

aus: Verhaltensmodifikation, 1982, 3, 2-23.

Verhaltenstherapie in ambulanten Beratungsstellen: Ein Problemlösungsmodell als Orientierungsrahmen für die Praxis

von: Franz-Josef Schermer und Dieter Schmelzer

Zusammenfassung:

Aufgrund neuerer Entwicklungen und Wandlungen der Verhaltenstherapie wird die Notwendigkeit eines prozeßorientierten Bezugsrahmens aufgezeigt, durch welchen eine Integration gegenwärtiger psychologischer Forschung und verhaltenstherapeutischer Praxis möglich ist, ohne die Ebene wissenschaftlicher Kriterien zu verlassen. Speziell für den Bereich der „ambulanten klinisch-psychologischen Beratung“ schlagen wir dazu einen *Problemlösungsansatz* vor, bei dem die Therapie als Mittel zur Zielerreichung (d.h. Problemlösung) aufgefaßt werden kann.

Nach einer Darlegung wichtiger Prämissen dieses Ansatzes wird ein *fünfphasiges Orientierungsmodell für die Praxis* vorgestellt, welches sich für die Ausrichtung und Organisation einer Erziehungsberatungsstelle als vielversprechend herausgestellt hat.

Einführung

Die kontinuierliche Weiterentwicklung der psychologischen Grundlagenforschung hat auch für die Verhaltenstherapie eine Wende mit sich gebracht. Längst hat die verhaltenstherapeutische Praxis die engen Grenzen des Behaviorismus überschritten und bezieht Variablen mit ein, welche im herkömmlichen Verständnis keine Berücksichtigung finden durften: motivationale Prozesse, Emotionen, Denken in Symbolen, kognitive Antizipationen von Ereignissen, Bilanzierung von Erwartungen, Therapeut-Klient-Beziehung und vieles mehr.

Da diese Faktoren ausschließlich mit Begriffen der orthodoxen Lern- und Verhaltenstheorien nur schwer erfaßbar scheinen, rücken vermehrt **Theorie**konzepte ins Blickfeld, welche traditionellerweise den psychologischen Basisdisziplinen (vor allem Allgemeine und Kognitive Psychologie, Sozialpsychologie) und auch wissenschaftlichen Nachbardisziplinen (z.B. Medizin, Physiologie, Soziologie) angehören. Diese bereits 1970 in der Verhaltenstherapie-Definition von Yates (1970, S. 18) explizit formulierte Verankerung in der Grundlagenforschung läßt das Bedürfnis nach einem *allgemeinen Bezugsrahmen* entstehen, in dem die unterschiedlichen Entwicklungen integriert werden können, so daß der in der Praxis tätige Psychologe Handlungsanleitungen und Orientierungshilfen erhält. Hierbei geht es weniger um Inhalte oder „Techniken“, sondern um eine *grundlegende prozeßorientierte Vorgehensweise*, die unseres Erachtens mit der Konzeption des verhaltenstherapeutischen Prozesses als „Problemlösen“ darstellbar erscheint.

Für die praktische Arbeit im Bereich *ambulanter Beratungsstellen* scheint uns ein

metatheoretisches Rahmenmodell der Verhaltenstherapie deswegen notwendig, weil z.B.

- die Möglichkeit der „verhaltenstherapeutischen“ Ausrichtung einer Beratungsinstitution von vielen Kollegen, die wie wir in der Praxis arbeiten, rundweg bestritten wird (wobei sich Kritik jedoch häufig auf historische und somit überholte Versionen des radikalen Behaviorismus bezieht),
- der Indikationsbereich für Verhaltenstherapie oft nur für engumgrenzte, isolierte Störungen (z.B. Enuresis, Phobien etc.) gesehen wird,
- man teilweise „Verhaltenstherapie“ nur als Anwendung spezifischer „Techniken“ (z.B. Desensibilisierung, Selbstbehauptungstraining, Flooding, Münzverstärkung etc.) versteht,
- *ohne* Orientierungsrahmen unserer Meinung nach nur willkürlich-wahlloser Eklektizismus (in Theorie und Praxis) vonstatten gehen kann,
- mancherorts immer noch Beratungspraktiken anzutreffen sind, die sich nach dem klassischen Dreierschritt Anamnese/traditionelle Diagnostik/Beratung (vgl. Kaminski, 1970, S. 34) vollziehen.

Wie unsere Ausführungen zeigen werden, verstehen wir Verhaltenstherapie nicht als Sammelbegriff für bestimmte Therapietechniken, sondern verbinden mit ihr einen *prinzipiellen Standpunkt des methodischen Vorgehens* beim Bearbeiten klinisch-psychologischer Probleme, welcher sich insbesondere am methodologischen Behaviorismus (s.u.) orientiert. Das vorliegende Konzept wurde in kontinuierlicher Wechselwirkung zwischen Theorie und Praxis entwickelt und hat sich während mehrjähriger Tätigkeit an unserer Erziehungsberatungsstelle als Orientierungsrahmen bewährt.

Zunächst ist jedoch notwendig, auf einige aktuellere Strömungen einzugehen, die sich als wichtig für das Verständnis der Verhaltenstherapie als Problemlösungsprozeß erwiesen haben.

Verhaltenstherapie als Problemlösen im klinischen Kontext: Einige Grundannahmen

Während sich manche Vertreter der „klassischen Verhaltenstherapie“ immer noch auf einen eingeschränkten Verhaltensbegriff beziehen, zeichnet sich seit langem eine Ausweitung auf eine eher problem- denn verhaltenszentrierte Betrachtungsweise ab. Dies zeigt sich beispielsweise darin, daß manche Autoren von „Problemanalyse“ (Bartling et al., 1980) anstelle von „Verhaltensanalyse“ sprechen und daß neben der horizontal-funktionalen Analyse eine vertikale (Grawe & Dziewas, 1978) sowie strukturelle (Braun, 1978) gefordert wird.

In diesen Ansätzen wird übereinstimmend zum Ausdruck gebracht, daß eine ausschließlich auf das äußerlich sichtbare Verhalten bezogene Analyse Beschränkungen nach sich zieht, die nach neuem Verhaltenstherapie-Verständnis nicht mehr zu rechtfertigen sind.

Die Beharrlichkeit, mit der ein eingeschränkter Verhaltensbegriff innerhalb der Verhaltenstherapie – zumindest nach außen hin – vertreten wurde, hat ihre Wurzeln im metaphysischen Behaviorismus (Mahoney, 1974), an dem dogmatisch in der frühen Verhaltenstherapie festgehalten wurde. Ihm zufolge besteht ein wissenschaftlicher Anspruch ausschließlich bei Arbeiten, die nur das äußerlich sichtbare Verhalten zu ihrem Gegenstand erheben und innerpsychische Phänomene gänzlich aus der Betrachtung ausschalten. Dieser Forderung wurde vor allem bei den frühen Untersu-

chungen zum operanten Konditionieren entsprochen (siehe z.B. Lindsley, 1956; Ferster & Skinner, 1957).

In der klinischen *Praxis* jedoch wurden die theoretisch geforderten Beschränkungen von Anfang an (notwendigerweise) unterlaufen: Beispielsweise läßt sich schon an den frühen Arbeiten von Wolpe (1958) zeigen, daß Introspektion eine entscheidende Rolle spielte, z.B. bei der Erstellung von Angsthierarchien, bei der der Klient bekanntlich seine subjektiv erlebte – also introspektiv gewonnene – Angstaussprägung angeben muß. Anstatt einen metaphysischen Behaviorismus zu vertreten, also jede Form der Introspektion abzulehnen, erscheint es notwendig, einen *methodologischen* Behaviorismus zu verfolgen, demzufolge alle Erscheinungsformen psychischen Geschehens, also auch Erlebensaspekte, zum Gegenstand erhoben werden, vorausgesetzt, daß sie operationalisierbar, d.h. meßbar sind. Meßbarkeit bedeutet in diesem Zusammenhang, daß man über beobachtbare Indikatoren und Kriterien verfügt, mittels derer innerpsychische Ereignisse einem externen Beobachter zugänglich werden. Bei den innerpsychischen – direkter Beobachtung also nicht zugänglichen – Phänomenen ist eine hinreichend adäquate Darstellung vor allem über die Sprache möglich, womit die „subjektive Kodierung“, also die Art und Weise, wie eine Person sich selbst und ihre Umwelt wahrnimmt, einbezogen werden kann. Selbstverständlich wirkt die Einbeziehung sprachlicher Daten neue Probleme – vor allem der Validität – auf, die hier allerdings nicht diskutiert werden können (siehe Nisbett & Wilson, 1977; Ericsson & Simon, 1980).

Die Ausdehnung des Verhaltensbegriffes auf alle operationalisierbaren Formen psychischer Erscheinungsweisen stellt *einen* wichtigen Beitrag zur Auffassung der Verhaltenstherapie als Problemlösungsprozeß dar und bringt mit sich, daß die Verhaltenstherapie von ihren frühen, allzu engen theoretischen Fesseln gelöst werden kann.

Eine andere wesentliche Erweiterung des ursprünglichen Konzeptes ist in der – zumindest ansatzweise erkennbaren – Ausdehnung der Bezugseinheit zu sehen, auf die man sich im Verlauf der Therapie konzentriert. In der klassischen Verhaltenstherapie bezog man sich wegen deren enger theoretischer Verbindung zur Lernpsychologie auf kleinste elementare Verhaltenseinheiten in Form von Stimulus-Response-Bausteinen. Die Analyse von Verhalten erfolgte soviel wie ausschließlich auf einer horizontal-funktionalen Ebene. Neben der herkömmlichen horizontalen Analyse des Verhaltens kommt immer mehr auch eine vertikale und strukturelle Betrachtungsweise ins Blickfeld (siehe Grawe & Dziewas, 1978; Braun, 1978), womit der hierarchisch aufgebauten Struktur von Verhalten (vgl. Miller, Galanter & Pribram, 1960) Rechnung getragen wird: Unter einer funktionalen Beziehung in *horizontaler* Richtung läßt sich verstehen, daß ein Verhalten (= „Verhalten-in-Situationen“) in Abhängigkeit vom *vorher/nachher* gesehen wird, während die funktionale Abhängigkeit in vertikaler Richtung den Stellenwert des „Verhalten-in-Situationen“ im Rahmen eines übergeordneten Handlungsplanes oder Handlungsschemas angibt. Braun (1978) thematisiert einen zusätzlichen dritten Aspekt, indem er die Analyse des Zusammenwirkens verschiedener Manifestationsebenen der Problematik durch die sogenannte *strukturelle Analyse* fordert.

