

Michael Linden

Martin Hautzinger (Hrsg.)

Verhaltenstherapiemanual

6., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage

Michael Linden
Martin Hautzinger (Hrsg.)

Verhaltenstherapie- manual

6., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage

Prof. Dr. Michael Linden

Reha-Zentrum Seehof der Deutschen Rentenversicherung und
Forschungsgruppe Psychosomatische Rehabilitation, Charité Universitätsmedizin Berlin
Lichterfelder Allee 55, 14513 Teltow b. Berlin

Prof. Dr. Martin Hautzinger

Universität Tübingen, Psychologisches Institut
Klinische Psychologie und Psychotherapie
Christophstr. 2, 72072 Tübingen

ISBN-13 978-3-540-75739-9 Springer Medizin Verlag Heidelberg

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie;
detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist auch im Einzelfall nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes der Bundesrepublik Deutschland vom 9. September 1965 in der jeweils geltenden Fassung zulässig. Sie ist grundsätzlich vergütungspflichtig. Zuwiderhandlungen unterliegen den Strafbestimmungen des Urheberrechtsgesetzes.

Springer Medizin Verlag

springer.de

© Springer Medizin Verlag Heidelberg 1996, 2000, 2005, 2008

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutzgesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Produkthaftung: Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

Planung: Dr. Svenja Wahl

Projektmanagement: Michael Barton

Lektorat: Ursula Illig, Stockdorf

Layout und Umschlaggestaltung: deblik Berlin

Satz: TypoStudio Tobias Schaedla, Heidelberg

SPIN: 1202 3745

Gedruckt auf säurefreiem Papier

2126 – 5 4 3 2 1 0

Vorwort zur 6. Auflage

Qualitätssicherung und Therapeutencompliance in der Verhaltenstherapie

Dieses Buch ist ein Psychotherapiemanual. Es soll einen Beitrag leisten zur Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung in der Verhaltenstherapie. Durch die Beschreibung verhaltenstherapeutischer Methoden, Programmen, Techniken und Einzelverfahren soll eine bessere Therapeutencompliance mit erprobten und wissenschaftlich fundierten Standardvorgehensweisen in der Verhaltenstherapie ermöglicht werden.

Wenn man Psychotherapie und psychotherapeutische Prozesse beschreiben will, empfiehlt sich eine Unterscheidung von 4 Betrachtungsebenen:

- therapeutisches Basisverhalten,
- therapeutische Methoden und Einzeltechniken,
- Therapiestrategie und -programme,
- therapeutische Heuristik bzw. Theorie.

Sie bilden zusammen das, was man Verhaltenstherapie (Psychotherapie) nennt. Die Unverzichtbarkeit aller 4 Ebenen für den therapeutischen Prozess bedeutet, dass Therapeuten auf allen diesen Ebenen spezielle Kompetenzen erwerben und besitzen müssen, dass diese Kompetenzen auf jeder der einzelnen Ebenen getrennt geprüft werden können und dass unterschiedliche Therapeuten auch durchaus unterschiedliche Kompetenzen nicht nur global, sondern auch spezifisch auf jeder einzelnen Ebene besitzen.

Am Beispiel der Musik wäre das therapeutische Basisverhalten gleichzusetzen mit der Musikalität eines Menschen. Die Technikebene wäre zu verstehen als Fingerläufigkeit auf dem Klavier. Die Therapiestrategie wäre zu verstehen als Partitur und die Heuristikebene als theoretische Kenntnisse über Musik und speziell das zu spielende Stück, woraus sich die Interpretation des Stückes ableitet. An diesem Beispiel wird evident, dass gute theoretische musikalische Kenntnisse keineswegs bedeuten, dass jemand auch eine Sonate auf dem Klavier spielen kann. Idealerweise ist eine hohe Kompetenz auf allen Ebenen zu wünschen. Eines ist aber ganz sicher, dass nämlich kein Musikstück gespielt werden kann ohne hinreichende Fingerfertigkeit und vorangegangenes Üben von Tonleitern, d. h. ohne Technik.

In der Psychotherapie bedeutet therapeutisches Basisverhalten die Ausprägung von Variablen wie Warmherzigkeit, unkonditionales Akzeptieren, Empathie, Symmetrie in der Begegnung usw. Solche Fertigkeiten sind teilweise angeboren und persönlichkeitspezifisch. Wie die Gesprächspsychotherapie gezeigt hat, sind sie allerdings auch lehr- und lernbar und nicht zuletzt auch messbar.

Unter Techniken sind alle therapeutischen Einzelverfahren und Interventionsmethoden zu verstehen, wie z. B. Arbeit mit einem Tagesplan, Reizkonfrontation, Analyse automatischer Gedanken usw. Ähnlich wie es in der Musik wichtig ist, mit dem richtigen Finger zur richtigen Zeit die richtige Taste anzuschlagen, so gilt auch in der Psychotherapie, dass der Unterschied zwischen professionell korrektem Vorgehen und untherapeutischem, den Patienten schädigendem Vorgehen oft nur gering ist. Ob man einen Patienten mit angstauslösenden Reizen so konfrontiert, dass er sich weiter erschreckt und es zu einem Angsterlerntraining wird, oder ob man statt dessen eine Reaktionsexposition durchführt, die zu einem Verlernen der Angstreaktion führt, ist für einen Unerfahrenen von außen kaum zu

unterscheiden, im Ergebnis aber diametral unterschiedlich. Ob man mit einem depressiven Patienten seine depressiven Kognitionen diskutiert oder im sokratischen Dialog hinterfragt, mag auf den ersten Blick identisch aussehen, im Ergebnis macht es aber den Unterschied zwischen einer Verhärtung depressiver Grundannahmen statt einer Relativierung und Differenzierung in den kognitiven Prozessen. Ob man mit einem Patienten von Stunde zu Stunde über aktuelle Lebensprobleme redet oder statt dessen an der Veränderung der zu diesen Lebensproblemen führenden mangelnden sozialen Kompetenz arbeitet, mag für den unerfahrenen Zuschauer sogar so wirken, als sei das ständige therapeutische Eingehen auf immer wechselnde aktuelle Probleme in besonderer Weise therapeutisch und zugewandt, obwohl es nicht zu einer eigentlichen Problemlösung beiträgt und Ursache von chronifizierenden Verläufen werden kann.

Therapeutische Strategien beschreiben komplexere Therapieprozesse unter Kombination verschiedener Einzelmethoden. Beispiele sind das Training sozialer Kompetenz oder Stressbewältigung. Wie die Bezeichnungen schon sagen, handelt es sich hierbei bereits um therapiebezogene Strategien, die in sich einen kohärenten Entwicklungsgang haben, dessen Nichtbeachtung ebenfalls zu Therapieversagen führen kann. Es versteht sich von selbst, dass es z. B. bei einem Training sozialer Kompetenz keinen Sinn macht, mit sehr komplexen und möglicherweise angstbesetzten Aufgaben zu beginnen, sondern dass man statt dessen mit einfachen praktischen Übungen beginnt, die dann schrittweise zu immer komplexeren Handlungsketten aufgebaut werden. Die Gefahr einer Überforderung des Patienten durch Verletzung solcher Ablaufregeln ist jedem Therapeuten ein geläufiges Phänomen.

Zu den therapeutischen Strategien zählt auch die störungsbezogene Therapieplanung. Sie berücksichtigt die Besonderheiten eines bestimmten klinischen Problemclusters worauf die therapeutischen Strategien und Programme, die Techniken und Methoden abgestimmt und angepasst werden müssen. Hier gilt es bestimmte Methoden problembezogen in einen komplexen Therapieplan zu integrieren. Das führt zwangsläufig zu Veränderungen der Programme und Einzelverfahren (in unterschiedlichem Ausmaß), um die störungsbezogenen Ziele zu erreichen.

