheidung"	
(2) Schwerpunkt "Durchführung"	
* Phase 6: INTERVENTIONS-EVALUATION (I)	77
(1) Schwerpunkt "Begleitende Evaluation"	
(2) Schwerpunkt "Prä/Post-Evaluation"	
* Phase 7: ZIELOPTIMIERUNG (Z)	84
(1) Schwerpunkt "Stabilisierung/Generalisierung/Transfer"	
(2) Schwerpunkt "Bearbeitung restlicher 'targets'"	
(3) Schwerpunkt "Erlernen von Selbstmanagement als Prozeß"	
* Phase 8: ENDPHASE (E)	92
(1) Schwerpunkt "Beendigung der Kontakte"	
(2) Schwerpunkt "Vorbereitung von 'follow-up'/Kam-nese"	
* Schluß	97
* Literatur	101

Therapie in der Theorie
ist ein ständiges Streben nach Idealen.

Therapie in der Praxis
ist die Kunst, unter gegebenen Umständen
Machbares zu ermöglichen -
und dies in jedem Einzelfall neu.

EINFÜHRUNG

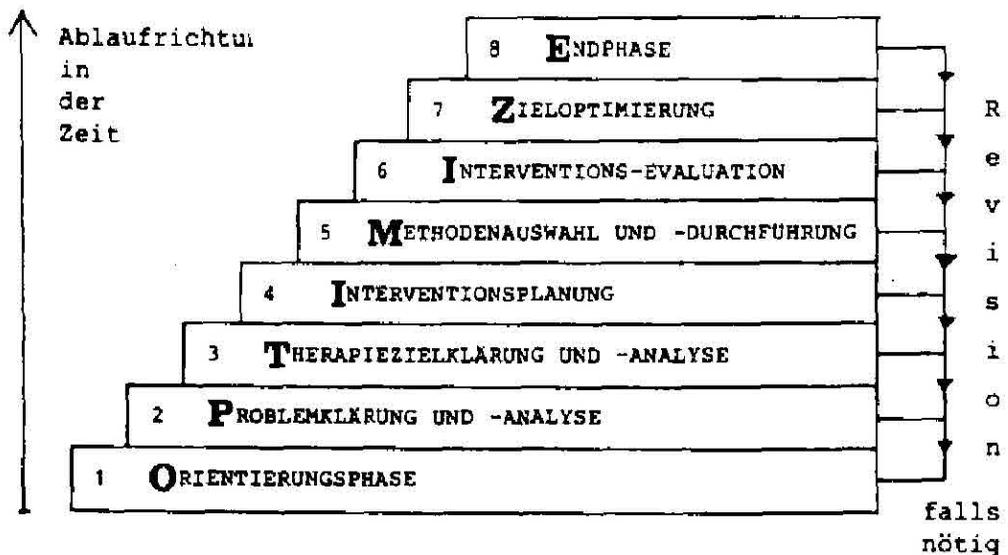
Der diagnostisch-therapeutische Prozeß ist ein äußerst vielschichtiges und dynamisches Geschehen. Vor allem therapeutische Neulinge (aber manchmal auch "erfahrene" Praktiker) sind beeindruckt von der Fülle und der ständigen Fluktuation der ablaufenden Ereignisse. Die große emotionale Belastung der Klienten, institutionelle Zwänge, Zeitdruck bei hoher quantitativer Fallbeanspruchung etc. sind weitere typische Kennzeichen der Situation in der Praxis (vgl. z.B. Breuer, 1979) und gleichzeitig zusätzliche Faktoren, die dem Therapeuten adäquates flexibles Handeln erschweren können.

Um zu verhindern, daß die Komplexität und Variabilität der Therapiesituation die Grenzen der Informationsverarbeitungskapazität des Therapeuten übersteigen, ist es notwendig, aus dem Fluß der Geschehnisse bestimmte "Einheiten" auszugrenzen, "Muster" bzw. "Strukturen" zu bilden und den diagnostisch-therapeutischen Prozeß kognitiv so zu organisieren, daß die Bewältigung der betreffenden Aufgaben hinreichend möglich bleibt.

Wie wir Einheiten aus unserem eigenen Wahrnehmungsfeld oder aus dem "Bewußtseins- und Verhaltensstrom" unserer Klienten ausgrenzen, entbehrt nie einer gewissen Willkür: In erster Linie legen unsere theoretischen Vorannahmen die Richtung und die Inhalte unserer Wahrnehmung fest und bilden damit den grundlegenden Rahmen für die Auswahl relevanter Parameter. Normalerweise existieren viele Perspektiven, um einen potentiellen Gegenstandsbereich adäquat zu betrachten (und genaugenommen werden die betreffenden Phänomene durch die spezielle Betrachtungsweise erst konstruiert) - und so ist auch die hier zugrundeliegende Sichtweise nur eine von mehreren legitimen Möglichkeiten. Sie wurde als "Problem- und zielorientierte Verhaltenstherapie" bezeichnet und in ihren Grundzügen an anderer Stelle (Schmelzer, 1985, Teil I) dargelegt.

Trotz des prinzipiellen Pluralismus der Anschauungen ist zu berücksichtigen, daß spätestens dann, wenn theoretische Ansätze im Hinblick auf ihre heuristische Verwendbarkeit zum Erreichen konkreter Ziele verglichen werden, sich **unterschiedliche Effektivitätsbeurteilungen** ergeben. Für den Bereich der Klinischen Psychologie bedeutet dies, daß nicht **alle Organisationsmodelle gleichermaßen** geeignet sind, beim Bearbeiten der entsprechenden Fragestellungen behilflich zu sein. Die nachfolgenden Überlegungen lehnen sich deshalb vor allem an solche Ansätze an, deren Nützlichkeit für diesen Zweck im klinischen Bereich bereits bekannt ist (z.B. kognitiv-verhaltenstherapeutische Problemlösungsmodelle, handlungstheoretisch orientierte Konzeptionen, Selbstmanagementansätze etc., vgl. Teil I, S.109).

Auf der konzeptuellen Basis der in Teil I explizierten 12 Kernannahmen und aufbauend auf das therapeutische Prozeßmodell von Kanfer & Grimm (1980) versucht der vorliegende Beitrag, ein rekursives Strukturierungs- und Organisationsmodell für die diagnostisch-therapeutische Praxis vorzustellen, welches acht aufeinanderfolgende Phasen umfaßt und (dem Akronym zufolge) als **"OPTIMIZE"-Prozeßmodell** bezeichnet werden kann:



Die nachfolgenden Erläuterungen dienen der näheren Charakterisierung des Modells:

(1) Es ist ein **Problemlösungsmodell**, das sich an der Grundstruktur bzw. der grundlegenden Abfolge von Problemlösungsschritten

orientiert, wie sie aus der Kognitiven Psychologie bekannt und mittlerweile auch im Bereich der Klinischen Psychologie üblich sind (vgl. Teil I, S.112ff.). Das Problemlösungsparadigma dient hier als grundlegendes Rationales (=Meta-Modell) für den diagnostisch-therapeutischen Prozeß, wobei in Abhängigkeit vom klinischen Anwendungsfeld inhaltlich **veränderte Schwerpunktsetzungen** vorgenommen wurden (s.u.).

(2) Es ist ein **heuristisches Rahmenmodell**, dessen Hauptzweck der **Orientierung** dient (keinesfalls aber einer irgendwie gearteten Realitätsabbildung). Es ist als **Vorschlag** zu Arbeitshilfe und Handlungsanweisung gedacht und soll dem Therapeuten kognitive Hilfsmittel an die Hand geben, um das Therapiegeschehen hinreichend strukturieren und sich in der Komplexität der klinischen Situation adäquat zurechtfinden zu können.

(3) Es ist ein **Prozeßmodell**, weil es sich mehr mit den **prinzipiellen Abläufen** ("Prozessen") und weniger mit den konkreten Inhalten beschäftigt: Über die Frage nach dem "Wie" (z.B. "Wie gehe ich in solchen Situationen **prinzipiell** vor?") versucht es Anhaltspunkte für die Beantwortung konkreter Fragen nach dem individuell-inhaltlichen "Was" (z.B. "Was tue ich konkret in diesem Fall X?") zu geben. Aufgrund der individuellen inhaltlichen Offenheit bietet es hohe Freiheitsgrade für Einzelfallentscheidungen bei Therapeut wie Klient.

(4) Es ist ein **rekursives Phasenmodell**: Die Aufgliederung in therapeutische **Phasenschwerpunkte** legt zunächst sowohl eine zeitliche Richtung als auch zeitliche Struktur fest, wobei für die Übergänge von einer Phase zur nächsten jedoch jeweils die Erfüllung bestimmter (konkret formulierter) **Phasenkriterien** entscheidend ist; auch wenn die Schwerpunkte der einzelnen Phasen stark differieren, sind Überlappungen möglich. Obwohl die Grobrichtung des Ablaufs festliegt (es geht z.B. nicht Phase 2 vor Phase 1 etc.), ist im gesamten Prozeß stets die Option einer **Rekursivität** gegeben (d.h.: es sind Revisionen = Rückkehrmöglichkeiten zu früheren Phasen vorgesehen, falls Prozeßkriterien für den adäquaten Durchlauf der einzelnen Phasenschwerpunkte nicht erfüllt sind - vgl. in Abbildung 1 die Pfeile rechts!).

(5) Es ist ein **selektives Modell** insofern, als das Therapiegeschehen in der "Realität" nie "vollständig" beobachtet oder beschrieben werden kann, sondern wegen der Fülle der eingehenden Parameter immer Schwerpunktsetzungen und künstliche Vereinfachungen verlangt. Trotz Bemühungen um eine möglichst engmaschige Erfassung bleibt reale Therapie immer "mehr" als die zu ihrer Beschreibung verwendeten Variablen*). Das OPTIMIZE-Modell

*) Würde man umgekehrt die Meinung vertreten, man habe mit ein paar Variablen den realen Therapieprozeß schon vollständig erfaßt, so wäre wohl das Argument eines "Reduktionismus" berechtigt.

berücksichtigt diese "Überschuß"-Beziehung und versucht deshalb, selektiv die relevanten Aspekte hervorzuheben. Es lenkt die Aufmerksamkeit und Informationsverarbeitung des Therapeuten auf wichtige Variablen des therapeutischen Prozesses, setzt Schwerpunktkriterien und läßt andererseits bestimmte Bereiche eher im Betrachtungshintergrund.

(6) Es ist ein **pragmatisches Modell**, dessen Berechtigung ausschließlich unter dem Aspekt der **Nützlichkeit** für die Organisation des diagnostisch-therapeutischen Prozesses in der Praxis beurteilt werden sollte. Entsprechend fällt auch der Umgang mit den thematisierten Einzelvariablen aus, die nur insoweit und nur unter solchen Aspekten behandelt werden, welche für die vorliegenden Zwecke relevant sind. Ziel der nachfolgenden Darstellung ist somit weder die umfassende theoretische Aufarbeitung diverser Konzepte noch die Klärung begrifflich-definitiver Grundsatzfragen oder etwa eine lückenlose psychologiegeschichtliche Herleitung. Falls nötig, wird für bestimmte Zwecke auf Spezialliteratur verwiesen oder - aus ökonomischen Gründen - auf Abschnitte aus Teil I Bezug genommen.

(7) Es versteht sich als ein **zielorientiertes Mehrfachhandlungsmodell***, da im therapeutischen Kontext vielfach gleichzeitig an multiplen Zielen auf unterschiedlichen Ebenen gearbeitet werden muß. Die wichtigsten **Schwerpunktziele** der einzelnen Therapiephasen sind deshalb ebenso explizit angegeben wie **retrospektive "Erhaltungsziele"** (Erhaltungsziele im Sinne von Kaminski, 1982) bzw. **prospektive Vorbereitungsziele**:

RETROSPEKTIVE "ERHALTUNGSZIELE"	Schwerpunkte früherer Phasen, die weiter gegeben sein müssen
MOMENTANE "SCHWERPUNKTZIELE"	bei der jeweiligen Phase anzustrebende Schwerpunkte
PROSPEKTIVE "VORBEREITUNGSZIELE"	Schwerpunkte späterer Phasen, für die bereits Ansätze vorbereitet werden

*) Leider befindet sich der Mehrfachhandlungs-Ansatz im Bereich der psychologischen Grundlagenforschung noch in einem sehr rudimentären Stadium. Es wäre sicher lohnenswert, eine detaillierte theoretische Analyse der Auffassung des therapeutischen Prozesses als "Mehrfachhandeln" (im Sinne von Kaminski, 1973, 1981, 1982; Fuhrer, 1984; vgl. auch Dörner et al., 1983) vorzunehmen. Hier

Fortsetzung nächste Seite

(8) Es ist - in seiner Orientierungsfunktion - auch automatisch ein **kognitives Modell**, welches die Informationsverarbeitungs- und Handlungsschritte auf der Therapeutenseite strukturiert. Dies bedeutet allerdings nicht, daß in der Therapie inhaltlich nur auf der kognitiven Manifestationsebene gearbeitet würde, sondern daß auch die übrigen Verhaltensebenen (motorische, emotionale und physiologische Ebene) ausdrücklich eingeschlossen sind. Das OPTIMIZE-Modell ist in dieser Hinsicht m.E. in der Lage, auch das zielorientierte Arbeiten an und mit Emotionen zu strukturieren, es ist auch offen für eine "menschliche" Therapie, bei der berücksichtigt werden muß, daß sowohl Klient als auch Therapeut als Personen zu begreifen sind, die ihre Gefühle einbringen, an Informationsverarbeitungsgrenzen stoßen oder situativen Zwängen ausgesetzt sind, wodurch Idealnormen eines rationalen Vorgehens oftmals verletzt sind.

(9) Es ist ein **methodenoffenes Modell**, da es inhaltlich nicht primär auf orthodox-verhaltenstherapeutische Standardtechniken (vgl. z.B. Fliegel et al., 1981) begrenzt ist, sondern aufgrund seiner offenen Rahmenstruktur auch die zielorientierte Einbeziehung solcher "Interventionen" erlaubt, die eventuell in ganz anderen theoretisch-praktischen Bezugssystemen entstanden sind (von denen aber bekannt ist, daß mit ihrer Hilfe bestimmte angestrebte Ziele erreicht werden können!). Sofern solche Methoden den prinzipiellen Spielregeln empirischer Wissenschaft zugänglich sind (z.B. den Minimal Kriterien "Operationalisierbarkeit" des Vorgehens/"Überprüfbarkeit" der propagierten Effekte etc.; vgl. Teil I, S.130ff.), gestattet das OPTIMIZE-Modell Überlegungen zu einer problembezogenen Indikation und dem zielgerichteten Einsatz dieser Techniken. Es sieht außerdem explizite Schritte zur Erfolgsüberprüfung der Anwendung im Einzelfall vor.

10) Es ist als **praxisnahes Modell** in ständiger Wechselwirkung zwischen Theorie und Praxis entstanden und ausdrücklich **anwendungsorientiert** für den Kontext klinisch-psychologischer Problemstellungen geplant. Es versucht in diesem Sinne, die **tatsächlichen Gegebenheiten der Praxissituation** des Klinikers mit den ideal geforderten Vorgehensrichtlinien des Theoretikers in Verbindung zu bringen, um Entscheidungskompromisse zu ermöglichen, die das jeweilige Optimum unter gegebenen Bedingungen zu einem gegebenen Zeitpunkt darstellen.

wären besonders Fragen interessant wie z.B.: Wann werden Handlungen im therapeutischen Kontext unterbrochen? Unter welchen Gesichtspunkten geschehen Übergänge von einem Ziel zum anderen? Auf welchen Ebenen laufen welche zielorientierten Handlungen simultan/sukzessiv? etc.

Dies kann jedoch im vorliegenden Rahmen nicht geleistet werden.

Zum vorläufigen Geltungsanspruch des Modells

Das OPTIMIZE-Prozeßmodell in der vorliegenden Version ist - ähnlich wie das Modell von Kanfer & Grimm (1980, p.422) - in erster Linie für die Organisation **ambulanter psychologischer Therapie mit Einzelklienten** (n=1) konzipiert. Bezüglich Alter der Klienten ist es eher auf die Arbeit mit **Jugendlichen und Erwachsenen** ausgerichtet, da es sehr viel Wert auf **Selbstverantwortung und Selbstmanagement** (Kanfer, 1979, 1980; Hecht, 1984) legt und damit zum Teil Variablen voraussetzt, die (wie z.B. "Belohnungsaufschub") bei Kindern aus entwicklungspsychologischen Gründen noch nicht hinreichend ausgebildet sind.

Für andere Anwendungsgebiete (z.B. Arbeit mit Paaren/Familien; stationäre Therapie etc.) dürfte zwar im Prinzip ebenfalls eine Orientierung an diesem Rahmenmodell hilfreich sein, jedoch bedarf es dazu noch spezieller Ergänzungen, Modifikationen und Zusatzannahmen, die eventuell zu einem späteren Zeitpunkt präzisiert werden können.

Umgekehrt ist dort von einer stark eingeschränkten Umsetzbarkeit der Modellvorgaben auszugehen, wo die kommunikativen und kognitiven Fertigkeiten der Klienten (z.B. Psychotiker, sehr kleine Kinder) nicht ausreichen, oder wo eine stark aktiv-direktive Vorgehensweise unter hohem emotionalen und zeitlichen Druck (z.B. bei Kriseninterventionen) erforderlich ist (vgl. Kanfer & Grimm, 1980), p.423/424).

Die Beziehung des OPTIMIZE-Modells zu ähnlichen Modellen

Der vorliegende Beitrag versteht sich nicht als "Konkurrenz"*) zu bereits vorliegenden und bewährten Arbeiten zu den Themen "Prozeßmodelle", "Verhaltens- bzw. Problemanalyse", "Therapieplanung" etc. (vgl. z.B. Kanfer & Saslow, 1969/1976; Schulte, 1976; Meyer & Turkat, 1979; Bartling et al., 1980; Grawe et al., 1980; Kanfer & Grimm, 1980; Fiedler, 1981; Kanfer & Busemeyer, 1982; u.v.a.), sondern greift einerseits gut ausgearbeitete Prozeduren aus diesen Ansätzen auf, versucht andererseits eine **Ergänzung, Weiterentwicklung und Aktualisierung**.

Er akzentuiert Schwerpunkte, die bisher im Zusammenhang mit Problemlösungsmodellen eher selten thematisiert wurden wie z.B. interaktionelle Variablen der Therapeut-Klient-Beziehung, Therapiemotivation und ähnliche **Rahmenfaktoren**.

*) Schließlich hat sich der Autor im Laufe der zurückliegenden Jahre selbst an diesen Strukturierungshilfen orientiert und ist vor allem stark durch das ausgezeichnete Modell von Kanfer & Grimm (1980) beeinflusst.

Darüber hinaus versucht er, bisher relativ vernachlässigte Stellen klinischer Problemlösungsansätze (z.B. Schritte auf dem Weg zur Problemdefinition, Schritte auf dem Weg zur Zielfindung, subjektive Relevanz von Problemen und Zielen sowie deren ständige Fluktuation/Variabilität etc.) adäquat in die Betrachtung einzubeziehen.

Ein weiterer deutlicher Schwerpunkt liegt bei der gezielten Gestaltung der **Schlußphase** der Therapie (mit ihren Hauptzielen "Generalisierung", "Transfer" und "Ablösung vom Therapeuten") sowie allgemein bei der realitätsgerechten Berücksichtigung der extrem **dynamischen** Situation in der Therapiepraxis, wodurch Entscheidungen unter gewissen externen oder zeitlichen Zwängen oft zu Kompromißlösungen werden müssen (vgl. deshalb "to optimize" = optimieren, d.h. unter gegebenen Umständen das Bestmögliche erreichen).

Ein abschließendes Wort zur sprachlichen Darstellung des Modells

Trotz der Tatsache, daß in der Praxissituation viele Dinge **simultan** geschehen, ist es nicht möglich, die ablaufenden Prozesse auch **gleichzeitig** zu **beschreiben**. Eine sprachliche Abhandlung des Modells muß zwangsläufig in **sukzessiv-linearer** Form vorgenommen werden, denn: "Die Sprache zwingt uns unerbittlich, alles als ein Nacheinander zu präsentieren" (von Glasersfeld, 1985, S.35). Folglich ist eine gewisse sprachlich bedingte Verzerrung der realen Abläufe zu erwarten. Bei allen **didaktischen Vorteilen** (schwerpunktmäßige Betrachtung von Teilbereichen, Selektion von Einzelkomponenten etc.), die es z.B. angehenden Therapeuten leichter machen, sich zunächst **einzelne** Kompetenzen anzueignen, welche in späteren Lernphasen zu integrierten Handlungssequenzen verschmolzen werden können, besteht die Gefahr, daß das multiple/dynamische Geschehen der therapeutischen Praxis nicht genügend deutlich wird, und ein eher statisch-isolierter Eindruck entsteht. Letzterer ist aber ausschließlich eine Funktion der Sprache.

Von dieser darstellungsbedingten Verzerrung ist wohl am meisten der Punkt "Begleit-Evaluation" betroffen, welcher erst im Zuge der Phase 6 ("Interventions-Evaluation") besprochen wird, obwohl er ein **kontinuierliches Merkmal** des gesamten Vorgehens darstellt. Die entsprechenden Basisprinzipien "Hypothesenleitung" und "ergebnisorientiertes Optimieren" wurden bereits in Teil I als **durchgängige Steuerungsprinzipien** gekennzeichnet (vgl. Schmelzer, 1985, S.140ff.). Auf diesen wichtigen Gesichtspunkt soll - um Mißverständnisse zu vermeiden - vorab nochmals hingewiesen werden.

PHASE 1	ORIENTIERUNGSPHASE	0
---------	--------------------	---

Die Orientierungsphase als Beginn der Kontakte zwischen Therapeut und Klient stellt in vielerlei Hinsicht den **kritischsten** Abschnitt des diagnostisch-therapeutischen Prozesses dar und nimmt deshalb in der vorliegenden Arbeit einen breiten Raum ein. Neben der Sammlung problembezogener Informationen wird in ihr versucht, möglichst günstige "Weichenstellungen" für den Therapieverlauf vorzunehmen und **grundlegende Voraussetzungen** zu schaffen, in deren Gefolge ein im eigentlichen Sinne therapeutisches Arbeiten möglich wird.

Obwohl die Orientierungsphase mit dem Erstkontakt **beginnt**, ist sie mit dem Erstgespräch jedoch **nicht** zeitlich deckungsgleich. So kann in manchen Fällen der Übergang zur Phase 2 (Problemklärung und -analyse) bereits in der allerersten Stunde, in anderen Fällen aber erst nach vier oder fünf Terminen erfolgen. Die Phasenübergänge (s.u.) regeln sich demzufolge nicht anhand rigider zeitlicher Grenzen, sondern in Abhängigkeit davon, ob konkrete Schwerpunktziele der jeweiligen Phasen erfüllt sind.

Von Anfang an sieht sich der Therapeut kontinuierlich **parallelen Mehrfachenforderungen** ausgesetzt: Er versucht z.B. eine Atmosphäre der Wärme und Geborgenheit zu vermitteln, das Gespräch inhaltlich in Gang zu bringen bzw. in Gang zu halten, die problemrelevanten Informationen in eine arbeitsreife Form überzuführen, Erwartungen zu klären, Therapiemotive aufzubauen, organisatorische Fragen zu besprechen, Angst, Nervosität und Spannung beim Klienten zu vermindern, erste vorläufige Entscheidungen über den Fortgang diagnostisch-therapeutischer Schritte zu treffen und vieles mehr. Das Medium ("Vehikel"), in dessen Rahmen diese Aufgaben verfolgt werden, stellt in der Regel das Gespräch oder spezieller: das **verhaltensdiagnostische Interview** (vgl. z.B. Lutz, 1978; Hoffmann & Gerbis, 1981; Braun, 1984) dar.

Während man sich in den Frühphasen der Verhaltenstherapie stark inhaltszentriert um die Aspekte der "reinen" Informationen in diesen Interviews gekümmert hatte, wird in zunehmendem Maße erkannt, wie wichtig es ist, die **Rahmenbedingungen** solcher Gespräche ausdrücklich mit in die Betrachtung einzubeziehen: So ist diese Situation des Kontakts zwischen Klient und Therapeut **eben nicht nur inhaltlicher Informationsaustausch**, sondern z.B. auch ganz explizit ein **Kommunikationsprozeß** mit Inhalts- und

Beziehungsaspekten (im Sinne von Watzlawick, Beavin & Jackson, 1969). Ein inhaltliches Arbeiten an bestimmten Problemen bzw. bestimmten Zielen kann also nur dann mit Aussicht auf Erfolg in Angriff genommen werden, wenn die dazu notwendige Interaktion zwischen Therapeut und Klient (= Beziehungsebene) kommunikativen Mindestanforderungen genügt (siehe unten).

Um die Fülle der therapeutischen Aufgaben in der Orientierungsphase hinreichend klar strukturieren zu können, lassen sich auf einer noch groben Ebene drei Schwerpunktziele unterscheiden, die nachfolgend weiter aufgeschlüsselt werden:

SCHWERPUNKTZIELE FÜR PHASE 1: "ORIENTIERUNGSPHASE"

(1) SCHWERPUNKT "INFORMATIONASPEKTE"

- (a) Sichtung vorgebrachter Beschwerden ("Screening")
- (b) Klärung grundlegender Erwartungen
- (c) Suche nach möglichen therapeutischen Ansatzpunkten ("targets")

(2) SCHWERPUNKT "INSTRUMENTELLE FAKTOREN"

- (a) Aufbau einer kooperativen Therapeut-Klient-Beziehung
- (b) Aufbau von Arbeitsorientierung
- (c) Aufbau von Therapiemotivation

(3) SCHWERPUNKT "ÄUSSERE MERKMALE DER THERAPIESITUATION"

- (a) Organisatorische Belange
- (b) Therapeutisches "Setting"

Während sich der Schwerpunkt (1): "Informationsaspekte" mit den ersten inhaltlichen Vorbereitungen zum Einstieg in den klinischen Problemlöseprozeß beschäftigt (Sichtung der Eingangsbeschwerden und Eingangserwartungen bis hin zu ersten Grobentscheidungen über therapeutische Ansatzpunkte), geht es im Schwerpunkt (2) um "instrumentelle Faktoren" (im Sinne von Dzierwas, 1980; bzw. Grawe, 1980). Dies bedeutet, daß für den erfolgreichen Verlauf einer Therapie grundlegende Rahmenbedingungen notwendig sind (z.B.: "Therapeut-Klient-Beziehung", "Arbeitsorientierung" und "Therapiemotivation"). Wo diese unabdingbaren Voraussetzungen (noch?) nicht hinreichend vorliegen, müssen zunächst Bemühungen um deren adäquaten Aufbau erfolgen, bevor an inhaltlichen Problemlösungen gearbeitet werden kann. Weitere therapeutische Rahmenbedingungen (nämlich "organisatorische Belange" und die Gestaltung des therapeutischen "Settings") werden im Schwerpunkt (3): "Äußere Merkmale der Therapiesituation" behandelt.

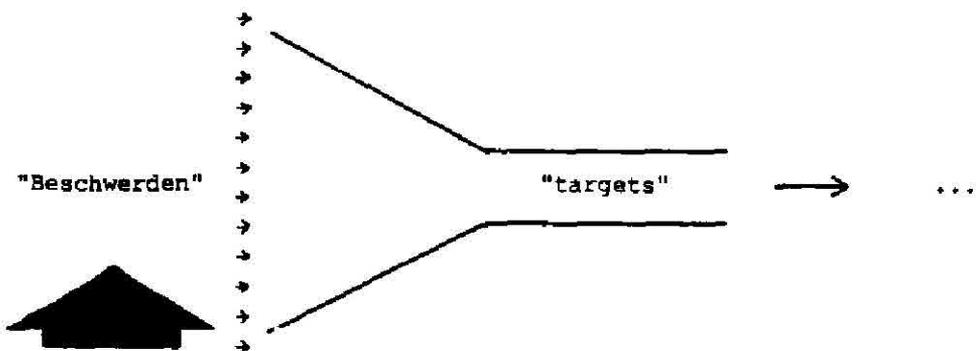
Da sich diese Faktoren in der Realität kaum so strikt voneinander trennen lassen wie es z.B. laut obiger Tabelle den Anschein hat, möchte ich mit nachfolgender Metapher die enge Kohärenz der Phasenschwerpunkte verdeutlichen, ehe eine getrennte sukzessive Abhandlung der Einzelschwerpunkte erfolgt:

Man könnte sich das Ganze bildlich in Analogie zu einem Elektrokabel oder Leitungsdraht vorstellen, bei dem die "Informationsaspekte" dem metallischen stromleitenden Kern entsprechen, während die "instrumentellen Faktoren" und die "äußeren Merkmale der Therapiesituation" die isolierende Ummantelung bilden. In der Realität gibt es schnell einen "Kurzschluß", wenn die Ummantelung fehlt, umgekehrt "läuft nichts", wenn der metallische Drahtkern nicht vorhanden ist. **Beide, Drahtkern und Ummantelung, sind notwendig für ein einwandfreies Funktionieren.**

(1) Schwerpunkt "Informationsaspekte"

(a) Sichtung vorgebrachter Beschwerden ("Screening")

Obwohl eine eigentliche **Problemanalyse** erst für Phase 2 vorgesehen ist, stehen seitens des Klienten die Schilderungen der Schwierigkeiten natürlich von Anfang an im Mittelpunkt. Für den Therapeuten geht es darum, die Eingangsbeschwerden des Klienten breit und umfassend (aber dennoch möglichst verhaltenszentriert) zu sichten. Mit diesem ersten **Überblick** über kritische Bereiche wird versucht, nicht zu früh und zu intensiv in Themenbereiche einzusteigen, die sich hernach als irrelevant oder peripher herausstellen, sondern die für den Klienten tatsächlich zentralen "Probleme" mit zu erfassen, also solche Bereiche, bei denen sich eine detaillierte "Problemanalyse" lohnt. Im Hinblick auf den "Diagnostik-Trichter" von Cone & Hawkins (1977; vgl. Schmelzer, 1985, Teil I, S.139) beginnt damit die allererste Phase des verhaltensdiagnostischen Trichterprozesses:



Selbst wenn sich dieser Abschnitt stark formalisiert vollzieht (wie z.B. bei Meyer & Turkat, 1979, S.262, die mit dem Klienten zusammen eine schriftliche Auflistung seiner Schwierigkeiten vornehmen) ist auf den **Vorläufigkeitscharakter** dieser "Screening"-Prozedur hinzuweisen:

Der Therapeut bildet aufgrund der Klienteninformationen ständig vorläufige Hypothesen, die er kontinuierlich überprüft, verfeinert, modifiziert bzw. revidiert (vgl. die Basisprinzipien "Hypothesenleitung" und "ergebnisorientiertes Optimieren", Teil I, S.140ff.). So ändern **neue** Informationen die "Screening"-Hypothesen potentiell ab.

Bildlich ausgedrückt ähnelt das Vorgehen stark dem Versuch, erste Skizzen für ein jeweils individuell verschiedenes "Problemgemälde" zu entwerfen, bei dem im Verlauf der Zeit an bestimmten Stellen Striche hinzugefügt, woanders Teile gelöscht werden können oder gar - bei fundamentalen Änderungen der Informationslage - eine völlig neue, umgearbeitete "Skizze" notwendig sein kann.

Die Sichtung der Klientenbeschwerden ist (ähnlich wie der gesamte diagnostisch-therapeutische Prozeß) als **gemeinsames** Unternehmen von Therapeut und Klient zu verstehen, bei dem der Therapeut maximale Transparenz des Vorgehens einbringt, und der Klient über das unmittelbare Interview hinaus (z.B. mittels Selbstbeobachtung, Protokollführung etc.) stark aktiv beteiligt ist (s.u.). Als Unterstützung des "Screening"-Prozesses können selbstverständlich weitere verhaltensdiagnostische Maßnahmen herangezogen werden (z.B. Fragebögen, Verhaltensinventare, Problemlisten, Verhaltensbeobachtungen, spezielle psychologische Testverfahren, medizinisch-physiologische Meßverfahren etc.). Solche zum Teil auch standardisierten Verfahren bieten außerdem den Vorteil, daß **erste Evaluationsvorbereitungen** getroffen werden können, indem eine exakte Erfassung der Ausgangssituation Grundlagen schafft für spätere Prä-Post-Vergleiche (vgl. unten Phase 6). Dort, wo sich die Schwierigkeiten von Klienten zahlenmäßig operationalisieren lassen, dienen **Grundkurvenhebungen** (Erstellung von "baselines") demselben vorbereitenden Zweck.

Der "Screening"-Prozeß kann dann als vorläufig (!) abgeschlossen betrachtet werden, wenn der Klient angibt, daß mit dem vorliegenden Beschwerden-Überblick seine Haupt-Schwierigkeitsbereiche erfaßt sind, und wenn dieser Feststellung keine anderen Daten (z.B. nonverbales Verhalten, Beobachtungsdaten, Schilderungen/Klagen von Sozialpartnern oder anderen Personen aus der Umgebung des Klienten etc.) entgegenstehen.