Zusammenfassend sind für ein erweitertes Verständnis der Verhaltenstherapie vor allem zwei Entwicklungen relevant, die in die Praxis schon immer eingegangen sind

(wenngleich meist unreflektiert, da der theoretisch-methodische Hintergrund aus der Grundlagenforschung fehlte bzw. im radikal behavioristischen Paradigma nicht gesehen werden durfte):

- die Ausweitung des Verhaltensbegriffes auf *alle* operationalisierbaren Erscheinungsformen psychischen Geschehens, also auch auf subjektive Aspekte,
- die Einbeziehung einer vertikal-strukturellen Betrachtungsweise, welche eine hierarchische Anordnung von Verhalten annimmt.

Zum Begriff des „Problemlösens“ in der Klinischen Psychologie

Im Einklang mit neueren Ansätzen der kognitiven Psychologie (z.B. Dörner, 1976; Kluwe, 1979) ist ein „Problem“ wie folgt bestimmt:

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

Diese Bestimmungsstücke lassen sich ohne große Schwierigkeit auf den Bereich der Klinischen Psychologie übertragen, wobei schon jetzt angemerkt werden darf, daß in vielen Fällen das Definitionsmerkmal (2) nicht oder nur grob gegeben ist.

Was die Auffassung der klinisch-psychologischen Tätigkeit als Problemlösungsprozeß anbelangt, so ist festzustellen, daß hiermit in gewisser Weise einer psychologischen Tradition gefolgt wird. Beispielsweise nahm Dewey bereits 1933 einen fünfstufigen Grundrhythmus des Denkens an, der als Vorläufer von Problemlösungsphasen gelten kann. Später wurde die Problemlösungskonzeption auf den psychotherapeutischen Prozeß insgesamt übertragen (z.B. Jahoda, 1953; Urban & Ford, 1971) oder zu einer eigenständigen Therapieform entwickelt (z.B. D’Zurilla & Goldfried, 1971).

Auf einer abstrakten Ebene weisen auch die „personal scientist view“ von Mahoney (1974), Ansätze zur Selbstkontrolle und Selbstregulation (Kanfer, 1977; Kanfer & Grimm, 1980) oder die sozial-kognitive Lerntheorie von Bandura (1979) gewisse Ähnlichkeiten zu Problemlösungsansätzen im klinischen Bereich auf.

In der Praxis impliziert ein solcher Problemlösungsprozeß ein interaktives Handeln zwischen einem (oder mehreren) Klienten und einem (oder mehreren) Therapeuten, welches dazu dient, den unerwünschten Ausgangszustand in einen erwünschten Zielzustand überzuführen, wobei die *Therapie als Mittel zur Zielerreichung* eingesetzt wird. Die folgende Abbildung soll dies verdeutlichen:

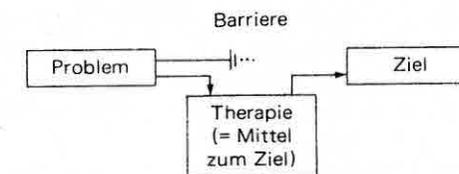


Abbildung 1

Die Therapie stellt sich hier als ein planmäßiges (= „geplantes“) Vorgehen mit dem Ziel einer „Problemlösung“ dar, welche im Regelfall aus einer Verhaltens- und/oder Einstellungsänderung besteht. Die Bereiche, auf die sich die jeweilige Therapie kon-

zentriert („target behaviors“, Kanfer & Grimm, 1977), müssen im Individualfall speziell definiert und mittels einer eingehenden Problemanalyse herausgearbeitet werden.

Während in experimentellen Forschungsarbeiten zum Problemlösen meist von „objektiv“ vorgegebenen Problemen ausgegangen werden kann, stellt sich im Bereich der Klinischen Psychologie und Therapie ein „Problem“ als ein sehr komplexer Sachverhalt dar: Zunächst hängt es entscheidend von der subjektiven Sichtweise ab, ob und in welchem Maße etwas als Problem empfunden wird oder nicht. Dabei kann die (wiederum subjektiv empfundene) Umgebung korrigierend oder aber problemvertiefend wirken – in vielen Fällen besteht das Problem auch nur für die Umgebung und nicht für den (wirklichen oder auch nur „stigmatisierten“) Problemträger. In diesem – noch wenig erforschten – Bereich der Problemstellung im sozialen Kontext spielen *normative* Prozesse eine entscheidende Rolle.

Aus diesem Grunde ist es notwendig, zu Beginn einer Therapie das Problem (genauso wie auch die Ziele) in einem Konsensus zwischen Klient(en) und Therapeut(en) zu definieren,¹ wobei in der Regel folgende Faktoren eine Rolle spielen:

- (1) Ein Problem wird vom betreffenden Individuum als solches empfunden. (Für die störende Belastungskomponente ist immer eine *subjektive* Sichtweise ausschlaggebend,² Beispiel „Depression“.)
- (2) Die „*Umgebung*“ empfindet das „Problem“ als belastend und störend (Beispiel: „körperliche Aggression“).
- (3) Der Therapeut stellt gewisse Regelabweichungen fest, welche an Normkonzepten sozialer/kultureller Art, medizinisch/biologischer Natur oder psychologischer Provenienz gemessen werden.

Unabhängig davon, ob die Komponente (1) und/oder (2) und/oder (3) für die Festlegung eines Verhaltens als „Problem“ verantwortlich zeichnet, basiert diese Beurteilung (auch auf seiten des Therapeuten!) immer auf subjektiven Einschätzungen. Zwar bleibt die grundsätzliche Möglichkeit zur Neu- bzw. Umdefinition eines Problemverhaltens während des diagnostisch-therapeutischen Prozesses bestehen – wie die Ausführungen zur Zielanalyse (s.u.) allerdings zeigen werden, verlagert sich in der Verhaltenstherapie aufgrund des Fehlens eines „idealen Persönlichkeitsmodells“ das normative Problem auf die individuelle Ebene (Therapeut/Klient). So kann durchaus der Therapeut X zu der Überzeugung gelangen, das „Problem A“ von Klient R sei behandlungsbedürftig, während der Therapeut Y nicht dieser Meinung ist, bzw. das „Problem B“ als „target behavior“ wählt.³

Es wird an dieser Stelle deutlich, daß sich die Definition eines Verhaltens als „Problem“ nicht unabhängig von der Frage nach den Zielen der Behandlung formulieren

1) Möglicherweise muß bereits in dieser Phase eine Neudefinition des Problems dahingehend erfolgen, daß im Sinne einer Zwischenzielbildung das „Problem“ darin besteht, überhaupt ein Problem zu definieren.

2) Jedoch kann bei offensichtlichen „Fehlwahrnehmungen“ der betreffenden Person auch eine Korrektur subjektiver Ansichten angezeigt sein.

3) Um die Gefahr gering zu halten, daß sich ein Therapeut mit seinen Wertvorstellungen und Normkonzepten in einem Alleingang „verirrt“, halten wir einen fortwährenden kollegialen Austausch in Form von wechselseitiger Supervision bzw. Besprechungen in „Teams“ für unabdingbar.

läßt. Obwohl eine deskriptive Darstellung (siehe Grafik Seite 5) die künstliche Unterscheidung verschiedener „Grundbausteine“ erlaubt, bestehen implizit starke wechselseitige Verbindungen zwischen Problem und Ziel.

Im folgenden Abschnitt wollen wir uns auf die Analyse von Soll-Zuständen („Zielen“) konzentrieren.

„Zielfindung“ im diagnostisch-therapeutischen Prozeß

Die Formulierung und Festlegung von Zielen im verhaltenstherapeutischen Prozeß, also die Frage nach dem durch die Therapie zu erreichenden Zustand, läßt sich bis heute – und wahrscheinlich auch in absehbarer Zukunft – nicht durch den Bezug auf die empirisch-psychologische Grundlagenforschung ableiten, wie folgendes Beispiel (in Anlehnung an Herrmann, 1977, S. 64) zeigen soll:

Die theoretische Zielsetzung, ein Kind demokratisch *und* gleichzeitig zu hohem Leistungsstreben zu erziehen, ist deswegen nicht möglich, weil demokratische Erziehung nachweislich nur zu geringem Erfolgsstreben führt. Beides kann – wohlgemerkt nach heutigem Kenntnisstand, für die Zukunft mag hierfür eine Lösung gefunden werden – somit nicht gleichzeitig erreicht werden, womit sich die Frage stellt, welches der beiden Ziele nun das erstrebenswertere sei oder im klinischen Sinne das gesündere.

Die hier anstehende Frage betrifft somit diejenige nach „normalem“ und „gestörtem“ Verhalten. Innerhalb mancher Therapieschulen wurde in diesem Zusammenhang der Versuch unternommen, dem Therapeuten Entscheidungshilfen in Form von „idealen Persönlichkeitsmodellen“ anzubieten. Der auf den ersten Blick bestechend einfache Gedanke, die für den individuellen Klienten anzustrebenden Ziele an einer Idealpersönlichkeit zu orientieren, muß jedoch bei intensiverer Beschäftigung mit vorliegenden Forschungsergebnissen aus dem Gebiet der Persönlichkeitspsychologie (z.B. Mischel, 1973; 1979) oder des „medizinischen Krankheitsmodells“ (z.B. Keupp, 1978; Schenk, 1977; Trojan, 1978) fallengelassen werden: Ideale Persönlichkeitsmodelle sind immer bezugsgruppenrelativ, zeit- und situationsabhängig. Außerdem tragen sie das Risiko unerwünschter Etikettierungseffekte in sich. Ihr normativer Anspruch auf allgemeine Gültigkeit ist somit nicht haltbar.