Die Ebene der Heuristik schließlich gibt uns eine Information über Theorien und Modelle von Störungen und Erkrankungen. Sie bilden den Interpretationsrahmen zum Verständnis der Symptomatik des Patienten, zur Auswahl der Behandlungsstrategien und auch zur Beurteilung des Erfolges des Therapieprozesses. So gibt es Modellvorstellungen zur Entstehung verschiedener Angstformen oder mehrere Theorien zur Erklärung depressiven Verhaltens, die jeweils im Einzelfall eine unterschiedlich gute Erklärung für die aktuelle Problematik bieten, sodass bei unterschiedlichen Patienten z. T. auch unterschiedliche Theorien und Modelle zur Erklärung der Störung und Steuerung der Behandlung zugrunde gelegt werden müssen. Auch auf dieser Ebene sind Therapeuten gefordert zu explizieren, nach welcher Theorie sie meinen, den konkreten Fall am besten verstehen zu können und sich dabei auf publizierte und wissenschaftlich bearbeitete Modelle zu stützen.

Der Unterschied zwischen guter Therapie und inadäquater, wenn nicht schädlicher Therapie liegt oft im Detail. Das Verhaltenstherapiemanual versucht deshalb, auf den verschiedenen angesprochenen Ebenen möglichst deskriptiv und nah am Therapeutenverhalten, Einzeltechniken, Strategien, Basisverhalten auch störungsbezogene Heuristiken und Behandlungsanleitungen zu beschreiben. Die genauere Unterscheidung dieser verschiedenen Ebenen schlägt sich auch in der Gliederung des Buches in verschiedene Abschnitte nieder. Es soll damit möglich werden, dass jeder Therapeut sich selbst anhand der beschriebenen Kriterien noch einmal daraufhin überprüfen kann, wie groß die Übereinstimmung zwischen therapeutischem Standard und eigenem therapeutischen Verhalten, d. h. seine Therapeutencompliance ist. Das

Verhaltenstherapiemanual basiert auf der Annahme, dass es möglich sein muss zu beschreiben, was Verhaltenstherapie ist und was keine Verhaltenstherapie ist, was gute Therapie und was weniger gute Therapie ausmacht. Das Manual geht des Weiteren auch von der Annahme aus, dass jeder Therapeut sich selbstkritisch daraufhin überprüfen muss, inwieweit er sich an die wissenschaftlich belegten Standards des Faches hält. Eine solche Selbstprüfung mag als Forderung selbstverständlich sein, sollte jedoch nicht als selbstverständlich vorausgesetzt werden. Dieses Buch richtet sich in diesem Sinne zuallererst an erfahrene Psychotherapeuten und unter diesen vor allem an die besseren, die nämlich bereit sind, ihr eigenes Verhalten stets einer selbstkritischen Qualitätsprüfung zu unterziehen. Das Verhaltenstherapiemanual ist in diesem Sinne kein Lesebuch, sondern ein Nachschlagebuch. Die Herausgeber bekennen sich zu dem »Kochbuchcharakter«, wobei der Satz gilt, dass ein guter Koch zum Kochen nicht unbedingt ein Kochbuch braucht, es aber auf jeden Fall kennt.

Studenten der Medizin, der Psychologie oder anderer therapeutischer Berufe, so wie vor allem auch Aus- und Weiterbildungskandidaten in Verhaltenstherapie, sollte das Buch ebenfalls als unverzichtbare Informationsquelle zur Hand sein und von ihnen auch zu Rate gezogen werden. Durch die verhaltensnahe, sehr konkrete Beschreibung therapeutischen Vorgehens bietet es in der Aus- und Weiterbildung einen Einblick, wie Psychotherapie unterhalb der großen theoretischen Entwürfe aussieht, und es mag auch einen Eindruck von der Arbeitsatmosphäre in der Verhaltenstherapie geben. Für den Weiterbildungskandidaten in der Ausbildung zum Verhaltenstherapeuten und vor allem auch während der Supervision bietet das Verhaltenstherapiemanual eine häufig nutzbare Selbstüberprüfungsmöglichkeit, die immer wieder auch eine Quelle für therapeutische Ideen im konkreten Fall sein kann. Schließlich findet der Anfänger in der Verhaltenstherapie hier auch Beispiele dafür, wie ein Therapieprozess beschrieben werden kann, eine Fähigkeit, die durchaus auch erfahrenen Therapeuten immer wieder Mühe bereitet. Dieses Buch ist daher nicht für Laien geschrieben. Es ist kein Selbsthilfebuch oder eine Anleitung zur Auswahl einer adäquaten Therapie. Es erlaubt allerdings auch Laien, Journalisten oder anderen Interessierten im Sinne eines erweiterten Lexikons nachzulesen, was unter einschlägigen Stichworten verstanden wird.

Als Herausgeber, gemeinsam mit der Vielzahl an Autoren freuen wir uns, die inzwischen sechste Auflage des Verhaltenstherapiemanuals (früher unter dem Titel »Psychotherapiemanual«) vorlegen zu können. Die alten Beiträge dieser sechsten Auflage sind in allen Teilen neu bearbeitet und so weit nötig auch überarbeitet worden. Diese Neuauflage des Verhaltenstherapiemanuals enthält außerdem einige neue Techniken, Therapieprogramme und Störungskapitel. Wir tragen damit der ständigen Weiterentwicklung der Verhaltenstherapie Rechnung. Manche sprechen heute von der »dritten Welle« der Verhaltenstherapie. Wir halten dagegen, dass es sicherlich bereits sechs oder sogar mehr Wellen der Verhaltenstherapie gab und weitere geben wird. Neue Kapitel in diesem Buch betreffen die »Psychoedukation«, die »Situationsanalyse«, die »Achtsamkeit und Akzeptanz«, die »Interpersonelle Diskrimination«, die »Schematherapie« und die »Weisheitstherapie«. Bereits anhand dieser Begriffe wird deutlich, dass die Verhaltenstherapeuten sich auch oder verstärkt um Beziehungsaspekte, um (unbewusste) Metakognitionen, die Wertorientierung und die Lebensziele bemühen.

Wir hoffen und wissen, dass dieses praktische und pragmatische Werk von vielen Kolleginnen und Kollegen als nützliche Hilfe in der täglichen Arbeit erlebt wird. Das Buch hat inzwischen in der ärztlichen und psychologischen Ausbildung in »Psychotherapie« eine erfreuliche Bedeutung erlangt. Durch die zahlreichen neuen Kapitel, die Aktualisierung und Überarbeitung der alten Kapitel hoffen wir, auch in der durch das Psychotherapeutengesetz veränderten Ausbildungslandschaft und der Etablierung von Behandlungsleitlinien und anderen Qualitätsmaßnahmen, weiterhin wissenschaftlich evaluierte und klinisch bewährte Standards zu liefern.

Wir sind uns bewusst, dass trotz allen Bemühens um wissenschaftliche und praktische Fundierung in der Darstellung der einzelnen Kapitel dennoch manches nur als vorläufig und unvollkommen anzusehen ist. Wir würden uns deshalb freuen, wenn dieses Buch auf rege Kritik der Kollegenschaft stoßen würde und wir diese Kritik auch in möglichst konkreter Form mitgeteilt bekämen, damit sie bei einer zukünftigen Überarbeitung berücksichtigt werden und zur weiteren Verbesserung des Buches beitragen kann.

Wir möchten uns bei allen Autoren für deren Kooperation bedanken. Dennoch wäre dieses Buch ohne die Hilfe von Michael Barton und Svenja Wahl vom Springer Verlag nicht möglich geworden. Wir schließen sie mit in unseren Dank ein.