(b) Klärung grundlegender Erwartungen

Jeder Klient kommt mit bestimmten grundlegenden Eingangserwartungen in Therapie (vgl. z.B. Halder, 1977). Diese haben z.T. schon vorher seine Entscheidung zur Therapie bestimmt und können gerade in der Initialphase maßgeblichen Einfluß auf den weiteren Therapieverlauf ausüben. Studien über Therapie-Abbrecher und therapeutische Mißerfolge (z.B. Baekeland & Lundwall, 1975; Fiester & Rudestam, 1975) zeigen, wie unrealistische Erwartungshaltungen der Klienten im Extremfall die Entstehung eines therapeutischen Arbeitsbündnisses gänzlich verhindern und zu einem Abbruch der Kontakte führen können. Somit lohnt es sich, **möglichst frühzeitig** grundlegende Erwartungen zu klären und - falls nötig - adäquat zu strukturieren (vgl. z.B. Hoehn-Saric et al., 1964; Holmes & Urie, 1975 etc.).

Mehr und mehr wird in diesem Zusammenhang die Notwendigkeit erkannt, seitens der Therapieforschung auch die "Makroperspektive" (z.B. Baumann, 1984) in die Betrachtung einzubeziehen, da sich diese (z.B. gesellschaftlichen) Bedingungen, unter denen therapeutische Praxis stattfindet, entscheidend in inhaltlichen Therapieerwartungen der Klienten ausdrücken.

Obwohl in der Öffentlichkeit in den letzten Jahren Informationen über Psychologen und Psychotherapie zunehmend Verbreitung fanden, kommen viele Klienten mit zum Teil irrationalen Vorstellungen in Therapie: Während manche in Analogie zur Arzt-Patient-Beziehung eine möglichst kurze und schnelle Hilfe verlangen, wobei sie sich selbst eine passive Rolle beimessen und der Therapeut für sie Probleme lösen soll, übertragen andere das (ebenfalls unpassende) Schema einer guten alltäglichen Freundschaftsbeziehung auf den Therapiekontakt; wieder andere hegen völlig utopische, weil übersteigerte Erwartungen, die keine Psychologie der Welt realisieren kann (z.B. "ewiges Glück auf Erden"). Klienten mit Vorerfahrungen aus früheren Therapien (vor allem solche mit regelrechten "Patientenkarrieren") haben oft sehr reichhaltige - und oft sehr rigide - Vorstellungen sowohl von ihren Störungsbildern und deren "Verursachung" als auch davon, was der Therapeut tun bzw. lassen sollte, um sie zu heilen.*)

Erwartungen (definiert als "subjektive Beurteilung der Eintrittswahrscheinlichkeit bestimmter - jeweils noch näher zu spezifizierender - Ereignisse in der Zukunft") können demnach auf unterschiedlich reichhaltigen Wissensgrundlagen beruhen, unterschiedlich realistisch und unterschiedlich starr

*) Solche Überlegungen werden in der neueren Literatur unter dem Stichwort "health belief model" thematisiert (vgl. z.B. Leventhal et al., 1980 etc.).

bzw. flexibel sein. Obwohl es wahrscheinlich ebensoviele verschiedene Therapieerwartungen wie Klienten gibt, kann man bei der Frage "Was erwartet der Klient von uns und unserer Therapie?" die möglichen Inhalte für unsere Zwecke zu folgenden Hauptbereichen gruppieren:

* **ROLLENERWARTUNGEN ("role expectancies": GOLDSTEIN, 1966):**

z.B.: Welche Rollen im Therapieprozeß fallen - nach Ansicht des Klienten - dem Therapeuten bzw. dem Klienten zu?

* **PROGNOSTISCHE ERFOLGSERWARTUNGEN ("prognostic expectancies": GOLDSTEIN, 1966)*):**

z.B.: Mit welcher "Hoffnung auf Therapieerfolg" (bzw. Hoffnungslosigkeit) beginnt der Klient die Therapie?

* **INHALTLICHE ERWARTUNGEN:**

z.B.: Was soll in der Therapie bearbeitet werden? Welche Probleme und welche Ziele sollen nach Meinung des Klienten im Mittelpunkt stehen?

* **ABLAUFERWARTUNGEN:**

z.B.: Wie wird oder soll nach Ansicht des Klienten der Therapieprozeß ablaufen?

* **ERWARTUNGEN AUFGRUND ALLTAGSPSYCHOLOGISCHER (INTUITIVER) ANNAHMEN ÜBER "STÖRUNGSBILDER" UND DEREN "VERURSACHUNG":**

z.B.: Wie ist - nach Ansicht des Klienten - jemand, der dieses "Störungsbild" zeigt (d.h. wie wird eine solche Person beurteilt: als "krank", "gestört", "nicht normal" ??)? Wie erklärt sich der Klient seine Schwierigkeiten? Wodurch sind die Schwierigkeiten seiner Meinung nach bedingt, womit hängen sie seiner Ansicht nach zusammen?

*) vgl. auch FRANK, 1968: "role of hope..."

In der konkreten therapeutischen Praxis wird sich die Klärung der Eingangserwartungen normalerweise durch entsprechende explizite Fragen vollziehen. Darüberhinaus sollte der Therapeut jedoch auch auf implizite Äußerungen des

Klienten achten, die dieser eventuell an anderen Stellen ins Erstgespräch einfließen läßt (z.B.: "Der Arzt sagt, er wird mit mir nicht mehr fertig, und so bin ich jetzt bei Ihnen" ...oder... "So lange ich den Grundkonflikt in meiner Kindheit nicht gefunden habe, bin ich meinen heutigen Problemen hilflos ausgeliefert" etc.). Aus solchen - u.U. sehr subtilen - Mitteilungen des Klienten lassen sich oft sehr handfeste Erwartungen ableiten.

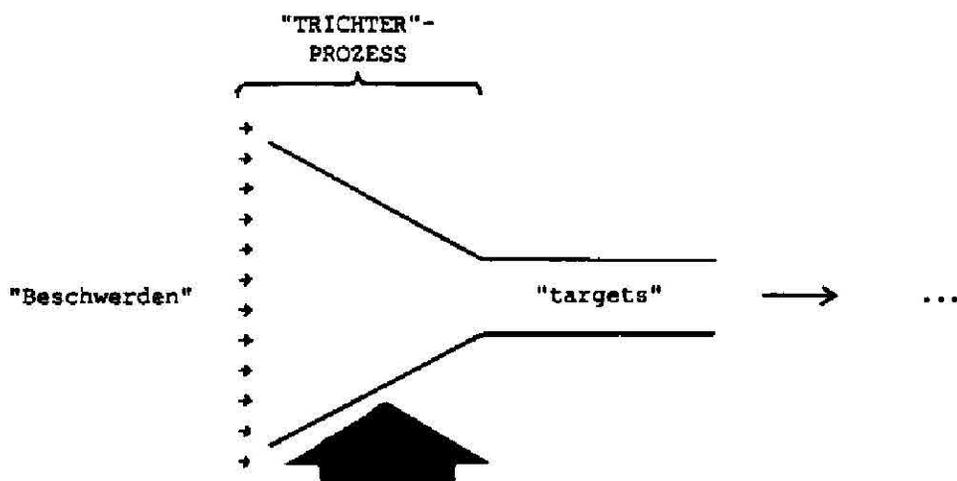
Hauptbeweggrund für die **Klärung** ist natürlich die nachfolgende Gegenüberstellung der Klientenerwartungen mit den realistischen Möglichkeiten und Grenzen unseres Therapieangebots: Der Klient erfährt, was er von uns **tatsächlich** erwarten kann sowie umgekehrt, was **wir von ihm** erwarten (z.B. Eigenaktivität, Einhalten von "Spielregeln" etc.), so daß er sich entscheiden kann, ob er seine Probleme mittels des von uns vertretenen Ansatzes angehen will*). Während einerseits das grundlegende strukturelle Gerüst, auf das sich der Klient einläßt, relativ feststeht (und sich an den Kernannahmen der "Problem- und zielorientierten Verhaltenstherapie" (vgl. Teil I) orientiert und legitimiert, ist die **inhaltliche Ebene** (woran genau gearbeitet wird) noch hochgradig offen, so daß - auf der Basis fixer fundamentaler "Spielregeln" - eine maßgeschneiderte Therapie möglich ist.

Im Falle des Vorliegens **inadäquater** Vorstellungen kommt den Bemühungen des Therapeuten um die **Schaffung realistischer Erwartungen** eine entscheidende Bedeutung zu: Besonders bei wenig Wissen ist eine eingehende **Aufklärung** auf dem Sprachniveau des Klienten nötig, wobei die wichtigsten Informationen z.B. den allgemeinen Ablauf des therapeutischen Vorgehens, die Rollenverteilung von Therapeut und Klient, Arbeitsorientierung sowie auch organisatorische Fragen (z.B. Schweigepflicht!) betreffen (s.u.). Letztlich geht es auch bei diesen Punkten um einen **Konsens** zwischen den Erwartungen des Klienten einerseits und dem Angebot des Therapeuten andererseits. Im Falle deutlicher Erwartungsdiskrepanzen, die sich auch trotz intensiver Bemühungen nicht aus der Welt schaffen lassen, ist hier an einen frühzeitigen Abbruch der Kontakte bzw. an Überweisung an andere - den Erwartungen des Klienten besser entsprechende - Stellen zu denken. Diese Option bleibt für den Klienten wie auch für den Therapeuten **gleichermaßen** offen.

*) Schließlich ist unser Angebot nur eine von vielen Alternativen, und so steht es dem Klienten frei, sich eventuell für eine **andere** Art von Therapie zu entscheiden.

(c) Suche nach therapeutischen Ansatzpunkten ("targets")

Mit dem groben einstweiligen Überblick über die Beschwerden des Klienten ("Screening") und mit der Klärung von Eingangserwartungen wurden die Voraussetzungen geschaffen, um erste Entscheidungen über mögliche therapeutische Ansatzpunkte ("targets") zu treffen. Im Hinblick auf den "Diagnostik-Trichter" von Cone & Hawkins (1977) kommt jetzt die eigentliche "Trichterung" in Gang, indem irrelevante Inhalte ausgesondert werden und eine Konzentration auf "relevante" Informationen erfolgt, so daß von den gesammelten Eingangsbeschwerden nur noch solche übrig bleiben, bei denen sich eine eingehend-exakte Problemklärung (d.h. ein Eintritt in Phase 2) "lohnt".



Leider gibt es für diesen oft therapieentscheidenden Selektionsprozeß - von wenigen Ausnahmen (z.B. Kanfer & Grimm, 1977; Kanfer, 1985) abgesehen - bislang kaum praxisrelevante Hilfen. Dies dürfte zu einem Großteil daran liegen, daß sich sowohl die Frage nach relevanten "Problemen" als auch die Frage nach möglichen "Zielen" im Therapieprozeß nicht gänzlich ohne den Rückgriff auf normative Wertungen, subjektive Einschätzungen und Beurteilungen beantworten läßt (vgl. z.B. Schermer & Schmelzer, 1982, S.6f.) so daß Selektionsentscheidungen für therapeutische Ansatzpunkte im wesentlichen auf **gemeinsame Problemdefinitionen** (= Konsens zwischen der Sichtweise des Klienten und der Sichtweise des Therapeuten) hinauslaufen müssen. Auch die Entscheidungen über die Wahl der therapeutischen "targets" sind jedoch **prinzipiell vorläufig** und später (bei mehr bzw. geänderten Informationen) **eventuell revisionsbedürftig**.

Kanfer & Grimm (1977, p.9) haben deutlich gemacht, daß es von theoretischer Warte aus zwar ideal wäre, im Hinblick auf jede vorgebrachte "Beschwerde" des Klienten eine "vollständige" Verhaltensanalyse durchzuführen, ohne darauf Rücksicht zu nehmen, ob auch für die nachfolgende therapeutische Arbeit effektive Methoden zur Verfügung stehen. Ein solches Vorgehen beinhaltet jedoch die Gefahr, zu einer lediglich "akademischen Fleißübung" zu verkommen, da in der Praxis die realen Therapiemöglichkeiten eine Problemkonzeptualisierung genauso beeinflussen wie die theoretischen Basisannahmen des Therapeuten. Für den Therapeuten ist daher die jeweils ausschlaggebende Frage: "Kann und soll ich dem Klienten dabei behilflich sein, diese Komponente seiner Gesamtschwierigkeiten zu ändern?" (Kanfer & Grimm, 1977, p.9; Übersetzung d.Verf.). Nur wenn er sie mit "Ja" beantworten kann, wird er in die nachfolgenden therapeutischen Phasen einsteigen.

Da sich für den Therapeuten die Antworten jedoch in den seltensten Fällen leicht und eindeutig ergeben, kann in Anlehnung an die Gedankengänge von Kanfer & Grimm (1977) sowie Kanfer (1985) empfohlen werden, sich - spätestens bei kritischen Selektionsentscheidungen - intensiv mit folgenden Überlegungen zu beschäftigen:

- * Wie bedeutsam ist die "Beschwerde" für den Klienten?
- * Welche Schwierigkeiten haben für ihn den höchsten Belastungsgrad (Prioritäten!)?
- * Woran möchte der Klient am liebsten arbeiten (Motivation!)?
- * Welche Erwartungen/Ziele hat der Klient explizit/implizit geäußert?
- * Ist das betreffende "target" mit diesen Zielen in Einklang?
- * Welchen Stellenwert hat die Einzelschwierigkeit im Gesamtrahmen der vorgebrachten oder konstatierten Beschwerden (peripher?/zentral)?
- * Gibt es eventuell wichtigere, "vorgeordnete" targets?
- * Gibt es Ansatzpunkte, deren Änderung ein breites Spektrum positiver Folgewirkungen im Hinblick auf andere Beschwerden zur Konsequenz hätte?
- * Ist eine Änderung überhaupt möglich (oder handelt es sich um eine unabänderliche "Tatsache")?
- * Gibt es im Hinblick auf die Kompetenzen des betreffenden Therapeuten spezielle Möglichkeiten oder aber Grenzen?

Fortsetzung nächste Seite

- * Welche Möglichkeiten und Grenzen existieren aufgrund der speziellen Lebenssituation des Klienten?
- * Welche kurzfristigen und langfristigen Konsequenzen träten ein, wenn eine Therapie an diesem Punkt angesetzt würde?
- * Welche kurzfristigen und langfristigen Konsequenzen träten ein, wenn nicht an diesem Punkt therapiert würde?
- * Welche kurzfristigen und langfristigen Folgen hätte eine erfolgreiche Änderung (sowohl für den Klienten als auch für seine Umgebung)?
- * Welche Methoden/Hilfsmittel wären eventuell nötig?
- * Wie hoch ist - in jeder Hinsicht - der Aufwand für eine Behandlung?
- * Könnte eine erfolgte Änderung auch nach Therapieende aufrechterhalten werden (oder wären Veränderungen von vornherein nur kurzfristig für die therapeutische Sondersituation zu erreichen)?
- * Welche zusätzlichen Informationen sind nötig, um überhaupt vorläufige therapeutische Ansatzpunkte festlegen zu können?

Letztlich geht es für den Therapeuten darum, die bislang bekannten Klientenbeschwerden mit Hilfe obiger Fragen in zwei Grundkategorien aufzuspalten, die für die diagnostisch-therapeutische Weiterarbeit ausschlaggebend sind:

(a) BESCHWERDEN/BESCHWERDEN-BEREICHE, die als "target" vereinbart werden

(→ Eintritt in Phase 2 ff.)

(b) BESCHWERDEN/BESCHWERDEN-BEREICHE, die als "irrelevant" ausgedeutet werden

(→ zumindest im Moment kein Weiterarbeiten nötig oder möglich)

Solche Entscheidungen werden zunächst u.U. auf einem noch globalen Niveau und keineswegs endgültig vorgenommen, indem z.B. "Kernbereiche" von "Randbereichen" getrennt oder grobe Prioritäten gesetzt werden (z.B. "Berufsprobleme" haben Vorrang vor "Partnerschaftsproblemen" etc.). Da die Zuordnung zu den beiden obigen Kategorien immer nur "bis auf Weiteres" erfolgen kann, steht zu erwarten, daß der

Therapeut auch in späteren Phasen zu dieser Fragestellung zurückkehrt, um **erneut** Entscheidungen über mögliche therapeutische Ansatzpunkte zu treffen.

In jedem Fall kann er sich bei der **Auswahl** von "targets" an folgenden Entscheidungskriterien orientieren:

(a) **Therapeutischer Ansatzpunkt ("target")**

Als primäre Ansatzpunkte kommen "Beschwerden" mit folgenden Merkmalen in Frage:

- * Verhaltensweisen mit akuter existentieller Bedrohung für den Klienten oder für seine Umgebung;
- * Beschwerden mit hoher subjektiver Belastung;
- * Verhaltensweisen, die den subjektiven Zielen und Erwartungen des Klienten entsprechen;
- * Beschwerden, die **prinzipiell** änderbar sind;
- * Beschwerden, die **speziell unter den gegebenen Bedingungen** änderbar sind (d.h. unter Berücksichtigung der Kompetenz des Therapeuten sowie der jeweiligen Lebenssituation des Klienten);
- * Beschwerden, bei denen maximale Änderungsmotivation besteht;
- * Beschwerden, für deren Besserung hohe Erfolgswahrscheinlichkeit besteht;
- * "Kernbeschwerden", deren Änderung eine hohe Bandbreite positiver Folgeeffekte bei anderen Beschwerden erwarten läßt.

(b) **Kein therapeutischer Ansatzpunkt**

Als irrelevant für eine Weiterarbeit sollten folgende "Beschwerden" ausgesondert werden:

- * "Tatsachen", d.h.: Dinge, die weder durch Therapie noch durch andere Maßnahmen (mehr) änderbar sind;
- * Schwierigkeiten, deren Verschwinden (auch ohne Therapie) absehbar ist;
- * Schwierigkeiten, für die es besser geeignete Anlaufstellen gibt (z.B.: Arzt, Pfarrer, Rechtsanwalt, Sozialamt, etc.);
- * Beschwerden mit geringer subjektiver Belastung oder Bedeutsamkeit (mit denen der Klient sich seiner Ansicht nach abfinden bzw. damit leben kann);

Fortsetzung nächste Seite

- * **momentan** irrelevante Dinge (Beschwerden, bei denen erst "Zwischenergebnisse" abgewartet werden müssen, bevor daran weitergearbeitet werden kann);
- * **unrealistische Ziele/utopische Erwartungen** (z.B. Perfektionismus, immerwährendes Glück, etc.);
- * **Ansatzpunkte**, bei denen seitens des Klienten oder des Therapeuten **ethische Bedenken/moralische Einwände** bestehen.

(Tabelle in teilweiser Anlehnung an die Arbeiten von KANFER & GRIMM, 1977, sowie KANFER, 1985).

In der Praxis werden sich an dieser Stelle häufig Kompromißlösungen ergeben müssen. Ebenso kann der Fall eintreten, daß sich bei der Suche nach therapeutischen Ansatzpunkten starke Diskrepanzen zwischen Therapeut und Klient bemerkbar machen und aus der Vereinbarung von gemeinsamen "targets" ein therapeutisches **Binnenproblem** entsteht. So kann für manche Klienten das "Akzeptieren unabänderlicher Tatsachen" (z.B. einer körperlichen Behinderung) oder das "Aufgeben unrealistischer Ziele" zum eigentlichen Kern der Therapie werden. Bei anderen ist eine intensive Vorabklärung ihrer Ziel- und Wertvorstellungen (vgl. Schmelzer, 1983) nötig, um überhaupt die Relevanz der vorgebrachten Beschwerden adäquat beurteilen zu können. Wieder bei anderen kann es - z.B. wegen geringer Änderungsmotivation - günstiger sein, nicht bei zentralen Punkten zu beginnen, sondern zunächst in eher peripheren Bereichen auf Erfolge hinzuarbeiten, so daß dadurch Motivation zur Arbeit an den Kernproblemen erst entstehen kann.

(2) Schwerpunkt "Instrumentelle Faktoren"

(a) Aufbau einer kooperativen Therapeut-Klient-Beziehung

Der diagnostisch-therapeutische Prozeß vollzieht sich nicht im luftleeren Raum, sondern immer in einer **kommunikativen Interaktion** zwischen (mindestens) einem Therapeuten und (mindestens) einem Klienten. Für die inhaltliche Arbeit an den Klientenproblemen stellt die Art der Beziehung zwischen Therapeut und Klient somit eine **grundlegende Voraussetzung** dar; sie ist als **notwendiges** (nicht aber schon hinreichendes!) **Mittel** für nachfolgenden Therapieerfolg ausgewiesen (vgl. Teil I, S.117ff.), so daß den Bemühungen um einen adäquaten Beziehungsaufbau in der Orientierungsphase erhöhte Bedeutung zukommt.

Wie in Teil I bereits angedeutet, hat sich die Verhaltenstherapie erst in den letzten 10 Jahren näher mit diesem Thema beschäftigt. Mittlerweile liegen allerdings sehr gute Arbeiten vor, aus denen sich detaillierte Praxisvorschläge ableiten lassen (vgl. z.B. Goldstein, 1977; Wilson & Evans, 1977; DeVoge & Beck, 1978; Lutz, 1978; Seiderer-Hartig, 1980; Hoffmann & Gerbis, 1981; Zimmer, 1983; Sweet, 1984; etc.).

Da die konzeptuelle Grundlegung darin gleichermaßen ausführlich dargelegt ist, kann auch für theoretische Zwecke auf diese Quellen verwiesen werden.

In erster Linie geht es darum, die Art der Beziehung in Form einer **"therapeutischen Allianz"** (Kanfer & Grimm, 1980, p.424) zu gestalten, so daß der Klient mit möglichst hoher **Offenheit**, möglichst viel **Vertrauen** und möglichst **geringer Angst/Nervosität/Anspannung** an das kooperative Unternehmen "Problemlösung" herangehen kann. Während für die Kooperation auch eine Fülle anderer Voraussetzungen vorliegen muß, ist für den Klienten die zu Beginn entscheidende Frage, ob er **aus seiner Sicht glaubt, mit der speziellen Person des Therapeuten** zusammenarbeiten zu können.

Da die speziellen Rollenmerkmale für Therapeut wie Klient bereits in Teil I dargelegt wurden, sollen hier nur relevante Praxisschwerpunkte wieder aufgegriffen werden. So kann sich der Therapeut bei seinen Bemühungen um einen adäquaten Beziehungsaufbau an folgenden selbstkritischen Fragen prüfen:

Gelingt es dem Therapeuten,...

- ...seine spezielle Rolle des professionellen Helfers samt ihrer Abweichungen von alltäglichen Freundschafts- oder Arzt-Patient-Beziehungen zu verdeutlichen?
- ...den Klienten von der Notwendigkeit einer (aktiven) Komplementärrolle zu überzeugen?
- ...vom Klienten als "Änderungs-Assistent" wahrgenommen und akzeptiert zu werden?
- ...therapeutische Basisvariablen zu realisieren (z.B. Zuwendung, Ruhe, emotionale Wärme, positive Wertschätzung, persönliche Kongruenz etc.)?
- ...eine weitgehend sanktionsfreie Kommunikationssituation zu gewährleisten, in der keine "Bestrafung" für woanders unakzeptable Gedanken, Verhaltensweisen, Ansichten und Gefühle erfolgt?
- ...Offenheit, Vertrauen und Kooperation beim Klienten adäquat zu verstärken?

Fortsetzung nächste Seite

- ...das Vorgehen im diagnostisch-therapeutischen Prozeß hinreichend zu strukturieren, so daß sich für den Klienten die Ambiguität der Therapiesituation reduziert?
- ...mit maximaler Transparenz vorzugehen?
- ...nicht nur als verständnisvolle, sondern auch als fachlich kompetente Person akzeptiert zu werden?
- ...eigene Motive und Interessen sowie persönliche Probleme/Ziele aus dem therapeutischen Kontakt herauszuhalten und den Charakter der Arbeitsbeziehung zu wahren?
etc.

Selbst wenn der Therapeut aus seiner Perspektive optimale Voraussetzungen schaffen kann, ist das Vorliegen einer guten Therapeut-Klient-Beziehung noch keineswegs "automatisches" Resultat: Einerseits ist immer die subjektive Interpretation des Klienten ausschlaggebend (d.h. ein Therapeut kann noch so "echt" oder "kompetent" sein - entscheidend ist immer nur, wie "echt" oder wie "kompetent" ihn der Klient wahrnimmt!). Andererseits ist das Vorliegen von Faktoren wie "Offenheit" oder "Vertrauen" nie endgültig an Beobachtungsdaten zu verifizieren, so daß diese Merkmale häufig "bis zum Beweis des Gegenteils" als gegeben angenommen werden müssen.

Neben der Orientierung an allgemein anerkannten Prinzipien der Beziehungsgestaltung (vgl. z.B. Goldstein, 1977; Zimmer, 1983) ist somit auch die **kontinuierliche Begleitbeobachtung** von (verbalen und nonverbalen) Kriterien während der Kontakte wichtig. Für diese Aufgabe können die in der nachstehenden Tabelle vorfindlichen Indikatoren einige Anhaltspunkte geben.

Hierbei sind - wie auch bei den noch folgenden restlichen Tabellen - jeweils die **Negativkriterien** aussagekräftiger, d.h. sie beweisen, daß die betreffende Variable in dieser Situation nicht vorliegt. Die **Positivkriterien** haben immer nur "kann"-Funktion, da ein Vorliegen der Variablen **nie** hinreichend beweisbar, d.h. "verifizierbar" ist.

Außerdem müssen alle Kriterien immer relativ zu ihrem speziellen **Kontext** gesehen werden: So kann die Bemerkung des Klienten: "Ich tue alles, was Sie mir raten!" zwar ein Indikator für hinreichend attribuierte Fachkompetenz sein, andererseits aber ein Negativkriterium für adäquate "Arbeitsorientierung", d.h. in Richtung mangelnde Eigeninitiative (s.u.).

"KOOPERATIVE THERAPEUT-KLIENT-BEZIEHUNG"

Hauptziele beim Klienten:

- "OFFENHEIT/VERTRAUEN (◇)
- "SPANNUNGSREDUKTION" (▲)
- "KOOPERATION MIT DER BETREFFENDEN THERAPEUTEN-PERSON" (*)

POSITIV-KRITERIEN:

- ◇ "Ich habe das noch keinem anderen vorher erzählt..."
- ◇ "Ich geniere mich jetzt sehr...aber Sie müssen das ja wissen, um mir helfen zu können."
- ◇ Klient erzählt über Themen, die sonst eher tabuisiert sind (z.B. Sexualität, Schlagen von Kindern, eigenes Versagen)
- ◇ Klient zeigt vertrauliche Informationsquellen vor (z.B. Tagebuch etc.).

▲ "Ihr Zuhören hat mir gutgetan...!"

▲ "So...jetzt bin ich's los. Jetzt geht es mir viel besser!"

▲ **NONVERBALE KRITERIEN** (z.B. lockere Sitzposition, entspannte Atmung etc.), die auf hinreichende Spannungsreduktion schließen lassen.

* "Endlich jemand, der mich versteht...!"

* "Sie sind mir von X sehr empfohlen worden."

* "Ich weiß, daß es sehr auf mich selber ankommt, aber mit Ihnen geht vieles leichter!"

* "Für mich war wichtig, einen älteren (bzw. jüngeren/männlichen/weiblichen/verheirateten/ledigen etc.etc.) Therapeuten zu finden. Deshalb bin ich zu Ihnen gekommen".

* "Ich weiß, daß Sie für XYZ Spezialist sind. Deshalb komme ich zu Ihnen".

etc.

NEGATIV-KRITERIEN:

- ◇ Erzählt andere Informationen als von dritter Seite bekannt oder mit objektiven Daten (z.B. Zeugnisse, Gerichtsurteile etc.) belegt.
- ◇ Herunterspielen, Bagatellisieren oder auch Bestreiten von Schwierigkeiten.

— Fortsetzung nächste Seite —

- ◇ Defensives Äußerungen (andere machen das auch so!) oder Schilderungen, die von der eigenen Person ablenken (von anderen erzählen).
- ◇ Schweigen oder "Darüber rede ich nicht!"
- ◇ "Ich will nicht, daß Sie etwas mitnotieren".
- ◇ "Sie erzählen das sicher der Schule (dem Jugendamt, dem Arbeitgeber etc.)".

- ▲ "Das Gespräch mit Ihnen hat mich ganz nervös und durcheinander gemacht."
- ▲ **NONVERBALE KRITERIEN** (z.B. verkrampfte Sitzhaltung, gepreßte Atmung, verschränkte Arme, kaum Blickkontakt etc., wobei im Verlauf des Gesprächs kaum Lockerung eintritt).

- * "Sie verstehen mich nicht!"
- * "Sie können mir da gar nichts erzählen!"
- * "Haben Sie mit solchen Problemen überhaupt Erfahrung?"
- * "Ich habe aber letzthin gelesen..."
- * "Mein früherer Therapeut war da aber ganz anderer Meinung!"
- * "Sind Sie denn überhaupt verheiratet?/Haben Sie überhaupt selbst Kinder?"
- * "Sie sind viel zu jung (bzw. zu alt), um das zu verstehen!"
- * "Mit männlichen (weiblichen) Therapeuten komme ich nicht so zurecht."

etc.

Trotz gewisser allgemeiner Gesichtspunkte beim Beziehungsaufbau ist eine **"zielorientierte Beziehungsgestaltung"** des Einzelfalles unabdingbar (vgl. Teil I, S.120). Hierbei befindet sich der Therapeut in jedem Fall in einem Dilemma zwischen den beiden Haupt-Zielen **"Beziehungstabilisierung"** und **"Problemveränderung"**:

Während ein deutlich **beziehungsorientiertes** oder **"partnerzentriertes"** (Braun, 1984) Arbeiten das Risiko enthält, durch zuviel Akzeptieren, Wertschätzung etc. gleichzeitig auch vorhandene Probleme zu stabilisieren und eine Änderung unwahrscheinlich zu machen, kann durch ein verfrühtes **änderungsorientiertes** oder **"aufgabenzentriertes"** (Braun, 1984) Arbeiten ein Therapieerfolg gänzlich scheitern, weil die nötige Basis fehlt. Hier wird der Therapeut in jedem Fall vor einer Gratwanderung zwischen beiden Hauptzielen stehen, indem er vor allem anfangs mehr den Beziehungsaufbau in den Vordergrund stellt, später ein **"sowohl-als-auch"** anstrebt - jedoch keines von beiden Zielen völlig vernachlässigen darf.

Wenn sich Anzeichen dafür ergeben, daß der Klient mit der Person des betreffenden Therapeuten nicht zurechtkommt, sollte eine **"Störfall"-Analyse** (vgl. Teil I, S.143) vollzogen werden: Vor allem sollte der Therapeut zunächst sein eigenes Kommunikationsverhalten und "Setting" (s.u.) überprüfen*) und sich fragen, ob er möglicherweise selbst für (berechtigte?) **Widerstände** des Klienten verantwortlich ist. Hierfür kann auch eine gezielte **"Widerstands-Analyse"** (nach dem Muster von Caspar & Grawe, 1981) sehr hilfreich sein. Obwohl sich der Therapeut bei **jedem** Klienten um einen adäquaten Beziehungsaufbau **bemühen** sollte, wird nicht jeder Klient mit jedem Therapeuten (und umgekehrt) harmonisieren können, so daß als letzter Ausweg auch an einen Abbruch der Kontakte sowie die Überweisung an andere Stellen zu denken wäre.

(b) Aufbau von Arbeitsorientierung

Wie bereits an anderer Stelle dargelegt, werden die therapeutischen Kontakte nicht als Selbstzweck, sondern im Sinne eines **"zweckgerichteten Arbeitsbündnisses"** verstanden. Für den Klienten heißt das, daß es mit seinem Kommen und dem Vorbringen seiner Beschwerden nicht schon getan sein kann, sondern daß er selbst **aktiv** an den Schwierigkeiten arbeiten muß, falls eine Besserung eintreten soll.

Aus diesem Grund stellen - besonders bei Betonung von Selbstmanagement und Selbstkontrolle (z.B. Kanfer, 1980; Hecht, 1984) - **therapeutische Aufgaben** einen unabdingbaren Bestandteil des Vorgehens dar. Mit ihrer Hilfe lernt der Klient, (anfangs ganz kleine) neue Erfahrungen zu machen. Ein Großteil dieses Lernens ist dabei nicht auf die unmittelbare Zeit der therapeutischen Kontakte beschränkt, sondern geschieht in Form von **"Hausaufgaben"** (z.B. Shelton & Ackerman, 1978; Shelton & Levy, 1981) auch **zwischen** den Sitzungen.

"Arbeitsorientierung" kann darüberhinaus aber noch weitere Merkmale umfassen, weshalb die nachstehende Tabelle zunächst einen Überblick über wichtige Positiv- bzw. Negativkriterien zu geben versucht:

*) Hierfür sind kollegialer Austausch, Selbsterfahrung und Supervision von elementarer Bedeutung.