Für die Praxis hat dies die Konsequenz, daß es keine festen Kriterien dafür gibt, ob ein Verhalten nun als „normal“ oder „gestört“ einzustufen sei. Somit ist auch die grundlegende Frage, *ob* eine Therapie anzusetzen ist und *auf welches Verhalten* sie sich beziehen soll, aus dem derzeitigen verhaltenstherapeutischen Modell nicht ableitbar. Hier spielen nach wie vor sowohl das „Gewissen“ (Kaminski, 1970) des Therapeuten und dessen Wertorientierung als auch gesellschaftliche Bedingungen eine entscheidende Rolle. Dadurch, daß als ideal gedachte Persönlichkeitsmodelle bestimmter anderer Therapierichtungen der empirisch-psychologischen Basis entbehren, stellt sich bei diesen das gleiche Problem, ohne jedoch am Einzelfall neu aktualisiert zu werden.

Zusammenfassend müssen wir also festhalten, daß die Frage, ob ein bestimmtes Verhalten, und wenn ja, welches Verhalten/Problem, geändert werden soll, *vor* allen weiteren Überlegungen gestellt werden muß, und daß zur Klärung dieser Frage aus der psychologischen Grundlagenforschung keine ausreichenden oder gar zwingenden Beurteilungsmaßstäbe angeboten werden können (oder sollen). Letzteres gilt

auch für die Festlegung eines zu erreichenden Soll-Zustandes durch die Zielanalyse. Einen Ausweg aus diesem Dilemma stellt der in jedem Einzelfall neu herzustellen- de *Konsensus* zwischen Therapeut und Klient dar.

Therapie als „Mittel zum Ziel“

Die psychotherapeutische Situation ist dadurch gekennzeichnet, daß ein mit Problemen belastetes Individuum Entscheidungs- und Handlungshilfe für die Problembewältigung sucht und sich zu diesem Zweck einem Therapeuten anvertraut. Unabhängig von der theoretischen Orientierung des Therapeuten besteht dessen Aufgabe darin, gemeinsam mit dem Klienten einen Weg zu erarbeiten, der vom momentanen Ist-Zustand (Belastung) zum Soll-Zustand (das zu erarbeitende Ziel) führt.

Ohne einer eingehenden Erläuterung des praktischen Vorgehens vorgreifen zu wollen, sei bereits an dieser Stelle darauf hingewiesen, daß sich jeder komplexe Problemlösungsprozeß in Form einer sukzessiven, durch Rückmeldung der Ergebnisse gesteuerten *Optimierungsstrategie* vollzieht. Im Sinne von Miller, Galanter & Pribram (1960) wird somit eine Reihe von Test- und Prüfphasen durchlaufen, welche bei Nichterreichen von (Zwischen- oder End-) Zielen einen nochmaligen Durchlauf von Rückkopplungsschleifen offenlassen. Eine so verstandene Therapie bleibt umso eher und umso feiner korrigierbar, je kurzfristiger und differenzierter ein „feed-back“ möglich ist.

Es ist wichtig für das Verständnis der Verhaltenstherapie als Problemlösungsprozeß, daß sich unserer Meinung nach eine Problemlösung nicht in einer mechanistischen Anwendung eines (u.U. mathematischen) Kalküls vollziehen kann, welches nach einer stringenten Problem- und Zieldefinition in der Lage wäre, mittels des richtigen Lösungsalgorithmus dem Momentanzustand in den erwünschten Zielzustand umzuwandeln. Wir möchten vielmehr darauf hinweisen, daß Theorien immer nur heuristische Rahmenanweisungen für flexibles Handeln des Psychologen abgeben können (siehe Westmeyer, 1977; Herrmann, 1979). Obwohl in solchen Handlungsanweisungen immer Raum für Intuition bleibt (und bleiben muß), sind wir nicht der Ansicht, *nur* intuitiv vorgehen zu können (s.u.). Wenn auch aus der Sicht des Praktikers u.U. das erfolgreiche Funktionieren therapeutischer Schritte oberstes Gebot sein kann, sollte in einem verhaltenstherapeutischen Bezugsrahmen die Entscheidung für (oder gegen) ein bestimmtes „treatment“ hinreichend transparent sein und begründet werden können. Dies bedeutet, daß man die Kriterien der Entscheidung intersubjektiv nachvollziehbar offenlegt. Im Sinne einer „maßgeschneiderten“, d.h. am jeweiligen Einzelfall entwickelten Therapie leuchtet jedoch ein, daß die „Richtigkeit“ einer Entscheidung immer

- a) von der betroffenen Person,
 - b) von dem betreffenden situativen Kontext,
 - c) von der je historischen Situation (Zeitpunkt X) und
 - d) auf Basis der momentan verfügbaren Informationen
- beurteilt werden muß, und daß die Suche nach für *alle* Personen in *allen* Situationen zu *allen* Zeiten „beste“ Lösungen (universalgenerelle Optimallösungen) sinnlos erscheint.

Für die Planung der Therapie als Mittel zum Ziel ist es – wie in jeder anderen Form der Psychotherapie – auch in der Verhaltenstherapie notwendig, die Bedingungen („Ursachen“) der Probleme zu erkennen. In der traditionellen Verhaltenstherapie werden hierzu vor allem lerntheoretische Erklärungsversuche angeboten, die – unter einer bestimmten heuristischen Perspektive – auch heute noch Berechtigung haben. Jedoch brachte die theoretische Fortentwicklung mit sich, daß auch andere, z.B. mediativ-kognitive Modelle (z.B. Bolles, 1972; Estes, 1974; Mahoney, 1974; Levine, 1975; Meichenbaum, 1977; Bandura, 1979) einbezogen werden. Außerdem geraten immer mehr Ansätze in den Blickpunkt, welche nicht nur das *Lernen* selbst (definiert als „Verhaltensänderung“), sondern auch (a) die *Bedingungen*, unter denen Lernen stattfindet, und (b) die Variablen, welche eine Verhaltensänderung aufrechterhalten („maintenance“) spezifizieren. Dies bedeutet eine stärkere Berücksichtigung allgemein- und sozialpsychologischer Konzepte. Die lerntheoretische Betrachtung stellt keine notwendige oder hinreichende Bedingung für verhaltenstherapeutische Arbeit dar, sondern ist jederzeit durch andere empirisch überprüfbare Modellvorstellungen ersetzbar. Es wäre jedoch unangemessen, auf bewährte Ansätze zu verzichten, solange keine nachweislich überlegenen Modelle erarbeitet sind.

Im Hinblick auf lerntheoretische Anwendung ist Kritik dann berechtigt, wenn angenommen wird, es handle sich bei diesen Erklärungsversuchen um irgendwie geartete Realitätsabbildungen. Die Frage „Gibt es im Humanbereich das klassische Konditionieren?“ ist – so gesehen – falsch gestellt. Angemessener wäre es zu fragen, ob es sich um nützliche (im Sinne von hypothesenleitende und hypothesenprüfende) Modelle handelt, aus denen handlungsbezogene Therapieanweisungen mit „Werkzeugcharakter“ (im Sinne Wittgensteins) ableitbar sind. Hierfür wurden in der Geschichte der verhaltenstherapeutischen Praxis genügend Belege geliefert.

Aus unserer Sicht sollte für eine verhaltenstherapeutische Programmatik selbstverständlich sein, auf der Basis des je aktuellen Standes der psychologischen Grundlagenforschung Korrekturen bisheriger Standpunkte vorzunehmen und keinesfalls als Momentanmodell „für alle Zeiten“ Gültigkeit zu beanspruchen. Die Offenheit für Neuentwicklungen ist eine dringende Notwendigkeit und programmatische Forderung. Eine bestimmte verhaltenstherapeutische Interpretation unterliegt somit dem Prinzip der „Gültigkeit/Bewährung bis auf weiteres“ und muß bei neuen Entwicklungen der Grundlagenforschung (incl. Nachbardisziplinen) einer Revision unterzogen werden.

Ein Orientierungsmodell für die therapeutische Praxis

Vorbemerkung

In den bisherigen Ausführungen wurde bereits dargelegt, daß der diagnostisch-therapeutische Prozeß als ein *Problemlösungsprozeß* in einem komplexen Realitätsbereich betrachtet werden kann. Die Untergliederung dieses Prozesses in *Phasen* ist nicht als Realitätsabbildung, sondern – aus heuristischen Gründen – als eine kognitive Orientierungshilfe gedacht.

In Anlehnung an eine von D'Zurilla & Goldfried (1971) gegebene Einteilung¹ in Problemlösungsstufen haben wir uns – bei veränderter Schwerpunktsetzung sowie besonderer Betonung der therapeutischen Schlußphase (siehe Goldstein & Kanfer, 1979) – für folgende fünf Phasen entschieden:

- (I) **Orientierungsphase**
 - (1) Organisatorische Belange
 - (2) Aufbau instrumenteller Verhaltensweisen
 - (3) Aufbau von Arbeitsorientierung und Therapiemotivation
- (II) **Problem- und Zielanalyse**
 - (1) Problemanalyse
 - (2) Zielanalyse
- (III) **Programm als Mittel zum Ziel**
 - (1) Auswahl
 - (2) Entscheidung und Durchführung
- (IV) **Evaluation** (Prä/Post sowie begleitend)
- (V) **Schlußphase**

Die Aufgliederung der therapeutischen Phasen analog den Stufen eines Problemlösungsprozesses täuscht u.U. einen rigiden Ablauf in der Reihenfolge der dargestellten Schritte vor. Es sei daher darauf hingewiesen, daß auch in diesem Rahmenmodell ständig „Feedback-Schleifen“ vorgesehen sind, so daß bei neuen Informationen bislang aufgestellte Hypothesen revidiert werden können und bereits durchlaufene Phasen nochmals angesteuert werden müssen. Wir haben jedoch im momentanen Entwicklungsstadium unseres Ansatzes absichtlich auf eine Darstellung nach Art von Flußdiagrammen (wie z.B. Kaminski, 1970 oder Schulte, 1974) verzichtet, da die Fülle der eingehenden Parameter samt möglicher Rückkoppelungsschleifen den Überblick erschwert hätte.