Berlin und Tübingen, im März 2008
Michael Linden, Martin Hautzinger

Inhaltsverzeichnis

I Einführung (PT, VT und Therapietechniken)

- 1 Psychotherapie, Verhaltenstherapie und Therapietechniken 3
N. Hoffmann

II Grundlagen und therapeutisches Basisverhalten

- 2 Analyse der Kooperation und Compliance 9
D. D. Burns
- 3 Beratung 13
M. Borg-Laufs, S. Schmidtchen
- 4 Beruhigende Versicherungen 17
N. Hoffmann, B. Hofmann
- 5 Beziehungsklären 20
J. Finke
- 6 Empathie 24
R. Sachse
- 7 Indikation und Behandlungsentscheidungen 31
P. Fiedler
- 8 Psychoedukation und Gesundheitstraining 38
U. Worringer
- 9 Multimodale Therapieplanung (BASIC-ID) 44
A. A. Lazarus

- 10 Selbsterfahrung 49
A.-R. Laireiter

- 11 Strukturierung des Therapieablaufs .. 54
N. Hoffmann

- 12 Supervision 58
D. Zimmer

- 13 Therapeut-Patient-Beziehung 62
D. Zimmer

- 14 Unkonditionales Akzeptieren 69
G.-W. Speierer

- 15 Verhaltensbeobachtung 74
L. Echelmeyer

- 16 Verhaltens- und Problemanalyse 79
M. Hautzinger

- 17 Verstärkung 85
L. Blöschl

III Methoden und Einzelverfahren

- 18 Achtsamkeit und Akzeptanz 95
T. Heidenreich, J. Michalak

- 19 Aktivitätsaufbau 101
G. Meinschmidt, D. Hellhammer

- 20 Apparative Enuresistherapie 106
H. Stegat, M. Stegat

- 21 Aversionsbehandlung 113
J. Sandler

- 22 Bestrafung 116
H. Reinecker

23	Biofeedback 121 <i>H. Waschulewski-Floruss, W. H. R. Miltner, G. Haag</i>	38	Idealisiertes Selbstbild 196 <i>M. Hautzinger</i>
24	Blasenkontrolltraining 127 <i>H. Stegat, M. Stegat</i>	39	Imagination und kognitive Probe ... 199 <i>T. Kirn</i>
25	»Cue Exposure« 131 <i>B. Lörch</i>	40	Interpersonelle Diskriminationsübung 205 <i>J. Hartmann, D. Lange, D. Victor</i>
26	Diskriminationstraining 136 <i>U. Petermann</i>	41	Kognitionsevozierung 210 <i>J. Young</i>
27	Ejakulationskontrolle 141 <i>G. Kockott, E.-M. Fahrner</i>	42	Kognitives Neubenennen (Reattribuieren) 215 <i>M. Hautzinger</i>
28	Emotionsregulationstraining 144 <i>S. K. D. Sulz</i>	43	Kontrolle verdeckter Prozesse: Aufbau eines positiven Selbst- konzeptes 220 <i>F. T. Zimmer</i>
29	Entspannungstraining 151 <i>M. Linden</i>	44	Löschung 225 <i>M. Hautzinger</i>
30	Exposition und Konfrontation 155 <i>I. Hand</i>	45	Modelldarbietung 229 <i>M. Perry</i>
31	»Eye Movement Desensitization and Reprocessing« 165 <i>C. T. Eschenröder</i>	46	»Motivational Interviewing« 234 <i>R. Demmel</i>
32	Gedankenstopp 170 <i>G. S. Tyron</i>	47	Münzverstärkung 240 <i>T. Ayllon, A. Cole</i>
33	Grundüberzeugungen ändern 173 <i>M. Hautzinger</i>	48	Problemlösetraining 244 <i>H. Liebeck</i>
34	Hausaufgaben 178 <i>I. Wunschel, M. Linden</i>	49	Reaktionsverhinderung 250 <i>L. Süllwold</i>
35	Hegarstifttraining 182 <i>G. Kockott, E.-M. Fahrner</i>	50	Selbstbeobachtung 254 <i>M. Hautzinger</i>
36	Hierarchiebildung 185 <i>R. de Jong-Meyer</i>	51	Selbstinstruktion bei Kindern und Jugendlichen 258 <i>H. Breuninger</i>
37	Hypnose 189 <i>H.-C. Kossak</i>		

52 Selbstverbalisation und Selbstinstruktion	263
<i>S. Fliegel</i>	
53 Selbstverstärkung	268
<i>H. Reinecker</i>	
54 Sensualitätstraining	271
<i>E.-M. Fahrner, G. Kockott</i>	
55 Situationsanalyse.....	276
<i>D. Victor, D. Lange, J. Hartmann</i>	
56 Sokratische Gesprächsführung	280
<i>H. H. Stavemann</i>	
57 Stimuluskontrolle	287
<i>M. Hautzinger</i>	
58 Symptomverschreibung	291
<i>I. Hand</i>	
59 Systematische Desensibilisierung ...	296
<i>M. Linden</i>	
60 Tagesprotokolle negativer Gedanken.....	300
<i>M. Hautzinger</i>	
61 Tages- und Wochenprotokolle.....	304
<i>M. Hautzinger</i>	
62 Verdeckte Konditionierung	308
<i>W. L. Roth</i>	
63 Verhaltensführung	315
<i>M. H. Bruch, J. Stechow, V. Meyer</i>	
64 Verhaltensübungen – Rollenspiele ..	319
<i>M. Hautzinger</i>	
65 Verhaltensverträge	323
<i>M. Hautzinger</i>	
66 Zeitprojektion.....	326
<i>N. Hoffmann</i>	

IV Einzel- und Gruppentherapieprogramme

67 Aufbau sozialer Kompetenz: Selbstsicherheitstraining, Assertivness-Training.....	333
<i>R. Ullrich, R. de Muynck</i>	
68 Einstellungsänderung	341
<i>N. Hoffmann</i>	
69 Elternberatung und Elterntraining. .	347
<i>F. Petermann</i>	
70 Genussgruppe: »Kleine Schule des Genießens«	352
<i>R. Lutz</i>	
71 Kommunikationstraining	356
<i>K. Hahlweg, B. Schröder</i>	
72 Konzentrations-/ Aufmerksamkeitsstraining	362
<i>G. W. Lauth</i>	
73 Mediatorentraining.....	368
<i>M. Linden, J. Schultze</i>	
74 Realitätsorientierungstraining	371
<i>M. Hautzinger</i>	
75 Schematherapie.....	375
<i>E. Roediger</i>	
76 Selbstkontrolle	384
<i>H. Reinecker</i>	
77 Sozialtraining mit Kindern und Jugendlichen.....	389
<i>F. Petermann</i>	
78 Stressbewältigungstraining.....	394
<i>G. Kaluza</i>	
79 Stressimpfung.....	401
<i>R. W. Novaco</i>	

80 Therapie motorischer Störungen . . . 405
L. Vorwerk, W. H. R. Miltner

81 Trauerarbeit und Therapie der
komplizierten Trauer 410
H. J. Znoj, A. Maercker

82 Weisheitstherapie 416
K. Baumann, M. Linden

V Störungsbezogene Therapieplanung und Behandlungsanleitungen

83 Agoraphobie und
Panikerkrankung 425
M. Linden

84 Alkoholismus. 430
J. Petry

85 Anorexie und Bulimie. 440
R. Meermann

86 Bipolar affektive Störungen 444
T. D. Meyer

87 Borderlinestörung 454
C. Stiglmayr

88 Chronische Krankheiten im
Kindesalter 462
M. von Aster, W. Burger

89 Demenz. 470
B. Romero, M. Wenz

90 Depressionen 481
M. Hautzinger

91 Dissozial-aggressive Störungen 488
F. Petermann

92 Entwicklungsstörungen und
Intelligenzminderungen 494
M. von Aster

93 Enuresis. 502
S. Grosse

94 Generalisierte Angststörung 511
D. Zubrägel, M. Linden

95 Hyperkinetische Störungen 517
H. G. Eisert

96 Persönlichkeitsstörungen 524
W. Ecker

97 Posttraumatische
Belastungsstörungen 533
A. Maercker

98 Schizophrenie 542
R.-D. Stieglitz, R. Gebhardt

99 Schlafstörungen 550
D. Riemann

100 Schmerzerkrankungen. 555
W. D. Gerber, M. Hasenbring

101 Sexuelle Funktionsstörungen 563
S. Hoyndorf

102 Somatoforme Störungen. 568
W. Rief

103 Soziale Ängste 574
U. Pfingsten

104 Zwangsstörungen 583
N. Hoffmann

Sachverzeichnis 589

Mitarbeiterverzeichnis

Matthias von Aster, Dr.