"ARBEITSORIENTIERUNG"

Beschreibung:

Klient übernimmt eine **aktive** Rolle im Therapieprozeß anstelle einer **passiv-rezeptiven** "Konsumentenhaltung"

POSITIV-KRITERIEN:

- * Klient liefert nötige Informationen.
- * Klient macht eigene Vorschläge (z.B. "Könnte ich nicht ... probieren?" "Soll ich meine(n) Mann/Frau fragen, ob er/sie mitkommt?" "Ich könnte meine Gedanken dazu mal eine Zeitlang aufschreiben" etc.).
- * Klient bringt von selbst Unterlagen bei (z.B. Zeugnisse, Arztbefunde, eigene Notizen etc.).
- * Gemeinsam getroffene Vereinbarungen und Abmachungen werden eingehalten.
- * Klient erledigt therapeutische "Hausaufgaben".

etc.

NEGATIV-KRITERIEN:

- * Haltung: "Hier bin ich - jetzt machen Sie mal!"
- * Analogien zur Arzt-Patient-Rollenverteilung.
- * Versuche, Verantwortung an den "Experten" abzugeben (z.B. "Raten Sie mir doch, was ich da tun soll - Sie sind doch der Fachmann...!").
- * Klient möchte nur über seine Schwierigkeiten reden.
- * Sprunghaftes Wechseln von einem Thema zum nächsten, sobald die "Arbeit" losgeht.
- * Fehlende Eigeninitiative (z.B. "Sie als Therapeut könnten doch für mich beim Sozialamt anrufen!").
- * Absprachen/Vereinbarungen werden nicht eingehalten.
- * "Hausaufgaben" werden unvollständig oder überhaupt nicht erledigt.

etc.

Die Betonung von starker aktiver Mitarbeit und Eigenaktivität seitens des Klienten kann für diesen jedoch eine höchst paradoxe Forderung bedeuten:

Die Tatsache, daß ein Klient professionelle Hilfe in Anspruch nimmt, resultiert in den meisten Fällen eben gerade daraus, daß bisherige eigene Problemlösungsversuche fehlgeschlagen und die

eigenen Ressourcen erschöpft sind. Häufig findet sich eine - oft jahrelange - Lerngeschichte mit erfolglosen "Selbstkontrollversuchen", was nach theoretischen Gesetzmäßigkeiten auch starke Auswirkungen auf die Therapiemotivation (s.u.) haben dürfte. Somit ist es durchaus verständlich, wenn der Klient zu Beginn der Therapie äußert: "Ich habe schon alles versucht.... helfen Sie mir....!"

Der Umgang mit diesem "Initialparadoxon" steht demzufolge im Mittelpunkt der therapeutischen Bemühungen um den Aufbau adäquater Arbeitsorientierung. Hier kommt der Komponente des "interaktionellen Problemlösens" (vgl. Teil I, S.112ff.) entscheidende Bedeutung zu, weil die Interaktion mit dem vergleichsweise neutralen Therapeuten es dem Klienten (wieder) ermöglicht, eigene Ressourcen zu entdecken und alternative Lösungen zu finden, während vorher die - vielfach extrem hohe - emotionale Beteiligung zu einem regelrechten "Scheuklappen-Phänomen" geführt haben kann. Während die Schwierigkeiten für den Klienten dadurch unlösbar wurden, dient die jetzige Orientierung an therapeutischen Problemlösemodellen dazu, die Beschwerden des Klienten wieder in eine **arbeitsreife** und **lösungsadäquate** Form zu bringen. Bereits die strukturierte, konkretisierte Datensammlung kann hierbei dem Klienten wieder den Blick für übrige Lösungsalternativen öffnen, ihm Barrieren verdeutlichen oder aber Ziele als erstrebenswert bzw. unerreichbar erkennbar machen.

Therapeutische Versuche, die anfänglichen Hilfsappelle des Klienten wieder auf dessen eigenes Selbsthilfepotential zurückzulenken, werden allerdings nur dann von Erfolg gekrönt sein, wenn sich beim Klienten (zunächst u.U. nur minimale) Änderungen seiner bisherigen Problemsichtweisen vollziehen (etwa in Richtung: "So habe ich die Sache noch nicht betrachtet" oder z.B. "Das habe ich noch nicht versucht"). Im Hinblick auf Aspekte der Therapiemotivation (s.u.) wäre nicht einzusehen, weshalb der Klient z.B. die Dinge nochmals probieren sollte, die er selbst bereits erfolglos versucht hat oder wie er - zurückgeworfen auf seine unveränderte Problemauffassung, mit der er sich (oft seit Jahren) "im Kreise dreht" - allein zu Lösungen kommen könnte. Nur wenn es gelingt, hier eine veränderte kognitive Strukturierung/Rasterung zu erreichen (und dem Klienten außerdem auch von den Therapieerwartungen her zu vermitteln ist, wozu er wie intensiv woran mitarbeiten muß), ist mit der notwendigen Eigenbeteiligung zu rechnen.

Für den **Aufbau von Arbeitsorientierung** gibt es - ohne Anspruch auf Vollständigkeit - eine Reihe von praktischen Möglichkeiten:

Zunächst ist (vgl. oben: "Klärung von Therapieerwartungen") wichtig, dem Klienten adäquate Informationen bezüglich Arbeitsorientierung zu vermitteln, so daß er weiß, was als Vorbedingung für eine erfolgreiche Problembewältigung erforderlich ist (z.B. "Ich würde Ihnen gerne auf einfache, schnelle Art Ihre Schwierigkeiten lösen. Leider geht das nicht, und so wird es sehr auf Ihre aktive Mitarbeit ankommen....").

Im Hinblick auf therapeutisches Handeln des Klienten ist ratsam, sich den bereits realisierten **minimalen** Ansätzen des Klienten in Richtung Arbeitsorientierung zuzuwenden und diese gezielt zu verstärken. Dies kann sich z.B. auf die Vermittlung präziser Informationen, auf eigene Vorschläge, mitgebrachte Notizen etc. beziehen. Das Prinzip der **kleinen** (aber deshalb **erfolgreichen**) **Schritte** ist auch deswegen durchgängig von Bedeutung, da der Klient auf diese Weise wieder seine Kontrollmöglichkeiten (im Sinne eines "internal locus of control": Rotter, 1966) und die Wirksamkeit eigener Handlungen (im Sinne einer "self-efficacy": Bandura, 1977) erfährt und sich damit sozusagen selbst von seinen Lösungskompetenzen überzeugt.

Wie bereits oben angedeutet, stellen **therapeutische Aufgaben und Hausaufgaben** (vgl. Shelton & Ackerman, 1978; Shelton & Levy, 1981) in diesem Zusammenhang die wichtigsten Hilfsmittel dar. Sie müssen allerdings gut an die Kompetenzen des Klienten angepaßt und sinnvoll ins Therapiekonzept eingebettet sein, wenn sie erfolgreich über die Bühne gehen sollen. Während zu Beginn solche Aufgaben eher diagnostischen Charakter haben (z.B. Selbstbeobachtung etc.), geht es später um die gezielte Umsetzung vereinbarter therapeutischer Teilschritte, wobei der Therapeut darauf achten sollte, daß das Mißerfolgsrisiko für den Klienten möglichst gering ist. Nach dem Motto "Ausprobieren ist wichtiger als perfekte Erledigung" ist der Klient auf alle Fälle um eine Erfahrung reicher, und der Therapeut kann entweder erfolgreiche Versuche sofort verstärken oder aber erhält anhand mißglückter Teilbereiche Aufschluß über eventuell bestehende (und dann vorrangig zu behandelnde) Verhaltensdefizite des Klienten. Auf jeden Fall gibt es einen Anknüpfungspunkt für die **Weiterarbeit** in der nächsten Sitzung.

Außer bei "Hausaufgaben" sollte auch bei anderen Vereinbarungen auf die adäquate **Einhaltung** Wert gelegt werden, so daß der Klient den Verbindlichkeitscharakter (Konsequenzen!) von Abmachungen erfährt. Umgekehrt sollte der Therapeut in diesem Punkt mit gutem Vorbild vorangehen und sich seinerseits an vereinbarte Dinge (z.B. "bis zum nächsten Termin Gespräch mit dem behandelnden Arzt führen" etc.) halten.

Falls beim Klienten keine hinreichende Arbeitsorientierung (operationalisiert z.B. anhand obiger Negativ-Kriterien) zu beobachten ist, sollte eine **Störfall-Analyse** (vgl. Teil I,

S.143) vollzogen werden. In erster Linie geht es darum, abzuklären, ob mangelhafte Eigeninitiative eventuell auf hemmende Faktoren wie Überforderung oder Angst zurückgeht, ob es sich um störungsbildtypische Dependenz (wie z.B. bei Depressiven) handelt, oder ob jemand in seiner Lerngeschichte schlechte Erfahrungen mit Eigenaktivität/Selbstverantwortung (bzw. "gute" Erfahrungen mit Passivität) gemacht hat. Auch an eine Klärung von Therapieerwartungen (siehe oben) oder an den Aufbau von Therapiemotivation (siehe unten) könnte zu denken sein, bevor man dem Klienten aufgrund fehlender Arbeitsorientierung irrtümlicherweise "Widerstände" unterstellt.

(c) Aufbau von Therapiemotivation

Der Bereich "Motivation" ist für die Psychologie ein gleichermaßen beliebtes wie heterogenes Forschungsfeld, in dem jedoch alles andere als terminologische Klarheit herrscht (vgl. z.B. Kleinginna & Kleinginna, 1981). Obwohl sich aus der neueren Grundlagenforschung (z.B. Heckhausen, 1980; Kuhl, 1983; etc.) durchaus einige Erkenntnisse auf die Therapiesituation übertragen lassen, sind wir noch weit von anerkannten Theorien der "Therapiemotivation" oder von einer eindeutigen "Motivationsdiagnostik" (vgl. Herber, 1977) entfernt.

Da sich der klinische Praktiker allerdings nicht bis zu dem Zeitpunkt gedulden kann, an dem die theoretischen Schwierigkeiten überwunden sind, muß er sich auch bei diesem Thema mit einigen pragmatischen Ableitungen und punktuellen Hervorhebungen begnügen. Ansätze dazu sollen nachfolgend skizziert werden:

Zunächst ist es angesichts des momentanen Kenntnisstands nicht mehr sinnvoll, "Therapiemotivation" als statische oder globale Einflußgröße im Sinne eines überdauernden Persönlichkeitsmerkmals anzunehmen. Vielmehr ist eine Multidimensionalität des Konstrukts ebenso wahrscheinlich wie ständige Fluktuationen im Verlauf des Prozesses (vgl. Rosenbaum & Horowitz, 1983), so daß auch für die klinische Praxis eine hochgradige **Situationsspezifität** und **prinzipielle Variabilität über die Zeit** zu unterstellen sind. Kanfer (1983) weist in diesem Zusammenhang auf die Notwendigkeit einer genaueren Differenzierung hin und empfiehlt, jeweils die Frage zu stellen: **"Motivation - wofür?"**

Die **Situationsspezifität von Therapiemotivation** bedeutet, daß man im Hinblick auf jede spezielle Einzelentscheidung und Einzelhandlung während des Therapieprozesses die Mitbeteiligung einer Variablen "Therapiemotivation" postulieren kann. Folglich

lassen sich jeweils spezielle "Einzelmotivationen" differenzieren: z.B. die Motivation, überhaupt eine Therapie zu beginnen, mit dem betreffenden Therapeuten Kontakte einzugehen, sich auf eine spezielle therapeutische "Schulrichtung" einzulassen, an speziellen Problemen bzw. an der Erreichung bestimmter Ziele zu arbeiten, bestimmte Interventionen mitzumachen, spezielle "Spielregeln" einzuhalten u.v.m.

Variabilität über die Zeit unterstreicht den dynamischen Charakter des Konstrukts, wobei sich Intensität, Fokus und Inhalte während des diagnostisch-therapeutischen Prozesses ändern: Während es zu Beginn der Therapie ausreicht, daß eine globale Motivation zur Therapie vorliegt und der Klient überhaupt seine Termine wahrnimmt, müssen im Verlauf späterer Phasen neue Motivationsaspekte hinzukommen (über das Erscheinen zu den Terminen hinaus auch z.B. offen Informationen geben, Veränderungen anstreben, Problem- und Zielklärungen vornehmen, aktiv in und zwischen den Sitzungen mitarbeiten, Vereinbarungen einhalten, etc.). Variabilität bedeutet außerdem prinzipielle Änderbarkeit von Therapiemotivation, so daß es nicht um eine Eingangsselektion "motivierter" Klienten geht, sondern der Therapeut sich um den Aufbau von Therapiemotivation (gerade am Anfang der Therapie, aber auch in späteren Phasen) bemühen kann und sollte.

Für praktische Zwecke kann die nachstehende Tabelle ein paar Hinweise auf Indikatoren von "Therapiemotivation" geben; da sich - wie eingangs angemerkt - allerdings für jede therapeutische Einzelepisode eine entsprechende "Motivation" annehmen läßt, müssen die Kriterien im Prinzip unvollständig bleiben: *)

*) Einige Kriterien der vorliegenden Tabelle wurden durch Erfahrungen aus Kanfer (1983) angeregt.

"THERAPIEMOTIVATION"

POSITIV-KRITERIEN (+) können indizieren, "Therapie ist mir als Klient wichtig".

NEGATIV-KRITERIEN (-) indizieren, "Therapie ist mir nicht so bedeutsam; es gibt wichtigere Dinge für mich als Klient".

MOTIVATION ZU KOMMEN/WIEDERZUKOMMEN:

- (+) Klient hält Termine ein, ist pünktlich.
- (+) Klient nimmt lange/umständliche Anfahrtswege in Kauf.
- (+) Kontaktaufnahme erfolgt freiwillig und auf eigene Initiative.
- (+) Beim Vereinbaren von Terminen: "Ich kann ~~immer~~ kommen; da muß ich mir eben ein wenig früher frei nehmen."
- (+) Klient "opfert" andere Dinge/verschiebt andere Termine.
- (+) Klient äußert Enttäuschung bei Terminverlegung seitens des Therapeuten.
- (-) Klient wird geschickt von anderen, kommt mit (z.B. amtlicher) Auflage.
- (-) Klient sagt wiederholt Termine ab, verschiebt Termine.
- (-) Nichterscheinen/Unpünktlichkeit/Falschdatieren von Sitzungen.
- (-) Beim Vereinbaren von Terminen: "Mittwoch geht nicht wegen Tischtennis, Donnerstag muß ich zum Yogakurs, am Freitag kommt meine Freundin...".
- (-) Im Termin: "Heute habe ich nur 1/2 Stunde Zeit, ich muß dann zum Friseur..."
- (-) Bei Terminverlegung seitens des Therapeuten: "Macht nichts, ich gehe sowieso lieber ins Schwimmbad bei diesem Wetter..."

MOTIVATION, INFORMATIONEN ZU GEBEN:

- (+) Klient setzt alles daran, gestellte Fragen zu beantworten (sucht eventuell daheim noch Unterlagen/Quellen; erkundigt sich bei anderen Bezugspersonen etc.).
- (+) Klient bringt von sich aus wichtige Unterlagen/Aufzeichnungen/Notizen mit.
- (-) Klient bringt auch auf Aufforderung hin keine Unterlagen, "vergißt" Erkundigungen, weicht Fragen aus, schweigt etc.
(aber: Einfluß der Therapeut-Klient-Beziehung! vgl. dortige Kriterien!)

Fortsetzung nächste Seite

MOTIVATION, AN EINER ÄNDERUNG ZU ARBEITEN:

- (+) Eigene Initiativen und Vorschläge in Richtung Änderung.
- (+) Klient läßt sich auf Neues, Ungewohntes, Unvertrautes ein.
- (+) Klient nimmt wegen der erstrebten Änderung Mühen und Erschwernisse in Kauf.
- (-) Klient versucht, es beim "Reden" zu belassen.
- (-) Klientenäußerungen: "Ich glaube nicht, daß mir das helfen wird"; "Das ist mir zu beschwerlich"/"Dafür habe ich nicht die Zeit"/"Das ist mir nun doch nicht mehr so wichtig" etc.
- (-) Themen- oder Problemwechsel, sobald Änderungen anstehen.
(Sonstige Kriterien zum Thema "Motivation zu arbeiten": vgl. "Arbeitsorientierung!")

MOTIVATION, BESTIMMTE INTERVENTIONEN DURCHZUFÜHREN:

- (+) Klient läßt sich auf zielführende Interventionen ein (adäquate Therapieplanung des Therapeuten vorausgesetzt!).
- (-) Klient weigert sich, bestimmte Interventionen mitzumachen, "vergißt" Hausaufgaben, äußert: "Das ist mir zu blöd: so ein Rollenspiel!" etc.
(aber: Störfall-Analyse wichtig, um Gründe zu klären! vgl. Text!)

MOTIVATION, MIT DEM SPEZIELLEN THERAPEUTEN ZU ARBEITEN:

(siehe spezieller Abschnitt: Therapeut-Klient-Beziehung!)

Während früher hauptsächlich auf die motivierende Komponente "Leidensdruck" gebaut wurde, rücken heute vor allem Motivierungsansätze in den Vordergrund, die (statt negativer oder "Druck"-Motivation) versuchen, **positive Anreize** (d.h.: "Zug"-Motivation) zu schaffen:

NEGATIV-MOTIVATION	POSITIV-MOTIVATION
"Antrieb" "PUSH" "Druck"	"Anreiz" "PULL" "Zug"

Obgleich beide Motivierungsarten effektiv sein können, geben wir der **Positiv-Motivierung** den Vorzug, da bei Negativ-Motivation die Gefahr besteht, daß mit Abnahme aversiver Begleiterscheinungen (wie "Leidensdruck") auch die Therapiemotivation schwindet. Hingegen zeichnet sich positive Motivation durch ein Streben nach individuell hocheingeschätzten Zielen und Werten (vgl. auch unten: Phase 3) aus und bleibt auch nach Wegfall negativer Motivationskomponenten bestehen. Außerdem bietet sie den Vorteil, daß der Klient nach Ende der Therapie weiterhin motiviert bleibt, seine Ziele im Sinne eines "Selbstmanagement" eigenständig zu klären, um danach Ziele und Handeln in Einklang bringen zu können.

Für die Praxis bedeutet dies, daß die Therapie mit all ihren erforderlichen Einzelaspekten für den Klienten - zumindest im Moment und für eine gewisse Zeitspanne - ein **subjektiv sehr bedeutsames Anliegen** ("Current Concern (CC)" im Sinne von Klinger, 1977; Klinger et al., 1981; vgl. auch unten Phase 3!) sein oder werden muß und in der aktuellen Zielhierarchie des Klienten unter den **ersten** Prioritäten rangiert. Außerdem ist es notwendig, daß der Klient die Therapie als **Mittel** zur Erreichung subjektiv hochrelevanter Ziele wahrnehmen kann.

In Anlehnung an bestehende Motivationskonzeptionen kann jedoch davon ausgegangen werden, daß Ziele nur dann in Handlungen umgesetzt*) werden, wenn der erwartete subjektive Nutzen die zu investierenden "Kosten" jeglicher Art (z.B. Zeit, Geld, Frustrationen, Enttäuschungen, persönliche "Opfer", negative Gefühle/Erlebnisse etc.) übersteigt. Folglich geht es für unsere Zwecke um die Aufgabe, Klienten zu unterstützen, "... to engage in behavior change with some anticipation of success" (Kanfer, 1979, p.200f.).

Für einen **gezielten Motivationsaufbau** kann sich der Therapeut (nach Beantwortung der Kanfer-Frage: "Motivation - wofür?") z.B. an folgenden - ohne Anspruch auf Vollständigkeit formulierten - Vorschlägen orientieren:

Bei wenig motivierten Klienten kann ein **allererster Versuch** in Richtung Motivationsaufbau schon darin bestehen, den Klienten zum **Kommen/Wiederkommen** zu bewegen, damit er überhaupt mit der für ihn neuen (eventuell angsterzeugenden?) Therapiesituation Erfahrungen sammeln kann. Hier wird dann viel von der tatsächlichen Gestaltung der Kontakte (Therapeut-Klient-Beziehung! Erste kleine **Erfolgslebnisse** des Klienten etc.) abhängen, ob erste Ansätze in längerfristige Kontakte münden.

*) Selbstverständlich muß der Klient für die geforderte Handlung auch das notwendige Wissen und Können mitbringen.

Durch frühzeitige **Erwartungskklärung** (siehe oben) sind solche **Motivationshindernisse** auszuräumen, die auf falsche oder verzerrte Vorstellungen von Therapie zurückgehen. Außerdem sollte der Klient über die **prinzipielle Freiwilligkeit** seiner Therapie informiert werden.

Eventuell ist für Klienten, die sich noch nicht eindeutig für oder gegen Therapie aussprechen können, die Vereinbarung einer "Probezeit" (von z.B. 5 Terminen) sinnvoll, nach deren Ablauf eine endgültige Entscheidung getroffen wird; genauso ist möglich, bereits im Erstgespräch zu vereinbaren, daß weitere Kontakte erst dann folgen, wenn sich der Klient - nach eingehender Bedenkzeit - grundsätzlich zu einer Therapie entschlossen hat.

Im Rahmen seiner Selbstmanagement-Konzeption gibt Kanfer (z.B. 1979, p.196ff.) einen Überblick über einige motivationsförderliche **Grundbedingungen**: Die Entdeckung der Wirksamkeit eigenen Verhaltens ("self-efficacy", Bandura, 1977) sowie das Erleben der Kontrolle über bestimmte Verhaltensweisen/Ereignisse steigern entscheidend die aktive Eigenbeteiligung von Klienten. In der Praxis kann dies am ehesten durch geschickt strukturierte (d.h. erfolgreich bewältigbare) therapeutische Aufgaben bzw. Hausaufgaben erreicht werden (vgl. oben!). Des Weiteren läßt sich die Motivation des Klienten dadurch steigern, daß ihm maximale Entscheidungsfreiheit bei seinem eigenen Handeln gewährt wird. Letzteres ist in unserem Therapieansatz dadurch gesichert, daß der Klient **an allen Therapieentscheidungen** (besonders an der Vereinbarung von Therapiezielen) mitbeteiligt ist. Maximale Transparenz gewährleistet zudem die "Einsicht" des Klienten ins Therapieschehen, so daß er nachvollziehen kann, wozu welche Schritte dienen.

Die oben betonte Motivierung durch **positive Anreize** nimmt in erster Linie den Weg über die **(Wieder-)Entdeckung** und **Antizipation** attraktiver Ziele durch den Klienten: Mittels bestimmter **Techniken zur Ziel- und Wertklärung** (Phantasieübungen, Rollenspiele, Hausaufgaben etc.; vgl. Kanfer & Grimm, 1980; Schmelzer, 1983) wird der Klient angeregt, sich gedanklich/verhaltensmäßig mit potentiell erstrebenswerten Ziel- und Wertbereichen zu beschäftigen (siehe unten: Phase 3!)*). Nur dann, wenn es dem Klienten gelingt (wieder) lohnenswerte Anreize für sich zu finden, die er danach mittels Therapie anpeilen kann, wird er

*) Obwohl in unserem OPTIMIZE-Modell der Schwerpunkt "Kklärung von Therapiezielen" erst in Phase 3 behandelt wird, können im Fall von Motivationsmängeln entsprechende Übungen bereits in die jetzige Phase vorgezogen werden.

auch in (vorübergehenden) "Durststrecken" während der Therapie weiter motiviert bleiben. Der Klient soll sich jedoch auch deswegen frühzeitig mit Fragen nach dem subjektiven Nutzen einer eventuellen Verhaltensänderung beschäftigen, damit er sich überlegen kann, ob es sich überhaupt lohnt, dafür Kosten und Mühen zu investieren. Sowohl für den Klient als auch für den Therapeuten ist in diesem Zusammenhang wichtig, "echte" Änderungsabsichten von solchen zu differenzieren, die sich lediglich als "Lippenbekenntnisse" entpuppen. Falls deutlich wird, daß dem Klienten die "Kosten" einer Änderung zu hoch - bzw. der erwartete "Nutzen" zu gering - erscheinen (und auch Motivierungsversuche an dieser Relation nichts ändern können), ist es günstiger, eine Therapie gar nicht erst zu beginnen bzw. ein anderes (lohnenderes) "target" zu suchen.

Letztlich ist von einem "Motivationsaufbau" durch Steigerung des Leidensdrucks (z.B. "wenn Sie nicht in Therapie gehen, wird...passieren".) eher abzuraten, vor allem dann, wenn der einzige Effekt darin besteht, daß der Klient - nach Abbruch der Kontakte - mit noch größeren Belastungen dasteht als zuvor.

Bei offensichtlichen Motivationsmängeln bietet sich wieder die "Störfall-Analyse" als Hilfe zur Klärung an; dabei ist vor allem ratsam, sich zu fragen, ob die jeweiligen Basisvoraussetzungen für die vom Klienten erforderliche Handlung vorhanden sind, bevor man ihm fälschlicherweise "mangelnde Motivation" unterstellt:

BASISVORAUSSETZUNGEN FÜR JEDE HANDLUNGSEPISE	
"WISSEN"	(kognitives Wissen um bestimmte Alternativen)
"KÖNNEN"	(notwendige verhaltensmäßige Kompetenzen)
"MOTIVATION"	(subjektive "gute Gründe" für bestimmtes Verhalten)

Falls jedoch alle daraus abgeleiteten Zwischenschritte (z.B. Aufbau bestimmter Voraussetzungen) sowie alle bestgemeinten Motivationsversuche fehlschlagen, bleibt dem Therapeuten nichts anderes übrig, als die Grenzen seiner Einflußmöglichkeiten zu akzeptieren. Im Extremfall wird er die Kontakte beenden (bzw. den Klienten an andere Stellen überweisen). Doch auch dann, wenn ein Motivationsaufbau gelingt, gibt es noch keinerlei Garantie für eine "automatische" Aufrechterhaltung, und so muß auch in den späteren Phasen das Vorliegen der adäquaten Motivation kontinuierlich überprüft werden.

(3) Schwerpunkt "Äußere Merkmale der Therapiesituation"

(a) Organisatorische Belange

Aspekte des organisatorischen Ablaufs - wozu auch Fragen nach der fachlichen Zuständigkeit der betreffenden Institution gehören - werden häufig als selbstverständlich bzw. dem Klienten bekannt vorausgesetzt. Nicht immer ist jedoch diese optimistische Haltung berechtigt, so daß es ratsam erscheint, die wichtigsten diesbezüglichen Faktoren möglichst zu Beginn des diagnostisch-therapeutischen Prozesses explizit zu klären. Folgende Punkte sind in erster Linie relevant:

- * Ist die Institution/der betreffende Therapeut für die vorgebrachten Beschwerden überhaupt zuständig/kompetent?
- * Gibt es besser geeignete Spezialeinrichtungen oder Kollegen, die auf bestimmte Problembereiche spezialisiert sind?
- * Sind andere Berufsgruppen (z.B. Ärzte, Rechtsanwälte, Pfarrer, Sozialhelfer, Krankengymnasten, Logopäden etc.) eher für eine adäquate Betreuung zuständig?
- * Ist eine ambulante Betreuung überhaupt möglich/sinnvoll/erwünscht?
- * Ist eine medikamentöse Begleitung der Therapie notwendig/erwünscht/bereits in Gang?
- * Ist eine medizinische (oder sonstige) Untersuchung notwendig?
- * Sind Kontakte zu früheren Therapeuten/zur Ärzten/Kliniken etc. notwendig bzw. erwünscht?
- * Ist es ratsam, weitere Personen einzuschalten (z.B. Partner, Restfamilie, Lehrkräfte, Hausarzt, Kindergarten-Erzieher etc.)?
- * Ist die Kostenfrage der Betreuung geklärt?
- * Ist der Klient über Häufigkeit/Länge/Regelmäßigkeit der Einzeltermine informiert?
- * Gibt es Vereinbarungen über eine von vornherein begrenzte Dauer der Kontakte (z.B. feste Vereinbarung von 10 Terminen etc.)?
- * Ist der Klient über seine Rechte (z.B. Freiwilligkeit der Inanspruchnahme, Recht auf Therapiebeendigung etc.) und über seine Pflichten (z.B. aktive Mitarbeit etc.) hinreichend aufgeklärt?
- * Sind dem Klienten wichtige gesetzliche/berufsständische Verpflichtungen des Therapeuten (z.B. Schweigepflicht) bekannt?
- * Weiß der Klient, daß Kooperation mit irgendwelchen anderen Institutionen/Personen nur mit seiner ausdrücklichen Einwilligung erfolgen darf?

Um z.B. grobe Fehlanmeldungen/Fehlüberweisungen von Klienten zu vermeiden, sollte eine **globale Zuständigkeitsabklärung** möglichst frühzeitig (d.h. schon bei der Anmeldung) erfolgen. Durch gezielte Informationen könnte außerdem schon vor einer tatsächlichen Kontaktaufnahme der Öffentlichkeit publik gemacht werden, wofür die Beratungsstelle zuständig ist/wofür nicht bzw. wie es um die wichtigsten organisatorischen Abläufe (z.B. Kostenfrage etc.) bestellt ist.

Im Regelfall erfolgt die Klärung obiger Fragen meist im Erstgespräch, sobald diese Punkte im Gesprächsablauf relevant werden oder der Klient solche Fragen selbst äußert; in allen anderen Fällen sollte der Therapeut diese Aspekte spätestens am Ende des Erstkontakts **selbst** einbringen (z.B. im Rahmen der Informationen über "Erwartungen an Klienten").

(b) Therapeutisches "Setting"

Unter dem therapeutischen "Setting" sollen äußere Faktoren der Therapie-Situation verstanden werden, die - je nach Art - förderlichen oder hinderlichen Einfluß auf das Therapiegeschehen haben können (z.B. Lage, Art und Ausstattung der Beratungsräume etc.). Obwohl man davon ausgehen darf, daß im Verlauf der Therapie **äußere** Merkmale immer irrelevanter werden, messen manche Klienten solchen Variablen (gerade anfangs) sehr viel Bedeutung bei, so daß es sich lohnt, auch in diesem Bereich, soweit möglich, eine Optimierung anzustreben.

So kann z.B. die verkehrstechnisch ungünstige Lage einer Stelle Nachteile mit sich bringen. Andererseits erscheint es von Vorteil, einen möglichst anonymen Standort zu besitzen, so daß - vor allem in ländlichen Gegenden - nicht gleich die halbe Einwohnerschaft weiß: X geht zum Psychologen.

Manchmal können sich "Setting"-Faktoren auch auf Therapie-Erwartungen auswirken, z.B. wenn Beratungsstellen zu stark mit den sonstigen Aufgabengebieten ihrer Trägerinstitutionen assoziiert sind (wenn eine universitäre Beratungsinstitution dem Klienten den Eindruck eines "Versuchskaninchens", eine caritative Organisation den eines "Almosenempfängers" oder eine städtische Einrichtung den eines "behördlichen Verwaltungsapparates" vermittelt).

Findet die Therapie andererseits in privaten Räumen (z.B. im Wohnzimmer des Therapeuten) statt, so kann beim Klienten leicht die Vermutung entstehen, daß der Therapeut eigentlich "nur nebenbei" (und deshalb unqualifiziert) Therapie betreibt.

In der **direkten** Therapiesituation kann ein hinter dem Schreibtisch verschanzter Therapeut wohl kaum adäquaten Kontakt schaf-

fen. Ein ständig klingelndes Telefon wird genauso abträglich sein wie Störungen durch Kollegen, die den Therapieraum betreten, um irgendwelche Materialien zu holen. "Nebensächliche" Kleinigkeiten wie z.B. eine Entspannungsliege oder die unbenutzt in einer Ecke stehende Videoanlage können beim Klienten durch den bloßen Anblick gravierende Ängste wecken. Bei Kindern haben möglicherweise dunkle Zimmer und Gänge (z.B. im Keller) ähnliche Effekte. Fehlende Spielmaterialien machen die Situation für Kinder unter Umständen langweilig. Außerdem ist im Einzelfall überlegenswert, ob der Therapeut weitere Personen (z.B. Co-Therapeuten/Praktikanten etc.) hinzuziehen kann, sowie ob Video- oder Tonbandmitschnitte der Sitzungen möglich/störend sind.