Im nachfolgenden Text liegt somit lediglich der jeweilige „Fokus“ auf der gerade betrachteten Phase – es gibt jedoch mannigfache Überschneidungen sowie teilweise zeitliche Parallelität. Der jeweilige Verbleib in den einzelnen Phasen ist von Therapeut und Klient sowie der speziellen Problemlage abhängig und von Einzelfall zu Einzelfall verschieden.

Phase I: Orientierungsphase

Die Orientierungsphase hat die Aufgabe, günstige Voraussetzungen für die folgende Therapie herzustellen. Neben der grundlegenden Klärung organisatorischer Fragen (z.B. Termine) steht der Aufbau gewisser „instrumenteller“ Verhaltensweisen im Mittelpunkt: Hiermit ist gemeint, daß die Schaffung von Faktoren wie *Offenheit*, *Vertrauen* und *therapeutische Beziehung* ein notwendiges Instrument zur Erreichung der Therapieziele/Problemlösung darstellt (siehe auch Grawe, 1980).

Außerdem soll bereits in der Orientierungsphase eine gewisse *Arbeitsorientierung* beim Klienten eingeleitet werden, womit ausgedrückt wird, daß die Therapie nicht als Selbstzweck aufgefaßt werden darf und der Klient eine aktive Rolle übernehmen muß.

(1) Organisatorische Belange:

Hier geht es um die Klärung von Fragen wie Termingestaltung, Kostenübernahme,

1) D'Zurilla & Goldfried (1971) nehmen eine Unterteilung des Problemlösungsprozesses in folgende Phasen vor:

(1) general orientation, (2) problem definition and formulation, (3) generation of alternatives, (4) decision making, (5) verification

Aufklärung über Rechte und Pflichten (sowohl des Klienten als auch des Therapeuten) sowie um die Schaffung eines angemessenen äußeren Rahmens, der dem Klienten signalisieren soll, daß es sich bei der Therapie um ein Arbeitsbündnis handelt, das in einer angenehm entspannten Umgebung stattfindet.

Des Weiteren ist eine mögliche Überweisung an andere Stellen zu klären, sofern der Zuständigkeitsbereich des Therapeuten – aus welchen Gründen auch immer – überschritten ist (z.B. Rechtsfragen, Wunsch nach finanzieller Hilfe, fehlendes Fachpersonal, fehlende Apparaturen, mangelnde Eigenkompetenz).

(2) Aufbau instrumenteller Verhaltensweisen:

Die Schaffung eines Klimas der Offenheit und des Vertrauens steht von Beginn an im Mittelpunkt. Zuerst einmal geht es um das gegenseitige Kennenlernen von Therapeut und Klient sowie das Herstellen einer tragfähigen therapeutischen Beziehung. Es ist hierbei notwendig, eine Kongruenz zwischen dem persönlichen Stil des Therapeuten und der Individualität des Klienten herzustellen. Zur Schaffung einer offenen und vertrauensvollen Atmosphäre erachten wir die Variablen Wärme, Echtheit und Kongruenz als notwendige Variablen, sind jedoch *nicht* der Ansicht, daß die Realisierung dieser Variablen alleine hinreichende Bedingung für einen Therapieerfolg darstellt. Mit anderen Worten: Der Klient muß sich akzeptiert und verstanden fühlen, jedoch geht von diesem Akzeptiert- und Verstandenwerden im allgemeinen noch keine direkte verhaltensändernde Wirkung aus. Zu einer solchen sind zusätzliche Maßnahmen und Handlungsanweisungen notwendig.

Infolge der häufig technokratisch ausgerichteten Darstellung verhaltenstherapeutischen Vorgehens ist der Aspekt der Therapeut-Klient-Interaktion innerhalb der verhaltenstherapeutischen Diskussion lange Zeit zu Unrecht stark vernachlässigt worden. Erst in den letzten Jahren rückte dieses Thema mehr ins Blickfeld (siehe z.B. DeVoge & Beck, 1978; Ringler, 1980a; Seiderer-Hartig, 1980; Wilson & Evans, 1977). Hier kann die künftige Forschung helfen, jenes Basisverhalten ausfindig zu machen, das den Rahmen einer therapeutischen Intervention darstellt.

Wir sind der Ansicht, daß auf Seiten des Therapeuten eine Auseinandersetzung mit seinem persönlichen Therapiestil vonnöten ist, aus dessen Kenntnis eventuell auftretende Schwierigkeiten antizipiert und rechtzeitig korrigiert werden können. So gesehen ist auch für den verhaltenstherapeutisch tätigen Therapeuten eine Auseinandersetzung mit der eigenen Rolle in Form einer bestimmten Selbsterfahrung notwendig (vgl. z.B. die Überlegungen von Ringler, 1980b; Lutz, 1981).

Für eine tragfähige Beziehung zwischen Therapeut und Klient ist nicht nur der Aspekt der persönlichen Interaktion von Relevanz, sondern darüber hinaus ist auch wichtig, vom *Inhalt* her die grundlegenden gegenseitigen Erwartungen zu klären und aufeinander abzustimmen, denn einerseits weicht die Therapeut-Klient-Interaktion von typisch alltäglichen Interaktionsmustern ab – andererseits bringen viele Klienten das (leider unpassende) kognitive Schema der Arzt-Patienten-Rollenverteilung in die Therapeut-Klient-Beziehung mit ein. Es soll erreicht werden, daß – auf beiden Seiten – über die therapeutischen Möglichkeiten von Anfang an Klarheit besteht und das therapeutische Vorgehen transparent wird, wozu auch die Vermittlung allgemeiner (umgangssprachlich formulierter) Informationen über die

Therapie gehört. Diese Transparenz und wechselseitige Erwartungsklärung sind vor allem deshalb notwendig, weil viele Klienten ihre Therapie mit unrealistischen Informationen beginnen. Werden diese inadäquaten Erwartungshaltungen nicht frühzeitig thematisiert, so ergeben sich zusätzliche Hindernisse im Therapieprozeß. Im ungünstigsten Falle kann es zum gänzlichen Abbruch der Therapie führen, was umso ärgerlicher für Therapeut wie Klient ist, je mehr beide Seiten bis dahin an Zeit und Aufwand investiert hatten.

(3) Aufbau einer Arbeitsorientierung und Therapiemotivation:

Bereits in der Orientierungsphase ist – wie gerade angedeutet – der Klient zu einer aktiven Ausfüllung seiner Rolle zu motivieren, was darauf abzielt, daß der Klient sich selbst als die Instanz wahrnimmt, welche die eigenen Probleme lösen kann („internal locus of control“: Rotter, 1966). Dies ist vor allem dann schwierig, wenn es sich um Klienten handelt, die die Therapeut-Klient-Beziehung in Analogie zur medizinischen Arzt-Patient-Beziehung verstehen oder ihre Problematik als unabänderliches Schicksal ansehen und demzufolge ihrer eigenen Rolle nur passiven Stellenwert zuschreiben („external locus of control“).

Des weiteren haben Kanfer & Grimm (1980) angedeutet, daß selbst bei gravierendsten Schwierigkeiten sehr viele Klienten unwillig oder unfähig dazu sind, sich zu ändern. In vielen Fällen mag das Festhalten am Status quo durch eine Furcht vor dem Unbekannten oder auch durch den sekundären Krankheitsgewinn aus der momentan bestehenden Problematik verursacht sein. Für den Therapeuten ist es notwendig, dem Klienten in dieser Phase bei der Klärung der momentanen Problematik sowie der Herausarbeitung lohnenswerter Ziele für die Behandlung zu helfen.

Die Abschätzung der motivationalen Lage des Klienten im Hinblick auf die Therapie ist somit ein sehr wesentlicher Aspekt vor Durchführung einer Problemanalyse. Bei fehlender Motivation seitens des Klienten ist es – die eigene Zuständigkeit für dieses Problem vorausgesetzt – notwendig, zuerst eine Motivation zur Therapiedurchführung auf seiten des Klienten aufzubauen (z.B. nach dem Motivationskonzept von Klinger, 1975, 1977; praktisch umgesetzt von Kanfer & Grimm, 1980). Besondere Bedeutung kommt hier der Klärung der klientenspezifischen Ziele und Werte („values clarification“ im Sinne von Simon, Howe & Kirschenbaum, 1972) zu: Der Therapeut vermeidet in diesem Zusammenhang, dem Klienten irgendwelche idealen Zielvorstellungen zu vermitteln, sondern ist behilflich, dessen persönliche Wunschvorstellungen, Wertkonzepte und Ziele herauszuarbeiten. Auf diese Weise wird über die am Anfang meist negativ geprägte Therapiemotivation (z.B. „Leidensdruck“) hinaus – bei der die Gefahr besteht, daß die Motivation dann schwindet, wenn die negativen Begleiterscheinungen in Form des Leidensdrucks geringer werden – eine *positive Motivation* geschaffen, die sich durch das Streben nach individuell hocheingeschätzten Werten und Zielen auszeichnet und auch nach Wegfall der Negativmotivation bestehen bleibt.

Neben der Motivationsanalyse wird im Sinne einer aktiven Arbeitsorientierung deutlich, daß bereits in der Orientierungsphase rudimentäre Versuche einer Problem- und Zielanalyse erfolgen. Dazu ist es von Anfang an Aufgabe des Therapeuten, den Klienten für die Übermittlung präziser Informationen, die Handlungsanweisungen

für Problemlösungen ermöglichen, zu verstärken und an eine aktive Rolle zu gewöhnen, z.B. durch die Vergabe minimaler „Hausaufgaben“.

Phase II: Problem- und Zielanalyse

Obwohl auch bereits in der Orientierungsphase (I) die Problemschilderungen des Klienten im Mittelpunkt stehen, ist unserer Einschätzung zufolge erst nach eingehender Klärung der Rahmenbedingungen und der Therapeut-Klient-Beziehung eine „Problemanalyse“ im eigentlichen Sinne durchführbar. Denn erst nach Schaffung eines geeigneten therapeutischen Klimas (z.B. Offenheit, Vertrauen etc.) ist mit einem Erhalt der für eine Problemanalyse notwendigen Information zu rechnen. Im Vergleich mit den eher rudimentären und allgemein gehaltenen Problemschilderungen in Phase I geht es nunmehr allerdings um eine *detaillierte* Abklärung des Ist-Zustandes, wobei anfänglich eine Schwerpunktsetzung vorzunehmen ist (z.B. nach dem vom Klienten angegebenen Grad der subjektiven Belastung/Beeinträchtigung). Dabei ist die Vorgehensweise des Therapeuten jedoch nicht starr und unflexibel, sondern im Falle neu auftauchender Informationen stets revidierbar, so daß momentan vorgenommene Problemdefinitionen (gerade anfangs) immer „Vorläufigkeitscharakter bis auf weiteres“ haben.