Bezirkskrankenhaus Landshut
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
und -psychotherapie
Prof.-Buchner-Str. 22, 84034 Landshut

Michael von Aster, PD Dr.

DRK Kliniken Berlin Westend
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
und Psychotherapie
Spandauer Damm 130, 14050 Berlin

Theodore Ayllon, Prof. Dr.

Georgia State University, Department of Psychology
Atlanta, Georgia 30303, USA

Klaus Baumann, Dipl. Psych.

Reha-Zentrum der Deutschen Rentenversicherung
Lichterfelder Allee 145, 14513 Teltow/Berlin

Liliane Blöschl, Prof. Dr.

Sandwirtgasse 10/2/62, 1060 Wien, Österreich

Michael Borg-Laufs, Prof. Dr.

Hochschule Niederrhein, FB Sozialwesen
Am Gemeindebusch 18, 45277 Essen

Helga Breuninger, Dr.

Breuningerstiftung
Breitscheidstr. 8, 70174 Stuttgart

Michael Bruch, Prof. Dr.

London Metropolitan University, Dept. of Psychology
Calcutta House, London E1 7NT, England

Walter Burger, Prof. Dr.

Humboldt-Universität zu Berlin, Med. Fakultät
Rudolf -Virchow-Klinikum
Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin

David D. Burns, Prof. Dr.

Presbyterian Medical Center, Department of Psychiatry
39th and Market Streets, Philadelphia, Pennsylvania
19014, USA

Alex Cole, Dr.

Georgia State University, Department of Psychology
Atlanta, Georgia 30303, USA

Ralf Demmel, PD Dr.

Westfälische Wilhelms-Universität Münster
Psychologisches Institut I, Psychologische Diagnostik
und Klinische Psychologie
Fliednerstr. 21, 48149 Münster

Liz Echelmeyer, Dipl.-Psych.

Wichernstr. 5, 48147 Münster

Willi Ecker, Dr.

Institut für Fort- und Weiterbildung in Klinischer
Verhaltenstherapie (IFKV)
Rübental 13, 67098 Bad Dürkheim

Hans G. Eisert, Dr.

Schloßgartenstraße 27, 69469 Weinheim

Christof T. Eschenröder, Dipl.-Psych.

Treseburger Str. 15, 28205 Bremen

Eva-Maria Fahrner-Tutsek, Dr.

Alexander Tutsek-Stiftung
Karl-Theodor-Str. 27, 80803 München

Peter Fiedler, Prof. Dr.

Universität Heidelberg, Psychologisches Institut
Hauptstr. 47-51, 69117 Heidelberg

Jobst Finke, Dr.

Hagelkreuz 16, 45134 Essen

Steffen Fliegel, Dr.

Gesellschaft für Klinische Psychologie und Beratung
Wolbecker Str. 138, 48155 Münster

Renate Gebhardt, Dr.

Auguste-Viktoria-Str. 7, 14193 Berlin

Dieter Gerber, Prof. Dr.

Universität Kiel, Institut für Medizinische Psychologie
und Medizinische Soziologie
Diesterwegstr. 10-12, 24113 Kiel

Siegfried Grosse, Dr.

Lindenstr. 2, 35440 Linden

Gunther Haag, Prof. Dr.

Michael-Balint-Klinik
Hermann-Voland-Str. 10, 78126 Königsfeld im
Schwarzwald

Kurt Hahlweg, Prof. Dr.

Technische Universität Braunschweig,
Institut für Psychologie
Abt. für Klinische Psychologie, Psychotherapie
und Diagnostik
Spielmannstr. 12a, 38106 Braunschweig

Iver Hand, Prof. Dr.

Verhaltenstherapie Falkenried (MVZ)
Falkenried 7, 20251 Hamburg

Juliane Hartmann, Dipl.-Psych.

EOS Klinik für Psychotherapie,
Hammerstr. 18, 48153 Münster

Monika Hasenbring, Prof. Dr.

Ruhr Universität Bochum,
Abt. für Medizinische Psychologie und
Medizinische Soziologie
Universitätsstraße 150, 44780 Bochum

Martin Hautzinger, Prof. Dr.

Universität Tübingen, Psychologisches Institut
Klinische Psychologie und Psychotherapie
Christophstr. 2, 72072 Tübingen

Thomas Heidenreich, Prof. Dr.

Fachhochschule, Fakultät Soziale Arbeit,
Gesundheit und Pflege
Flandernstr. 101, 73 732 Esslingen

Dirk Hellhammer, Prof. Dr.

Universität Trier – Fachbereich I
Abt. für Theoretische und Klinische Psychobiologie
Johanniterufer 15, 54290 Trier

Nicolas Hoffmann, Dr.

Orber Str. 18, 14193 Berlin

Birgit Hofmann, Dr.

Marie-Vögtlin-Weg 18, 12205 Berlin

Stephan Hoyndorf, Dipl.-Psych.

Stuttgarter Zentrum für Verhaltenstherapie
Christophstr. 8, 70178 Stuttgart

Renate de Jong-Meyer, Prof. Dr.

Westfälische Wilhelms-Universität Münster
Psychologisches Institut I, Klinische und Diagnostische
Psychologie
Fliegerstr. 21, 48149 Münster

Gert Kaluza, Prof. Dr.

GKM – Institut für Gesundheitspsychologie
Liebigstr. 31a, 35037 Marburg

Thomas Kirn, Dr.

Psychotherapeutische Praxis
Theodor-König-Str.27, 48249 Dülmen

Götz Kockott, Prof. Dr.

Technische Universität München, Psychiatrische Klinik
und Poliklinik
Ismaninger Str. 22, 81675 München

Hans-Christian Kossak, Dr.

Schnatstr. 25, 44795 Bochum

Anton-R. Laireiter, Ass.-Prof. Dr.

Universität Salzburg, Institut für Psychologie
Hellbrunner Str. 34, 5020 Salzburg, Österreich

Diane Lange, Dipl.-Psych.

EOS Klinik für Psychotherapie,
Hammerstr. 18, 48 153 Münster

Gerhard W. Lauth, Prof. Dr.

Universität Köln, Heilpädagogische Fakultät
Klosterstr. 79b, 50931 Köln

Arnold A. Lazarus, Prof. Dr.

Rutgers University, Graduate School for Applied and
Professional Psychology
New Brunswick, New Jersey 08903, USA

Heinz Liebeck, Dr.

Universität Göttingen, Georg-Elias-Müller-Institut
für Psychologie
Abt. Klinische Psychologie und Psychotherapie
Goßlerstr. 14 D, 37073 Göttingen

Michael Linden, Prof. Dr.

Reha-Zentrum Seehof der Deutschen
Rentenversicherung und
Forschungsgruppe Psychosomatische Rehabilitation,
Charité Universitätsmedizin Berlin
Lichterfelder Allee 55, 14513 Teltow b. Berlin

Bernd Lörch, PD Dr.

Klinikum Stuttgart, Bürgerhospital
Zentrum für Seelische Gesundheit, Institut für Kli-
nische Psychologie
Tunzhofer Straße 14-16, 70191 Stuttgart

Rainer Lutz, Dr.