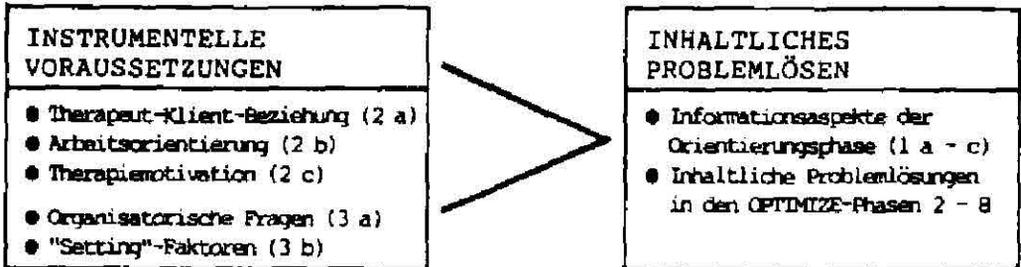
Diese keineswegs erschöpfende Aufreihung einiger Beispiele soll lediglich ein paar Anregungen geben. Eine ruhige, freundliche Atmosphäre (z.B. in einer Sitzecke), die bei aller Gemütlichkeit für das eigentliche Ziel der Arbeit an Problemen des Klienten geeignet ist, scheint am ehesten in der Lage zu sein, günstige **äußere** Voraussetzungen für das nachfolgende therapeutische Unternehmen zu schaffen. Wenn auch manche Punkte (wie z.B. **Lage** der Beratungsinstitution) schwer oder gar nicht zu ändern sind, können oft kleine Umgestaltungen des äußeren Beratungsrahmens schon zu einer Verbesserung des "Settings" beitragen. Da sich der Therapeut im Laufe der Zeit stark an sein eigenes "Setting" gewöhnen kann, mag es ratsam sein, ab und zu Klienten gezielt nach deren Meinung zu befragen oder aber Kollegen beim Besuch der Räume um eine kritische Einschätzung zu bitten. Im Sinne eines prophylaktischen Arbeitens geht es darum, auf diese Weise möglichst viele Negativpunkte zu antizipieren, modifizieren oder gänzlich auszuschalten.

Abschließende Bemerkungen zur Orientierungsphase

Nicht ohne Grund nimmt die Gestaltung der Orientierungsphase im vorliegenden OPTIMIZE-Modell so breiten Raum ein: Sie ist deswegen von herausragender Bedeutung, da ein Scheitern der Therapie häufig nicht auf eine "Unlösbarkeit" der Probleme oder einen "unbehandelbaren Klienten" zurückzuführen ist, sondern darauf, daß es der Therapeut versäumt hat, **grundsätzliche therapeutische Voraussetzungen** aufzubauen (vgl. Kanfer & Grimm, 1980, p.422). Im Hinblick auf ein präventives Arbeiten sind daher zunächst einmal diese Grundlagen zu **schaffen** und anhand obiger **beobachtbarer Kriterien** auf das tatsächliche Vorliegen/Nichtvorliegen hin zu prüfen. Ein auf diese Weise sensibilisierter Therapeut wird

auch in den Folgephasen nicht an Problemlöseschritten inhaltlich weiterarbeiten, solange die Basis für eine solche Arbeit nicht vorhanden ist.

Obwohl die Eingangsphase das gleichzeitige Anstreben mehrfacher Ziele verlangt, ist bei "Störungen" jeweils die Ebene der instrumentellen Voraussetzungen dem inhaltlich-informationszentrierten Problemlösen vorgeordnet:



Sobald Barrieren und Hindernisse im Therapieprozeß (= "Störungen" im Bereich instrumenteller Basisvariablen) auftauchen, müssen erst diese "Binnenprobleme" beseitigt und die entsprechenden Grundlagen (wieder) geschaffen werden*). Umgekehrt sind in der Eingangsphase bereits einige Ziele für spätere Phasen vorzubereiten:

- PROSPEKTIVE VORBEREITUNGSZIELE FÜR SPÄTERE PHASEN:**

 - * Gibt es erste vorläufige Prioritäten im Hinblick auf Problembereiche?
 - * Sind erste vorläufige Therapieziele erkennbar?
 - * Ist deutlich, wo sich eine intensive Problem- und Zielanalyse "lohnt"?
 - * Gibt es erste Hinweise auf prinzipiell mögliche/unmögliche Interventionen?
 - * Wurden erste Maßnahmen für spätere Evaluation getroffen (z.B. Erstellung von "baseline", Prä-Tests, etc.)?
 - * Wurden erste Ansätze in Richtung Selbstkontrolle aufgebaut?

*) Diese "Regel" behält ihre Gültigkeit über sämtliche OPTIMIZE-Phasen hinweg!

PHASE 2	PROBLEMKLÄRUNG UND -ANALYSE	P
---------	-----------------------------	---

Obwohl sich der Therapeut auch schon während der Eingangsphase an den nachstehenden Vorschlägen orientiert, wird eine **Problemlklärung und -analyse** im eigentlichen Sinne erst **nach** Schaffung der wichtigsten Grundvoraussetzungen (Vereinbarung eines "target", Vorliegen instrumenteller Basisvariablen, Klärung elementarer organisatorischer Fragen) durchführbar. Somit sind und bleiben die Schwerpunkte der vorherigen Phase von elementarer Bedeutung für das weitere Vorgehen, so daß in jedem Falle erst die Aufrechterhaltung der retrospektiven Ziele aus der Eingangsphase gewährleistet sein muß:

RETROSPEKTIVE ERHALTUNGSZIELE AUS PHASE 1
<ul style="list-style-type: none"> - Ist eine erste Sichtung der vorgebrachten Beschwerden erfolgt ("SCREENING")? - Sind die Eingangserwartungen ausreichend geklärt? - Sind erste (vorläufige) Ansatzpunkte (= "TARGETS") vereinbart? - Sind die Bedingungen für eine Kooperation zwischen Therapeut und Klient gegeben? - Ist die Arbeitsorientierung des Klienten ausreichend? - Ist "Motivation" zur Arbeit an den Problemen vorhanden? - Sind die wichtigsten organisatorischen Fragen geklärt? - Wurden störende "Setting"-Faktoren ausgeschaltet/geringgehalten? - Wurden erste Maßnahmen zur Begleit- sowie Prä/Post-Evaluation getroffen?

Die Problemanalyse (früher "Verhaltensanalyse") ist das **Kernstück** des diagnostisch-therapeutischen Prozesses und - zumindest im Hinblick auf die Aspekte kognitiver Informationssammlung und -verarbeitung - in der bisherigen Literatur am besten aufgearbeitet.

Die wichtigsten Charakteristika wurden bereits in Teil I (Schmelzer, 1985, S.137ff.) in Form einer knappen Übersicht zusammengefaßt. Seit der klassischen Arbeit von Kanfer &

Saslow (1969/1976) liegt eine Reihe von detaillierten Anleitungen vor, die - mit unterschiedlicher Akzentuierung - wertvolle Hinweise geben (z.B. Schmook et al., 1974; Schulte, 1976²; Braun, 1978; Bartling et al., 1980). Aus Gründen der Aktualität wird den Vorschlägen von Bartling et al. (1980) nachstehend der Vorzug gegeben, ergänzt durch Beiträge von Grawe (z.B. 1980) und Mitarbeitern zur "vertikalen Verhaltensanalyse" (s.u.).

Im groben Überblick des Ablaufs der Problemlösung und -analyse empfiehlt es sich, zunächst für jedes "target" getrennt eine **Mikroanalyse** durchzuführen: Gemäß der wissenschaftstheoretischen Prämisse, daß jeder Erklärung eine exakte Beschreibung vorhergehen muß (vgl. z.B. Reinecker, 1983, S.85ff.), wird als erstes eine möglichst genaue **Deskription** der geschilderten Schwierigkeiten angestrebt, ehe eine **funktionale Analyse der Bedingungen** vorgenommen werden kann.

Danach geht es im Rahmen einer **Makroanalyse** sowohl um mögliche **Zusammenhänge mehrerer Probleme** als auch um den **Stellenwert** der jeweiligen Probleme im **gesamten Lebenskontext** des Klienten ("systemische Analyse", siehe unten).

Dementsprechend lassen sich für diese Phase folgende **Schwerpunktziele** formulieren:

**SCHWERPUNKTZIELE FÜR PHASE 2:
"PROBLEMLÖSUNG UND -ANALYSE"**

(1) SCHWERPUNKT "MIKROANALYSE"

- (a) Deskription/Intensität/Frequenz des Problems
- (b) Horizontale Problemanalyse
- (c) Vertikale Problemanalyse
- (d) Analyse der Genese des Problems
- (e) Analyse bisheriger Selbstkontrollversuche

(2) SCHWERPUNKT "MAKROANALYSE"

- (a) Analyse des Zusammenhangs mehrerer Probleme
- (b) Systemische Analyse: Probleme im "Lebenskontext"

Ehe diese Schwerpunkte näher behandelt werden, soll kurz auf das Prinzip der funktionalen Analyse eingegangen werden, welches für die Problemanalyse fundamentale Bedeutung besitzt:

Ausgangspunkt für die funktionale Analyse ist die Annahme, daß jedes Verhalten in ein zunächst völlig unbekanntes Netz von Variablen ("Bedingungsgefüge") eingebettet ist. Der Fokus für die Betrachtung wird zunächst durch das "Problem" fixiert, an dem gearbeitet werden soll; hierbei kommt dem definierten "target" gleichzeitig der Status einer "abhängigen Variablen" zu. Die Frage ist zunächst: abhängig wovon? bzw. $V = f(?)$.

Die systematische Suche nach Bedingungsvariablen konzentriert sich nun nicht auf Einzelereignisse, sondern auf wiederkehrende Muster und Regelmäßigkeiten von Ereignisabläufen. Funktionalen Stellenwert haben hierbei solche Elemente, deren Auftreten (oder Fehlen) die Auftretenswahrscheinlichkeit (bzw. die Topographie, Intensität, Frequenz etc.) des "targets" verändert. In der Regel sind dies innere oder äußere Merkmale der Situation, Erwartungen, Organismusvariablen oder aber kurz- bzw. langfristige Konsequenzen des betreffenden Problems. Im Rahmen der vertikalen Analyse werden auch funktionale Einflüsse von subjektiven Plänen/Zielen auf das betreffende Verhalten untersucht sowie mittels der systemischen Analyse solche interaktionellen Regeln ergründet, die für die Systeme, in denen sich der Klient befindet, Gültigkeit (d.h. verhaltenssteuernde Wirkung) besitzen. Obwohl die funktionalen Beziehungen immer vorläufigem, hypothetischen Charakter besitzen, sind sie willkürlichen Spekulationen deswegen nicht gleichzusetzen, weil ihre Funktionalität (= ihre Auswirkung auf das Problem) an konkret beobachtbaren Daten festgemacht wird.

Um Mißverständnisse auszuräumen, eine "funktionale Analyse" sei mit linearem, monokausalem Ursache-Wirkungs-Denken gleichzusetzen, möchte ich ein Zitat von Kanfer & Saslow anführen, das im Original mittlerweile ca. 20 Jahre alt ist und eine explizit systemorientierte Sichtweise dokumentiert: "Der Patient wird als ein Mitglied verschiedener sozialer Systeme angesehen, die sich in ihrer Bedeutung für ihn unterscheiden (z.B. seine Familie, Freunde, Mitarbeiter, Vereine), und es wird angenommen, daß sein Verhalten zur Erhaltung oder Spaltung dieser Systeme beiträgt, so wie sich andererseits die Gruppennormen dieser Systeme auf sein Verhalten auswirken" (zitiert nach deutscher Ausgabe, 1976, S.35).

Als Quellen für die Analyse funktionaler Beziehungen dienen z.B. Schilderungen des Klienten, Beobachtungen/Selbstbeobachtungen während der Therapie inklusive therapeutischer Hausaufgaben,

Analyse der Problemgeneese bzw. bisheriger Selbstkontrollversuche oder aber die gezielte Herstellung von Auslösesituationen, wobei es in allen Fällen um Informationen darüber geht, unter **welchen Bedingungen** das in Frage stehende Problem überhaupt auftritt oder nicht bzw. unter **welchen Voraussetzungen** es sich intensiviert oder aber bessert.

Abschließend sei angemerkt, daß es aus erkenntnistheoretischen Gründen **unmöglich** (aber auch **unnötig!**) ist, "letzte", "wahre" oder "alleinige" Ursachen zu finden oder gar diese nach Jahren oder Jahrzehnten rekonstruieren zu wollen (vgl. im Überblick z.B. Reinecker, 1983). Das verhaltensdiagnostische Vorgehen konzentriert sich daher auf die **aktuell problemaufrechterhalten- den Bedingungen**, welche für die Therapie deswegen handlungsrelevant sind, weil sie Hinweise auf jetzige und künftige **Änderungsmöglichkeiten** geben.

Da für die Praxis - wie oben angemerkt - eine Reihe exzellent ausgearbeiteter Verhaltens- und Problemanalyse-Leitfäden vorliegt, sind in den beiden nachstehenden Tabellen lediglich die wichtigsten Schritte der **Mikro-/Makroanalyse** im Überblick dargestellt:

(1) MIKROANALYSE

(a) Deskription/Intensität/Frequenz/Verlaufs- charakteristika:

V m (motorisch)
e (emotional)
k (kognitiv)
ph (physiologisch)

Vereinbarte Probleme (= "targets") sind per definitionem immer "Abhängige Variablen (AV)"; in diesem Kürzelsystem: "V".

Ziel: Mit Hilfe konkreter, für den betreffenden Problembereich **repräsentativer Beispiele** wird eine qualitative und quantitative Spezifikation von "V" versucht.

DESKRIPTION: auf allen Manifestationsebenen (m,e,k,ph)

INTENSITÄT: Quantifizierung ("Wie stark?")

FREQUENZ: Quantifizierung ("Wie häufig? Gibt es Schwankungen?")

VERLAUFSCHARAKTERISTIKA: Gibt es typischen Verlauf (z.B. gradueller Erregungsanstieg bei Prüfungsangst, etc.)?

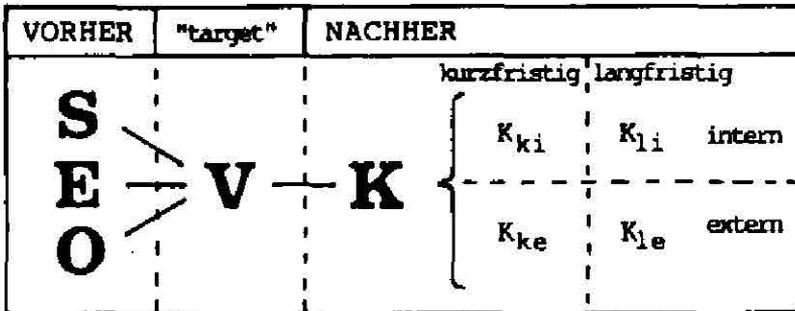
evtl. TYPISIERUNG: Verhaltensexzeß/Verhaltensdefizit (im Sinne von KANFER & SASLOW, 1976, S.40/41).

Fortsetzung nächste Seite

(b) Horizontale Problemanalyse:

Ziel: Suche nach funktionalen Zusammenhängen auf "horizontaler" Ebene, d.h. auf der Ebene der vorausgehenden und nachfolgenden Bedingungen. Variablen mit funktionalem Einfluß müßten die Auftretenswahrscheinlichkeit (Intensität/Frequenz etc.) von "V" verändern.

$$V = f(\text{VORHER/NACHHER})?$$



Bedeutung der Kürzel:

- S Situation(-smerkmale)
- E Erwartungen
- O Organismusbesonderheiten
- V Verhalten (früher: R)
- K Konsequenz (früher: C)
- K_k Konsequenz (kurzfristig) K+ positive Verstärkung
- K_l Konsequenz (langfristig) K- negative Verstärkung
- K_i Konsequenz (intern) K- Bestrafung
- K_e Konsequenz (extern) K+ Bestrafung (bzw. Löschung)

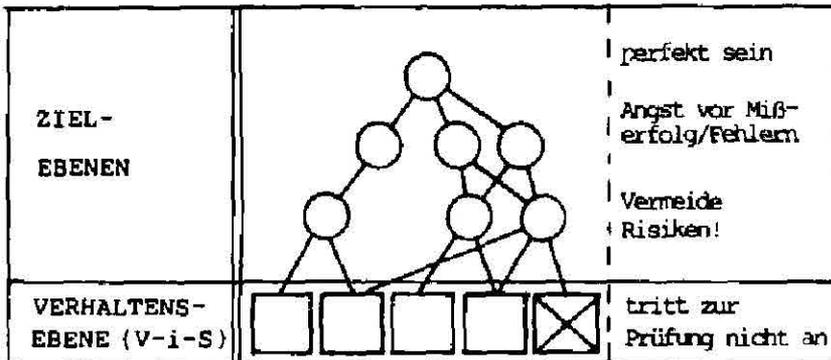
(vgl. BARTLING et al., 1980, S. 30 ff.)

(c) Vertikale Problemanalyse:

Ziel: Suche nach funktionalen Zusammenhängen auf "vertikaler" Ebene, d.h. auf der Ebene übergeordneter Ziele/Pläne/Verhaltensregeln. Von konkretem "Verhalten-in-Situationen" (V-i-S) ausgehend wird anhand von Daten analysiert, welche subjektiven Ziele dieses V-i-S funktional bedingen:

$$V-i-S = f((ZIELE/PLÄNE))$$

Für die Zielebenen, welche von der direkt beobachtbaren Verhaltensebene aus erst indirekt erschlossen werden, ist eine prinzipiell hierarchische Struktur unterstellt.



(Relevante Literatur: z.B. GRAWE, 1980, S. 152 ff.; BARTLING et al., 1980, S. 35 ff.; GRAWE & CASPAR, 1984).

(d) Genese des Problems:

Relevante Aspekte: Unter welchen Umständen hat sich damals das Problem entwickelt (Was waren zur Zeit der Problemstehung funktional bedeutsame Bedingungen?)? Welche bei der Entstehung funktional relevanten Bedingungen sind jetzt noch vorhanden, welche nicht? Gibt es auffällige kovariierende Bedingungen im Problemverlauf über die Zeit? Gibt es Hinweise auf Lernen am Modell?

Ist das Problem möglicherweise als mißglückter subjektiver Lösungsversuch für andere Probleme zu deuten (vgl. z.B. HOFFMANN, 1978)?

Fortsetzung nächste Seite

(e) Bisherige Selbstkontrollversuche:

"Selbstkontrollversuche" (SKV) sind alle Initiativen seitens des Klienten, im Hinblick auf sein Problem "V" eine Besserung herbeizuführen. Funktionale Zusammenhänge müßten sich (besonders bei Erfolg/Teilerfolg der SKV) in Intensitäts- und/oder Häufigkeitsveränderungen von "V" zeigen.

Relevante Aspekte: Wendet der Klient im Moment überhaupt (noch) SKV an? Was hat er evtl. früher schon alles versucht (inklusive Inanspruchnahme "professioneller" Helfer)? In welchen Situationen wendet er welche Art von SKV mit welchen Resultaten an?

Tabelle "Makroanalyse" beginnt Seite 51

Beide Überblickstabellen verdeutlichen, daß bei der Suche nach funktionalen Problembedingungen auf unterschiedlich gerasterten Auflösungsebenen vorgegangen wird, wobei sehr feine (Mikroanalyse!) als auch sehr grobe (Makroanalyse!) Aspekte Berücksichtigung finden. Im Zuge der kontinuierlichen Hypothesenleitung des Vorgehens kommt es dabei zu einer fortwährenden Ausdifferenzierung der Eingangshypothesen sowie möglicherweise auch zu starken Modifikationen und Revisionen der zunächst formulierten "targets".

Auch die Entscheidung, mit wem letztlich gearbeitet wird, wird aufgrund der eruierten funktionalen Zusammenhänge getroffen. Allerdings müssen sich dabei im Hinblick auf die realen (d.h. praktikablen) Möglichkeiten des Einzelfalls oft Kompromisse ergeben:

So wäre es in unserem Verständnis unsinnig, mit einem System "Familie" zu arbeiten, wenn dieses nur auf dem Papier oder im Kopf des Therapeuten besteht. Andererseits könnten es tatsächlich bestehende funktionale Zusammenhänge "eigentlich" notwendig machen, bei einem Klienten das System "Arbeitsplatz" (d.h. die Interaktionen mit dem betreffenden Chef oder anderen Mitarbeitern) in die Arbeit einzubeziehen. Dies dürfte jedoch in vielen Fällen nicht umsetzbar sein, weil die entsprechenden Personen nicht zu einer Mitarbeit bereit sind.

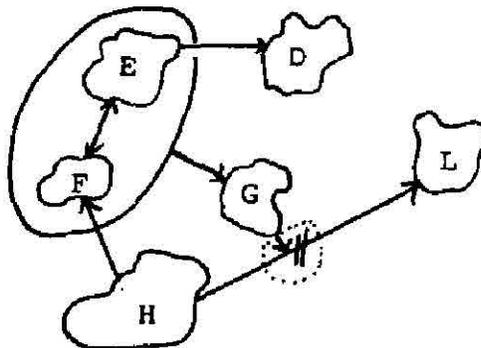
(2) MAKROANALYSE

(a) Analyse des Zusammenhangs mehrerer Probleme:

Ziel: "Netzwerk"-Analyse mehrerer Probleme (diese Analyse kann auch Zusammenhänge mit "unproblematischen" Lebensbereichen einbeziehen).

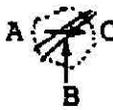
Einige prinzipiell mögliche Arten von Zusammenhängen:

(Formalisiertes Beispiel:)



- A → B B ist von A funktional abhängig.
- B → A A ist von B funktional abhängig.
- A * B A und B variieren unabhängig voneinander.
- A ↔ B A und B bedingen sich wechselseitig.
- A ↘ C
B ↘ C A und B sind voneinander unabhängig, hängen aber beide funktional von einer dritten Variablen C ab.

 Kombinierte Funktion:
(Nur) Kombination von A und B führt zu C.

 "Suppressor"-Funktion: A allein würde zu C führen; B unterdrückt diese Beziehung, falls A und B gemeinsam auftreten.

(usw.)

Fortsetzung nächste Seite

(b) Systemische Analyse: Probleme im "Lebenskontext":

- Ziele:**
- (1) Identifikation problemstabilisierender Systemregeln.
 - (2) Identifikation systemstabilisierender Probleme und Verhaltensweisen.
 - (3) Identifikation von Regelkonflikten durch Zugehörigkeit zu mehreren Systemen (z.B. widersprüchliche Systemregeln in Schule/Elternhaus?).

Relevante Aspekte: In welchen Systemen (Familie/Arbeitsplatz/Schule/Freizeitgruppe/Clique/Vereine etc.) und welchen Subsystemen befindet sich der Klient? Welche Regeln und Normen gelten in diesen Systemen? Welche **impliziten** und **expliziten** Regeln gibt es? Welche Sanktionen treten bei Regelverletzung ein? Zeigt der Klient oder ein anderes Systemmitglied Probleme oder Verhaltensweisen, denen eine **systemaufrechterhaltende Funktion** zukommen könnte?

Bedeutsamkeit für Therapie-Entscheidungen:

- (1) Müssen gewisse Systemregeln akzeptiert/in Kauf genommen werden?
- (2) Können bestimmte Systemregeln (und damit das System) geändert werden?
- (3) Muß statt eines individuumszentrierten Vorgehens mit dem betreffenden SYSTEM gearbeitet werden (d.h. mit Paar, Familie etc.)?

(Zur praktischen Umsetzung vgl. BARTLING et al., 1980, S. 43 ff.)

Hauptzweck aller problemanalytischen Bemühungen bleibt immer die **Planung handlungsrelevanter therapeutischer Schritte**. Für die jeweilige funktionale Analyse geben die obigen Tabellen ein Grobraster von prinzipiellen **Analysemöglichkeiten** und **Anregungen** vor, mit denen der Therapeut in der Praxis flexibel genug umgehen sollte.

Unter pragmatischen Gesichtspunkten ist eine Problemanalyse dann (vorerst!) abgeschlossen, wenn sie für die weitere Therapieplanung genügend Anhaltspunkte geliefert hat. Bei Bedarf kann sie auch später noch ergänzt bzw. revidiert werden.

Im Hinblick auf spätere Phasen sind folgende Ziele bereits jetzt vorzubereiten:

PROSPEKTIVE VORBEREITUNGSZIELE FÜR SPÄTERE PHASEN:

- * Sind erste Zielprioritäten erkennbar?
- * Wird bereits die Grobrichtung möglicher Interventionen deutlich?
- * Wurde therapiebegleitende Evaluation vorbereitet?
- * Gibt es erste Erfolgserlebnisse des Klienten in Richtung Selbstmanagement?

PHASE 3	THERAPIEZIELKLÄRUNG UND -ANALYSE	T
---------	----------------------------------	----------

Mit den bisher erfolgten Schritten aus den Phasen 1 und 2 wurden sowohl grundlegende Therapie Voraussetzungen geschaffen als auch eine klärende Deskription und Analyse des problematischen "Ist"-Zustands versucht. Das Vorliegen und die Aufrechterhaltung dieser retrospektiven Ziele ist zunächst wieder Basis für den Eintritt in die Phase 3.

RETROSPEKTIVE ERHALTUNGSZIELE AUS FRÜHEREN PHASEN

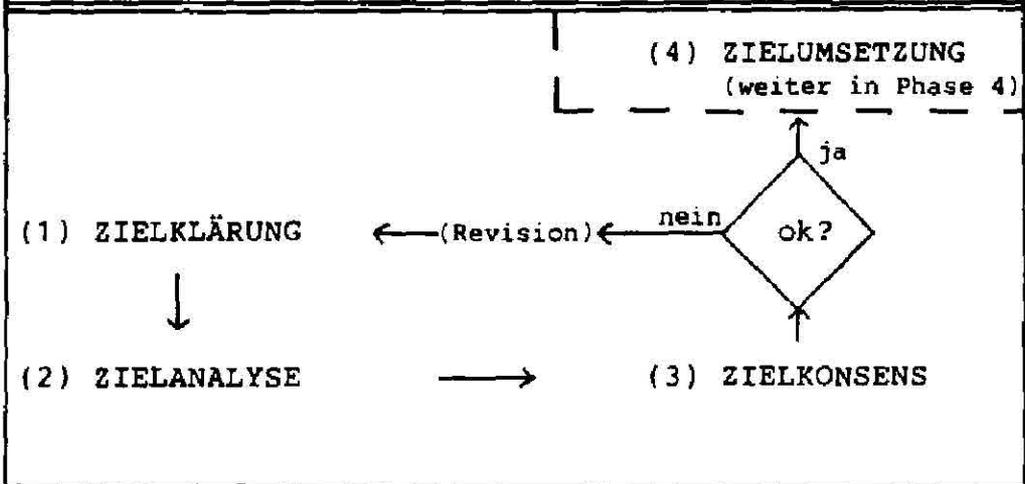
- Sind die Grundlagen aus der Orientierungsphase noch gegeben (vor allem: Beziehungsaspekte, Arbeitsorientierung und Therapiemotivation)?
- Sind die Probleme (≙ IST-Zustand) hinreichend geklärt, definiert?
- Ist das vorläufige Bedingungsmodell hinreichend plausibel?
- Wurden Prioritäten gesetzt?

Selbst aus einer sehr exakten Kenntnis des unbefriedigenden "Ist"-Zustandes ist jedoch noch nicht eindeutig abzuleiten, was an dessen Stelle treten soll, d.h. welche konkreten Therapieziele geeignet sind, die negativ empfundene(n) Problemsituation(en) hinreichend zu verbessern. Dies ist sowohl eine wissenschaftstheoretische Erkenntnis (vgl. Morischer, 1974) als auch eine Erfahrung tagtäglicher therapeutischer Praxis.

Einerseits dürfte es im Regelfall immer mehr als nur eine hilfreiche Alternative geben, um Probleme zu lösen. Andererseits gestalten sich Probleme im menschlich-psychologischen Bereich grundlegend anders als z.B. im technisch-physikalischen, wo sich bei Fehlern meist die Wiederherstellung des früheren Zustands als adäquate Lösung herausstellt (z.B. wenn sich bei dem Problem "Auto springt nicht an" ein lockeres Zündkabel als "Problemursache" entpuppt, das man dann wieder wie früher befestigt): Psychologische Probleme erfordern in der Regel eine Abkehr vom "Reparatur-Analogon" und eine Hinwendung zu substantiellen Veränderungen der bisherigen Situation im Sinne einer Um- oder Neuorientierung bis hin zu "persönlichen Revolutionen" (Mahoney, 1980). Solche Vorwärtentwicklungen sind jedoch von Richtung und Ausmaß her zunächst völlig offen.

Speziell für verhaltenstherapeutische Selbstmanagement-Ansätze (vgl. Kanfer, 1979, 1980; Karoly & Kanfer, 1982; Hecht, 1984 etc.) ist die Frage nach den Zielen und Standards des Klienten von herausragender Bedeutung, da "Selbstverantwortung" voraussetzt, daß das Individuum seinen eigenen Zielen entsprechend handeln kann. Damit Ziele aber angestrebt werden können, müssen sie zunächst einmal hinreichend klar und "bewußt" sein. Erst danach sind Zielanalyse, Zielkonsens und Zielumsetzung möglich sowie günstige motivationale Voraussetzungen zur Zielerreichung zu schaffen. Aus diesen Gründen muß eine intensive Beschäftigung mit dem anzustrebenden "Soll-Zustand" erfolgen, d.h. vor allem mit der Frage, wie es (statt der momentanen "Ist"-Situation) für den jeweiligen Klienten künftig sein oder werden sollte. Die Phase 3 ist dann adäquat durchlaufen, wenn die Voraussetzungen für die Zielumsetzung (mittels konkreter Handlungsschritte in den nachfolgenden Phasen) geschaffen sind, d.h. wenn klar und entschieden ist, welche Ziele in den kommenden Therapiestunden verfolgt werden sollen (Zielkonsens!). Die Schwerpunktziele der vorliegenden Phase sind - in teilweiser Anlehnung an die Grundschritte "Zielfindung", "Zielvereinbarung" und "Zielumsetzung" von Bastine (1978, S.62) - als Abfolge von Unterprozessen in nachstehender Tabelle dargestellt:

**SCHWERPUNKTZIELE FÜR PHASE 3:
"THERAPIEZIELKLÄRUNG UND -ANALYSE"**



(1) Schwerpunkt "Zielklärung"

Der Schwerpunkt "Zielklärung" wurde - im Gegensatz zu den Aspekten "Zielanalyse" und "Handlungsumsetzung" - in bisherigen theoretischen wie praxisorientierten Ansätzen kaum thematisiert. Der klinische Praktiker ist jedoch häufig mit der Situation konfrontiert, daß Klienten sehr wohl über den unbefriedigenden Problemzustand berichten können, daß aber **Zielperspektiven** nur ganz grob oder vage gegeben sind oder völlig fehlen. Da Ziele (als einfache bis hochkomplexe gedankliche Antizipationen zukünftiger Endzustände) den komplexen Gesetzmäßigkeiten kognitiver Aktivitäten unterworfen sind (vgl. z.B. Klinger, 1977) und somit üblichen Aufmerksamkeitsschwankungen unterliegen (vgl. Carver & Scheier, 1981), kann davon ausgegangen werden, daß momentan fehlende Zielperspektiven als Funktion reduzierter Aufmerksamkeitszuwendung zu begreifen sind (vgl. das bereits erwähnte "Scheuklappenphänomen"). Somit kann durch eine Hinlenkung der Wahrnehmung auf zielrelevante Inhalte und Prozesse dem Klienten durchaus ermöglicht werden, Zielperspektiven für sich wieder oder neu zu entdecken.

Für die theoretische Grundlegung der nachstehend beschriebenen Prozesse eignet sich m.E. am besten die Konzeption von Klinger (1977; Klinger et al., 1981; vgl. zusammenfassend Schmelzer, 1983), in deren Zentrum das hypothetische Konstrukt der "Current Concerns (CCs)" steht. Hiermit ist der Zustand eines Organismus

zwischen dem Zeitpunkt der (A) Entscheidung zur Zielverfolgung und dem Zeitpunkt der (B1) Erreichung oder (B2) Aufgabe des betreffenden Ziels gemeint (vgl. Klinger et al., 1981, p.162). Kanfer & Hagerman (1981, p.155ff.) haben nochmals zwischen lediglich **situationsrelevanten Zielen** (short-term concerns: z.B. "Telefon klingelt") und **persönlich relevanten Zielen** (long-term concerns: z.B. "Arzt werden") differenziert. Letztere sind für unsere Zwecke von entscheidender Bedeutung, da sie längerfristig geltende und eher zentrale Zielvorstellungen für das persönliche Verhalten in einer großen Zahl von Situationen umfassen (vgl. auch Hecht, 1984, S.455). Sie entsprechen außerdem den "übergeordneten" Plänen bzw. "Oberplänen" im Rahmen einer vertikalen Verhaltensanalyse (Grawe, 1980; Bartling et al., 1980; Grawe & Caspar, 1984).