Bei diesem Punkt soll näher auf das Prinzip des „*hypothesengeleiteten Vorgehens*“ eingegangen werden. Es besagt, daß sich der Therapeut ständig aufgrund der ihm vorliegenden Informationen Hypothesen bildet, welche er nachfolgend zu verifizieren oder zu falsifizieren sucht, wobei er von einfachen Hypothesen zu komplexeren fortschreiten sollte. Das folgende Diagramm soll dies veranschaulichen:

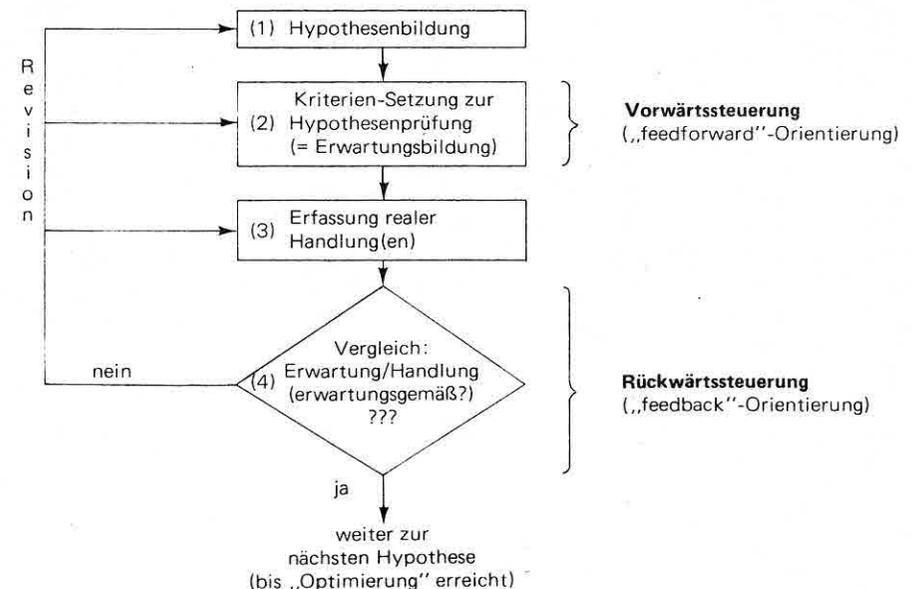


Abbildung 2

Schritt (1) ist in erster Linie durch das Zusammenwirken zweier Datenbasen konstituiert: Zur Hypothesenbildung des Therapeuten tragen sowohl die individuellen Klienteninformationen als auch die therapeutischen Wissensspeicher im Sinne von Kaminski (1970) bei. Im Zuge einer kognitiven, in die Zukunft gerichteten *Vorwärtssteuerung* (feedforward) bildet sich der Therapeut Erwartungen in Hinblick auf seine Hypothese aus (etwa in Form: Was müßte passieren bzw. passiert sein, wenn meine Hypothese richtig ist, bzw. was müßte ich erwarten, wenn meine Hypothese falsch ist). Dazu setzt er sich konkrete Kriterien (2), die ihm als Leitlinien dienen. Als nächstes folgt die Erfassung (z.B. durch Interview, Rollenspiel, Hausaufgaben etc.) von realen Handlungen (3), mittels derer die Erwartungen anhand von Kriterien überprüft werden können. Diese Überprüfung erfolgt anhand eines Vergleiches (4) zwischen vorher formulierter Erwartung und realer Handlung im Sinne eines „feedback“-Prinzips (siehe Miller, Galanter & Pribram, 1960).

Bei einem erwartungsentsprechenden Ergebnis läßt sich sagen, daß man in etwa einen richtigen Weg geht und die *nächste* Hypothese bilden kann, während im Falle erwartungswidriger Resultate der nochmalige Durchlauf von Rückkoppelungsschleifen notwendig wird und nach den Gründen der Diskrepanz gesucht werden muß (dies sollte zu einer Revision der Schritte 1-3 führen).

In enger Wechselwirkung zwischen *Informationssammlung* und *Informationsverarbeitung* geht es in Phase II darum, Angaben über das Aussehen, die Bedingungen und Zusammenhänge von Problemen zu erhalten, um eine „maßgeschneiderte“ Intervention durchführen zu können.

(1) Zur Problemanalyse

Innerhalb der Problemanalyse lassen sich vom Betrachtungsmaßstab her zwei Aspekte unterscheiden: Zum einen die mehr oder weniger unmittelbare Beschäftigung mit dem anstehenden Problem (*Mikroanalyse*), zum anderen die Beurteilung der Auswirkung dieses Problems auf andere Lebensbereiche und die allgemeine Lebensverhältnisse des Klienten (*Makroanalyse*).

Inhaltlich läßt sich die Problemanalyse – des besseren Verständnisses wegen – nochmals untergliedern in

- a) Deskription der Schwierigkeiten,
- b) Bedingungsanalyse (horizontal und vertikal sowie strukturell),
- c) Zusammenhangsanalyse.

Wir können an dieser Stelle, was die praktische Durchführung von Problem- oder auch Verhaltensanalysen angeht, auf bislang im engeren und weiteren Kontext der Verhaltenstherapie entwickelte Analyseschemata und Interviewanleitungen verweisen (z.B. Schulte, 1974; Lutz, 1978; Fiedler, 1979; Bartling et al., 1980).

Trotzdem möchten wir hier selektiv einige Gesichtspunkte herausgreifen, die uns – über die allgemeinen Rahmenanweisungen der eben erwähnten Autoren hinaus – von Bedeutung erscheinen.

In der *Mikroanalyse* geht es zuerst einmal um die genaue *Beschreibung* des anstehenden Problems in Verhaltensbegriffen, wobei hier der einleitend ausgeführte erweiterte Verhaltensbegriff zugrunde gelegt wird. Diese Problembeschreibung bezieht sich auf unterschiedliche Manifestationsebenen psychischen Geschehens (z.B. kognitive, emotionale, motorische und physiologische Ebene).

Bei einer als „depressiv“ überwiesenen Klientin ließen sich z.B. folgende personspezifische Verhaltensmuster finden: negative Bewertung eigener Handlungen: „Das kann ja jeder; die anderen können alles besser“; negative Erwartungen: „Mir gelingt nichts, mir wird auch künftig nichts

gelingen“ (*kognitive Ebene*). Niedergedrückte Stimmungslage, Mangel an angenehmen Gefühlen (*emotionale Ebene*). Die Wohnung wird nur noch selten verlassen, anstehende Besorgungen werden nicht erledigt, Weinanfälle (*motorisch-handlungsmäßige Ebene*). Erschöpfungszustände, Schlaf- und Appetitlosigkeit (*vegetativ-physiologische Ebene*).

Der deskriptive Aspekt ist dann vorläufig abgeschlossen, wenn das Problem anhand eindeutiger – intersubjektiv nachprüfbarer – Kriterien bestimmt ist. Im obigen Beispiel ergibt sich somit die Notwendigkeit, die noch enthaltenen *vagen* Problembeschreibungen (z.B. „niedergedrückte Stimmungslage“) weiter zu operationalisieren, bis eine Konkretheitsstufe erreicht ist, welche der Forderung nach intersubjektiver Nachprüfbarkeit genügt.

Bei einem als „Zwangsnervose“ etikettierten Problem ergab sich auf einer noch vagen Ebene z.B.: stundenlanges Händewaschen, Benützung von Desinfektionsmitteln, Meidung der Berührung bestimmter Gegenstände, Angst-, Spannungs- und Erregungszustände, Herzklopfen, Schwitzen.

Konkret ließen sich diese Bereiche z.B. wie folgt operationalisieren:

- die mit dem Waschen zugebrachte Zeit.
- Menge verbrauchter Desinfektionsmittel pro Tag.
- Häufigkeit, mit der bestimmte Tätigkeiten durchgeführt bzw. gemieden werden,
- das auf einer Skala eingestufte Maß erlebter Angst (in betreffenden Situationen),
- Liste der Gegenstände, welche gemieden werden usw.

Während dieser Phase des diagnostisch-therapeutischen Prozesses kommen die unterschiedlichsten Formen der Informationsgewinnung zur Anwendung, wobei das Interview in der Alltagspraxis wohl die größte Bedeutung haben dürfte. Als in Frage kommende Methoden seien hier der Vollständigkeit halber genannt: Interview, Verhaltensbeobachtung (im natürlichen Umfeld bzw. im „Labor“), Protokolle, rating scales, check-lists, Fragebögen, Tests, *physiologische* und *medizinische* Messungen.

Ausgangspunkt für die *Bedingungsanalyse* stellt das konkrete situative Verhalten dar. Wie wir oben (siehe S. 4) bereits erwähnt haben, ist es aber wichtig, nicht *nur* die situative „horizontale“ Abhängigkeit von den vorausgehenden und nachfolgenden Bedingungen zu analysieren, sondern auch *kognitive Kontrollbedingungen* von Verhalten (z.B. „Ziele“, „Pläne“, „Regeln“, „Erwartungen“ etc.) zu erfassen. Grawe & Dziewa (1978) sprechen diesbezüglich von der *vertikalen*, Braun (1978) von der *strukturellen* Verhaltensanalyse. Mit diesen Ansätzen wird es möglich, sowohl die Zielgerichtetheit von Handlungen als auch die hierarchische Verhaltensregulation durch Pläne zu berücksichtigen.

Stellt der Therapeut in der Bedingungsanalyse z.B. fest, daß sich eine Fülle von Problemsituationen eines Klienten nach dem Oberplan „Vermeide Kritik!“ organisiert, so wird er diesem Oberplan kontrollierende Funktion zuschreiben¹ und seine Therapie entsprechend ausrichten.