Philipps-Universität Marburg,
Fachbereich Psychologie
Gutenbergstr. 18, 35032 Marburg

Andreas Maercker, Prof. Dr.

Universität Zürich, Fachrichtung Psychopathologie
und Klinische Intervention
Binzmühlestr. 14, Box 17, 8050 Zürich, Schweiz

Rolf Meermann, Prof. Dr.

Psychosomatische Fachklinik Bad Pyrmont
Bombergallee 11, 31812 Bad Pyrmont

Gunther Meinlschmidt, Dr.

Universität Basel, Abt. für Klinische Psychologie und
Psychotherapie
Birmannsgasse 8, 4055 Basel, Schweiz

Thomas D. Meyer, Prof. Dr.

Newcastle University, School of Neurology,
Neurobiology and Psychiatry
Clinical Psychology, Ridley Building (4th floor),
Newcastle, NE1 7RU, UK

Victor Meyer, Prof. Dr.

London Metropolitan University, Dept of Psychology
Calcutta House, London E1 7NT, England

Johannes Michalak, Dr.

Ruhr Universität, Fachbereich Psychologie
Klinische Psychologie und Psychotherapie
Universitätsstr. 150, 44780 Bochum

Wolfgang H. Miltner, Prof. Dr.

Friedrich-Schiller-Universität Jena
Fakultät für Sozial- und Verhaltenswissenschaften
Abt. f. Biologische u. Klinische Psychologie
Am Steiger 3, Haus 1, 07743 Jena

Rita de Muynck, Dr.

Kreuzstr. 1, 80331 München

Raymond W. Novaco, Prof. Dr.

University of California, Dept. of Psychology, School of
Psychology
Irvine, California 92697, USA

Milton Perry, Prof. Dr.

University of Washington, Dept. of Psychology
Seattle, Washington 98115, USA

Franz Petermann, Prof. Dr.

Universität Bremen, Zentrum für Klinische Psychologie
und Rehabilitation
Grazer Str. 2 und 6, 28359 Bremen

Ulrike Petermann, Prof. Dr.

Universität Bremen, Zentrum für Klinische Psychologie
und Rehabilitation
Lehrstuhl für Klinische Kinderpsychologie
Grazer Strasse 6, 28359 Bremen

Jörg Petry, Dr.

Psychosomatische Fachklinik Münchwies
Turmstr. 50-56, 66540 Neunkirchen/Saar

Ulrich Pfingsten, Dr.

Universität Bielefeld, Fakultät für Psychologie und
Sportwissenschaft
Abt. für Psychologie, AE 11 »Klinische Psychologie und
Psychotherapie«
Postfach 10 01 31, 33501 Bielefeld

Hans S. Reinecker, Prof. Dr.

Otto-Friedrich-Universität, Klinische Psychologie und
Psychotherapie
Markusplatz 3, 96047 Bamberg

Winfried Rief, Prof. Dr.

Philipps-Universität Marburg, Klinische Psychologie
und Psychotherapie
Psychotherapie-Ambulanz
Gutenbergstr. 18, 35032 Marburg

Dieter Riemann, Prof. Dr.

Universitätsklinikum Freiburg
Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychosomatik
Abt. für Psychiatrie und Psychotherapie mit
Poliklinik
Hauptstr. 5, 79104 Freiburg

Eckhard Roediger, Dr.

Grommetstr. 20, 60433 Frankfurt a. M.

Barbara Romero, Dr.

Neurologische Klinik Bad Aibling, Alzheimer
Therapiezentrum
Kolbermoorer Str. 72, 83043 Bad Aibling

Wolfgang L. Roth, Dr.

Universität Trier, Fachbereich I – Psychologie
54286 Trier

Rainer Sachse, Prof. Dr.

Institut für Psychologische Psychotherapie
Prümerstr. 4, 44787 Bochum

John Sandler, Prof. Dr.

University of South Florida, Department of
Psychology, The Honors College
Tampa, Florida 33615, USA

Stefan Schmidtchen, Prof. Dr.

Universität Hamburg, Psychologisches Institut II
Von-Melle-Park 5, 20146 Hamburg

Brigitte Schröder, Dipl.-Psych.

Christoph-Dornier-Stiftung für Klinische Psychologie
Institut Braunschweig an der Technischen
Universität BS
Konstantin-Uhde-Strasse 4, 38106 Braunschweig

Jona Schultze, Dipl.-Psych.

Freie Universität Berlin, Institut für Klinische
Psychologie
Habelschwerdter Allee 45, 14195 Berlin

Gert-Walter Speierer, Prof. Dr.

Universität Regensburg, Naturwissenschaftliche
Fakultät III
Institut für Medizinische Psychologie
Postfach 93040, Regensburg

Harlich H. Stavemann, Dr.

IVT - Institut für Integrative Verhaltenstherapie e.V.
Osterkamp 58, 22043 Hamburg

Joachim Stechow, Dr.

Heylstraße 31, 10825 Berlin

Harry Stegat, Prof. Dr.

STERO - Medizinische Geräte
Prof. Dr. H. Stegat GmbH & Co. KG
Heroldstr. 14E, 48163 Münster

Martin Stegat

Probsteistr. 26, Münster

Rolf-Dieter Stieglitz, Prof. Dr.

Universität Basel, Fakultät für Psychologie
Missionsstrasse 60/62a, 4055 Basel, Schweiz

Christian Stiglmayr, Dr.

Bundesring 58, 12101 Berlin

Lilo Süllwold, Prof. Dr.

Niedenau 49, 60325 Frankfurt/ Main

Serge K.D. Sulz, Dr.

Nymphenburger Str. 185, 80634 München

Gerry S. Tyron, Prof. Dr.

Fordham University, Counseling Center
Bronx, New York 10458, USA

Rüdiger Ullrich, Dr.

Kreuzstr. 1, 80331 München

Daniela Victor, Dipl.-Psych.

EOS Klinik für Psychotherapie,
Hammerstr. 18, 48 153 Münster

Liane Vorwerk, Dr.

Friedrich-Schiller-Universität Jena
Abt. f. Biologische u. Klinische Psychologie
Am Steiger 3, Haus 1, 07743 Jena

Horst Waschulewski-Floruß, Prof. Dr.

MTO - Psychologische Forschung und Beratung GmbH
Schweikardtstr. 5, 72072 Tübingen

Michael Wenz, Dipl.-Psych.

Neurologische Klinik Bad Aibling, Alzheimer
Therapiezentrum
Kolbermoorer Str. 72, 83043 Bad Aibling

Ulrike Worringen, Dr.

Deutsche Rentenversicherung Bund,
Abt. Rehabilitation
Dezernat 8023, Bereich Psychologie und
Gesundheitstraining
Spichernstraße 2, 10704 Berlin

Isabel Wunschel, Dr.

Rehabilitationsklinik Seehof
Abt. Verhaltenstherapie und Psychosomatik
Lichterfelder Allee 55, 14513 Teltow/Berlin

Jeffrey Young, Dr.

Cognitive Therapy Centers of New York and Fairfield
Country
New York, New York 10013, USA

Dirk Zimmer, Prof. Dr.

Tübinger Akademie für Verhaltenstherapie
David-von-Stein-Weg 26, 72072 Tübingen-Bühl

Friederike T. Zimmer, Dipl.-Psych.

Tübinger Akademie für Verhaltenstherapie
David-von-Stein-Weg 36, 72072 Tübingen-Bühl

Doris Zubrägel, Dipl.-Psych.

Praxis für Psychotherapie
Wachsmuthstr. 23, 13467 Berlin

Hans J. Znoj, Prof. Dr.