Potentielle Ziele von Klienten haben sich in der Regel bereits in den bisherigen Therapiephasen implizit oder explizit angedeutet (z.B. über "Therapieerwartungen" und "Therapiemotivation"). Solche ersten Manifestationen können an dieser Stelle wieder aufgegriffen und konkretisiert werden. Klinger (1977) hat mit einer Vielzahl empirischer Befunde außerdem zeigen können, daß sich relevante Zielzustände im Bereich der **Kognitionen** repräsentieren, indem nämlich Individuen dazu tendieren, an Dinge zu denken, die mit ihren Zielen (CCs) in Zusammenhang stehen (vgl. zusammenfassend Schmelzer, 1983, S.136). Folglich ist für unsere Zwecke möglich, den Klienten mit einer Reihe von "Denkanstößen" ("cues") zu konfrontieren, um ihn auf diese Weise mit seinen (vor allem persönlich/längerfristig relevanten) Zielen in Verbindung zu bringen. Solche Anregungen können im klinischen Kontext in verschiedener Form vorgegeben werden:

- (A) Zielklärung im Rahmen des klinischen Interviews
- (B) Arbeit an "Ziel- und Werte-Indikatoren"
- (C) Ziel- und Wertklärung im eigentlichen Sinn.

Diese Alternativen schließen sich nicht gegenseitig aus, sondern können sich jederzeit ergänzen. Sie behandeln allerdings das Thema unterschiedlich intensiv, so daß Modalität (A) genügen dürfte, falls Zielperspektiven schon relativ klar sind, während die Modalitäten (B) und vor allem (C) dann in Betracht kommen, falls am Anfang kaum relevante Ziele zu eruieren sind.

- (A) Die reguläre **Interviewsituation** ist wahrscheinlich die am meisten begrenzte Kommunikationssituation für die Klärung überdauernder persönlicher Ziele und Werte, da hierbei die Illusion eine Rolle spielt, es genüge, Ziele beim Klienten einfach nur so "abzufragen", als seien diese jederzeit

verbalisierbar. Fragen wie z.B. "Wie wäre denn die Situation für Sie ideal/optimal?" oder "Was streben Sie denn konkret an?" sind folglich allenfalls als Ausgangspunkt für eine Zielklärung geeignet.

- (B) Günstiger ist wohl die Arbeit an "Ziel- und Werte-Indikatoren" (Smith, 1977, p.15), womit gemeint ist, daß das reale Verhalten des Klienten im Alltag Hinweise auf zugrundeliegende Ziele und Werte geben kann. In einem gemeinsamen Prozeß zwischen Klient und Therapeut wird hierbei die Aufmerksamkeit (z.B. via "self-monitoring" und ähnlichen therapeutischen "Hausaufgaben") auf folgende 4 Hauptbereiche gelenkt:

B E R E I C H E	INDIKATOREN FÜR ...?	BEISPIELE FÜR ZIELKLÄRENDE FRAGEN
(a) SORGEN BESCHWEDEN BEFÜRCHTUNGEN PROBLEME	Erreichung wichtiger Ziele könnte behindert/gefährdet sein	<ul style="list-style-type: none"> * Was würde passieren, wenn Ihre Probleme weiter bestehen/bleiben? * Woran hindert Sie X (= das Problem)? * Was könnte schlimmstenfalls passieren?
(b) GEFÜHLE EMOTIONEN (positiv wie negativ)	wichtige "Kernbereiche" einer Person könnten betroffen sein	<ul style="list-style-type: none"> * Was genau macht Sie so traurig dabei? * Was genau macht Sie so glücklich daran? * Worüber sind Sie stolz (bzw. enttäuscht etc.) dabei?
(c) KOGNITIONEN ABSICHTEN INTERESSEN PLÄNE	Relativ direkte Indikatoren für Ziele und Werte	<ul style="list-style-type: none"> * Was beabsichtigen Sie damit? * Haben Sie für diesen Punkt bestimmte Pläne oder Vorstellungen für die nächste Zukunft? * Wie sollte es sein, wenn es für Sie ideal wäre?
(d) REALES VERHALTEN: AKTIVITÄTEN UMGANG MIT ZEIT UMGANG MIT GELD	Welche (u.U. impliziten) Ziele und Werte spielen im Alltag tatsächlich eine Rolle?	<p>(Sinnhaft-)beurteilung des zirkulären Verhaltens, z.B.:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Intensivität/frequenz bestimmter Aktivitäten * Wie wird die Zeit verbracht? * Wofür wird wieviel Geld ausgegeben?

Selbstverständlich werden an dieser Stelle auch solche zielrelevanten Informationen wieder aufgegriffen, die der Klient (z.B. in Form von Problemschilderungen, Erwartungen etc.) in den bisherigen Stunden geäußert hat.

- (C) Eine Ziel- und Wertklärung im eigentlichen Sinne (d.h. als kompakter, eigener Abschnitt im diagnostisch-therapeutischen Prozeß: vgl. Schmelzer, 1983) ist vor allem dann indiziert, wenn die obigen beiden Möglichkeiten nicht genug greifen, d.h. wenn weder im normalen Gesprächskontext noch über Selbstbeobachtung hinsichtlich der Ziel- und Werte-Indikatoren handlungsrelevante Zielperspektiven zu finden sind. Weitere prinzipielle Indikatoren liegen dann vor, wenn Klienten handlungsunfähig vor gravierenden Entscheidungsproblemen/Zielkonflikten stehen oder aber sich häufig mit impulsiven Spontanentschlüssen in massive Schwierigkeiten hineinmanövrieren.

Mittels spezieller "Ziel- und Wertklärungs-Strategien" (z.B. aus dem Fundus des "Values Clarification"-Ansatzes von Rath et al., 1966; Simon, 1974; Smith, 1977; Simon et al., 1978), die man größtenteils in Form strukturierter Phantasieübungen vorgeben kann, werden Klienten in einer Atmosphäre äußerer Ruhe dazu angeregt, sich z.B. mit folgenden Fragen auseinanderzusetzen:

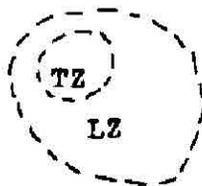
- Was ist für mich in meinem Leben wichtig (bzw. unwichtig)?
 - Welche Ziele, Wünsche, Pläne möchte ich verfolgen?
 - Welche Ziele, Wünsche, Pläne verfolge ich im Moment tatsächlich?
 - Will ich meine bisherigen Einstellungen und Verhaltensweisen beibehalten oder bestimmte Dinge ändern?
 - Worauf bin ich stolz, worüber freue ich mich im Leben?
 - Worüber bin ich enttäuscht im Leben?
 - Was sind für mich die Vor- und Nachteile der einzelnen Alternativen bei wichtigen Entscheidungen?
 - Welche kurzfristigen und langfristigen Konsequenzen haben potentielle Ziele für mich?
 - Welche kurzfristigen und langfristigen Konsequenzen hat mein momentan realisiertes Handeln für mich?
- etc.

Die Hauptthemenbereiche, in die ein inhaltlicher Einstieg vollzogen werden kann, leiten sich zum Teil aus den bisher bekannten Beschwerden und Wünschen des Klienten ab und können prinzipiell umfassen:

- Persönliche Vorlieben/Gewohnheiten
- persönliche Abneigungen
- Selbstbild/Selbstkonzept
- Schule/Ausbildung/Beruf
- Freizeit
- sozialer Kontext (Familie/Freunde/Bekannte etc.)
- Politik/Gesellschaft
- Religion/Philosophie/Ethik
- Gesundheit/Krankheit
- Liebe/Sexualität
- etc.

Für den Therapeuten ist bei der Zielklärung oberstes Gebot, dem Klienten keine inhaltlichen Ziele vorzuschreiben oder "Idealziele" zu suggerieren. Um die Autonomie der Klientenentscheidungen zu gewährleisten, sollte der Therapeut eine Kommunikationssituation schaffen, in der - egal welche Inhalte der Klient liefert - keine Überredungs- oder Überzeugungsversuche in eine bestimmte Richtung erfolgen und auch z.B. moralische Gewissensappelle unterbleiben, so daß eine neutrale, repressionsfreie Atmosphäre gesichert werden kann. Für das Verhalten des Therapeuten liegen dabei bestimmte Empfehlungen vor, an denen er sein Vorgehen orientieren kann (vgl. "The Clarifying Response", Raths et al., 1966, S.51ff.).

Selbstverständlich kann es sich bei der Zielklärung nie um einen vollständigen oder abgeschlossenen Prozeß handeln, da es zu den grundlegenden Eigenarten von Zielen zählt, daß sie sich in kontinuierlicher Fluktuation befinden. Wie die nachfolgende Abbildung verdeutlicht, stellen "Therapieziele



(TZ)" sowieso immer nur einen Ausschnitt relevanter "Lebensziele (LZ)", noch dazu in Form einer "Momentaufnahme", dar. Aus diesen Gründen empfiehlt es sich, dem Klienten auch die grundlegenden Prozesse der Zielklärung zu vermitteln, so daß dieser später - falls erforderlich - das "Wie" des Vorgehens auf sich und seine Lebenssituation eigenständig übertragen und anwenden kann. Dieser Lernschritt erfolgt spätestens in der Phase 7: "Zieloptimierung" (siehe unten).

Im Rahmen der jetzigen Phase 3 geht es in erster Linie darum, daß der Klient Ziele entdeckt, die ihm als Anstoß zu Veränderungen dienen können. Pragmatisches Minimalkriterium für die erfolgreiche Durchführung von Schritten zur Ziel- und Wertklärung ist hauptsächlich, ob danach eine **Zielanalyse** sowie ein **Zielkonsens** möglich sind, in deren Rahmen festgelegt wird, an welchen konkreten Therapiezielen in der nächsten Zeit gearbeitet werden soll. Daneben liegt ein weiterer Schwerpunkt auf der **Schaffung von Therapiemotivation**: Wie bereits in der Orientierungsphase angedeutet, wirken attraktive Ziele als potentes Motivationsvehikel, so daß der Klient auch mögliche kurzfristige Belastungen auf sich nimmt, wenn er dadurch langfristig positive Konsequenzen erfährt.

(2) Schwerpunkt "Zielanalyse"

Da sich die Ideen, Anregungen und Perspektiven, die der Klient während der Zielklärung (re-)aktiviert, noch auf einem sehr globalen, vorläufigen und unverbindlichen Niveau befinden, ist eine adäquate **Weiterverarbeitung** in Form einer **Zielanalyse** anzuschließen. Hierzu liegen bereits gut ausgearbeitete Orientierungshilfen bisheriger Ansätze vor (vgl. z.B. Schulte, 1976, S.91ff.; Bartling et al., 1980, S.57ff.), auf die zurückgegriffen werden kann.

In aller Kürze geht es dabei um folgende konkreten Punkte:

(a) Operationalisierung/Konkretisierung bislang vager Zielperspektiven:

Grobe, unklare Zielperspektiven (z.B. "Glück in der Familie") werden in eine konkrete, möglichst verhaltensnahe Form gebracht (so daß vom Klienten angegeben werden kann: "Unter Glück verstehe ich genau z.B. in Situation S die Verhaltensweisen X, Y, Z" etc.). Je genauer sich der Klient auf die einzelnen Manifestationsebenen des Zielverhaltens (motorisch, kognitiv, emotional, physiologisch) beziehen kann, umso besser befindet sich das betreffende Ziel in einer arbeitsreifen Form. Statt einer Negativbeschreibung (ich möchte "nicht R") sollten außerdem möglichst positive Formulierungen (ich möchte genau T, U, V) angestrebt werden.

Komplexe Zielstrukturen mit Ober-, Zwischen- und Unterzielen können außerdem eventuell in Form von Entscheidungsbäumen (Kanfer & Busemeyer, 1982) oder Hierarchien (Grawe, 1980) optisch veranschaulicht werden.

(b) Realitätsgehalt der Zielperspektiven:

Die Art der Durchführung von Ziel- und Wertklärungs-Strategien bringt es mit sich, daß - ähnlich wie bei "Brainstorming"-Verfahren - rationale Zensurinstanzen weitgehend ausgeschaltet werden. Jedoch auch sonst können Klienten Ziele äußern, deren Realitätsgehalt mit Skepsis zu beurteilen ist (z.B. ein Sonderschulabgänger, der Lehrer/Arzt werden möchte...). Während manche Klienten sehr gut in der Lage sind, Phantastereien von real möglichen Zielen zu trennen, benötigen andere hierbei stärkere Unterstützung des Therapeuten, wozu dieser vor allem auf die nachfolgenden Beurteilungskriterien (c, d, e) zurückgreifen kann.

(c) Beurteilung der Klientenkapazitäten zur Erreichung prospektiver Ziele:

Hat der Klient konkrete Ziele ins Auge gefaßt, so stellen sich zwei (verhaltens-)diagnostische Hauptaufgaben, die Therapeut und Klient gemeinsam angehen sollten:

- (1) Einschätzung der **kognitiven Voraussetzungen** für die Zielerreichung ("Wissen", "Informationen" des Klienten über die betreffenden Ziele)
- (2) Einschätzung der **verhaltensmäßigen Voraussetzungen** für die Zielerreichung (notwendige Kompetenzen/Verhaltensrepertoire des Klienten).

Bei Defiziten sind hier erst Zwischenschritte einzuschalten oder Zielrevisionen vorzunehmen. Kanfer (mündliche Mitteilung) hat außerdem auf die Bedeutung einer "self-efficacy for change" (= "Kann ich/werde ich es schaffen?") hingewiesen, die zusätzlich zu den eben genannten Punkten (1) und (2) als **Motivationsvariable** relevant ist.

(d) Förderliche/hemmende Faktoren der sozialen und materiellen Umwelt (vgl. Bartling et al., 1980, S.60f.):

Hier geht es z.B. um die **Konsequenzen** einer Änderung in Richtung formulierter Ziele, vor allem um die möglicherweise zu erwartenden positiven oder negativen Reaktionen der sozialen Umwelt (Partner, Familie, Freunde, Arbeitskollegen etc.). Ebenso können manche materielle Rahmenbedingungen für die Zielerreichung (z.B. finanzielle, zeitliche, ökonomische Faktoren; Wohn- und Arbeitssituation etc.) günstige Einflüsse bzw. unüberwindliche Barrieren darstellen.

(e) Normative Überlegungen/ethisch-moralische Gesichtspunkte:

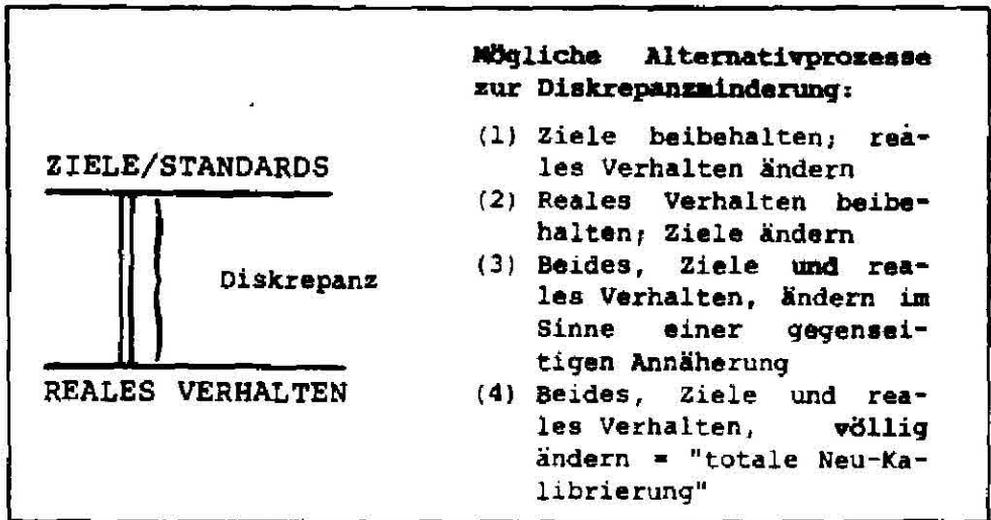
Da Ziele - wissenschaftslogisch betrachtet - weder aus Tatsachen noch unter Bezug auf letztgültige Annahmen zu begründen sind, müssen sowohl beim Klienten als auch beim Therapeuten in **jedem Einzelfall neue Überlegungen über normative Aspekte** ethisch-moralisch akzeptiert werden können. Im Hinblick auf den im nächsten Abschnitt folgenden **Zielkonsens** besteht für Klient wie auch Therapeut die Option, bei unlösbaren Konflikten mit den eigenen Wertvorstellungen Ziele zu verwerfen. Im äußersten Fall kann dies zu einem Abbruch der Kontakte führen.

Da sich auch die Therapiezielklärung und -analyse als hypothesengeleitetes, dynamisches Vorgehen auffassen läßt, muß wieder von einer prinzipiellen Möglichkeit der Verfeinerung, Modifikation oder Revision der Zielhypothesen ausgegangen werden. Eventuell ergeben sich nicht nur Abänderungen bestimmter Zielvorstellungen, sondern auch **Rückwirkungen** auf frühere (vorläufige) Entscheidungen hinsichtlich vereinbarter "targets" und Problemdefinitionen.

(3) Schwerpunkt "Zielkonsens"

Auf der Basis der vorangegangenen Schritte "Zielklärung" und "Zielanalyse" wird versucht, zwischen Klient und Therapeut eine hinreichende **Einigung** über die nachfolgenden therapeutischen Ziele zu erreichen. Die Vorstellungen des Klienten haben bei diesem Konsens **vorrangige** Bedeutung, allerdings mit der Einschränkung, daß sie sich auf dem Prüfstand der "Zielanalyse" (s.o.) als adäquat herausgestellt haben müssen. Falls dies zutrifft, sind die Voraussetzungen für den Therapeuten geschaffen, seine professionellen Kompetenzen weiter in die Dienste des Klienten zu stellen (es sei denn, ethische Bedenken oder unüberbrückbare Differenzen in den Wertvorstellungen hindern ihn daran).

Ein Zielkonsens ist nicht nur für das weitere **inhaltliche** Vorgehen anzustreben (d.h. für die Frage: "An der Erreichung genau welcher Ziele soll ab jetzt gearbeitet werden?"), sondern muß auch für **Prozeßaspekte** vorgenommen werden. Hier stellt sich die (**prozessuale**) **Grundentscheidung "Ändern vs. Akzeptieren"** für jedes Problem neu und unter mindestens vier Perspektiven: Nimmt man (wie z.B. bei Selbstregulationsansätzen; vgl. Kanfer, 1980; Hecht, 1984) als Basis für das "Problem" eine beobachtete Diskrepanz zwischen Zielen (Standards) und realem Verhalten an, so lassen sich folgende Alternativen zur Behebung der Diskrepanz ableiten:



Neben dem inhaltlichen Konsens ist somit auch eine Einigung darüber zu erzielen, wie im konkreten Einzelfall die "Passung" zwischen Zielen/Standards einerseits und realem Verhalten andererseits erreicht werden kann.

Abschließende Bemerkungen zu Phase 3

Sobald die Therapieziele hinreichend geklärt und analysiert sowie gemeinsam vereinbart wurden, kann zur Handlungsplanung und -umsetzung (d.h. zu den nächsten Phasen) übergegangen werden. Folgende **prospektiven Ziele** können bereits jetzt vorbereitet werden:

PROSPEKTIVE VORBEREITUNGSZIELE FÜR SPÄTERE PHASEN:

- * Geben die Zielstrukturen des Klienten bereits Hinweise darauf, welche Richtung die Interventionsplanung verfolgen kann?
- * Entsprechen erste Überlegungen in Richtung Methodenauswahl den Zielen des Klienten?
- * Sind Vorbereitungen evaluativer Schritte bereits möglich?
- * Sind über die Therapieziele (TZ) hinaus bereits Lebensziele (LZ) deutlich geworden, die spätestens in Phase 7 (ZIELOPTIMIERUNG) wieder relevant werden?

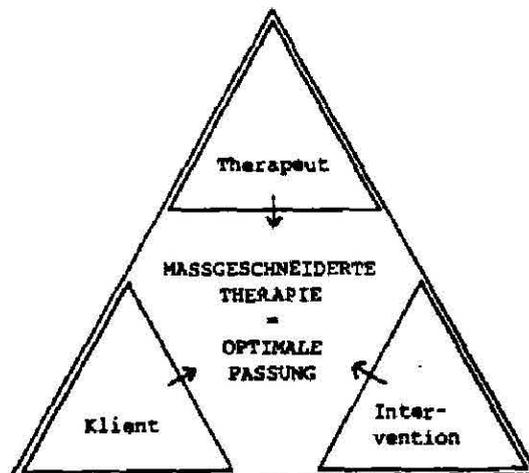
Der Einsatz spezifischer "Interventionen" (= "Techniken"; = "Programme"; etc.) wird erst nach dem adäquaten Durchlauf der Orientierungsphase (1) sowie der Phasen 2 (Problemklärung und -analyse) und 3 (Therapiezielklärung und -analyse) möglich. Dementsprechend muß zunächst das Vorliegen der retrospektiven Schwerpunkteziele der bisherigen Phasen gesichert sein:

RETROSPEKTIVE ERHALTUNGSZIELE AUS FRÜHEREN PHASEN

- Sind die Grundlagen aus der Orientierungsphase noch gegeben (vor allem: Beziehungsaspekte, Arbeitsorientierung und Therapiemotivation)?
- Sind die Probleme hinreichend geklärt, definiert, analysiert?
- Sind die Therapieziele hinreichend geklärt, analysiert, vereinbart?

Bevor allerdings eine Entscheidung darüber zu treffen ist, welcher konkrete therapeutische Weg in dem jeweiligen Fall beschritten werden soll, ist eine detaillierte **Planung** nötig.

Hauptziel ist dabei die optimale "Passung" der interagierenden Triade "Therapeut", "Klient" und "Intervention" im Sinne einer "maßgeschneiderten Therapie":



Für die Interventionsplanung leiten sich daher folgende Schwerpunkte ab, die nachfolgend getrennt besprochen werden:

SCHWERPUNKTZIELE FÜR PHASE 4: "INTERVENTIONSPLANUNG"
HAUPTZIEL: Planung der Intervention(en) als "optimale Passung" folgender Triade: <ol style="list-style-type: none">(1) SCHWERPUNKT "THERAPEUTISCHE SPEICHER"(2) SCHWERPUNKT "AUSWERTUNG BISHERIGER KLIENTEN-INFORMATIONEN"(3) SCHWERPUNKT "INTERVENTIONSANALYSE"

(1) Schwerpunkt "Therapeutische Speicher"

Die Planung therapeutischer Interventionen kann als ein Akt kognitiver Informationsverarbeitung des Therapeuten verstanden werden und hängt entscheidend von der "Güte" und Reichhaltigkeit der therapeutischen "Wissensspeicher" (z.B. "Bedingungswissen", "Änderungswissen" etc.) ab, wie sie von Kaminski (1970) oder Schulte (1976a) in die klinische Diskussion eingeführt wurden. Im Gegensatz zu den inhaltlich formulierten Speichern bei Kaminski/Schulte hat Dörner (1976, S.26ff.) eine prozessuale Unterscheidung von Speicherarten vorgenommen, indem er aus funktionalen (nicht phänomenologischen!) Gründen eine reproduktive "epistemische Struktur" (ES) von einer kreativ-produktiven "heuristischen Struktur" (HS) differenziert.

Die nachfolgende Überblickstabelle stellt den Versuch des Autors dar, in Übertragung auf den klinischen Bereich die beiden Dörnerschen Prozeßstrukturen mit den inhaltlichen Anregungen von Kaminski/Schulte zu durchsetzen und mit eigenen Überlegungen zu ergänzen:

Therapeutische "Speicher"

(a) "Wissen"	(b) "Handeln"	(c) "Ethik/Moral"
<p>"EPISTEMISCHE STRUKTUR" (DÖRNER, 1976)</p> <ul style="list-style-type: none"> ± "Pool" an Wissen über mögliche effektive Interventionen ± theoretisches Änderungs-wissen (KAMINSKI, 1970) ± reproduktives Wissen 	<p>EPISTEMISCHE HANDLUNGS-KOMPETENZ</p> <ul style="list-style-type: none"> ± Fähigkeit, vorhandenes Wissen in Handeln umzusetzen ± praktische Änderungskompetenz ± therapeutische Praxisroutine ± reproduktives Handeln 	<p>ALLGEMEINE ETHIK</p> <p>z. B. Menschenwürde, -rechte; Grundrechte; gültige Straf- und zivilrechte; Berufsethos; kategorische Imperative (KANT)</p>
<p>"HEURISTISCHE STRUKTUR" (DÖRNER, 1976)</p> <ul style="list-style-type: none"> ± "Kreativität" (z. B. beim Kombinieren diverser Interventionen); ± "Originalität" (z. B. beim Zuschneiden von Interventionen auf die individuelle Situation bzw. beim Erfinden neuer Methoden) 	<p>HEURISTISCHE HANDLUNGS-KOMPETENZ</p> <ul style="list-style-type: none"> ± kreativer Umgang mit neuen Situationen in der Praxis ± Finden spontan-origineller Praxislösungen ± produktiv-originelles Handeln in ungewohnten Situationen 	<p>PERSÖNLICHE ETHIK</p> <p>Persönliche Auffassungen von obiger allgemeiner Ethik; persönliche Gebote/Verbote; subjektive Maximen; selbstgesetzte Grenzen in Bezug auf Ziele/Methoden</p>

Da es bei der Interventionsplanung allein mit den (a) **"Wissensspeichern"** des Therapeuten nicht getan sein kann, weil "Wissen" auch in praktisches "Handeln" umsetzbar sein muß, läßt sich von einem zweiten relevanten Speicher (b) **"Handlungskompetenz"** ausgehen. Als drittes soll für unsere Zwecke der Speicher (c) **"Ethik/Moral"** hinzugenommen werden, der bei der Handlungsumsetzung "technische" Grenzen (z.B. "Nicht alles ethisch Wünschenswerte ist auch machbar" oder "Sollen impliziert Können": Albert, 1975) und "ethische" Grenzen ("Nicht alles prinzipiell Machbare ist ethisch-moralisch vertretbar") aufzeigen kann. Neben der Orientierung an einer allgemeinen Berufsethik (z.B. Wienand, 1982) ist für den einzelnen Therapeuten auch die Entwicklung einer spezifisch **persönlichen Ethik** von Bedeutung, da diese bei der Interventionsplanung ebensoviel Gewicht haben sollte wie rein fachwissenschaftliche Faktoren (vgl. Sider, 1984).

Die Inhalte der **epistemischen** Anteile der Wissens- und Handlungsspeicher sind wohl in hohem Maße **erlernbar**, so daß sich hier primär die Qualität therapeutischer Aus- und Weiterbildung, Supervision und Selbsterfahrung auszahlt. Bei wenig Wissen und wenig Praxisroutine sind daher auch die Alternativen des Therapeuten hinsichtlich der Interventionsplanung (und nachfolgenden Durchführung) reichlich eingeschränkt, wodurch die Forderung nach kontinuierlicher (lebenslanger) Fortbildung ihre Berechtigung erhält.

Auch **ethische Richtlinien** sollten in jeder verantwortungsvollen therapeutischen Ausbildung zentrale Bedeutung besitzen bzw. schon im Psychologie-Studium vermittelt werden.

Hingegen erscheint mir fraglich, ob therapeutische "Kreativität" (d.h. die **"heuristischen"** Speicher-Anteile) in vollem Maße lern- bzw. vermittelbar ist. M.E. trennt sich - die anderen therapeutischen Kompetenzen vorausgesetzt - genau an diesem Punkt des kreativen Wissens und Handelns die Spreu vom Weizen, d.h. der "gute" vom "mittelmäßigen" Therapeuten.

(2) Schwerpunkt "Auswertung bisheriger Klienten-Informationen"

Auf der Basis seiner therapeutischen Speicher (vgl. oben) muß der Therapeut die bislang vom Klienten vorliegenden Informationen nach bestimmten Gesichtspunkten auswerten und verarbeiten, wenn er das Binnenziel einer "maßgeschneiderten" Intervention erreichen will. Diese Auswertung entspricht dem Hauptzweck der verhaltenstherapeutischen Diagnostik (Ableitung und Umsetzung therapeutischer Interventionsschritte) und integriert die aus den Phasen 1, 2 und 3 bekannten

Informationen zu einem plausiblen (aber dennoch immer vorläufigen) **funktionalen Bedingungs- sowie Änderungsmodell**. Hierzu werden auch alle sonstige erhobenen Daten (z.B. via Verhaltensbeobachtung, Selbstaufzeichnungen, Fragebögen, medizinisch-physiologische Untersuchungen etc.) mit herangezogen.

Selbstverständlich ist diese **integrative Planung** nicht nur während der Kliententermine zu vollziehen, sondern auch zwischen den Stunden (d.h. im Zuge einer Vor- und Nachbereitung); bei besonders schwierigen Fällen können auch andere Kollegen (Supervisor, Team etc.) um Unterstützung gebeten werden.

Im kurzen Überblick geht es bezüglich der Klienten-Informationen um folgende hauptsächlich Themen:

AUSWERTUNG BISHERIGER KLIENTEN-INFORMATIONEN

Jeweils im Hinblick auf geplante Interventionen erfolgt Klärung folgender Punkte:

- (1) Auswertung der individuellen Problemanalyse (inklusive funktionaler Bedingungen)
- (2) Auswertung der individuellen Zielanalyse
- (3) Kompetenzdiagnostik*) bezüglich Problemzustand (IST-Zustand)
- (4) Kompetenzdiagnostik bezüglich Zielzustand (SOLL-Zustand)
- (5) Mögliche Ressourcen des Klienten (Zeit, Geld, Hilfsmittel etc.)
- (6) Ethische Hinderungsgründe seitens des Klienten

*) "Kompetenzdiagnostik" im Sinne von GOLDFRIED & D'ZURILLA (1969).

Für die optimale Anpassung einer Intervention an den Klienten wurde mit der "Auswertung mit der Klienten-Information" jedoch nur **eine** Seite betrachtet; umgekehrt stellt jede spezielle Intervention auch besondere **Anforderungen** an den Klienten, welche im nächsten Abschnitt genauer untersucht werden.

(3) Schwerpunkt "Interventionsanalyse"

Auf der Basis seiner therapeutischen Speicher stellt der Therapeut - zunächst grobe, dann immer differenziertere - Überlegungen an, welche Intervention(en) für die Person und Lebenssituation des Klienten am besten in der Lage sind, dessen Probleme zu lösen bzw. dessen Ziele zu erreichen.

Obwohl die Zahl therapeutischer Interventionen im Prinzip unbegrenzt ist, ergeben sich unter dem Gesichtspunkt empirischer **Effektivität** (d.h. "Ist eine Intervention tatsächlich geeignet, die angestrebten oder propagierten Effekte zu erzielen?") bereits starke Einschränkungen. Wie bereits in Teil I ausgeführt, stützt sich verhaltenstherapeutisches Vorgehen in erster Linie auf **überprüfbare** (und **nachgewiesenermaßen** zur Erzielung spezieller Wirkungen geeignete) Methoden. Für diese liegt eine Fülle gut dokumentierter Beschreibungen vor, welche dem Therapeuten als grundlegendes Repertoire ("Programm-Bibliothek") dienen kann (z.B. Bandura, 1969; Reinecker, 1978; Kendall & Hollon, 1979; Rimm & Masters, 1979; Baade et al., 1980; Kanfer & Goldstein, 1980³; Fliegel et al., 1981; Linden & Hautzinger, 1981; Bellack et al., 1982; etc.). Mit Bezug auf die obige Darstellung therapeutischer "Speicher" sollte sich jeder Therapeut im Zuge seiner Aus- und Weiterbildung einen reichhaltigen "Pool" von Standardtechniken aneignen, so daß er im Bedarfsfall aus einem breiten Spektrum von realisierbaren Alternativen wählen kann. Neben diesem "technischen" Grundrepertoire sollte er auch mit den wichtigsten aktuellen Ergebnissen der empirischen Therapieforschung hinreichend vertraut sein, um für die Person und Problematik des Klienten die (nach momentanem Kenntnisstand) **effektivste** Methode der Wahl verfügbar zu haben.

Neben diesen Standardtechniken, die bei den therapeutischen Planungen natürlich **erste** (aber nicht unbedingt **ausschließliche**) **Priorität** besitzen, kann sich aktuelles verhaltenstherapeutisches Vorgehen nicht der ein oder anderen **innovativen** Erweiterung auf der Technikebene verschließen. Sofern bekannt ist, daß bestimmte Therapiebausteine zur Erreichung bestimmter Zwecke geeignet sind, steht einem (zielorientierten) Einsatz solcher Methoden eigentlich nichts im Wege, selbst wenn sie ursprünglich nicht in verhaltenstheoretischen Bezugsfeldern entstanden sind. Angesichts mancher dubioser Entwicklungen im Zuge eines grassierenden "Psychobooms" sollte aber - auch aus ethischen Gründen - jede kreative neue Methode nur unter folgenden **kontrollierten Rahmenbedingungen** eingesetzt werden:

- Es existiert kein eklatanter Widerspruch zu momentan "gesicherten" Erkenntnissen der Psychologie (vgl. auch Perrez, 1982).
- Das Vorgehen ist exakt beschreibbar/operationalisierbar.
- Es wird deutlich gemacht, unter welchen exakten Voraussetzungen, bei welchem Problem und zu welchem Ziel die Methode eingesetzt werden kann.
- Haupt- und Nebeneffekte (sowie mögliche **schädliche** Wirkungen) sind angebar.
- Für die Effektivität/Ineffektivität im Einzelfall sind beobachtbare Kriterien formulierbar.
- Die Anwendung selbst erfolgt unter kontrollierten Evaluationsbedingungen ("kontrollierte Praxis", vgl. Westmeyer, 1977; Petermann, 1982).
- Es bestehen keine ethisch-moralischen Einwände.