Trotz aller Nähe zur Beobachtungsebene stellt der im funktionalen Bedingungsmodell gegebene Erklärungsversuch eine *Interpretation* der Daten (auf Grundlage eines empirischen Wissenschaftsverständnisses) dar und ist im Hinblick auf seine Handlungsrelevanz für die Therapiedurchführung zu beurteilen. Da sich der therapeutische Prozeß ständig am Ergebnis orientiert, lassen sich sowohl die aus dem Bedingungs-

1) Da aus Raumgründen nicht intensiv genug auf theoretische und praktische Schwierigkeiten bei der Erfassung von kognitiven Kontrollbedingungen eingegangen werden kann, möchten wir an dieser Stelle z.B. auf Fiedler (1979), Semmer & Frese (1979) sowie Grawe (1980) verweisen.

modell abgeleiteten Maßnahmen als auch das Bedingungsmodell selbst bei Bedarf korrigieren und optimieren.

Im Verlauf einer Bedingungsanalyse ist ferner zu überprüfen, ob, wie und in welcher Weise *diverse* genannte Schwierigkeiten miteinander in Verbindung stehen, was oben unter Punkt (c) als Zusammenhangsanalyse bezeichnet wurde. Dazu ist wieder das hypothesengeleitete Vorgehen unabdingbar, denn auch Hypothesen über Zusammenhänge müssen anhand von *Daten* zu verifizieren oder falsifizieren sein. Aufgrund des Vorläufigkeitscharakters der Problemdefinition kann sich beim Auftreten neuer Informationen in dieser Phase auch ein *Problemwechsel* ergeben.

Nachdem die Probleme ausreichend beschrieben, in ihren Bedingungen erkannt und auch im Zusammenhang zu anderen Problemen beurteilt wurden, schließt sich eine *Makroanalyse* an, bei der die längerfristigen und weitreichenderen Auswirkungen der Problematik auf andere Lebensbereiche im Mittelpunkt stehen. Wir erachten es nicht als ausreichend, sich allein auf problembezogene Daten zu beziehen, sondern meinen, daß diese auch in ihrem Bezug zu den allgemeinen Lebensverhältnissen und Lebensbedingungen des Klienten, wie z.B. sozialer Kontext, Freizeitaktivitäten, Einkommensverhältnisse etc., gesehen werden müssen. Hierbei liegt die Annahme zugrunde, daß sich zumindest klinische Störungsbilder in den gesamten Bezügen eines Menschen mit unterschiedlicher Intensität und Auswirkung widerspiegeln und daß eine ausschließlich problembezogene Betrachtung (ohne Berücksichtigung des allgemeinen Hintergrundes) zu einseitigen Schlußfolgerungen führen muß.

(2) Zur Zielanalyse

Von der Problemanalyse läßt sich die *Zielanalyse* nur des besseren Überblickes wegen trennen. Bei der Analyse der Ziele einer Behandlung geht es darum, detailliert den Soll-Zustand festzulegen, um deren Richtung („wohin?“) zu bestimmen. Unter Umständen wird im Verlauf der Zielanalyse deutlich, daß Zwischenziele formuliert werden müssen (nach dem Motto: Das Problem besteht zunächst darin, überhaupt erst einmal ein Ziel zu suchen und sich für ein bestimmtes Ziel zu entscheiden). Der Soll-Zustand leitet sich zum Teil aus dem anstehenden Problem ab, kann aber auch u.U. bei gewissen Störungsbildern (z.B. bei Depressionen) noch völlig im Unklaren liegen, vor allem wenn sich verschiedene Zielzustände anbieten.

Zwei Beispiele sollen dies verdeutlichen: So ist seit ca. drei Jahren die Beziehung eines Paares durch tägliche Streitigkeiten und lautstarke Auseinandersetzungen belastet. Außer dem festen Wunsch zusammenzubleiben, haben beide keine konkreten Vorstellungen in Richtung gemeinsamer Zukunft. „Emotionale Geborgenheit“ und „Glück“ werden von beiden als gemeinsame Therapieziele genannt – diese müssen jedoch zunächst in eine Form gebracht werden, welche eine Umsetzung in konkrete Handlungen erlaubt.

In einem anderen Fall ist eine Mutter mit ihrem 8jährigen Buben unzufrieden. Er sei ungezogen, blamiere sie ständig und falle überall auf. Sie nennt eine Vielzahl von Problemverhaltensweisen, die durch eine Therapie reduziert werden sollen. Welches Verhalten der Junge aber anstatt der Probleme zeigen soll (d.h. der positive Zielzustand), ist der Mutter unklar und muß erst mit ihr erarbeitet werden.

Auch bei der Herausfindung der anzustrebenden Ziele ist darauf zu achten, daß diese in operationalisierter Form formuliert werden, so daß eine konkrete Überprüfung der Zielerreichung anhand eindeutiger Kriterien möglich ist.

Bei der Zielanalyse sind sowohl motivationale, emotionale, kognitive als auch be-

havioral-motorische Aspekte zu berücksichtigen. Dazu müssen Daten erhoben werden, die u.a. folgende Beurteilung ermöglichen:

- (a) Die Frage der *kognitiven* „Verfügbarkeit“ von Zielen und Mitteln (kognitives Wissen um Ziele; Informationen verfügbar?).
- (b) Die Frage nach der *verhaltensmäßigen* (behavioralen) „Verfügbarkeit“ von Zielen und Mitteln. (Ist das Repertoire für die Zielerreichung vorhanden? Bei diagnostizierten Defiziten wäre die Einschaltung von Zwischenschritten bzw. eine Zielrevision zu bedenken.)
- (c) Die Frage nach den *Randbedingungen* für die Zielerreichung (Ressourcen finanzieller, zeitlicher und ökonomischer Art, auch die Verfügbarkeit von entsprechendem Fachpersonal oder speziellen Apparaturen).

Daneben kommen bei der Zielanalyse – wie anfangs erwähnt – normative Überlegungen, Werthaltungen und Einstellungen zum Tragen, die zu Zielkonflikten führen können. Aus diesem Grunde ist ein wechselseitiges Aushandeln von Zielzuständen unabdingbar. Sollte einer der Beteiligten in einen unlösbaren Konflikt mit den eigenen Wertvorstellungen gelangen, so steht es ihm offen, die Therapie nicht weiterzuführen.

Phase III: Programm als Mittel zum Ziel

Nachdem in Phase II sowohl Ist- als auch Soll-Zustand bestimmt wurden, geht es in der dritten Phase darum, die Mittel zur Zielerreichung festzulegen, bereitzustellen und anzuwenden. Die in diesem Zusammenhang wichtigste Frage betrifft die Indikation (Grawe, 1978) verschiedener Interventionsmaßnahmen sowie die Entscheidung über die Reihenfolge, in der diese zur Anwendung gelangen, sofern es sich – wie in der therapeutischen Praxis der Regelfall – um komplexere Probleme handelt. Bei der Auswahl und Anwendung eines bestimmten „treatments“ spielen folgende Faktoren eine besondere Rolle:

- das in der Problemanalyse erstellte *funktionale Bedingungsmodell*, das den groben Rahmen für die Auswahl einer bestimmten therapeutischen Methode abgibt;
- das *Änderungswissen* (Kaminski, 1970) *des Therapeuten*, d.h. das Wissen um mögliche Interventionsmaßnahmen sowie seine praktische Anwendungskompetenz;
- die *Individualität des Klienten*, welche es erfordert, die allgemeine therapeutische Rahmenanweisung aufgrund der speziellen Klienteninformationen inhaltlich so auszufüllen, daß sie auf den Klienten optimal zugeschnitten ist (= maßgeschneiderte Therapie);
- *situative Kontextvariablen* (so muß beispielsweise im Falle der Verweigerung der Mitarbeit seitens relevanter Bezugspersonen ein grundsätzlich anderer therapeutischer Ansatzpunkt gesucht werden);
- *normative und moralisch-ethische Überlegungen* (weil z.B. Therapeut und/oder Klient aus einer bestimmten Grundposition heraus bestimmte, theoretisch zum Ziel führende Behandlungsformen als inhuman und verwerflich ablehnen).

Bei der Entscheidung für ein bestimmtes „treatment“ ist somit in der Interaktion zwischen Therapeut und Klient im Hinblick auf die oben angeführten Aspekte ein Kompromiß auszuhandeln, der zu einer subjektiv befriedigenden Lösung führt. Während in den orthodoxen Verhaltensanalyseschemata der Vorgang der Programmauswahl nur oberflächliche Beachtung fand, dürfte es sich um ein kognitiv sehr komplexes Gefüge von Bewertungs- und Entscheidungsschritten handeln, welches noch einer eingehenden Erforschung bedarf. Nach wie vor stellt auch die Auswahl einer bestimmten Methode in der klinischen Praxis Anforderungen, die nicht ausschließlich aufgrund von Grundlagen wissenschaftlicher Erkenntnis gefällt werden, sondern

Intuition und Erfahrung des Kliniklers erfordern. Wir möchten uns jedoch an dieser Stelle explizit von einer Vorgehensweise abheben, die sich *ausschließlich* auf subjektive Erfahrungswerte und Intuition stützt. Wenn auch eine Orientierung an absolut objektiven Indikationsrichtlinien ein ideales Traumbild sein dürfte, so sind in unseren Augen *solche* Vorgehensweisen zu bevorzugen, die diesem Idealbild graduell näher stehen als andere.

Die Orientierung an der psychologischen Grundlagenforschung impliziert in diesem Zusammenhang, daß sich der Therapeut bei der Auswahl möglicher Programme in erster Linie auf solche Interventionen stützt, deren Effektivität empirisch nachgewiesen wurde. Vom Einsatz dubioser „Therapietechniken“, deren Wirksamkeit allenfalls behauptet wird oder gänzlich in Frage steht, ist unseres Erachtens — auch aus ethisch-moralischen Gründen — abzusehen. Um allerdings therapeutischen Fortschritt nicht von vornherein als „dubiose Interventionen“ zu etikettieren, bietet sich die Möglichkeit an, die Ergebnisse kreativer Neuentwicklungen zunächst im Rahmen kontrollierter Einzelfallstudien (z.B. Hersen & Barlow, 1976; Petermann & Hehl, 1979) hinsichtlich ihrer Effektivität zu überprüfen.