Universität Bern, Institut für Psychologie
Gesellschaftsstrasse 49, 3012 Bern, Schweiz

I Einführung (PT, VT und Therapietechniken)

- 1 Psychotherapie, Verhaltenstherapie und
Therapietechniken – 3**

N. Hoffmann

Psychotherapie, Verhaltenstherapie und Therapietechniken

N. Hoffmann

1.1 Psychotherapie

Unter Psychotherapie versteht man eine besondere Form zwischenmenschlicher Interaktion, bei der eine Person, die Therapeutin bzw. der Therapeut, versucht, mit Mitteln der verbalen und nonverbalen Kommunikation, gelegentlich unter Einbezug von Apparaten eine oder mehrere andere Personen, die als Patienten oder Klienten bezeichnet werden, in ihrem Verhalten, ihren Einstellungen oder Denkweisen zu beeinflussen. So ist Psychotherapie als die Form sozialer Einflussnahme anzusehen, die charakterisiert ist durch

- einen professionellen Helfer, dessen Ausbildung und Fertigkeiten vom Patienten und seinem sozialen Milieu anerkannt werden,
- einen Patienten, der in der Regel positive Erwartungen an die Hilfe des Therapeuten hat,
- eine beschränkte Anzahl, mehr oder weniger in Anlehnung an bestimmte fachliche Regeln, strukturierte Kontakte, bei denen der Therapeut versucht, Veränderungen beim Patienten zu bewirken. Die Mittel, die dazu eingesetzt werden, bestehen vor allem aus verbalen Instruktionen, Überzeugungsversuchen und der gezielten Förderung von Lernprozessen.

Die psychischen oder körperlichen Zustände, die eine solche Einflussnahme rechtfertigen, werden, wenn sie einen bestimmten Schwere-

grad erreicht haben, als Krankheiten bewertet. In diesem Fall ist Psychotherapie als Bestandteil der Krankenversorgung anzusehen. Psychotherapie kann aber darüber hinaus auch eingesetzt werden, um Menschen dazu zu verhelfen, Potenziale zu entwickeln, die ihnen erlauben, glücklicher, genussfähiger oder vielseitiger zu leben. Damit werden die Grenzen zu pädagogischen Maßnahmen oder zu religiöser Einflussnahme wieder fließend. In einigen Fällen, wo sozial deviantes Verhalten verändert werden soll, kann Psychotherapie auch den Beigeschmack gesellschaftlicher Disziplinierung bekommen.

1.2 Basale Therapiefaktoren

Akzeptiert man die Auffassung, dass Psychotherapie primär in einer bestimmten Beziehung zwischen den Beteiligten besteht (also vom Therapeuten aus gesehen in der therapeutischen Intention und in einem inneren Wohlwollen dem Patienten gegenüber, von dessen Seite aus gesehen in der Hoffnung auf Erfolge und im Akzeptieren des Therapeuten in seiner Funktion), so stellt sich die Frage, ob sich diese Faktoren per se positiv auf den Therapieausgang auswirken und darüber hinaus, ob sie ausreichen, um die gewünschten Veränderungen zu bewirken.

Zum ersten Problem liegt eine Reihe von Forschungsergebnissen vor. Sie betreffen die Wirkung sog. basaler Therapiefaktoren. Darunter werden solche verstanden, die den The-

rapieprozess beeinflussen können, ohne selbst definierter Bestandteil einer bestimmten Intervention zu sein. Sie betreffen die gegenseitigen Haltungen von Therapeut und Patient, d. h. den zwischenmenschlichen Kontext, in dem Psychotherapie sich abspielt. Man ist sich heute darüber einig, dass diese Faktoren eine eminente Rolle bei jeder Form von Psychotherapie spielen, wobei es dennoch recht unterschiedliche Einschätzungen ihrer relativen Bedeutung gibt. Doch es ist genauso erwiesen, dass ihre Wirkung in den meisten Fällen nicht ausreicht, um die in der Therapie angestrebten Ziele zu gewährleisten.

Neben diesen grundlegenden Bedingungen, die offensichtlich für jede Psychotherapiesituation zutreffen, unterscheiden sich einzelne Ansätze durch spezifische Handlungsanweisungen der Therapeuten bei verschiedenen Problemstellungen.

Damit ist einmal die Strategie gemeint, die für die gesamte Herangehensweise an die Probleme typisch ist, ein andermal die Einzelbestandteile der Intervention, die Therapietechniken. Sie bilden, zusammen mit dem Menschenbild und der Psychopathologietheorie, das Spezifikum jeder Therapieschule.

1.3 Verhaltenstherapie: allgemeine Strategie

Die Verhaltenstherapie ist ein moderner Psychotherapieansatz, der neben den tiefenpsychologisch orientierten Verfahren Eingang in die Krankenversorgung gefunden hat, weil seine Wirksamkeit bei vielen psychischen Krankheiten und Problemen hinreichend belegt ist. Ihre Strategie ist eingebettet in eine kontinuierliche Analyse der Problemlage und der Motivation des Patienten sowie der Beziehung zwischen ihm und dem Therapeuten. Zu gegebener Zeit, wenn die Bedingungen des einzelnen Falles hinreichend geklärt scheinen, erfolgt die Therapieplanung, bei der in Kooperation mit dem

Patienten möglichst klare Zielsetzungen für die Therapie festgelegt werden und eine Indikation für spezifische Verfahren getroffen wird. Der letzte Schritt beinhaltet dann die Durchführung der Therapie (sprich: die Anwendung der ausgewählten Techniken) sowie den Versuch, erzielte positive Veränderungen zu stabilisieren.

Inwieweit diese idealtypische Strategie angesichts der Notwendigkeiten der täglichen Praxis möglich ist, ist eine andere Frage. Dennoch stellt sie ein Rahmenkonzept dar, das die Verhaltenstherapie zu einer besonders flexiblen und patientengerechten Vorgehensweise werden lässt.

1.4 Verhaltenstherapeutische Techniken

In frühen Bestimmungsversuchen der Verhaltenstherapie wurde gelegentlich die These vertreten, sie sei »angewandte Wissenschaft«, d. h. die einzelnen Interventionen ergäben sich zwangsläufig aus der Anwendung der Psychologie als Wissenschaft auf bestimmte Problembereiche. Westmeyer (1978) hat eindringlich auf die wissenschaftstheoretischen Schwierigkeiten hingewiesen, die diese Auffassung mit sich bringt. Damit stellt sich die Frage nach dem Ursprung der schon zur Verfügung stehenden Verfahren und nach der Möglichkeit, innovative Vorgehensweisen in Zukunft zu entwickeln. Eine Bestandsaufnahme der aktuellen Praxis ergibt, dass die angewandten Verfahren recht unterschiedlicher Provenienz sind. Die wichtigsten Ableitungsmöglichkeiten für therapeutische Techniken sind hier beschrieben.

- Bei der Entwicklung können grundwissenschaftliche Theorien als Heuristik fungieren. Trotz der oben genannten Einwände gegen Verhaltenstherapie als angewandte Wissenschaft bleibt unbestritten, dass grundwissenschaftliche Aussagen die Formulierung von »technologischen Regeln« nahe legen. Diese geben dann an, bei welcher Problemstellung

und Diagnose welche Vorgehensweise erfolgreich sein könnte. Allerdings müssen die so gewonnenen Empfehlungen in Bezug auf ihre Praktikabilität und Wirksamkeit untersucht werden.