Egal, ob die Anwendung erprobt-effektiver oder aber kreativ-innovativer Techniken in Erwägung gezogen wird - in beiden Fällen ist eine detaillierte **Interventionsanalyse** notwendig. Diese läßt sich in Analogie zur "Aufgabenanalyse" im Bereich der pädagogischen Psychologie (z.B. Bloom et al., 1971; Tyler, 1971; Resnick, 1976; Krathwohl et al., 1978; u.a.) verstehen, wonach die exakten **expliziten** und **impliziten** Voraussetzungen untersucht werden, die für die geplante Intervention erforderlich sind. Hierbei sind folgende Bereiche von Bedeutung:

INTERVENTIONSANALYSE

= ANALYSE EXPLIZITER/IMPLIZITER VORAUSSETZUNGEN FÜR DIE INTERVENTION

Welche **Anforderungen** stellt die geplante Intervention in Bezug auf:

- * Wissen
- * Können
- * Motivation
- * Rahmenbedingungen (förderliche/hinderliche)
- * Sonstige Hilfsmittel/Ressourcen
- etc.

Sollte der Therapeut dabei feststellen, daß an eine prinzipiell geplante Intervention zu hohe Anforderungen oder zu strenge Voraussetzungen geknüpft sind, müßte er - in Abhängigkeit von den Ergebnissen einer "Störfall-Analyse" - bisherige Entscheidungen revidieren.

Zusammenfassend dient die Phase 4 "Interventionsplanung" der Vorbereitung für die Auswahl und praktische Durchführung der Intervention(en). Der Therapeut stellt die Anforderungen der Intervention(en) den seitens des Klienten gegebenen Daten gegenüber und zieht - entsprechend seinen Wissens-, Handlungs- und Ethikspeichern - bestimmte Therapiebausteine in die engere Wahl. Im Idealfall läuft seine Planung auf eine optimale Passung, d.h. eine "maßgeschneiderte Therapie" hinaus.

Sobald alle Vorbereitungen zu einer Indikations-Entscheidung getroffen sind, sind die Schwerpunktziele der vorliegenden Phase erfüllt und der Übergang zu Phase 5 erreicht.

Folgende **prospektiven Vorbereitungsziele** sind außerdem bereits in dieser Phase anzusteuern:

PROSPEKTIVE VORBEREITUNGSZIELE FÜR SPÄTERE PHASEN:

- * Sind aufgrund der Planungsschritte bereits **Entscheidungen** möglich?
- * Müssen für die Durchführung bestimmter Interventionen noch gewisse Vorbereitungen getroffen werden?
- * Gibt es - bei mehreren Interventionen - Prioritäten hinsichtlich der Reihenfolge?
- * Wurden Evaluationsmöglichkeiten bedacht?
- * Ist der Selbstmanagement-Anteil möglichst hoch, so daß gute Voraussetzungen für Transfer und Ablösung vorliegen?

PHASE 5	METHODENAUSWAHL UND -DURCHFÖHRUNG	M
---------	-----------------------------------	----------

Nach den bisherigen vorbereitenden Planungsschritten geht es nun um eine **Entscheidung** darüber, welche Methode(n) im konkreten Einzelfall ausgewählt und durchgeführt werden soll(en). Diese Auswahl ist einerseits Ergebnis der vorherigen Informationssammlung; andererseits müssen auch die sonstigen instrumentellen Voraussetzungen weiter gewährleistet sein:

RETROSPEKTIVE ERHALTUNGSZIELE AUS FRÜHEREN PHASEN

- Sind die Grundlagen aus der Orientierungsphase noch gegeben?
- Sind die Probleme hinreichend geklärt, definiert, analysiert?
- Sind die Therapieziele hinreichend geklärt, vereinbart, analysiert?
- Ist die bisher erfolgte Interventionsplanung schon ausreichend?

Folglich stehen für die Phase 5 folgende Schwerpunktziele im Mittelpunkt:

SCHWERPUNKTZIELE FÜR PHASE 5: "METHODENAUSWAHL UND -DURCHFÜHRUNG"

- (1) SCHWERPUNKT "AUSWAHL/ENTSCHEIDUNG"
- (2) SCHWERPUNKT "DURCHFÜHRUNG"

(1) Schwerpunkt "Auswahl/Entscheidung"

Die Frage nach der (vorläufig) endgültigen Entscheidung darüber, welche Intervention nun zur Anwendung gelangt, berührt im Kern ein noch weitgehend ungelöstes*) Problem der Therapieforchung: die "Indikationsfrage" (vgl. Grawe, 1978; Baumann, 1981; etc.). Bei aller Anlehnung an wissenschaftliche und wissenschaftstheoretische Ideale bleibt der klinische Praktiker daher auch zurückgeworfen auf seine klinische Urteilsbildung mit allen (menschlichen) Unzulänglichkeiten und Fehlern (vgl. z.B. Turk & Salovey, 1985).

Eine verlässliche Orientierung an absolut "objektiven" Indikationsrichtlinien ist deshalb wohl eher utopische Hoffnung denn Realität. Trotzdem wäre es voreilig, ins gegenteilige Extrem zu verfallen und sich völlig auf "Intuition" oder "subjektive Erfahrung" verlassen zu wollen. Schließlich muß sich der verantwortungsvolle Therapeut - auch aus ethischen Gründen - der Frage stellen, wie sich sein therapeutisches Handeln legitimieren bzw. begründen läßt (vgl. Westmeyer, 1981). Reinecker (1985, S. 286/S. 294) stellt in diesem Zusammenhang die Forderung nach

*) Manche (z.B. Westmeyer, 1981) vertreten die Ansicht, daß die allgemeine Indikationsfrage zu global und daher falsch gestellt ist. Dadurch sei das Indikationsproblem nicht nur ungelöst, sondern unlösbar.

"relativ rationaler Rechtfertigung" von Therapieentscheidungen auf: Hiermit ist - verkürzt dargestellt - gemeint, daß jeder Praktiker zumindest in der Lage sein sollte, seine Einzelfallentscheidungen unter Bezug auf momentan "gesicherte" theoretische und empirische Wissensbestände (d.h. "relativ" rational) zu begründen.

Vor dem Hintergrund dieser Indikationsproblematik wurden mit aller Vorsicht die folgenden **heuristischen Entscheidungsregeln** als Hilfe für die Methodenauswahl in der Praxis formuliert:

- * **Grundlegende Regel:** Beschäftige Dich erst eingehend mit der Methodenauswahl, wenn die vorhergehenden Phasen des diagnostisch-therapeutischen Prozesses adäquat durchlaufen sind.
- * **Berücksichtige die (vorläufigen) Ergebnisse der individuellen Problemanalyse:**
 - Setze an konkreten, operationalisierten Bedingungen der Probleme an.
 - Berücksichtige die hypothetischen funktionalen Zusammenhänge.
 - Setze Prioritäten hinsichtlich der Reihenfolge der Einzelschritte (z.B. je nach der subjektiven Belastung/existentiellen Bedrohung des Klienten).
 - Setze nicht an "Tatsachen" an, die nicht änderbar sind.
- * **Berücksichtige die (vorläufigen) Ergebnisse der individuellen Zielklärung/Zielanalyse:**
 - Bette alle Interventionen in die grundlegenden Zielperspektiven des Klienten ein.
 - Arbeite an der Erreichung konkreter, positiv operationalisierter Zielkriterien.
 - Arbeite nicht an unerreichbaren, irrationalen oder utopischen Zielen.
- * **Berücksichtige implizite/expliciten Voraussetzungen bestimmter Interventionsmethoden:**
 - Wähle solche Interventionen, für die der Klient das nötige Wissen/Können sowie die nötige Motivation zur Durchführung gezeigt hat.
 - Stelle im Bedarfsfall erst die nötigen Voraussetzungen her, die die Durchführung einer bestimmten

Fortsetzung nächste Seite

Intervention möglich machen (z.B. zunächst Vermittlung der notwendigen Informationen und/oder Kompetenzen; Aufbau der notwendigen Motivation etc.).

*** Berücksichtige Rahmenbedingungen und Hilfsmittel in der Therapiesituation:**

- Sorge bei der Durchführung spezieller Interventionen für die Herstellung der dazu notwendigen **äußeren** Rahmenbedingungen (z.B. ruhige äußere Atmosphäre bei Entspannungstechniken).
- Sorge bei der Durchführung bestimmter Interventionen für die Bereitstellung notwendiger **Hilfsmittel** (z.B. Video, Biofeedback etc.).
- Verwerfe Interventionen, für die (a) die nötigen Rahmenbedingungen oder (b) die nötigen Hilfsmittel nicht verfügbar zu machen sind.
- Vermeide es, Dich bei Indikationsentscheidungen **ausschließlich** von Rahmenbedingungen oder Hilfsmitteln leiten zu lassen (z.B. Biofeedback nur wegen des neu angeschafften Biofeedback-Geräts...).
- Wähle als Interventionsort die Situation, in der das Problemverhalten auftritt (wenn immer dies möglich ist).

*** Berücksichtige die Ergebnisse der aktuellen Therapieforschung hinsichtlich der Methoden-Effektivität:**

- Wähle die effektivste Dir bekannte Behandlungsform.
- Versuche, Dich prinzipiell mit den Ergebnissen aktueller Therapieforschung vertraut zu machen.
- Nimm die evtl. bekannte prinzipielle Effektivität einer Methode nicht als Erfolgsgarantie für Deine Anwendung im konkreten Einzelfall, sondern überprüfe die Wirkung im Sinne einer "kontrollierten Praxis" (Einzelfall-Evaluation!).

*** Berücksichtige die Notwendigkeiten und Möglichkeiten einer Begleitevaluation:**

- Orientiere Dich an den durchgängigen Prinzipien der "Hypothesenleitung" und des "ergebnisorientierten Optimierens".
- Stelle (vorher, nicht erst POST HOC!) konkrete Kriterien auf, anhand derer Erfolg/Mißerfolg zu beobachten ist.
- Wähle solche Interventionen aus, für die eine eindeutige Erfolgsüberprüfung der Anwendung im Einzelfall **möglich** ist.

* **Primum non nocere:**

- Wähle aus mehreren Alternativen die (relativ "angenehmste") Behandlungsform, die die wenigsten aversiven/schädlichen Nebenwirkungen aufweist.

* **Minimale Interferenz ("principle of least intervention": KANFER, 1980):**

- Unterstütze den Klienten nur solange mit den jeweils geringstmöglichen Mitteln, bis dieser sich wieder selbst helfen kann.
- Untergrabe keine Selbsthilfemöglichkeiten des Klienten durch Übernahme von Verantwortung für den Klienten an Punkten, wo dieser Selbstverantwortung ausüben kann.
- Wecke keine unrealistischen/utopischen Hoffnungen (z.B. "ideale Person"/"perfekter Mensch" werden, "ewiges Glück auf Erden" etc.), wodurch der Klient möglicherweise zum langfristig "Therapieabhängigen" gemacht wird, indem er nach ~~immer~~ mehr Interventionen verlangt.

* **Prinzip der kleinen Schritte:**

- Zerlege weit entfernte Ziele in Teilziele und Zwischenziele, so daß kleine Interventionsschritte möglich werden.
- Beginne mit dem ersten Schritt. !
- Mache nicht den zweiten Schritt vor dem ersten, den dritten vor dem zweiten usw.
- Passe den Schwierigkeitsgrad und die Größe der einzelnen Schritte an die Kompetenzen des Klienten an.

* **Berücksichtige die triviale Motivationsregel ("Nichts ist so erfolgreich wie der Erfolg!"):**

- Beginne mit solchen (evtl. sehr kleinen) Schritten, die der Klient erfolgreich bewältigen kann.
- Schaffe positive Erlebnisse in Bereichen, die der Klient beeinflussen oder kontrollieren kann (ROTTER, 1966: "internal locus of control"; BANDURA, 1977: "self-efficacy").
- Gewährleiste ständig Transparenz, in welchem Zusammenhang die kleinen konkreten Schritte mit eventuell sehr weit entfernten großen Zielen stehen.

* **Berücksichtige beim Klienten die grundlegende Akzeptanz der Intervention:**

- Wähle solche Verfahren, die der Klient akzeptieren kann.

- Informiere den Klienten hinreichend über die Art, den Umfang und die Konsequenzen der geplanten Interventionen.
- Gestehe dem Klienten das Recht zu, bestimmte Interventionen abzulehnen.

* **Berücksichtige bei allen Entscheidungen die Kosten-/Nutzen-Relationen:**

- Wähle solche Interventionen aus, deren zu erwartender Nutzen in vertretbarem Verhältnis zum nötigen Aufwand (z.B. an Geld, Zeit, Mühe, Personal, Apparaturen etc.) steht.

Auf der Basis der bisherigen Planungen ist auch im Hinblick auf die gewählte(n) Intervention(en) in der Interaktion zwischen Therapeut und Klient ein (gemeinsamer) **Kompromiß** auszuhandeln, der eine subjektiv befriedigende Lösung für den Klienten maximal wahrscheinlich macht. Im Falle von Entscheidungsproblemen seitens des Therapeuten kann dieser selbst bestimmte Problemlösungs- und Entscheidungsmodelle (z.B. Janis & Mann, 1977; Kanfer & Busemeyer, 1982) auf die eigene Person anwenden, um z.B. Prioritäten zu setzen oder bestimmte Entscheidungsregeln zu befolgen.

(2) Schwerpunkt "Durchführung"

Unmittelbar nach der Methodenauswahl beginnt die **Durchführung** der Intervention. Hiert zählt sich natürlich die Qualität der bisherigen Informationsverarbeitung aus, so daß sich bei sorgfältiger, detaillierter Planung viele Durchführungsschwierigkeiten antizipieren und verhindern lassen sollten. Vereinfacht ausgedrückt läßt sich sagen, daß jetzt - im Falle von Erfolg wie Mißerfolg - die "Ernte" aller vorherigen Bemühungen eingebracht wird. Daneben ist der jeweils adäquate "technische" Ablauf im jeweiligen äußeren Durchführungsrahmen zu gewährleisten, wobei vor allem die therapeutischen Handlungskompetenzen gefordert sind: Da die "regelgerechte" Durchführung einzelner Interventionen weitgehend von den praktischen Fähigkeiten des Therapeuten abhängt (vgl. oben: Speicher "Handlungskompetenz"), legitimiert sich auch an dieser Stelle eine möglichst hochqualifizierte praxisnahe Aus- und Weiterbildung.

Die genauen Erfordernisse für den äußeren Implementationsablauf sind allerdings von Technik zu Technik unterschiedlich;

die adäquate Durchführung ist auf alle Fälle dort leichter zu überprüfen und zu sichern, wo exakte Anweisungen und Methodenbeschreibungen vorliegen (z.B. Kanfer & Goldstein, 1980; Fliegel et al., 1981; Linden & Hautzinger, 1981; etc.).

Die abschließenden prospektiven Vorbereitungsziele deuten an, daß einer der wesentlichen folgenden Schritte (nämlich Erfolgskontrolle) bereits begleitend zur Durchführung mit eingeleitet wird:

PROSPEKTIVE VORBEREITUNGSZIELE FÜR SPÄTERE PHASEN:

- * Ist die Begleit-Evaluation vorbereitet?
- * Begünstigt die Art der Interventionsdurchführung ein Maximum an Transfer?
- * Ist der Selbstmanagement-Anteil möglichst hoch?

PHASE 6	INTERVENTIONS-EVALUATION	I
---------	--------------------------	----------

Entsprechend der verhaltenstherapeutischen Verpflichtung zu Evaluation und Erfolgskontrolle (vgl. Teil I, S.134ff.) ist darauf zu achten, ob die durchgeführten Maßnahmen auch tatsächlich zu den erwünschten Effekten führen. Im Falle von Hindernissen im Handlungsablauf müssen daher spätestens an dieser Stelle Revisionen von Entscheidungen früherer Phasen vorgenommen werden. Eine Rekapitulation retrospektiver Ziele ist jedoch auch für den Normalablauf relevant:

RETROSPEKTIVE ERHALTUNGSZIELE AUS FRÜHEREN PHASEN

- Sind die Grundlagen aus der Orientierungsphase noch gegeben?
- Wurde während der Orientierungsphase die Basis für PRÄ-POST-Vergleichsmöglichkeiten geschaffen (z.B. Baseline-Erhebungen)?
- Wurden Probleme und Therapieziele hinreichend geklärt, vereinbart, analysiert?
- Ist die Interventionsplanung ausreichend gewesen?
- Ist die Entscheidung für eine bestimmte Intervention das Optimum unter den gegebenen Umständen?
- Läuft die Durchführung der Intervention adäquat ab?

Für die momentane Phase 6 stehen folgende **Schwerpunktziele** im Vordergrund:

SCHWERPUNKTZIELE FÜR PHASE 6: "INTERVENTIONS-EVALUATION"

- (1) SCHWERPUNKT "BEGLEITENDE EVALUATION"
- (2) SCHWERPUNKT "PRÄ/POST-EVALUATION"

Theoretische **Vorschläge** zur allgemeinen Evaluationsgestaltung in Forschung und Praxis liegen zwar zur Genüge vor (vgl. z.B. Hersen & Barlow, 1976; Kazdin & Wilson, 1978; Petermann & Hehl, 1979; Kazdin, 1982; Reinecker, 1982, 1983; etc.); vieles davon wird jedoch von Praktikern häufig als irrelevant und praxisfern angesehen oder von vornherein nicht zur Kenntnis genommen. Gerade in Anbetracht der Tatsache, daß im überwiegenden Durchschnitt der klinischen Praxis bislang selten eine gezielte Evaluation erfolgt, sondern in erster Linie subjektive Eindrücke des Therapeuten eine Rolle spielen, wird es darauf ankommen, solche Verfahren zur Erfolgskontrolle auszuwählen und in solchen Versionen zur Anwendung zu bringen, die explizit die **realen Möglichkeiten (und Grenzen) der durchschnittlichen Routinepraxis** mit ins Kalkül ziehen. Ein solches Vorgehen dürfte am ehesten mit den Vorschlägen einer "Kontrollierten Praxis" (vgl. Westmeyer, 1977; Petermann, 1982) zu erreichen sein.

Petermann (1982) hat in seinen konsequenten Bemühungen um einen "Kompromiß zwischen überhöhten, praxisfernen Exaktheitsansprüchen der akademischen Psychologie und dem nicht regelgeleiteten, intuitiven Nur-Helfen-Wollen vieler Praktiker" (S.53) drei Gütekriterien empfohlen, die für eine "kontrollierte Praxis" gelten sollen: (1) **Objektivierbarkeit/Dokumentierbarkeit**, (2) **Komplexität** und (3) **subjektive Bedeutsamkeit** (S.42). Mittels gewisser Minimalstandards kann eine empirische Überprüfung der Interventionen anhand solcher (konkret beobachtbarer) Kriterien erfolgen, die - bei aller Bemühung um Objektivierung - für die realen Probleme und Ziele des Klienten auch genügend subjektive Relevanz besitzen und außerdem das Therapiegesehen nur minimal belasten.

(1) Schwerpunkt "Begleitende Evaluation"

Die ständige begleitende Evaluation oder "therapiebegleitende Diagnostik" (vgl. Lutz & Windheuser, 1976) vollzieht sich nach den Prinzipien des "hypothesegeleiteten Vorgehens" und des "ergebnisorientierten Optimierens", welche in Teil I (S.140ff.) ausführlich behandelt wurden*). Dies bedeutet, daß im Hinblick auf die geplanten Interventionen bereits vorher (nicht erst post hoc!) exakt beobachtbare **Kriterien** oder **Indikatoren** festgelegt werden, anhand derer die **reale** Durchführung der therapeutischen Schritte mit dem **hypothetisch erwarteten** Verlauf verglichen werden kann. Hauptgrund für diese **Prozeß-Evaluation** ist in erster Linie, eine kontinuierliche **Grob- und Feinsteuerung** des Therapieablaufs bewerkstelligen zu können.

In Analogie zur Orientierung mittels einer Landkarte haben die aufgestellten Kriterien "**Wegweiserfunktion**":

Verstehe ich meinen Handlungsplan als "Landkarte", so kann ich mittels spezifischer Kriterien ständig überprüfen, ob ich mich im realen Handlungsablauf auf dem "richtigen" Weg befinde und mich meinen Zielen tatsächlich annähere (z.B. bei einer Wanderung: "Wenn ich richtig bin, müßte ich um die nächste Ecke eine Eisenbahnbrücke/Weggabelung/Fluß/Hochspannungsleitung/Flugplatz etc. kommen"). Genau wie bei einer Karte mit grobem Maßstab Sackgassen und Umwege erst recht spät zu entdecken sind, kommt es bei Evaluationsschritten im Therapiekontext darauf an, sich an sehr feinen und möglichst **kurzfristig** angelegten Kriterien zu orientieren, so daß mögliche Fehler sofort entdeckt und korrigiert werden können.

Für die konkrete Gestaltung seiner Begleit-Evaluation kann sich der Therapeut an folgenden Fragen orientieren, in die zum Teil Vorschläge von Petermann (1982) integriert wurden:

FRAGEN ZUR PROZESS-ORIENTIERTEN BEGLEIT-EVALUATION:

- * Ist das Ausgangsniveau für die Evaluation hinreichend exakt festgelegt, so daß beurteilt werden kann, ob überhaupt Veränderungen eintreten?

Fortsetzung nächste Seite

*) Es kann hier nur nochmals darauf hingewiesen werden, daß die Begleit-Evaluation ein **durchgängiges** Charakteristikum des gesamten OPTIMIZE-Modells darstellt und nicht erst jetzt, sondern mit der allerersten Therapiestunde beginnt.

- * Ist eine eindeutige Zielfestlegung erfolgt, so daß festgestellt werden kann, ob überhaupt Veränderungen in die erwünschte Zielrichtung erfolgen (ob Teil-/Zwischenziele erreicht werden)?
- * Ist im Hinblick auf die geplanten Schritte klar, welche konkret beobachtbaren Kriterien dabei Erfolg bzw. Mißerfolg anzeigen?
- * Sind die Kriterien für Erfolg/Mißerfolg hinreichend objektivierbar (exakt beobachtbar)?
- * Ist dem Therapeuten hinsichtlich seiner geplanten Schritte bekannt, welcher typische/erwartungsgemäße Ablauf bei der Intervention eintreten müßte ("feedforward"-Steuerung!)?
- * Sind die gewählten Kriterien repräsentativ für das, was sie messen sollen?
- * Sind die erhobenen Informationen unmittelbar handlungsrelevant, d.h. sofort umsetzbar in neue Handlungsschritte ("feedback"-Steuerung!)?
- * Sind die Kriterien fein genug gerastert, so daß (u.U. subtile) Veränderungen frühzeitig festzustellen sind?
- * Sind die Kriterien hinreichend komplex, um den Interventionsverlauf umfassend zu dokumentieren?
- * Sind die Kriterien von subjektiver Relevanz für die Probleme/Ziele (= "Lebensrealität") des Klienten?
- * Ist der Klient motiviert (bzw. kann er motiviert werden), bestimmte Daten zu liefern?
- * Entsteht durch die Art der Evaluation eine unzumutbare Belastung für den Klienten?
- * Sind gegebenenfalls statistische Analysen ohne größeren Zusatzaufwand durchführbar?

(2) Schwerpunkt "Prä/Post-Evaluation"

Neben der eben behandelten prozeßorientierten Begleitevaluation wird mittels eines Vergleichs zwischen dem Ausgangszustand (= "Prä") von Beginn der therapeutischen Intervention und dem Zustand nach erfolgter Maßnahme (= "Post") versucht, die prinzipielle(n) Wirkung(en) der Therapie zu ermitteln. Für diese **ergebnisorientierte Evaluation** sind - wie in Phase 1 angedeutet - bereits in der Eingangsphase die entsprechenden Vorbereitungen (z.B. mittels "Screening", Erstellung von "baselines" etc.) zu treffen. Neben der Feststellung, ob es überhaupt bedeutsame Änderungen in den behandelten Bereichen gab, geht es auch um eine breit angelegte Diagnostik von allgemeinen Veränderungen in vielen

Lebensbereichen des Klienten, so daß Informationen über unspezifische Therapieeffekte und Transferwirkungen genauso zu erfassen sind wie eventuell aufgetretene neue Schwierigkeiten.

Die jedem Prä/Post-Vergleich inhärenten Probleme der **Veränderungsmessung** können hier nur angedeutet werden (vgl. hierzu z.B. Petermann, 1978). Ein zweites Problem - nämlich die Frage: "Post hoc, ergo propter hoc?" (Ist die Verbesserung auch tatsächlich **wegen** der Therapie eingetreten?) - beschäftigt seit jeher die Therapieforschung und berührt im Kern unsere menschlichen Schwierigkeiten im Umgang mit kausalen Schlußfolgerungen (vgl. im Überblick Reinecker, 1983, S.184ff.). Im therapeutischen Einzelfall kann sich der durchschnittliche Praktiker zwar mit seinem Erfolgsopportunismus/Erfolgspragmatismus zufriedengeben und sich mit dem Klienten freuen, **daß** eine günstige Entwicklung eingetreten ist*). Um der Gefahr einer "abergläubischen Konditionierung" vorzubeugen, in deren Gefolge er in anderen Fällen in "bestem Glauben" Interventionen einsetzt, die "eigentlich" unwirksam bzw. irrelevant sind, sollte er jedoch sehr kritisch auch mit Therapieerfolgen umgehen.

Das Risiko von Fehleinschätzungen wird wohl durch folgende Maßnahmen etwas geringer:

- (1) Kontinuierlich **therapiebegleitende** Diagnostik als Ergänzung zu bloßer Prä/Post-Evaluation.
- (2) Ausschaltung/Geringhaltung von Informationsverarbeitungsfehlern ("biases") des Therapeuten (vgl. Fischhoff, 1982; Turk & Salovey, 1985).
- (3) Fallbesprechungen/Supervision mit Hilfe von Therapiedokumenten.
- (4) Enge Vertrautheit mit den wichtigsten Erkenntnissen und Strategien der Therapieforschung (vgl. z.B. Reinecker, 1983; Baumann, 1984).

In der klinischen Praxis kommen vor allem eher standardisierte bzw. teilstandardisierte (verhaltenstheoretische) Diagnostikverfahren zur Anwendung (z.B. Verhaltensinventare, Problemlisten, Ziellisten/Zieltaxonomien inkl. "goal-attainment scaling" (vgl. im Überblick Cytrynbaum et al., 1979), standardisierte Beobachtungen/Selbstbeobachtungen, Protokoll-

*) Viele Therapeuten - egal welcher Schulrichtung - nehmen in diesem Zusammenhang ausgesprochen "selbstwertdienliche" Erfolgseinschätzungen vor, indem sie Erfolge auf sich und ihre Therapie attribuieren, während bei Mißerfolgen der Klient die "Schuld" hat (was z.B. mit Schlagworten wie "Widerstand", "unbehandelbarer Klient", "nicht motiviert" etc. ausgedrückt wird.).

bögen, Verhaltenstests, medizinisch-physiologische Messungen etc.), die zum einen **störungsbildbezogen**, zum anderen **umfassend/allgemein** (auch auf "unproblematische" Lebensbereiche des Klienten bezogen) vorgegeben werden können. Trotz erheblicher Einschränkungen lassen sich auch manche Persönlichkeitsverfahren (z.B. MMPI, FPI etc.) für einen solchen deskriptiv-feststellenden Überblick einsetzen; sie stellen zumindest in einigen Bereichen "Notlösungen" dar, solange seitens der Verhaltensdiagnostik keine besser geeigneten Inventare vorliegen.

Aus dem Vergleich von Messungen zu zwei verschiedenen Zeitpunkten (Prä/Post) kann natürlich auch eine Mehrpunkte-Messung entstehen, wobei vor allem mindestens ein Meßpunkt nach Ende der Therapie (Katamnesa!) liegen sollte (siehe Phase 8 unten).

Für die Überlegungen des Therapeuten zur konkreten Auswahl von geeigneten Verfahren sind nachstehend ein paar Hinweise angegeben:

FRAGEN ZUR ERGEBNIS-ORIENTIERTEN "PRÄ/POST"-EVALUATION:

- * Welche (problemorientierten) Möglichkeiten gibt es, die Ausgangslage adäquat zu erfassen?
- * Welche Messungen des "Prä"-Zustands liegen aus früheren Phasen bereits vor?
- * Welche (zielorientierten) Möglichkeiten gibt es, das Erreichen der Therapieziele bzw. eine Zielannäherung festzustellen?
- * Welche Verfahren sind in der Lage, über unmittelbar problem- und zielbezogene Daten hinaus einen allgemeinen Überblick über die Situation des Klienten vor/nach der Therapie zu geben?
- * Welche Evaluationshilfsmittel (z.B. standardisierte Fragebögen, Tagebücher, Verhaltensinventare, Protokollbögen, Tonband-/Videomitschnitte, medizinisch-physiologische Meßverfahren etc.) bieten sich prinzipiell an?
- * Welche Hilfsmittel stehen im konkreten Fall tatsächlich zur Verfügung?
- * Entsteht durch die Art/den Umfang der Evaluation eine unzumutbare Belastung für den Klienten?
- * Sind gegebenenfalls statistische Analysen ohne größeren Zusatzaufwand realisierbar?

Egal, ob es um Begleitevaluation oder Prä/Post-Evaluation geht - für die dazu notwendigen Entscheidungen des Therapeuten sind immer dessen Problemlösekapazitäten ("Speicher"! siehe oben) von Bedeutung. Er muß sich dazu in jedem Einzelfall von neuem fragen:

- WAS GENAU möchte ich
- WOMIT
- WOZU
- UNTER WELCHEN BEDINGUNGEN evaluieren?

Hier werden subjektiv optimale Kompromißentscheidungen zu fällen sein, die jeweils relativ zu bestimmten Zielen und jeweils relativ zur speziellen Praxissituation (Was kann ich dem Klienten zumuten?) anders ausfallen ("Zielrelativität" der Evaluation: Schmelzer, 1985, S.136).

Während im Falle eines **erwartungswidrigen** Verlaufs der Intervention eine kritische Inspektion früherer Phasen erfolgen muß ("Störfallanalyse" Phase 5, 4, 3, 2, 1), ist bei **erwartungsgemäßigem** Ablauf ein Eintritt in die Phase 7 möglich, wofür außerdem folgende prospektiven Ziele vorzubereiten sind:

PROSPEKTIVE VORBEREITUNGSZIELE FÜR SPÄTERE PHASEN:

- * Wird eine Zieloptimierung möglich (d.h. Stabilisierung/Generalisierung/Transfer)?
- * Gibt es über die zielorientierte inhaltliche Arbeit bereits erste Hinweise auf "Prozeß-Lernen" (d.h. **Wie** gehe ich prinzipiell mit Problemen um?)?
- * Kann der Klient seine Erfolge auf sich selbst attribuieren?
- * Erlernt der Klient im Rahmen der Interventionen wichtige Strategien der Selbstkontrolle und des Selbstmanagement?

Selbst eine "erfolgreiche" Intervention, die zur intendierten Problemlösung/Zielerreichung führt, ist dann erst im eigentlichen Sinn ein Erfolg, wenn sie nicht nur kurzfristig auf die jeweilige Therapiesituation begrenzt bleibt. Im Hinblick auf das übergeordnete Ziel, den Klienten zu seinem eigenen Therapeuten auszubilden, der sich von Therapie und Therapeut möglichst schnell wieder emanzipiert, kommt somit den Themen **Stabilisierung, Generalisierung und Transfer** erhöhte Bedeutung zu. Zur Optimierung dieses "Meta-Ziels" ist außerdem die Bearbeitung von restlichen (als "target" vereinbarten, aber zunächst noch nicht bearbeiteten) Verhaltensbereichen vorzunehmen, so daß sich - bezogen auf diese "abgelegten" Probleme - ein erneuter Durchlauf der Phasen 2 - 6 ergeben kann. Außerdem bietet sich als erfolgversprechende Maßnahme an, den Klienten anhand der bisherigen Abläufe gezielt in den **Prozessen "Problemlösen"/"Selbstkontrolle"** etc. zu unterweisen, so daß er eigenständige Fähigkeiten in Richtung Selbststeuerung/Selbstmanagement erwirbt (s.u.).

Für all diese Schritte gibt jedoch erst der adäquate Durchlauf früherer Phasen die Grundlage ab, so daß zunächst folgende "retrospektiven Erhaltungsziele" gewährleistet sein müssen:

RETROSPEKTIVE ERHALTUNGSZIELE AUS FRÜHEREN PHASEN

- Sind die Grundlagen aus der Orientierungsphase noch gegeben?
- Wurden Probleme und Therapieziele hinreichend geklärt, vereinbart, analysiert?
- Sind Planung, Entscheidung und Durchführung bisheriger Interventionen hinreichend für das Erreichen der Therapieziele gewesen?