Unmittelbar nach der Auswahl eines bestimmten Programmes beginnt dessen Vorbereitung und Durchführung, wobei die meisten Programme grundsätzlich auf allen vier Handlungsebenen (kognitiv, motorisch, emotional und physiologisch) ansetzen, eventuell mit verzögerter zeitlicher Priorität oder unterschiedlicher Schwerpunktsetzung. Bereits auf dieser III. Stufe des therapeutischen Prozesses sind evaluative Schritte wichtig, die z.B. klären helfen, inwieweit der Klient vom Fähigkeitsniveau und aufgrund bestimmter äußerer Umstände überhaupt dazu in der Lage ist, die Schritte durchzuführen, die vorgesehen sind. Ferner bleibt weiterhin die Einschätzung der momentanen Motivation zur Programmdurchführung von Wichtigkeit.

Auch wenn es prinzipiell bei allen therapeutischen Vorgehensweisen darauf ankommt, den Klienten dazu anzuleiten, sein eigener Therapeut zu werden, variieren die Behandlungsmöglichkeiten beträchtlich hinsichtlich der vom Klienten geforderten *Eigenaktivität*: So ist bei operanten Ansätzen in der Kindertherapie oder der Therapie der Schizophrenie der „Freiheitsraum“ des Klienten wesentlich geringer und weniger differenzierbar als zum Beispiel bei Methoden des „self-management“ und des „problem-solving“. Dies hat seine Ursache darin, daß es sich bei den zuletzt genannten Ansätzen um Meta-Anleitungen handelt, bei denen mehr der Prozeß als der Inhalt im Mittelpunkt steht und die aktive Beteiligung des Klienten entscheidend ist.

Phase IV: Evaluation

Entsprechend dem Prinzip des hypothesengeleiteten Vorgehens und der ergebnisorientierten Optimierung ist darauf zu achten, ob im therapeutischen Prozeß die prognostizierten Effekte eintreffen bzw. ob und inwieweit eine schrittweise Zielannäherung erreicht wird. Somit müssen ständige Kontrollen eingebaut werden, die eine möglichst frühzeitige Erfolgs- bzw. Mißerfolgsrückmeldung („feedback“-Schleifen im Sinne von Miller, Galanter & Pribram, 1960) ermöglichen. Als Vergleichsmaßstab für Veränderungen sollte immer der momentane Status quo (Ist-Zustand) und nicht der angestrebte Ziel-Zustand dienen. Lediglich die grobe *Richtung* der Vorgehensweise wird durch das angestrebte Ziel gesteuert, der jeweilige *Abstand* muß jedoch vom Ist-Zustand aus beurteilt werden. Auf diese Weise gibt die ständige, begleitende Evaluation Aufschluß darüber, ob neue Hindernisse im Problemlösungs-

prozeß auftauchen, d.h., ob aufgrund neuer Informationen der bisherige Ablauf korrigiert werden muß. Sie gibt in diesem Sinne auch Auskunft darüber, ob möglicherweise in bisher noch nicht berührten Teilbereichen Defizite existieren, die eine Zielannäherung erschweren; ferner sind die Reaktionen der Umwelt (in weitestem Sinne) von Belang, da sich diese ebenfalls auf eine Verhaltensänderung neu einstellen muß. Möglicherweise wird auch durch den Wegfall alter Probleme eine neue Problemlage geschaffen, besonders dann, wenn das angegangene Problem einen für das Individuum existentiell bedeutsamen, aber bislang nicht erkannten Stellenwert besitzt. Dies sollte normalerweise bereits im Rahmen der Problemanalyse antizipiert werden können, rückt manchmal aber erst recht spät ins Blickfeld.

Des besseren Verständnisses wegen läßt sich die begleitende Evaluation in Kontrollmöglichkeiten langfristiger und kurzfristiger Natur untergliedern, womit zum einen eine *Grobsteuerung* und zum anderen eine *Feinsteuerung* der Therapie möglich wird. Am Beispiel der systematischen Desensibilisierung sei dies verdeutlicht:

Die langfristige Grobsteuerung ist hier z.B. dadurch gegeben, daß evaluiert wird, inwieweit das Vorgehen für den jeweiligen Klienten beim jeweiligen Problem überhaupt effektiv ist (was dadurch erreicht werden könnte, daß man nach dem Durchlauf einer In-sensu-Desensibilisierung mittels einer In-vivo-Konfrontation evaluiert), wohingegen die Feinsteuerung dadurch kenntlich wird, daß — entsprechend des Änderungswissens — sich die In-sensu-Expositionszeiten je Angst-Item bei jeder Vorgabe verlängern müßten.

Aus diesem Beispiel wird ersichtlich, daß sich eine Verlaufsevaluation nicht nur auf Fragebögen oder Tests beschränken muß, sondern im Prinzip dem Vorgehen der kriteriumsorientierten Leistungsmessung ähnlich ist.

Während eine kontinuierliche Evaluation — im engen Zusammenhang mit dem ständigen hypothesengeleiteten Vorgehen — eigentlich für alle therapeutischen Phasen vonnöten ist, wird mittels einer *Prä-post-Evaluation* versucht, den prinzipiellen Effekt einer Therapie zu ermitteln, wobei es nicht nur auf die *Feststellung* von Änderungen ankommt, sondern auch um eine *Lokalisierung* möglicher Erfolge und Mißerfolge in bestimmten Lebensbereichen des Klienten. Während die begleitende Evaluation mehr engbandig verläuft (und sich mehr oder weniger auf „targets“ konzentriert), ist die Prä-post-Evaluation im allgemeinen mehr breitbandig angelegt, womit der Vorteil verbunden ist, viele und weite Lebensbereiche abzudecken und somit Informationen über unspezifische Auswirkungen der Therapie sowie Generalisierungseffekte zu erhalten.

Neben der Evaluation der Programmdurchführung und somit der therapeutischen Effekte ist immer auch eine kontinuierliche Evaluation der Motivation des Klienten vonnöten. Da detailliertere Anweisungen bezüglich Evaluation und Einzelfallanalyse in bisherigen Arbeiten zur Erfolgskontrolle gebührend Berücksichtigung fanden, sei hier auf einschlägige Quellen verwiesen.

Phase V: Schlußphase

In Anbetracht der Prämisse, daß die Therapiestunden nicht Selbstzweck sein dürfen, sondern daß das Ziel jeder Therapie die Wiedereingliederung des Klienten in den Alltag darstellt, kommt dieser Phase eine gesteigerte Bedeutung zu, was sich auch in der zunehmend größeren Anzahl von Veröffentlichungen zu diesem Thema niederschlägt (z.B. Mash & Terdal, 1977; Goldstein & Kanfer, 1979).

Das Problem der Generalisierung von Therapieeffekten auf den Alltag läßt sich mindestens unter dreifacher Perspektive betrachten:

- Auf der einfachsten Ebene geht es um die Frage, ob die in der Therapiestunde auftretende positive Veränderung auch in der natürlichen Umgebung beobachtbar wird (z.B. Feststellung der Anwendung eines im Rollenspiel erarbeiteten selbstsicheren Verhaltens unmittelbar nach der Therapiestunde unter „natürlichen Bedingungen“).
- Auf einer höheren Ebene geht es darum, ob diese Veränderung zeitlich betrachtet stabil bleibt, also nicht lediglich passagerer Natur ist (z.B. Bestehenbleiben des einmal erarbeiteten assertiven Verhaltens über einen längeren Zeitraum).
- Die ideale Kombination stellt der Erwerb von Verhaltensstrategien dar, welche situational flexibel zu handhaben sind und zeitlich nach dem einmal erreichten Aufbau stabil bleiben.

Neben der Möglichkeit der *Regelableitung* aus den im Verlauf der Therapie gemachten Erfahrungen mit geänderten Verhaltensweisen (z.B. durch kognitives Zusammenfassen von Gemeinsamkeiten) ist vor allem die Vermittlung von *Selbstkontrollstrategien* incl. *Problemlösungsstrategien* für künftige Probleme von Relevanz (siehe Kanfer & Grimm, 1980). Im Idealfall lernt der Klient nicht nur, mit den bislang bestehenden Schwierigkeiten umzugehen, sondern er lernt darüber hinaus, neue und bisher nicht registrierte Probleme anzugehen. Hier sind sowohl Möglichkeiten der Wahrnehmungssensibilisierung für bestimmte Problemstellungen (Erkennen von bestimmten „cues“) von Bedeutung als auch das Erlernen von sogenannten „Coping-Strategien“ (nach R.S. Lazarus, 1966; Goldfried, 1980).

Der Grundstein für eine optimale Schlußphase wird eigentlich schon am Anfang der Therapie gelegt. So ist zum Beispiel darauf hinzuwirken, daß der Klient lernt, Erfolge während der Therapie nicht auf den Therapeuten, sondern auf sich selbst zu attribuieren. Nur wenn diese interne Erfolgsattribution vollzogen ist, ist zu erwarten, daß der Klient die gelernten Problemlösungsstrategien auch in Zukunft eigenständig realisiert. Eine zu intensive Therapeut-Klient-Beziehung mit Attribution des Erfolges auf den „guten“ Therapeuten erschwert somit die Ablösung des Klienten in der Endphase.

Im Zuge des Zurücknehmens der Aktivität des Therapeuten und der Übernahme von Verantwortung und Eigenaktivität durch den Klienten kommt es zur allmählichen Beendigung der therapeutischen Kontakte (Ausblendung): Die Intervalle zwischen den einzelnen Sitzungen vergrößern sich, die Aufgaben zwischen den Sitzungen werden reduziert, man geht über zu Telefonkontakten und später zu brieflichen Rückmeldungen bzw. zu Nachbesprechungen nach einigen Monaten (siehe Kanfer & Grimm, 1980).