- Die Prinzipien einer Therapietechnik können auf Alltagserfahrungen basieren. So macht man sich z. B. beim Verfahren der sog. »Zeitprojektion« (► Kap. 66) die Beobachtung zunutze, dass Personen, die erhöhten Belastungen ausgesetzt sind oder an einem Stimmungstief leiden, sich oft selbst dadurch helfen, dass sie zu Tagträumen Zuflucht nehmen, in denen sie erfolgreich sind oder für sie angenehme Ereignisse eintreten. So existiert sicherlich in allen Kulturkreisen eine Fülle an vorwissenschaftlichen Erfahrungen und Beobachtungen, auch im Umgang mit psychischen Problemen, die noch auf ihre Auswertung und Nutzbarmachung zu Psychotherapie Zwecken warten und zu interessanten klinischen Innovationen führen könnten.
- Eine Technik kann aus der klinisch-therapeutischen Erfahrung entstehen. Lazarus u. Davison (1977) haben gezeigt, wie sich aus Enttäuschungen von Therapeuten heraus die Suche nach neuen Verfahren ergibt und damit beträchtliche Fortschritte erzielt werden. Oft lässt sich der Therapeut dabei von seinen Lieblingstheorien leiten. Dennoch soll sich eine einfühlsame Untersuchung des psychotherapeutischen Geschehens am besten daran orientieren, was Therapeuten tun, und erst in zweiter Linie nach den Gründen fragen, die sie zur Rechtfertigung ihres Handelns geben. In der Tat können sich Techniken als wirksam erweisen, die nicht im Entferntesten mit den theoretischen Vorstellungen zu tun haben, aus denen sie hervorgegangen sind.
- Techniken können aus Modifikationen und Verfeinerungen schon existierender Verfahren heraus entwickelt werden. Am Bei-

spiel der systematischen Desensibilisierung (► Kap. 59) lässt sich zeigen, welche Ausweitungen und Abwandlungen eine Methode dadurch erfahren kann, dass man versucht, sie an neue Probleme zu adaptieren oder einzelne Elemente neu miteinander zu kombinieren.

1.5 Funktion von Therapietechniken

Es bleibt zweifelhaft, ob angesichts der heutigen Praxis überhaupt von einer halbwegs einheitlichen Anwendung von Therapietechniken in der Verhaltenstherapie gesprochen werden kann. Vieles von dem, was unter einer bestimmten Bezeichnung kursiert, hat in der konkreten Realisierung kaum mehr als den Namen gemeinsam. Die meisten Verfahren stellen vielmehr Rahmenkonzeptionen dar, die dem individuellen Agieren des einzelnen Therapeuten sehr viel Spielraum lassen. Dieser Rahmen kann von der individuellen Phantasie und Geschicklichkeit des einzelnen Praktikers durchaus gewinnbringend ausgefüllt werden, wenn es darum geht, meist unter »Laborbedingungen« entwickelte Standardvorgehensweisen zu »individualisieren«, d. h. an die Notwendigkeiten des Einzelfalles anzupassen. Das ist im Großen und Ganzen sicherlich ein Vorteil, doch werden Effektivitätsvergleiche dadurch schwierig. Der Versuch, unter bestimmten Bedingungen bewährte Verfahren *in ihrer Grundstruktur* möglichst exakt und nachvollziehbar zu beschreiben, ist deshalb von besonderer Bedeutung.

Der Psychotherapietechnik kommt, unabhängig von allen Einschränkungen und Vorbehalten, nach wie vor eine zentrale Bedeutung im Therapieprozess zu. Aus der Sicht des Patienten, der oft das starke Bedürfnis hat, dass »etwas passiert«, stellt die Arbeit mit speziellen Techniken häufig das eigentliche Ereignis in der Psychotherapie dar. Man hat in der Praxis oft den

Eindruck, dass, abgesehen von der spezifischen Wirkung in Teilbereichen, auch die basalen Therapiefaktoren erst dann voll wirksam werden, wenn der Patient erfährt, dass seine Probleme mittels spezieller Techniken angegangen werden. In diesem Sinne hat die Anwendung jeder Technik auch einen Plazebocharakter, wobei es jedoch selbstverständlich ist, dass ihr ein hoher Effektivitätswert erst dann zugeschrieben werden kann, wenn sie erwiesenermaßen darüber hinaus zu positiven Ergebnissen führt.

Für die Psychotherapeuten sind Techniken von mehrfacher Bedeutung. Sie stellen gewissermaßen das Produkt dar, in dem sich die Erfahrungen und Forschungsergebnisse anderer Therapeuten in einer übersichtlichen, handhabbaren und erlernbaren Form niederschlagen. Darüber hinaus bietet ein solides, gut beherrschtes und vielfältiges Repertoire an Einzeltechniken die Sicherheit, die der Therapeut absolut benötigt, um sich dem Patienten als Menschen voll und ganz zuwenden zu können. Das ist nach wie vor das Wichtigste bei jeder Form von Psychotherapie.

Bewährte und reproduzierbare, aber auch flexibel anpassbare Techniken können Psychotherapie ein Stück weit zum soliden, erlernbaren Handwerk machen, weg von schwer nachvollziehbarer Kunst oder von Narrenfreiheit.

Literatur

- Hautzinger M (2001) Kognitive Verhaltenstherapie bei psychischen Störungen, 3. Aufl. Beltz/PVU, Weinheim
- Lambert M (2006) Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change, 6th edn. Wiley, New York
- Lazarus A, Davison G (1977) Klinische Innovation in Forschung und Praxis. In: Westmeyer H, Hoffmann N (Hrsg) Verhaltenstherapie: Grundlegende Texte. Hoffmann & Campe, Hamburg, S 144–165
- Westmeyer H (1978) Wissenschaftstheoretische Grundlagen klinischer Psychologie. In: Baumann U, Berbalk H, Seidenstücker G (Hrsg) Klinische Psychologie. Trends in Forschung und Praxis. Huber, Bern, S 108–133

II Grundlagen und therapeutisches Basisverhalten

- 2 Analyse der Kooperation und Compliance – 9**
D. D. Burns
- 3 Beratung – 13**
M. Borg-Laufs, S. Schmidtchen
- 4 Beruhigende Versicherungen – 17**
N. Hoffmann, B. Hofmann
- 5 Beziehungsklären – 20**
J. Finke
- 6 Empathie – 24**
R. Sachse
- 7 Indikation und Behandlungsentscheidungen – 31**
P. Fiedler
- 8 Psychoedukation und Gesundheitstraining – 38**
U. Worringen
- 9 Multimodale Therapieplanung (BASIC-ID) – 44**
A. A. Lazarus
- 10 Selbsterfahrung – 49**
A.-R. Laireiter

- 11 **Strukturierung des Therapieablaufs** – 54
 N. Hoffmann
- 12 **Supervision** – 58
 D. Zimmer
- 13 **Therapeut-Patient-Beziehung** – 62
 D. Zimmer
- 14 **Unkonditionales Akzeptieren** – 69
 G.-W. Speierer
- 15 **Verhaltensbeobachtung** – 74
 L. Echelmeyer
- 16 **Verhaltens- und Problemanalyse** – 79
 M. Hautzinger
- 17 **Verstärkung** – 85
 L. Blöschl

Analyse der Kooperation und Compliance

D. D. Burns

2.1 Allgemeine Beschreibung

Viele neuere Psychotherapieformen setzen zwischen den einzelnen Psychotherapiesitzungen systematisch aufgebaute Selbsthilfeprogramme in der Art von Hausaufgaben ein. Der Therapieerfolg hängt nicht unwesentlich davon ab, inwieweit der Patient geplante Übungen auch tatsächlich durchführt. Die so vom Patienten geforderte therapeutische Kooperation kann im allgemeineren Zusammenhang von Selbstkontrolle (► Kap. 76) und Motiviertheit gesehen werden. Da mangelnde Mitarbeit den Therapieerfolg gefährden kann, sind spezielle therapeutische Anstrengungen zur Verbesserung der Patientenkooperation unerlässlich (► Kap. 13).

2.2 Indikationen

Spezielle Maßnahmen zur Verbesserung der Patientenkooperation sind immer dann nötig, wenn der Therapieerfolg wegen mangelnder Mitarbeit des Patienten gefährdet ist. Das gilt sowohl für psychotherapeutische Verfahren als auch für die Pharmakotherapie.