Entsprechend der obigen einleitenden Bemerkungen lassen sich für die vorliegende Phase 7 folgende **Schwerpunktziele** anführen:

SCHWERPUNKTZIELE FÜR PHASE 7: "ZIELOPTIMIERUNG"

- (1) SCHWERPUNKT "STABILISIERUNG/GENERALISIERUNG/TRANSFER"
- (2) SCHWERPUNKT "BEARBEITUNG RESTLICHER TARGETS"
- (3) SCHWERPUNKT "ERLERNEN VON SELBST-MANAGEMENT ALS PROZESS"

(1) Schwerpunkt "Stabilisierung/Generalisierung/Transfer"

Sobald der Klient gelernt hat, (a) sein Verhalten in bestimmten Bereichen und/oder (b) bestimmte Aspekte seiner Umgebung so zu ändern, daß er sich seinen Zielen annähert, kommt es darauf an, diese in der Regel noch sehr instabilen neuen Verhaltensweisen gezielt zu festigen. Neben der **Stabilisierung über die Zeit** sollen die Lernerfolge auch nicht auf eng begrenzte, isolierte Verhaltenseinheiten beschränkt bleiben, sondern den Klienten zu **flexiblen Verhaltensstrategien** befähigen. Somit rücken auch Möglichkeiten von **Generalisierung und Transfer***) in den Vordergrund.

Der zu früheren Zeiten gängige naive therapeutische Optimismus, der von "automatischen" Stabilisierungs- und Generalisierungseffekten ausging, ist mittlerweile der Erkenntnis gewichen, daß statt passivem Abwarten (im Sinne eines "train and hope": Stokes & Baer, 1977) eine **gezielte Planung und aktive Förderung** von Transfer möglich und nötig ist. Deshalb wird auch seitens der praxisrelevanten Literatur diesem Thema zunehmend größere Aufmerksamkeit geschenkt (vgl. Goldstein & Kanfer, 1979; Karoly & Steffen, 1980; Fiedler, 1981; etc.).

Wie bereits angedeutet, wird der **Sockel** für Stabilisierung und Generalisierung bereits im Verlauf der **bisherigen Phasen** gelegt; hierauf soll näher eingegangen werden, bevor einige Stabilisierungs- und Generalisierungsstrategien im engeren Sinn vorgestellt werden:

So zeigt die **Arbeitsorientierung** mit therapeutischen Hausaufgaben zwischen den Terminen an, daß die Therapie "für draußen" ist. Dadurch, daß der Klient mittels seiner aktiven Problembewältigungsversuche eigene Kontrollmöglichkeiten (wieder) entdeckt, wird die **Gesetzmäßigkeit** genutzt, daß selbstattribuierte

*) Die Begriffe Generalisierung und Transfer werden hier synonym gesetzt.

Verhaltensänderungen stabiler bleiben als extern attribuierte (vgl. z.B. Davison & Valins, 1969; Kopel & Arkowitz, 1975; Bandura, 1977; etc.).

Das Herausarbeiten **funktionaler Zusammenhänge** im Rahmen der **Problemanalyse**, die **vertikale Verhaltensanalyse** sowie die intensive **Zielanalyse** ermöglichen erst eine ausreichende Kenntnis der Lebenssituation des Klienten mit seinen Zielen und Plänen für den Alltag; erst mit diesem Wissen ist für den Therapeuten eine Einbettung der Strategien in die alltäglichen Zielperspektiven des Klienten sowie ein entsprechender Transfer zu planen.

Auch im Rahmen der **Interventionsplanung** und **-durchführung** kann Generalisierung erleichtert werden (z.B. durch maximale Anteile von Selbstkontrolle und Eigensteuerung, sowie durch die weiter unten angeführten ausdrücklichen Transfer-Strategien).

Durch eine möglichst hohe Transparenz bei der **Evaluation** der therapeutischen Schritte kann sich der Klient selbst von seinen Erfolgen (anfangs eventuell nur in Form von kleinen Schritten) überzeugen; dies dürfte sich wiederum auf seine Motivation auswirken, die erfolgreich gemeisterten Schritte auch weiterhin eigenständig zu realisieren.

In der jetzigen Phase können - in Anlehnung an obige Literatur - folgende speziellen Stabilisierungs- und Transfer-Strategien realisiert werden:

- Verstärkung/Selbstverstärkung:

Um eine Konsolidierung neuen Verhaltens zu erreichen, ist nach lerntheoretischen Gesetzmäßigkeiten für eine adäquate Verstärkung (bzw. Selbstverstärkung) der in Frage stehenden Verhaltensweisen zu sorgen. Im Falle operanter Programme könnte mit einem Vorgehen analog zur "intermittierenden Verstärkung"*) eine günstige Lösungsresistenz erreicht werden.

- Überlernen:

Neu gelernte Verhaltensweisen bleiben solange im Fokus der therapeutischen Bemühungen, bis sie nicht nur adäquat aufgebaut, sondern auch hinreichend stabilisiert sind.

- Ausblenden/Überblenden von Kontingenzen:

Künstliche Kontingenzen (z.B. "tokens") werden ausgeblendet, natürliche Verstärkungen (aus dem natürlichen Umfeld, z.B. soziale Anerkennung) eingebildet, so daß ein adäquater Übergang zu schaffen ist.

*) Die hier verwendete lerntheoretische Terminologie wird als bekannt vorausgesetzt und deswegen nicht eingehend ausgeführt.

- **Variation von Stimuli/Situationen während der Therapie:**

In Analogie zur "Stimulus-Generalisierung" wird während der Interventionen versucht, nicht nur eine Situation, sondern eine Reihe ähnlicher Situationen adäquat zu bewältigen (z.B. kann eine Selbstbehauptungsübung zunächst mit dem Therapeuten, dann mit Co-Therapeuten, Praktikanten und anderen Personen als Partner durchgeführt werden).

- **Variation von Reaktionen = Aufbau von flexiblen Strategien:**

In Analogie zur "Reaktions-Generalisierung" wird nicht nur eine isolierte Verhaltensweise aufgebaut, sondern flexible Verhaltensstrategien (z.B. Durchführung einer Selbstbehauptungsübung in submissiver, aggressiver und assertiver Weise; Aufbau einer Entspannungs-Reaktion zunächst im Liegen, dann im Sitzen oder Stehen etc.).

- **Maximale Annäherung der Therapiesituation an die kritische "real-life"-Situation:**

Hier wird versucht, möglichst viele Elemente der kritischen Lebenssituation des Klienten in der Therapiesituation zu duplizieren, so daß während der Intervention die relevanten Trainingsschritte vollzogen werden können.

- **"In-vivo"-Therapie:**

Überall dort, wo es möglich oder notwendig (z.B. bei Störungsbildern wie "Zwang" oder "Agoraphobie": vgl. z.B. Emmelkamp, 1982; u.a.) ist, sollten die Interventionen von vornherein in den kritischen Situationen des natürlichen Umfelds stattfinden. Die Durchführung der relevanten Therapieschritte in der natürlichen Umgebung sichert hiermit optimale Bedingungen für eine Aufrechterhaltung und Generalisierung.

- **Einbeziehung subjektiv bedeutsamer Lebenspartner:**

Obgleich diese Alternative ab der Orientierungsphase offen und im Bedarfsfall auch einzuschlagen ist, besteht auch jetzt noch die Möglichkeit, Personen aus dem sozialen Umfeld (z.B. Ehepartner, Familienmitglieder, Großeltern, Lehrer etc.) gezielt in die Therapie einzubeziehen, um den Transfer zu erleichtern.

- **Training von Mediatoren:**

Besonders im Bereich der Erziehung hat sich als erfolgversprechend herausgestellt, die relevanten Bezugspersonen (= Mediatoren) direkt mit den adäquaten Fähigkeiten in Form von

Erzieher-, Eltern- oder Lehrertrainings vertraut zu machen (vgl. z.B. Innerhofer, 1977; Moreland et al., 1982; Hamilton et al., 1983; Mutzeck & Pallasch, 1983; etc.).

- **Systematische Einbeziehung von "therapeutischen Hausaufgaben":**

Nachdem therapeutische Hausaufgaben ein durchgängiges Charakteristikum unseres Ansatzes darstellen, ist bereits ab der Orientierungsphase möglich, bestimmte Aufgaben (anfangs mit eher diagnostischen, später mit mehr therapeutischen Schwerpunkten) in den realen Lebenssituationen ablaufen zu lassen. Gegen Ende der Therapie geht es darum, die Inhalte von Hausaufgaben mehr und mehr auf das Ziel "Selbstmanagement" hin auszurichten, indem der Klient generelle Problembewältigungsstrategien entdecken und umsetzen lernt (vgl. unten).

- **Abstrahieren von Regeln ("rule-learning"):**

Sobald der Klient günstige Therapieerfahrungen gemacht und intendierte Verhaltensänderungen vollzogen hat, kann versucht werden, ihn auf mögliche Muster und Regelmäßigkeiten seines neuen Bewältigungsverhaltens hinzulenken, damit er selbst Regeln abstrahiert, die er eventuell auch in anderen Situationen anwenden kann.

- **Kognitiv-verhaltenstherapeutisches Lernen von "Prozessen":**

In dieser Kategorie läßt sich eine Reihe umfangreicher Strategien und Vorschläge zusammenfassen, die dem Klienten üblicherweise eine Reihe von Schritten (sowohl kognitiv als auch verhaltensmäßig) vermitteln, mit deren Hilfe er lernen kann, wie man generell mit Problemen umgehen kann (z.B. Problemlösetraining: D'Zurilla & Goldfried, 1971; systematische rationale Restrukturierung: Goldfried et al., 1979; "anxiety management training": Suinn & Richardson, 1971; Selbstinstruktionstraining/Streßimpfungstraining: Meichenbaum, 1977; "coping skills training": Goldfried, 1980; etc.).

Wegen ihrer herausragenden Bedeutung sowie der starken Betonung von Selbstkontrolle und Selbstmanagement werden wichtige Prinzipien dieser Ansätze im übernächsten Abschnitt gesondert besprochen.

(2) Schwerpunkt "Bearbeitung restlicher 'targets'"

Während bezüglich des bislang bearbeiteten Problems bereits die Stabilisierung/Generalisierung der Lösungen eingeleitet wird, kann im Hinblick auf restliche, noch zur Behandlung

anstehende "targets" ein erneuter Durchlauf des OPTIMIZE-Modells notwendig sein. Da im Zuge der Bearbeitung des bisherigen "Hauptproblems" allerdings im allgemeinen einige Zeit vergeht, ist sicherheitshalber eine Re-Inspektion vorzunehmen, ob sich an der Priorität der Belastungen zwischenzeitlich etwas geändert hat sowie ob neue Probleme/Ziele in den Vordergrund getreten sind. In anderen Fällen kann durch die erfolgreiche Bewältigung des Kernproblems ein derart günstiger "Ausstrahlungseffekt" auf andere Bereiche eingetreten sein, so daß sich ein weiterer Durchlauf für restliche targets erübrigt.

In der Regel beginnt der erneute Bearbeitungszyklus mittels eines "Wieder"-Eintritts in die Phase 2 (Problemklärung und -analyse), wobei - ähnlich wie bei den Folgephasen - zusätzlich auch auf die bislang schon bekannten Informationen zurückgegriffen werden kann, so daß die Datensammlung in der Regel "sparsamer" vonstatten geht.

Bei der Arbeit an mehr als einem "target" ist außerdem Wert auf eine gute **Koordination** zu legen, so daß das Risiko einer Überforderung des Klienten (durch die Arbeit an zu vielen Punkten gleichzeitig) möglichst gering bleibt. Sobald hier Anzeichen einer Überbelastung sichtbar sind, sollte wieder nur ein Schwerpunkt fokussiert werden.

Letztlich ist an dieser Stelle auch warnend darauf hinzuweisen, daß manche Klienten gerade gegen Ende der Therapie mit immer neuen "restlichen" targets aufzuwarten versuchen, die bearbeitet werden sollen. Neben der Hypothese, daß dies ein Hinweis auf Ablösungsprobleme (vgl. unten Phase 8) sein könnte, kann hier eine (unerfüllbare) Hoffnung auf kontinuierliche Problemfreiheit mittels Therapie eine Rolle spielen. Statt diesem "Utopie-Syndrom" (Watzlawick et al., 1979, S.69) nachzugeben, sollte der Therapeut dem Klienten realistische und praktikable **Möglichkeiten des prinzipiellen Umgangs mit Problemen** vermitteln. Wie dies erreicht werden kann, steht im Mittelpunkt des nächstfolgenden Abschnitts.

(3) Schwerpunkt "Erlernen von Selbstmanagement als Prozeß"

Übergeordnetes Ziel unseres gesamten Therapieansatzes ist das Erlernen von **Selbstmanagement** (Kanfer, 1980; Karoly & Kanfer, 1982; Hecht, 1984) durch den Klienten, wobei der Therapeut als Vermittler von speziellen Fähigkeiten/Kompetenzen (z.B. Selbstbeobachtung, Selbstbewertung, Selbstverstärkung; Selbstkontrolle, Problemlösen und Entscheiden) fungiert, die der Klient für die Eigensteuerung und eventuelle

Selbstkorrektur seines Verhaltens benötigt. Die durchgängigen Prinzipien und Lernschritte zogen sich bereits wie ein "roter Faden" durch die bisherigen Phasen (in denen der Anteil der Klientenverantwortung maximal gestaltet wurde), so daß es leicht fällt, auf die bisherigen realen Erfahrungen des Klienten im Zuge seiner Problembewältigung zurückzugreifen.

Bei dieser **Rekapitulation** der einzelnen Schritte steht jetzt allerdings nicht mehr der konkrete Inhalt (= **Was** wurde bearbeitet?), sondern der **Prozeß** (= **Wie** wurde bei der Bearbeitung vorgegangen?) im Mittelpunkt. Sobald der Klient in der Lage ist, zunächst unter Anleitung des Therapeuten entsprechende **Prozeßregeln** zu abstrahieren, besteht die Möglichkeit, im nächsten Schritt diese Regeln auf analoge Situationen antizipativ zu übertragen.

In der Praxissituation geschieht die Rekapitulation bisheriger Schritte in der Regel mittels gezielter prozeßorientierter Fragen: z.B. Wie sind wir bei der Bearbeitung vorgegangen? Was haben wir/Sie zuerst getan (→Probleme geklärt, Bedingungen analysiert; danach Ziel geklärt, analysiert etc.)? Wie haben Sie bestimmte Entscheidungen getroffen? Nach welchen Kriterien haben Sie gehandelt? Mit welchem Ergebnis? Was haben Sie daraus gelernt? Gibt es Situationen (eventuell in der Zukunft), in denen Sie nach einem ähnlichen Muster vorgehen könnten? etc.

Neben dem kognitiven Abstrahieren von hilfreichen Bewältigungsschritten, welches leicht den Charakter eines gedanklichen "Trocken-Trainings" erhalten kann, ist selbstverständlich auch eine reale **Handlungsumsetzung** anzustreben, wie sie z.B. Marlatt & Parks (1982) mit ihrem Programm zur Rückfallprävention*) vorschlagen. Kanfer (1979, p.207) spricht in diesem Zusammenhang von einem "prehearsal", d.h. einem gezielten "Voraus-Üben" der Bewältigung kritischer **zukünftiger** Situationen, in dessen Rahmen bei Bedarf auch noch ein Aufbau fehlender Teilfertigkeiten möglich wäre.

Neben der Umsetzung von Bewältigungsmustern "in-vivo" existiert auch die Möglichkeit, zunächst in der Phantasie **potentielle** Probleme der nahen Zukunft (z.B. was steht für das kommende halbe Jahr an kritischen Situationen an? Welche gravierenden privaten, familiären, beruflichen Änderungen/Belastungen könnte es in den nächsten 3 bis 5 Jahren geben? etc.) vorwegzunehmen, um eine Reihe von Lösungsalternativen zu entwickeln, auf die im "Notfall" zurückgegriffen werden kann (vgl. "fail-safe" plan-

*) Obwohl sich Marlatt & Parks (1982) primär auf Süchte/Abhängigkeiten konzentrieren, läßt sich m.E. eine Fülle ihrer Ideen auf Therapie allgemein übertragen.

ning: Fishman & Lubetkin, 1980). In dieser Hinsicht empfiehlt es sich außerdem, den Klienten schon für erste Anzeichen ("cues") von kritischen Situationen zu sensibilisieren, die ihm dann als "Frühwarn-Signale" dienen können.

Während für manche Klienten ein Problemlöse-Leitfaden in schriftlicher Form als Begleitung sinnvoll sein kann (vgl. z.B. Mahoney, 1979; Kämmerer, 1983), sind andere aufgrund ihrer Erfahrungen in der Therapie bereits eigenständig in der Lage, die wichtigsten Schritte selbst zu formulieren und schriftlich zu fixieren, um sich auch nach Ende der Therapie daran zu orientieren.

Auf die Möglichkeit des Einbeziehens spezieller Hilfen für bestimmte Arten von Schwierigkeiten (z.B. Angstbewältigungstraining: Deffenbacher & Suinn, 1982; Streßbewältigungstraining: Meichenbaum, 1977; Entscheidungsprobleme: Janis & Mann, 1977) sei hier nur der Vollständigkeit halber hingewiesen.

Endziel der obigen Bemühungen ist in jedem Falle, dem Klienten die jeweiligen Problemlösungsschritte so zu vermitteln, daß dieser auch ohne Therapie und Therapeut zu Selbstmanagement und Eigensteuerung in der Lage ist.

Abschließende Bemerkungen zu Phase 7:

Wie die obigen Ausführungen verdeutlichten, läßt sich eine **Zieloptimierung** unter mindestens dreifacher Perspektive vornehmen: (1) Optimierung hinsichtlich der bisher behandelten "targets", d.h. Stabilisierung, Generalisierung/Transfer; (2) Optimierung hinsichtlich bislang noch unbehandelter "targets", welche in den Phasen 1/2 vorerst "abgelegt" worden waren; (3) Optimierung hinsichtlich des Meta-Ziels "Erlernen von Selbstkontrolle/Selbstmanagement als Prozeß".

Außerdem ist im Zuge dieser Schritte auch die bevorstehende Beendigung der Kontakte vorzubereiten:

PROSPEKTIVE VORBEREITUNGSZIELE FÜR SPÄTERE PHASEN:

- * Ist ein Übergang zur Endphase möglich?
- * Kann an ein baldiges Beenden der Kontakte gedacht werden?
- * Können erste Schritte in Richtung Ausblendung der Kontakte vollzogen werden?

PHASE 8	ENDPHASE	E
---------	----------	---

Wie bereits in Teil I angedeutet, ist Therapie in unserem Verständnis ein **zeitlich begrenztes** Unterfangen. Somit kommt auch in zufriedenstellend verlaufenden Therapien einmal der Moment, wo die explizite **Beendigung** der Kontakte ansteht.

Während auch für die bevorstehende Ablösung die Basis bereits in früheren Phasen geschaffen wird, gibt es bezüglich der jetzt noch relevanten retrospektiven Erhaltungsziele eine deutliche **Schwerpunktverlagerung**: Wegen des engen Zusammenhangs mit Phase 7 ist eigentlich nur noch die Aufrechterhaltung von Stabilisierung, Generalisierung/Transfer inklusive der erlernten Selbstmanagement- und Problemlösestrategien von Bedeutung:

RETROSPEKTIVE ERHALTUNGSZIELE

- Sind die erzielten Änderungen hinreichend stabil?
- Wurden Generalisierung/Transfer gezielt geplant und umgesetzt?
- Hat der Klient Fähigkeiten zu Selbstmanagement und eigenständigem Problemlösen gelernt?

Im Gegensatz dazu wird - besonders im Hinblick auf die lange Zeit elementare Therapeut-Klient-Beziehung - eine **Zieländerung** in Richtung **Ablösung/Trennung** notwendig. Andere bisher wichtige Ziele (z.B. Problem- und Zielanalyse usw.) sind nur noch in den Aspekten relevant, in denen sie jetzt vom Klienten bei Bedarf eigenständig realisiert werden können.

Folgende beiden **Schwerpunktziele** sind in Phase 8 anzustreben:

SCHWERPUNKTZIELE FÜR PHASE 8: "ENDPHASE"

- (1) SCHWERPUNKT "AUSBLENDEN/BEENDIGUNG DER KONTAKTE"
- (2) SCHWERPUNKT "VORBEREITUNG VON 'FOLLOW-UP'/KATAMNESE"

(1) Schwerpunkt "Beendigung der Kontakte"

In Kontrast zu den Sonderfällen eines vorzeitigen Therapieabbruchs oder den weiter unten intensiver behandelten Ablösungsproblemen vollzieht sich die Beendigung der Kontakte im Regelfall mittels eines Konsens zwischen Therapeut und Klient, wobei die Erreichung der vorher vereinbarten Therapieziele als entscheidendes Beurteilungskriterium gilt. Obwohl in manchen Fällen auch eine von vornherein limitierte Anzahl von Therapiestunden ihre Vorteile hat, sollte in einer "Problem- und zielorientierten Verhaltenstherapie" die Länge der Gesamttherapie in erster Linie von der tatsächlichen Erreichung der angestrebten Ziele abhängig sein. Eine Verlängerung der Kontakte über das vereinbarte Maß hinaus sollte daher ebenfalls nur **zielbezogen** (z.B. "Wir arbeiten noch zusätzliche 5 Termine am Thema 'Streßprävention'") vereinbart werden.

Nicht immer vollzieht sich die Beendigung aber reibungslos oder mittels eines **gemeinsam** von Therapeut und Klient getragenen Entschlusses. In manchen Fällen möchte nur einer von beiden die Therapie abschließen, wohingegen der andere an einer Fortsetzung interessiert ist. Im ersten Fall, wo dem Therapeuten eine Fortführung der Behandlung indiziert erscheint, während der Klient aufhören möchte, gerät der Therapeut in ein ethisch wie juristisch kompliziertes Dilemma: nämlich das der "Verantwortung für den Klienten" (vgl. z.B. Rössler, 1984). Selbst wenn eine langfristig prekäre Negativ-Entwicklung im Falle einer Nicht-Weiterbehandlung droht oder Selbst- bzw. Fremdgefährdung zu befürchten sind, muß sich der Therapeut immer mit der Frage auseinandersetzen, ob sein Eingreifen legitim wäre. Außerdem sollte er sich über die Grenzen seiner Einflußnahme im Klaren sein, denn nur dort wird eine Weiterbehandlung möglich sein, wo es ihm gelingt, beim Klienten in hinreichendem Maße "Problembewußtsein" sowie "Therapiemotivation" aufzubauen.

Im umgekehrten Fall sieht der Therapeut keinen Anlaß zu einer weiteren Fortführung der Therapie, wohingegen der Klient deutliche **Ablösungsprobleme** zeigt:

Levinson (1977) hat - weitgehend aus einer psychodynamischen Perspektive - einige typische Anzeichen von Ablösungsproblemen beschrieben, die auch dem verhaltenstherapeutischen Praktiker wohlbekannt sein dürften: Emotionale Reaktionen wegen der bevorstehenden Trennung vom Therapeuten, Anklammerungstendenzen, Wiederauftreten alter Symptome/Probleme, Deklaration immer neuer Probleme als "behandlungsbedürftig", z.T. auch dramatisch-de-

monstrative Appelle wie z.B. Suizidankündigungen etc., verzweifelte Suche nach alternativen Hilfsangeboten/anderen Therapeuten für die Zeit nach Therapiebeendigung usw.

In unserem Verständnis deuten Ablösungsschwierigkeiten in jedem Fall darauf hin, daß bestimmte Ziele aus bereits durchlaufenen Phasen nicht adäquat erreicht wurden (so daß sich spätestens jetzt frühere Versäumnisse "rächen"). So ist möglich, daß eventuell eine zu intensive Therapeut-Klient-Beziehung bestand, deren Arbeitscharakter nicht deutlich wurde; vielleicht waren die Therapiestunden zu "angenehm" oder zu sehr "Selbstzweck", zu sehr profitabel im Vergleich zur harten Arbeit an den Problemen "draußen"; eventuell wurden Eingangserwartungen nicht hinreichend geklärt, so daß Fehlvorstellungen in Richtung Dauertherapie bestehenbleiben konnten; vielleicht wurde auch keine Generalisierung/Transfer auf die eigentlichen kritischen Situationen angestrebt oder der Grundgedanke des Aufbaus von Selbstmanagement nicht berücksichtigt; es könnte auch sein, daß der Therapeut einem "Utopie-Syndrom" (Watzlawick et al., 1979) des Klienten aufsitzt; etc. etc.

In jedem Falle sollte bei Ablösungsproblemen eine gezielte "Störfall-Analyse" vollzogen werden, für die die obigen Gedanken lediglich ein paar mögliche Hypothesen beschrieben haben. Falls ein Therapeut jedoch häufiger Ablösungsprobleme seiner Klienten erlebt, müßte er sich auch (z.B. via Supervision/Selbsterfahrung) um die Klärung eventueller eigener Anteile bemühen. Möglicherweise provoziert er solche Ablöseschwierigkeiten selbst und hält Klienten länger als nötig in Therapie (dies kann durch auf der Hand liegende materielle Gewinne=Honorare genauso begünstigt werden wie durch immaterielle "Gewinne" im Sinne von Befriedigung des eigenen "Helfer-Syndroms", überstarker Sympathien für den Klienten, eigener Ambitionen in Richtung "Gestaltung eines perfekten Superfalls", etc.).

Damit in der Endphase der Therapie Ablösungsprobleme gar nicht erst entstehen, rückt die explizite Gestaltung des Übergangs von der Therapiesituation zur Phase nach der Therapie in den Fokus der Aufmerksamkeit. Die nachfolgende Tabelle enthält für diesen Zweck sowohl eine Rekapitulation präventiver Möglichkeiten aus früheren Phasen, als auch Gestaltungsvorschläge für die Ausblendung der Kontakte in der jetzigen Endphase, wobei für letztere einige Anregungen von Kanfer & Grimm (1980) übernommen wurden:

REKAPITULATION PRÄVENTIVER MÖGLICHKEITEN AUS FRÜHEREN PHASEN:

- * Prinzipielle Orientierung an den Schwerpunktzielen des OPTIMIZE-Modells.
- * Erwartungskklärung im Sinne: Therapie ist zeitlich begrenzt, nicht Selbstzweck, gehört für "draußen".
- * Keine zu intensive Therapeut-Klient-Beziehung (Wahrung der Arbeitsbeziehung).
- * Betonung des INTERNAL LOCUS OF CONTROL bzw. von SELF-EFFICACY.
- * Interventionen wenn möglich im natürlichen Umfeld bzw. mit maximalem Transfer.
- * Vermittlung allgemeiner Problemlöse-Fertigkeiten zum Zweck des eigenständigen Einsatzes "draußen".
- * Aufbau erstrebenswerter Ziele für "draußen" (= Positiv-motivation durch Anreize, die auch nach Therapie-Ende bestehenbleiben).
- * Selbstkontrolle/Selbstmanagement als Meta-Ziel des gesamten Therapieprozesses.

GESTALTUNGSVORSCHLÄGE FÜR DIE AUSBLENDUNG DER KONTAKTE IN DER ENDPHASE:

- * Allmähliches Ausblenden statt abrupter Beendigung der Kontakte.
- * Starke Erhöhung der Klientenaktivitäten/Therapeut wird immer passiver.
- * Termine in größeren Intervallen (von wöchentlich jetzt 14-tägig, alle 4 bzw. 8 Wochen).
- * Übergang zu Telefonkontakten (jedoch nach Plan: z.B. "freitags 13-14 Uhr").
- * Briefliche Rückmeldungen (z.B. nach einem Vierteljahr).
- * Gelegentliche Nachbesprechungstermine (z.B. in einem halben Jahr).
- * "Booster"-Sitzungen bei Bedarf (d.h. Intensiv-Termine zum "Wieder-Auffrischen" bestimmter Lernschritte).
- * Falls nötig: jährlicher "check-up".
- * Katamnese (brieflich oder aber in Form einer Nachbesprechung; z.B. nach 1 Jahr/3 Jahren).

(2) Schwerpunkt "Vorbereitung von 'follow-up'/Katamnese"

Selbst wenn während der therapeutischen Kontakte die Stabilisierung und Generalisierung der erzielten Verhaltensänderungen maximiert werden konnten, bleibt die weitere Aufrechterhaltung von Verbesserungen nach Ende der Therapie eine empirisch zu überprüfende Angelegenheit (vgl. Mash & Terdal, 1977). Zu diesem Zweck werden - wie in der Phase 8 "Interventions-Evaluation" erwähnt - gezielte **Katamnese-Erhebungen** eingesetzt, die (z.B. nach einem Jahr) ein umfassendes Bild des Klienten-Zustands bzw. des weiteren Verlaufs geben sollen. In der Regel wird für diese "follow-up"-Diagnostik - brieflich oder im persönlichen Gespräch - zumindest ein Teil der Meßmittel nochmals vorgegeben, die im Rahmen der "Prä/Post"-Vergleichsevaluation Verwendung fanden.

Einige besonders relevante Momente der katamnestischen Erhebung betreffen (neben der Einschätzung des momentanen Zustands sowie des Verlaufs in den therapierten Bereichen) z.B. Anzeichen für positive Generalisierungseffekte oder aber das eventuelle Auftreten neuer Probleme. Daneben empfehlen sich Fragen nach dem weiteren (eigenständigen) Gebrauch erlernter Problemlöse- und Selbstmanagement-Fähigkeiten. Letztlich sind auch zwischenzeitliche Änderungen der allgemeinen Lebensverhältnisse (z.B. Ausbildungsabschluß/neuer Arbeitsplatz/Arbeitslosigkeit/Umzug/Heirat/Scheidung/Geburt eines Kindes/Verlust wichtiger Bezugspersonen/finanzieller Auf- bzw. Abstieg, etc.) von Bedeutung.

Die Katamnese - auf die der Klient im Abschlußgespräch noch vorbereitet/hingewiesen wird - stellt schließlich die letzte und abschließende Maßnahme des gesamten diagnostisch-therapeutischen Prozesses dar.

PROSPEKTIVE VORBEREITUNGSZIELE FÜR DIE ZEIT NACH DER THERAPIE:

- * Wurden Vereinbarungen getroffen, was der Klient in der Zeit nach Ende der Therapie tun kann (besonders bei Rückfällen, kritischen Lebenssituationen, neuen Problemen)?
- * Sind noch Maßnahmen der "POST"-Evaluation zu erledigen?
- * Wurde die spätere Katamnese vorbesprochen (z.B. Art der Erhebung, Termin, etc.)?

Schluß

Ein Organisationsmodell für die verhaltenstherapeutische Praxis, welches mit der Dynamik und Vielschichtigkeit der realen Therapiesituation in Einklang zu stehen versucht, muß in mancher Hinsicht **idealtypisch** bleiben. Diese Idealtypik betrifft für das OPTIMIZE-Modell mindestens folgende drei Bereiche:

(a) **Zeitlicher Ablauf:** Während die Darstellung einen sehr glatten Verlauf von Anfang bis Ende nahelegt, sind im Regelfall der alltäglichen Therapiepraxis viele rekursive "Schleifen" zu verzeichnen, in deren Rahmen der Therapeut zu "eigentlich" bereits durchlaufenen Phasenschwerpunkten zurückkehren muß.

(b) **Fülle von "Regeln" und Indikatoren:** Das OPTIMIZE-Modell präzisiert eine Reihe von therapeutischen "Regeln" sowie eine Vielzahl beobachtbarer Indikatoren für die Erfüllung/Nichterfüllung bestimmter Schwerpunktziele mit ebenfalls idealtypischer **Beispielfunktion:** Diese Listen/Strategien/Tabellen sind ohne Anspruch auf Vollständigkeit formuliert und schon gar nicht als Aufforderung zur lückenlosen "Abarbeitung" in Form einer Checkliste zu verstehen. Vielmehr sind sie als Vorschläge, Anregungen und Anhaltspunkte gedacht, aus denen der Therapeut je nach Bedarf (d.h. je nach seinen Zielen) auswählen kann.

(c) **"Temporäre Gültigkeit":** Obwohl das Modell auf der Basis aktueller theoretischer Kernannahmen und in ständiger Wechselwirkung zwischen Theorie und Praxis entwickelt wurde, ist mit ihm kein dogmatischer Anspruch auf unumstößliche "Wahrheiten" verbunden. Es ist daher als idealtypische "Kristallisation" zum Momentzeitpunkt konzipiert und prinzipiell revidierbar. Es sollte spätestens dann auch **tatsächlichen Revisionen** unterzogen werden, wenn sich (1) im theoretischen Bereich der psychologischen Grundlagenforschung revolutionäre Weiterentwicklungen vollziehen bzw. (2) bestimmte Modellvorschläge als nicht mehr nützlich/hilfreich bei der Bearbeitung klinischer Fragestellungen erweisen.