Die längere Zeit (z.B. nach einem Jahr) nach dem offiziellen Abschluß erfolgende Katamnese („follow-up“), bei der im Prinzip wieder die gängigen evaluativen Methoden zur Anwendung gelangen, stellt die letzte und abschließende Maßnahme des therapeutischen Prozesses dar.

LITERATUR:

- Bandura, A.: Sozial-kognitive Lerntheorie. Stuttgart, Klett-Cotta, 1979.
- Bartling, G., L. Echelmeyer, M., Engberding & R. Krause: Problemanalyse im therapeutischen Prozeß. Stuttgart, Urban-Kohlhammer TB 307, 1980.
- Bolles, R.C.: Reinforcement, expectancy and learning. *Psychological Review*, 1972, 79, 394-409.
- Braun, P.: Verhaltenstherapeutische Diagnostik. In: Pongratz, L.J. (Hrsg.): *Handbuch der Psychologie*, Band 8 (2), Klinische Psychologie. Göttingen, Hogrefe, 1978, S. 1649-1725.
- DeVoge, J.T. & S. Beck: The therapist-client relationship in behavior therapy. In: Hersen, M., M. Eisler & P. Miller (Eds.): *Progress in behavior therapy*. New York, Academic Press, 1978, pp. 204-248.
- Dewey, J.: *How we think*. New York, Heath, 1933.
- Dörner, D.: *Problemlösen als Informationsverarbeitung*. Stuttgart, Kohlhammer, 1976.
- D'Zurilla, T.J. & M.R. Goldfried: Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 1971, 78, 107-126.
- Ericsson, K.A. & H.A. Simon: Verbal reports as data. *Psychological Review*, 1980, 87, 215-251.
- Estes, W.K.: Learning theory and intelligence. *American Psychologist*, 1974, 29, 740-749.
- Ferster, C.B. & B.F. Skinner: *Schedules of reinforcement*. New York, Appleton-Century-Crofts, 1957.
- Fiedler, P.A.: Diagnostische und therapeutische Verwertbarkeit kognitiver Verhaltensanteile. *Praktische Ansätze für eine kognitive Therapie*. In: Hoffmann, N. (Hrsg.): *Grundlagen kognitiver Therapie*. Bern, Huber, 1979, S. 205-251.
- Goldfried, M.R.: Psychotherapy as coping skills training. In: Mahoney, M.J. (Ed.): *Psychotherapy process: Current issues and future directions*. New York, Plenum, 1980, pp. 89-119.
- Goldstein, A.P. & F.H. Kanfer (Eds.): *Maximizing treatment gains: Transfer enhancement in psychotherapy*. New York, Academic Press, 1979.
- Grawe, K.: Indikation in der Psychotherapie. In: Pongratz, L.J. (Hrsg.): *Handbuch der Psychologie*, Band 8 (2), Klinische Psychologie. Göttingen, Hogrefe, 1978, S. 1849-1883.
- Grawe, K.: Die diagnostisch-therapeutische Funktion der Gruppeninteraktion in verhaltenstherapeutischen Gruppen. In: Grawe, K. (Hrsg.): *Verhaltenstherapie in Gruppen*. München, Urban & Schwarzenberg, 1980, S. 88-223.
- Grawe, K. & H. Dzielwas: Interaktionelle Verhaltenstherapie. In: DGVT (Hrsg.): *Fortschritte in der Verhaltenstherapie. Kongreßbericht 1977. Sonderheft I/1978 der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie*, S. 27-49.
- Herrmann, T.: Psychologie und das kritisch-pluralistische Wissenschaftsprogramm. In: Schneewind, K.A. (Hrsg.): *Wissenschaftstheoretische Grundlagen der Psychologie*. München, Reinhardt, 1977, S. 55-69.
- Herrmann, T.: *Psychologie als Problem*. Stuttgart, Klett-Cotta, 1979.
- Hersen, M. & D.H. Barlow: *Single case experimental designs: Strategies for studying behavior change*. New York, Pergamon, 1976.
- Jahoda, M.: The meaning of psychological health. *Social Casework*, 1953, 34, 349-354.
- Kaminski, G.: *Verhaltenstheorie und Verhaltensmodifikation*. Stuttgart, Klett, 1970.
- Kanfer, F.H.: The many faces of self-control, or behavior modification changes its focus. In: Stuart, R.B. (Ed.): *Behavioral self-management*. New York, Brunner/Mazel, 1977, pp. 1-48.
- Kanfer, F.H. & L.R. Grimm: Behavioral analysis: Selecting target behaviors in the interview. *Behavior Modification*, 1977, 1, 7-26.
- Kanfer, F.H. & L.R. Grimm: Managing clinical change: A process model of therapy. *Behavior Modification*, 1980, 4, 419-444.
- Keupp, H. (Hrsg.): *Normalität und Abweichung*. München, Urban & Schwarzenberg, 1978.
- Klinger, E.: Consequences to and disengagement from incentives. *Psychological Review*, 1975, 92, 1-25.
- Klinger, E.: *Meaning and void: Inner experience and the incentives in people's lives*. Minneapolis, University of Minnesota Press, 1977.
- Kluwe, R.: *Wissen und Denken*, Stuttgart, Kohlhammer, 1979.

- Lazarus, R.S.: Psychological stress and the coping process. New York, McGraw-Hill, 1966.
- Levine, M.: A cognitive theory of learning research on hypothesis testing. Hillsdale (N.J.), Lawrence Erlbaum, 1975.
- Lindsley, O.R.: Operant conditioning methods applied to research in chronic schizophrenia. *Psychiatric Research Reports*, 1956, 5, 118-139.
- Lutz, R.: Das verhaltensdiagnostische Interview. Stuttgart, Urban-Kohlhammer, TB 262, 1978.
- Lutz, R.: Verhaltenstherapeutisch fundierte Selbsterfahrung. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis* 1981, 13(4), 608-618.
- Mahoney, M.J.: Cognition and behavior modification. Cambridge (Mass.), Ballinger, 1974.
- Mash, M.J. & L.G. Terdal: After the dance is over. Some issues and suggestions for follow-up assessment in behavior therapy. *Psychological Reports*, 1977, 41, 1287-1308.
- Meichenbaum, D.: Cognitive behavior modification: An integrative approach. New York, Plenum, 1977.
- Miller, G.A., E. Galanter & K.H. Pribram: Plans and the structure of behavior. New York, Holt, Rinehart & Winston, 1960.
- Mischel, W.: Toward a cognitive social learning reconceptualization of personality. *Psychological Review*, 1973, 80, 252-283.
- Mischel, W.: On the interface of cognition and personality. *American Psychologist*, 1979, 34, 740-754.
- Nisbett, R.E. & T.D. Wilson: Telling more than we can know: Verbal reports on mental processes. *Psychological Review*, 1977, 84, 231-259.
- Petermann, F. & F.J. Hehl (Hrsg.): Einzelfallanalyse. München, Urban & Schwarzenberg, 1979.
- Ringler, M.: Die Patient-Therapeut-Interaktion und ihre Beziehung zum therapeutischen Prozeß in der Verhaltenstherapie. *Partnerberatung*, 1980, 17, 32-39 (a).
- Ringler, M.: Selbsterfahrung und therapeutische Kompetenz in der Verhaltenstherapie. In: Schulz, W. & M. Hautzinger (Hrsg.): Kongreßbericht 1980 (DGVT-GwG): Klinische Psychologie und Psychotherapie. Tübingen/Köln, 1980, Bd. 1, S. 231-241 (b).
- Rotter, J.B.: Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 1966, 80, whole Nr. 609.
- Schenk, J.: Abweichendes Verhalten. In: Pongratz, L.J. (Hrsg.): *Handbuch der Psychologie*, Band 8 (1), Klinische Psychologie. Göttingen, Hogrefe, 1977, S. 63-115.
- Schulte, D.: Ein Schema für Diagnose und Therapieplanung in der Verhaltenstherapie. In: Schulte, D. (Hrsg.): *Diagnostik in der Verhaltenstherapie*. München, Urban & Schwarzenberg, 1974, S. 75-104.
- Seiderer-Hartig, M.: Beziehung und Interaktion in der Verhaltenstherapie. Theorie, Praxis, Fallbeispiele. München, Pfeiffer, 1980.
- Semmer, N. & M. Frese: Handlungstheoretische Implikationen für kognitive Therapie. In: Hoffmann, N. (Hrsg.): *Grundlagen kognitiver Therapie*. Bern, Huber, 1979, S. 115-153.
- Simon, S.B., L. Howe & H. Kirschenbaum: Values clarification: A handbook of practical strategies for teachers and students. New York, Hart, 1972.
- Trojan, A.: Psychisch krank durch Etikettierung. München, Urban & Schwarzenberg, 1978.
- Urban, H.B. & D.H. Ford: Some historical and conceptual perspectives on psychotherapy and behavior change. In: Bergin, A.E. & S.L. Garfield (Eds.): *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York, Wiley, 1971, pp. 3-35.
- Westmeyer, H.: Verhaltenstherapie: Anwendung von Verhaltenstheorien oder kontrollierte Praxis? In: Westmeyer, H. & N. Hoffmann (Hrsg.): *Verhaltenstherapie – Grundlegende Texte*. Hamburg, Hoffmann & Campe, 1977, S. 187-203.
- Wilson, G.T. & I.M. Evans: The therapist-client relationship in behavior therapy. In: Gurman, A.S. & A.M. Razin (Eds.): *Effective psychotherapy. A handbook of research*. Oxford, Pergamon, 1977, pp. 544-565.

- Wolpe, J.: Psychotherapy by reciprocal inhibition. Palo Alto (Calif.), Stanford University Press, 1958.
- Yates, A.J.: Behavior therapy. New York, Wiley, 1970.

Anschrift der Dienststelle:

Psychologische Beratungsstelle für Eltern, Kinder und Jugendliche
Giesbertsstraße 67, D-8500 Nürnberg 50

Aktuelle Adressen der Autoren:

Prof. Dr. Franz-Josef Schermer, Fachhochschule Würzburg,
Münzstr. 12, 97070 Würzburg

Dr. Dieter Schmelzer, Praxis für Psychotherapie,
Kühnertsgasse 24, 90402 Nürnberg