Vor allem wegen des eben formulierten Gesichtspunkts (c) besteht daher auch **eine** Absicht der vorliegenden Publikation darin, zu Diskussionen, Kritik und Ergänzungs-/Revisionsvorschlägen anzuregen. Wenn außerdem bereits Themenbereiche oder Prozesse ins Blickfeld geraten sein sollten, die sich für eine **weitergehende** Forschung lohnen könnten, so wäre ein weiterer wichtiger Zweck erfüllt.

Es dürfte außerdem deutlich geworden sein, daß ein Organisationsmodell nicht "Kochbuchcharakter" haben und nach der Devise "Man nehme..." dem Therapeuten alle Entscheidungen abnehmen kann. Abgesehen von der Frage, ob dies überhaupt wünschenswert wäre (in letzter Konsequenz würden durchaus hilfreiche Einflußgrößen wie "klinische Intuition" und "therapeutische Kreativität" radikal ausgemerzt), zeigt sich spätestens auf den zweiten Blick - nämlich in der Praxis - die Unmöglichkeit einer solchen Rezeptforderung. Statt eines starren Korsetts, in dessen Rahmen der Therapeut gezwungen wäre, roboterhaft bei jedem Klienten das Gleiche zu tun, bietet das OPTIMIZE-Modell ein **prozeßorientiertes Grundgerüst**, das es ermöglicht, in jedem Einzelfall flexibel, d.h. **problem- und zielorientiert** zu entscheiden und entsprechend therapeutisch zu handeln.

Für den Umgang mit dem OPTIMIZE-Modell in seiner **Gesamtheit** können - nach erfolgter Darlegung der Einzelphasen - an dieser Stelle zusammenfassende Empfehlungen gegeben werden. Die prozeßorientierten "Entscheidungshilfen" der nachstehenden Tabelle sind dabei als Erläuterungen der unten anschließenden Übersichtsgrafiken zu verstehen:

PROZESS-ORIENTIERTE ENTSCHEIDUNGSHILFEN FÜR DEN UMGANG MIT DEM "OPTIMIZE"-MODELL

(→ Phasenübergänge; → Störfall-Analyse)

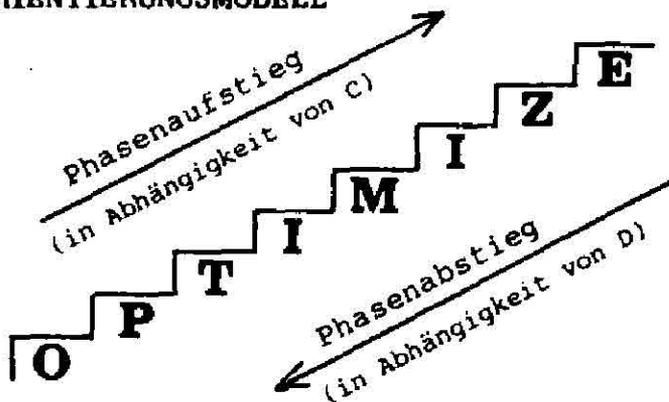
- 1.) Die Vorschläge des (A) "OPTIMIZE"-Modells bieten den **grundlegenden Orientierungsrahmen** für den Gesamttablauf des diagnostisch-therapeutischen Prozesses, wobei (B) "Hypothesenleitung" und "ergebnisorientiertes Optimieren" **durchgängige Basisprinzipien** des Vorgehens darstellen.
- 2.) Sobald die (C) **Schwerpunktziele** der jeweiligen Phasen als gegeben angenommen werden können, d.h.: solange **keine Negativkriterien** deutlich werden, erfolgt der Übergang zur nächsten Phase (→ "Phasenaufstieg").
- 3.) Ab Phase 2 ist zusätzlich zu den Schwerpunktzielen auch auf die **Aufrechterhaltung der Schwerpunktziele früherer Phasen** (= "Erhaltungsziele") zu achten.

Fortsetzung nächste Seite

- 4.) Sobald **Schwerpunktziele** der momentanen Phase oder **Erhaltungsziele** aus früheren Phasen **nicht bzw. nicht mehr** gegeben sind (d.h. wenn entsprechende **Negativkriterien** vorliegen), existiert ein therapeutisches **"Binnenproblem"**, welches **vorrangig** bearbeitet werden muß.
- 5.) Zur Behebung dieses Binnenproblems wird eine (D) **"Störfall-Analyse"** (vgl. SCHMELZER, 1985, Teil I, S. 143) empfohlen, in deren Rahmen der Therapeut zur entsprechenden **"Störstelle"** **zurückkehrt**, um dort mit dem Problemlösen - in der **"Selbstanwendung"** - zu beginnen (→ **"Phasenabstieg"** zu Phase X und **Schwerpunktziel Y**).
- 6.) Erst wenn es gelungen ist, den Störfall zu beheben (d.h. das entsprechende **Schwerpunktziel** wiederherzustellen), kann zu den Vorschlägen des **"OPTIMIZE"-Modells** (A) zurückgekehrt werden.
- 7.) An welcher Stelle/in welcher Phase **danach** wieder ins **"OPTIMIZE"-Modell** eingestiegen werden kann, regelt sich in **Abhängigkeit** davon, welche **Schwerpunktziele** nach der **Störfall-Analyse** (noch) als erfüllt gelten: Häufig (nicht immer) wird der Therapeut in der Phase weitermachen müssen, wo die **Störstelle** lag, so daß sich alles Vorherige als therapeutische **"Sackgasse"** entpuppt...

(A)

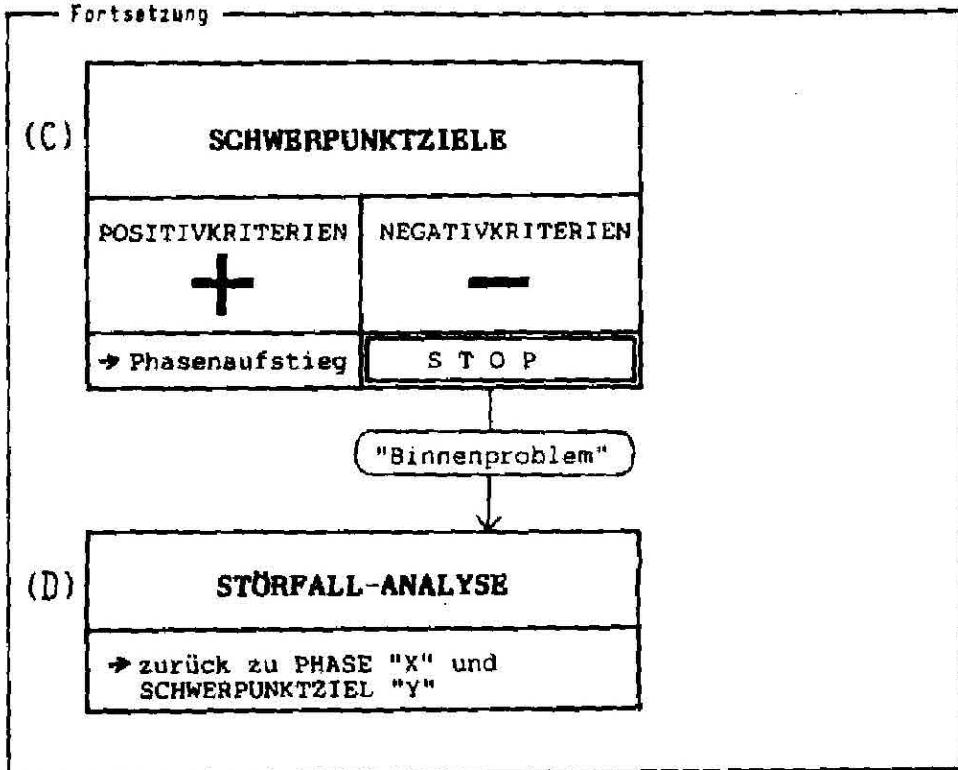
ORIENTIERUNGSMODELL



(B)

KONTINUIERLICHE BASISPRINZIPIEN

- Hypothesenleitung
- ergebnisorientiertes Optimieren



Was eine empirische "Bewährung" des Modells anbelangt, so wird zu klären sein, ob es tatsächlich die angestrebten Zwecke (z.B. Orientierungsfunktion) in der Praxis erfüllen kann. Neben der Frage, ob es von Kollegen als hilfreich/nützlich eingeschätzt wird, ist es ebenfalls ein empirisch zu klärendes Thema, ob sich ein "problem- und zielorientierter Verhaltenstherapeut" sowohl entsprechend seiner explizierten theoretischen Prämissen (vgl. die Kernannahmen aus Teil I) als auch entsprechend der Vorgaben des OPTIMIZE-Modells verhält. Wenn auch die Praxis letztlich keine Auskunft über die Richtigkeit oder Wahrheit von Theorien geben kann, so läßt sich doch anhand von Beobachtungen feststellen, ob jemand in der Praxis seine vorher formulierten Prämissen befolgt sowie ob er mit deren Hilfe seine Ziele erreicht. Dieser Aspekt der "pragmatischen Nützlichkeit" sollte (sowohl für empirische Belange als auch für alle theoretischen Verbesserungsvorschläge) immer ein relevantes Beurteilungskriterium bleiben - vor allem dann, wenn wir vermeiden wollen, daß uns ein Orientierungsmodell eventuell wichtiger wird, als das Gebiet, in dem wir uns als Praktiker schließlich zurechtfinden müssen.

LITERATUR

- Albert, H. (1975). **Traktat über kritische Vernunft**. Tübingen: Mohr.
- Baade, F.-W., Borck, J., Koebe, S. & Zumvenne, G. (1980). **Theorien und Methoden der Verhaltenstherapie. Eine Einführung. Sonderheft II/1980 der DGVT**. Tübingen: DGVT-Verlag.
- Baekeland, F. & Lundwall, L. (1975). Dropping out of treatment: A critical review. *Psychological Bulletin*, **82**, 738-783.
- Bandura, A. (1969). **Principles of behavior modification**. New York: Holt.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, **84**, 191-215.
- Bartling, G., Echelmeyer, L., Engberding, M. & Krause, R. (1980). **Problemanalyse im therapeutischen Prozeß**. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bastine, R. (1978). Strategien psychotherapeutischen Handelns. In R. Reimer (Hrsg.), **Möglichkeiten und Grenzen der Psychotherapie im psychiatrischen Krankenhaus: 9. Weinsberger Kolloquium (S.59-66)**. Stuttgart: Thieme.
- Baumann, U. (Hrsg.). (1981). **Indikation zur Psychotherapie**. München: Urban & Schwarzenberg.
- Baumann, U. (Hrsg.). (1984). **Psychotherapie: Makro-/Mikroperspektive**. Göttingen: Hogrefe.
- Bellack, A. S., Hersen, M. & Kazdin, A. E. (Eds.). (1982). **International handbook of behavior modification and therapy**. New York: Plenum.
- Bloom, B. S., Hastings, J. & Madaus, G. F. (1971). **Handbook on formative and summative evaluation of student learning**. New York: McGraw-Hill.
- Braun, P. (1978). Verhaltenstherapeutische Diagnostik. In L. J. Pongratz (Hrsg.), **Handbuch der Psychologie**. Band 8, Klinische Psychologie, 2. Halbband (S.1649-1725). Göttingen: Hogrefe.
- Braun, P. (1984). **Prozeßmodell funktional-struktureller Veränderungen von Interaktionsstrukturen und Persönlichkeitsbereichen**. Unveröffentlichte Habilitationsschrift, Psychologisches Institut. Würzburg.
- Breuer, F. (1979). **Psychologische Beratung und Therapie in der Praxis**. Heidelberg: Quelle & Meyer.

- Carver, C. S. & Scheier, M. F. (1981). *Attention and self-regulation: A control-theory approach to human behavior*. New York: Springer.
- Caspar, F. M. & Grawe, K. (1981). *Widerstand in der Verhaltenstherapie*. In H. Petzold (Hrsg.), *Widerstand. Ein strittiges Konzept in der Psychotherapie* (S.349-384). Paderborn: Junfermann.
- Cone, J. D. & Hawkins, R. P. (1977). *Behavioral assessment. New Directions in clinical psychology*. New York: Brunner & Mazel.
- Cytrynbaum, S., Ginath, Y., Birdwell, J. & Brandt, L. (1979). *Goal attainment scaling: A critical review*. *Evaluation Quarterly*, 3, 5-40.
- Davison, G. C. & Valins, S. (1969). *Maintenance of self-attributed and drug-attributed behavior change*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 11, 25-33.
- Deffenbacher, J. L. & Suinn, R. M. (1982). *The self-control of anxiety*. In P. Karoly & F. H. Kanfer (Eds.), *Self management and behavior change* (S.393-442). New York: Pergamon.
- DeVoge, J. T. & Beck, S. (1978). *The therapist-client relationship in behavior therapy*. In M. Hersen, M. Eisler & P. Miller (Eds.), *Progress in behavior modification* (S.204-248). New York: Academic Press.
- Dörner, D. (1976). *Problemlösen als Informationsverarbeitung*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Dörner, D., Kreuzig, H. W., Reither, F. & Stäudel, T. (Hrsg.). (1983). *Lohhausen: Vom Umgang mit Unbestimmtheit und Komplexität*. Bern: Huber.
- Dziewas, H. (1980). *Instrumentelle Gruppenbedingungen als Voraussetzung des individuellen Lernprozesses*. In K. Grawe (Hrsg.), *Verhaltenstherapie in Gruppen* (S.27-55). München: Urban & Schwarzenberg.
- D'Zurilla, T. J. & Goldfried, M. R. (1971). *Problem solving and behavior modification*. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107-126.
- Emmelkamp, P. M. G. (1982). *Phobic and obsessive-compulsive disorders. Theory, research and practice*. New York: Plenum.
- Fiedler, P. A. (1981). *Psychotherapieziel: Selbstbehandlung*. In P. A. Fiedler (Hrsg.), *Psychotherapieziel Selbstbehandlung* (S.25-76). Weinheim: Edition Psychologie.
- Fiester, A. R. & Rudestam, K. E. (1975). *A multivariate analysis of the early dropout process*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 528-535.

- Fischhoff, B. (1982). Debiasing. In D. Kahnemann, P. Slovic & A. Tversky (Eds.), *Judgement under uncertainty: Heuristics and biases* (S.422-444). New York: Cambridge University Press.
- Fishman, S. T. & Lubetkin, B. S. (1980). Maintenances and generalization of individual behavior therapy programs: Clinical observations. In P. Karoly & J. J. Steffen (Eds.), *Improving the long-term effects of psychotherapy* (S.71-97). New York: Gardner Press.
- Fliegel, S., Groeger, W. M., Künzel, R., Schulte, D. & Sorgatz, H. (1981). *Verhaltenstherapeutische Standardmethoden. Ein Übungsbuch*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Frank, J. D. (1968). The role of hope in psychotherapy. *International Journal of Psychiatry*, 5, 383-412.
- Fuhrer, U. (1984). *Mehrfachhandeln in dynamischen Umfeldern*. Göttingen: Hogrefe.
- Glaserfeld, E. V. (1985). Einführung in den radikalen Konstruktivismus. In P. Watzlawick (Hrsg.), *Die erfundene Wirklichkeit* (S.16-38). München: Piper.
- Goldfried, M. R. (1980). Psychotherapy as coping skills training. In M. J. Mahoney (Ed.), *Psychotherapy process* (S.89-119). New York: Plenum.
- Goldfried, M. R., Decenteceo, E. T. & Weinberg, L. (1979). Die systematische rationale Rekonstruierung - eine Selbstkontrolltechnik. In R. van Quekelberghe (Hrsg.), *Modelle kognitiver Therapien* (S.168-175). München: Urban & Schwarzenberg.
- Goldfried, M. R. & D'Zurilla, T. (1969). A behavioral-analytic model for assessing competence. In C. D. Spielberger (Ed.), *Current topics in clinical and community Psychology* (S.151-196). New York: Academic Press.
- Goldstein, A. P. (1966). Prognostic and role expectancies in psychotherapy. *Journal of Psychotherapy*, 20, 35-44.
- Goldstein, A. P. (1977). Methoden zur Verbesserung von Beziehungen. In F. H. Kanfer & A. P. Goldstein (Hrsg.), *Möglichkeiten der Verhaltensänderung* (S.17-55). München: Urban & Schwarzenberg.
- Goldstein, A. P. & Kanfer, F. H. (Eds.). (1979). *Maximizing treatment gains: Transfer enhancement in psychotherapy*. New York: Academic Press.
- Grawe, K. (1978). Indikation in der Psychotherapie. In L. J. Pongratz (Hrsg.), *Handbuch der Psychologie*. Band 8. Klinische Psychologie. 2. Halbband (S.1849-1883). Göttingen: Hogrefe.

- Grawe, K. (1980). *Die diagnostisch-therapeutische Funktion der Gruppeninteraktion in verhaltenstherapeutischen Gruppen*. In K. Grawe (Hrsg.), *Verhaltenstherapie in Gruppen* (S.88-223). München: Urban & Schwarzenberg.
- Grawe, K. & Casper, F. M. (1984). *Die Plananalyse als Konzept und Instrument für die Psychotherapieforschung*. In U. Baumann (Hrsg.), *Psychotherapie: Makro-/Mikroperspektive* (S.177-197). Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K., Dziewas, H. & Wedel, S. (1980). *Interaktionelle Problemlösungsgruppen - ein verhaltenstherapeutisches Gruppenkonzept*. In K. Grawe (Hrsg.), *Verhaltenstherapie in Gruppen* (S.266-306). München: Urban & Schwarzenberg.
- Halder, P. (1977). *Verhaltenstherapie und Patientenerwartung*. Bern: Huber.
- Hamilton, S. B., MacQuiddy, S. L., Brown, T. M., Story, D. S., Braun, D. M. & Johnson, T. L. (1983). *Behavioral parent-training: A comprehensive bibliography: 1938-1982*. J. S. A. S. *Catalog of Selected Documents in Psychology*.
- Hecht, C. (1984). *Kognitive Verhaltenstherapie: Selbstmanagement-Therapie, Ich will mich ändern*. In H. Petzold (Hrsg.), *Wege zum Menschen. Methoden und Persönlichkeiten moderner Psychotherapie*. Band II (S.397-488). Paderborn: Junfermann.
- Heckhausen, H. (1980). *Motivation und Handeln. Lehrbuch der Motivationspsychologie*. Berlin: Springer.
- Herber, H. J. (1977). *Motivationsdiagnostik im klinischen Bereich: Vorläufige Thesen zur Kriterienfindung und Definition des hypothetischen Konstrukts "Motivation"*. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 25, -302-313.
- Hersen, M. & Barlow, D. H. (1976). *Single case experimental designs. Strategies for studying behavior change*. New York: Pergamon Press.
- Hoehn-Saric, R., Frank, J. D., Imber, S. D., Nash, E. H., Stone, A. R. & Battle, C. C. (1964). *Systematic preparation of patients for psychotherapy - I. Effects on therapy behavior and outcome*. *Journal of Psychiatric Research*, 2, 267-281.
- Hoffmann, M. (1978). *Zur Genese von Verhaltensstörungen aufgrund fehlgeschlagener Problemlösestrategien*. *Sonderheft II/1978 der DGVT* (S.139-152). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Hoffmann, N. & Gerbis, K. E. (1981). *Gesprächsführung in psychologischer Therapie und Beratung*. Salzburg: Otto Müller.
- Holmes, D. S. & Urie, R. G. (1975). *Effects of preparing children for psychotherapy*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 311-318.

- Innerhofer, P. (1977). *Das Münchner Trainingsmodell*. Berlin: Springer.
- Janis, I. L. & Mann, L. (1977). *Decision making*. New York: Free Press of Glencoe.
- Kämmerer, A. (1983). *Leitfaden zum Problemlöse-Training*. Münster: Aschendorff.
- Kaminski, G. (1970). *Verhaltenstherapie und Verhaltensmodifikation*. Stuttgart: Klett.
- Kaminski, G. (1973). *Bewegungshandlungen als Bewältigung von Mehrfachaufgaben*. *Sportwissenschaft*, 3, 233-250.
- Kaminski, G. (1981). Überlegungen zur Funktion von Handlungstheorien in der Psychologie. In H. Lenk (Hrsg.), *Handlungstheorien interdisziplinär*. Band 3, 1. Halbband (S.93-119). München: Fink.
- Kaminski, G. (1982). What beginning skiers can teach us about actions. In M. v. Cranach & R. Harre (Eds.), *The analysis of Action: Recent theoretical and empirical advances* (S.99-114). Cambridge: Cambridge University Press.
- Kanfer, F. H. (1979). Self-management: Strategies and tactics. In A. P. Goldstein & F. H. Kanfer (Eds.), *Maximizing treatment gains: Transfer enhancement in psychotherapy* (S.185-224). New York: Academic Press.
- Kanfer, F. H. (1980). Self-management methods. In F. H. Kanfer & A. P. Goldstein (Eds.), *Helping people change* (S.309-355). New York: Pergamon.
- Kanfer, F. H. (1983). *Advances in self-management therapy. Workshop in Lauf/Nürnberg*.
- Kanfer, F. H. (1985). Target selection for clinical change programs. *Behavioral Assessment*, 7, 7-20.
- Kanfer, F. H. & Busemeyer, J. R. (1982). The use of problem solving and decision making in behavior therapy. *Clinical Psychology Review*, 2, 239-266.
- Kanfer, F. H. & Goldstein, A. P. (Eds.). (1980). *Helping people change*. New York: Pergamon.
- Kanfer, F. H. & Grimm, L. R. (1977). Behavioral analysis: Selecting target behaviors in the interview. *Behavior Modification*, 1, 7-28.
- Kanfer, F. H. & Grimm, L. G. (1980). Managing clinical change: A process model of therapy. *Behavior Modification*, 4, 419-444.

- Kanfer, F. H. & Hagerman, S. (1981). The role of self-regulation. In L. P. Rehm (Ed.), *Behavior therapy for depression: Present status and future directions* (S.659-686). New York: Academic Press.
- Kanfer, F. H. & Saslow, G. (1969). Behavioral diagnosis. In C. M. Franks (Ed.), *Behavior therapy: Appraisal and status* (S.417-444). New York: McGraw-Hill.
(deutsch: In D. Schulte (Hrsg.), (1976²): *Diagnostik in der Verhaltenstherapie* (S.24-59). München: Urban & Schwarzenberg.
- Karoly, P. & Kanfer, F. H. (Eds.). (1982). *Self-management and behavior change: From theory to practice*. New York: Pergamon.
- Karoly, P. & Steffen, J. J. (Eds.). (1980). *Improving the long-term effects of psychotherapy*. New York: Gardner Press.
- Kazdin, A. E. (1978). *Single case research designs. Methods of clinical and applied settings*. New York: Oxford University Press.
- Kazdin, A. E. & Wilson, G. T. (1978). Criteria for evaluating psychotherapy. *Archives of General Psychology*, 35, 407-416.
- Kendall, P. C. & Hollon, S. D. (Eds.). (1979). *Cognitive behavioral interventions. Theory, research, and procedures*. New York: Academic Press.
- Kleinginna, P. R. jr. & Kleinginna, A. M. (1981). A categorized list for motivation definitions, with suggestion for a consensual definition. *Motivation and Emotion*, 5, 263-291.
- Klinger, E. (1977). *Meaning and void: Inner experience and the incentives in people's lives*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Klinger, E., Barta, S. G. & Maxeiner, M. E. (1981). Assessing therapeutically relevant motivation. In P. C. Kendall & S. D. Hollon (Eds.), *Assessment strategies for cognitive-behavioral interventions*. New York: Academic Press.
- Kopel, S. & Arkowitz, H. (1975). The role of attribution and self-perception in behavior change: Implications for behavior therapy. *Genetic Psychology Monographs*, 92, 175-212.
- Krathwohl, D. R., Bloom, B. S. & Masia, B. B. (1978). *Taxonomie von Lernzielen im affektiven Bereich*. Weinheim: Beltz.
- Kuhl, J. (1983). *Motivation, Konflikt und Handlungskontrolle*. Berlin: Springer.
- Leventhal, H., Meyer, D. & D. Nerenz (1980). The common sense representation of illness danger. In S. Rachman (Ed.), *Medical Psychology*. New York: Pergamon.

- Linden, M. & Hautzinger, M. (Hrsg.). (1981). *Psychotherapie-Manual. Sammlung psychotherapeutischer Techniken und Einzelverfahren*. Berlin: Springer.
- Lutz, R. (1978). *Das verhaltensdiagnostische Interview*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Lutz, R. & Windheuser, H. J. (1976). *Therapiebegleitende Diagnostik*. In D. Schulte (Hrsg.), *Diagnostik in der Verhaltenstherapie* (S.196-218). München: Urban & Schwarzenberg.
- Mahoney, M. J. (1980). *Psychotherapy and the structure of personal revolutions*. In M. Mahoney (Ed.), *Psychotherapy Process* (S.157-180). New York: Plenum.
- Marlatt, G. A. & Parks, G. A. (1982). *Self-management of addictive disorders*. In P. Karoly & F. H. Kanfer (Eds.), *Self-management and behavior change* (S.443-488). New York: Pergamon.
- Mash, M. J. & Terdal, L. G. (1977). *After the dance is over. Some issues and suggestions for follow-up assessment in behavior therapy*. *Psychological Reports*, 41, 1287-1308.
- Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive behavior modification: An integrative approach*. New York: Plenum.
- Meyer, V. & Turkat, I. D. (1979). *Behavioral analysis of clinical cases*. *Journal of Behavioral Assessment*, 1, 259-270.
- Moreland, J. R., Schwebel, A. I., Beck, S. & Wells, R. (1982). *Parents as therapists. A review of the behavior therapy literature - 1975-1981*. *Behavior Modification*, 6, 250-276.
- Morscher, E. (1974). *Das Sein-Sollen Problem logisch betrachtet. Eine Übersicht über den gegenwärtigen Stand der Diskussion*. *Conceptus*, 8, 5-29.
- Mutzeck, W. & Pallasch, W. (Hrsg.). (1983). *Handbuch zum Lehrertraining. Konzepte und Erfahrungen*. Weinheim: Beltz.
- Perrez, M. (1982). *Was nützt die Psychotherapie?* *Psychologische Rundschau*, 33, 121-126.
- Petermann, F. (1978). *Veränderungsmessung*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Petermann, F. (1982). *Einzelfalldiagnose und klinische Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Petermann, F. & Hehl, F. J. (Hrsg.). (1979). *Einzelfallanalyse*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Raths, L. E., Harmin, M. & Simon, S. B. (1966). *Values and teaching: Working with values in the classroom*. Columbus: Charles E. Merrill.

- Reinecker, H. (1978). *Selbstkontrolle. Verhaltenstheoretische und kognitive Grundlagen, Techniken und Therapiemethoden*. Salzburg: Otto Müller.
- Reinecker, H. (1982). *Grundlagen, Versuchsplanung und Auswertungsmöglichkeiten von Einzelfallanalysen*. *Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie*, 30, 120-140.
- Reinecker, H. (1983). *Grundlagen und Kriterien verhaltenstherapeutischer Forschung*. Salzburg: AVM.
- Reinecker, H. (1985). *Klinische Psychologie*. In D. Dörner & H. Selg (Hrsg.), *Psychologie. Eine Einführung in ihre Grundlagen und Anwendungsfelder* (S.278-300). Stuttgart: Kohlhammer.
- Resnick, L. B. (1976). *Task analysis in instructional design*. In D. Klahr (Ed.), *Cognition and instruction* (S.51-80). Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
- Rimm, D. C. & Masters, J. C. (1974). *Behavior therapy techniques and empirical findings*. New York: Academic Press.
- Rössler, D. (1984). *Zwischen Selbstbestimmung und Unmündigkeit - ethische Fragen in der Psychiatrie*. *Spektrum der Psychiatrie und Nervenheilkunde. Mitteilungsblatt der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde*, 6, 275-281.
- Rosenbaum, R. L. & Horowitz, M. J. (1983). *Motivation for Psychotherapy: A factorial and conceptual analysis*. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 20, 346-354.
- Rotter, J. B. (1966). *Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement*. *Psychological Monographs*, 80, whole Nr. 609.
- Schermer, F. J. & Schmelzer, D. (1982). *Verhaltenstherapie in ambulanten Beratungsstellen: Ein Problemlösungsmodell als Orientierungsrahmen für die Praxis*. *Verhaltensmodifikation*, 3, 2-23.
- Schmelzer, D. (1983). *Problem- und zielorientierte Therapie: Ansätze zur Klärung der Ziele und Werte von Klienten*. *Verhaltensmodifikation*, 4, 130-156.
- Schmelzer, D. (1985). *Problem- und zielorientierte Verhaltenstherapie. Teil I: Zu einigen Kernannahmen des aktuellen verhaltenstherapeutischen Vorgehens*. *Verhaltensmodifikation*, 6, 101-151.
- Schmook, C., Bastine, R., Henkel, D., Kopf, C. & Malchow, C. (1974). *Verhaltensanalyse*. In W. J. Schraml & U. Baumann (Hrsg.), *Klinische Psychologie II* (S.353-375). Bern: Huber.
- Schulte, D. (Hrsg.). (1976²). *Diagnostik in der Verhaltenstherapie*. München: Urban & Schwarzenberg.

- Schulte, D. (1976⁴). *Der diagnostisch-therapeutische Prozeß in der Verhaltenstherapie*. In D. Schulte (Hrsg.), *Diagnostik in der Verhaltenstherapie* (S.60-73). München: Urban & Schwarzenberg.
- Seiderer-Hartig, M. (1980). *Beziehung und Interaktion in der Verhaltenstherapie. Theorie, Praxis, Fallbeispiele*. München: Pfeiffer.
- Shelton, J. L. & Ackerman, J. M. (1978). *Verhaltensanweisungen. Hausaufgaben in der Beratung und Psychotherapie*. München: Pfeiffer.
- Shelton, J. L. & Levy, R. L. (1981). *Behavioral assignments and treatment compliance. Handbook of clinical strategies*. Champaign: Research Press.
- Sider, R. C. (1984). *The ethics of therapeutic modality choice. American Journal of Psychiatry*, 141, 390-394.
- Simon, S. B. (1974). *Meeting yourself halfway. Thirty-one values clarification strategies for daily living*. Niles: Argus Communication.
- Simon, S. B., Howe, L. W. & Kirschenbaum, H. (1978). *Values clarification. A handbook of practical strategies for teachers and students*. New York: Hart.
- Smith, M. (1977). *A practical guide to value clarification*. La Jolla: University Associates.
- Stokes, T. F. & Baer, D. M. (1977). *An implicit technology of generalization. Journal of Applied Behavior Analysis*, 10, 349-367.
- Suinn, R. M. & Richardson, F. (1971). *Anxiety management training: A non-specific behavior therapy program for anxiety control. Behavior Therapy*, 2, 498-510.
- Sweet, A. (1984). *The therapeutic relationship in behavior therapy. Clinical Psychology Review*, 4, 253-272.
- Turk, D. C. & Salovey, P. (1985). *Cognitive structures, cognitive processes, and cognitive-behavior modification: II. Judgements and inferences of the clinician. Cognitive Therapy and Research*, 9, 19-33.
- Tyler, R. W. (1971). *Basic principles of curriculum and instruction*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Watzlawick, P., Beavin, J. H. & Jackson, D. D. (1969). *Menschliche Kommunikation*. Bern: Huber.
- Watzlawick, P., Weakland, J. H. & Fisch, R. (1979). *Lösungen. Zur Therapie und Praxis menschlichen Wandels*. Bern: Huber.

Westmeyer, H. (1977). *Verhaltenstherapie: Anwendung von Verhaltenstheorien oder kontrollierte Praxis?* In H. Westmeyer & N. Hoffmann (Hrsg.), *Verhaltenstherapie. Grundlegende Texte* (S.187-202). Hamburg: Hoffmann & Campe.

Westmeyer, H. (1981). *Allgemeine methodologische Probleme der Indikation in der Psychotherapie.* In U. Baumann (Hrsg.), *Indikation zur Psychotherapie* (S.187-198). München: Urban & Schwarzenberg.

Wienand, M. W. (1982). *Psychotherapie, Recht und Ethik.* Weinheim: Beltz.

Wilson, G. T. & Evans, I. M. (1977). *The therapist-client relationship in behavior therapy.* In A. S. Gurman & A. M. Razin (Eds.), *Effective psychotherapy. A handbook of research* (S.544-565). Oxford: Pergamon.

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

Angaben zum Autor:

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

Dieter Schmelzer (Diplompsychologe, Studium in Erlangen) arbeitet das achte Jahr an der Psychologischen Beratungsstelle für Eltern, Kinder und Jugendliche in Nürnberg-Langwasser (Träger: Caritasverband Eichstätt). Seit 1.10.1983 Leiter dieser Einrichtung, welche nach dem vorliegenden OPTIMIZE-Modell organisiert ist.

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

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

Aktuelle Adresse:

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