2.3 Kontraindikationen

Wenn der Patient ihm übertragene Aufgaben problemlos bewältigen kann, sind spezielle Maßnahmen zur Kooperationsverbesserung

überflüssig. Unter ethischen Gesichtspunkten ist zu berücksichtigen, dass Maßnahmen zur Compliance-Modifikation nicht dazu benutzt werden dürfen, das Recht des Patienten auf Selbstverfügung einzuschränken.

2.4 Technische Durchführung

Ein häufiger Fehler von Therapeuten besteht darin, unzureichende Patientenkooperation frühzeitig zu interpretieren, ohne dass vorher sorgfältig nach den tatsächlichen Ursachen gesucht worden ist. Typische Interpretationen dieser Art sind: »Der Patient will sich gar nicht bessern, er hat wahrscheinlich einen sekundären Krankheitsgewinn«. Oder: »Der Patient zeigt durch seine mangelnde Mitarbeit seine versteckte Aggressivität gegen den Therapeuten oder andere Personen«. Solche Interpretationen sind häufig falsch und antitherapeutisch. Sie geben eher den theoretischen Hintergrund des Therapeuten als die tatsächlich vorliegenden Probleme wieder. Sie führen dazu, dass der Patient sich nicht verstanden fühlt und reduzieren dadurch seine Motivation zur Mitarbeit noch weiter. Der Therapeut hat dann noch mehr Grund zur Annahme, dass der Patient Widerstand zeigt, und ein Machtkampf zwischen Patient und Therapeut ist nicht mehr auszuschließen. Wenn der Patient sich nicht an Vereinbarungen hält, dann führt die Bezeichnung »Widerstand« hierfür eher dazu, dass die tatsächlichen Ursachen

übersehen werden. Die geschilderten Probleme können vermieden werden, wenn sich der Therapeut bemüht, die Tatsachen, d. h. insbesondere Einstellungen des Patienten festzustellen, die eine präzisere und unzweideutige Beschreibung der Gründe ermöglichen, die einen Patienten hindern, bei dem vorgeschlagenen Therapieprogramm mitzuarbeiten.

- Der erste wichtige Punkt ist, auf selbstabwertende Einstellungen und negative Kognitionen des Patienten zu achten und sie im selben Moment anzugehen, in dem der Patient sich irgendwelchen unlösbaren Problemen gegenüber sieht. Eine sehr wirkungsvolle Methode ist, den Patienten schlicht zu fragen: »Wenn Sie an Ihre therapeutischen Hausaufgaben denken, welche negativen Gedanken kommen Ihnen dann?«. Wenn sich der Patient auf diese Frage einlässt, können die Ursachen für seine Unfähigkeit manchmal sehr schnell offensichtlich werden. Der Patient kann beispielsweise äußern: »Ich glaube, es hat keinen Sinn. Mein Zustand wird nicht mehr besser«. In einem solchen Fall kann der Therapeut dann zunächst seine Aufmerksamkeit auf die Behandlung dieser lähmenden Hoffnungslosigkeit richten. Eine Vorgehensweise könnte beispielsweise sein, den Patienten aufzufordern, seine skeptische Einstellung bezüglich einer Besserungsmöglichkeit beizubehalten, gleichzeitig aber diese Einstellung quasi einem experimentellen Test zu unterziehen. Das bedeutet, dass man das therapeutische Programm zunächst einmal möglichst genau durchhält. Der Patient kann so trotz seiner Hoffnungslosigkeit mit dem Therapeuten in ein kooperatives Arbeitsbündnis eintreten.
- Eine zweite Methode, um Aufschlüsse darüber zu bekommen, warum ein Patient mit der Durchführung vorgeschlagener Therapiemaßnahmen Schwierigkeiten hat, ist, ihm eine Liste von Gründen für die Nichterfüllung therapeutischer Hausaufgaben vorzule-

gen (s. Anhang dieses Kap.). Diese Liste fasst eine Reihe von üblichen Einstellungen von Patienten zusammen und ermöglicht dem Therapeuten, die für den jeweiligen Patienten wichtigsten Problembereiche herauszugreifen, um sie mit auf den Einzelfall abgestellten Therapiemaßnahmen anzugehen (sokratischer Dialog, ► Kap. 56).

- Eine hilfreiche Methode ist, dem Patienten zu Beginn der Therapie eine schriftliche Information über die geplante Therapie vorzulegen. Hierin sollte auch die Möglichkeit von therapeutischen Hausaufgaben angesprochen werden. Therapeut und Patient können nun ganz am Anfang der Behandlung evtl. divergierende Vorstellungen über den Therapieverlauf besprechen. Ist es einmal zwischen Patient und Therapeut zu einem Einverständnis über die durchzuführenden Maßnahmen gekommen, dann können später auftretende Probleme in einer kooperativen Art zusammen gelöst werden.
- Hier sollen nur Hinweise gegeben werden, Ursachen mangelnder Mitarbeit aufzudecken. Darin liegt häufig schon ein therapeutischer Wert. In vielen Fällen wird es jedoch nach dieser Informationserhebung spezifischer therapeutischer Interventionen bedürfen, um dysfunktionale Kognitionen oder negative Einstellungen beim Patienten zu verändern. Hierzu ist dann auf die üblichen sonstigen psychotherapeutischen Verfahren zurückzugreifen.

2.5 Erfolgskriterien

- Der Patient sollte mit dem Therapeuten darin übereinstimmen, dass die aufgedeckten Gründe für mangelnde Mitarbeit auch aus der Sicht des Patienten die richtigen Gründe sind. Der Patient sollte sogar möglichst in der Lage sein, Beispiele aus anderen Lebensbereichen zu nennen, wo dieselben Ein-

stellungen und Kognitionen ihn behindert haben.

- Der Patient darf sich nicht missverstanden, kritisiert oder negativ bewertet fühlen.
- Der Patient sollte mit dem Therapeuten zusammen an Möglichkeiten zur Überwindung der Schwierigkeiten arbeiten und evtl. auch selbst eigene Vorschläge einbringen.

2.6 Grad der empirischen Absicherung und persönliche Bewertung

Nach unserem klinischen Eindruck sind therapeutische Erfolge unmittelbar mit der Kooperation der Patienten verbunden. So lässt sich zeigen, dass die Besserungsrate bei ambulanten, mit kognitiver Verhaltenstherapie behandelten Patienten signifikant mit der Compliance-Rate in Bezug auf therapeutische Hausaufgaben korreliert. Kontrollierte Studien stehen allerdings noch aus, die den klinischen Eindruck bestätigen, dass der beschriebene Zugang zum Problem der Compliance zu einer Erhöhung der therapeutischen Mitarbeit und letztlich auch zu einer Verbesserung der therapeutischen Ergebnisse führt.

Literatur

- Burns DD (1998) Fühl Dich gut. Angstfrei mit Depressionen umgehen, 6. Aufl. Treves, Trier
- Shelton JL, Ackerman JM (1978) Verhaltensanweisungen. Hausaufgaben in Beratung und Psychotherapie. Pfeiffer, München

Anhang

Gründe für die Nichterfüllung therapeutischer Hausaufgaben:

- Ich fühle mich völlig hilflos. Ich bin überzeugt, dass mir nichts mehr hilft. Deshalb ist es sinnlos, sich abzuquälen.
- Die Hausaufgabe wurde mir nicht ausreichend erklärt, ich habe nicht gewusst, was ich genau tun soll.
- Ich kann in dieser Hausaufgabe keinen Sinn sehen; diese Methode hilft mir nicht.
- Ich traue mir nichts zu. Ich denke »Ich bin ein Versager«, und dann fange ich erst gar nicht an.
- Ich habe keine Zeit, ich bin zu beschäftigt.
- Ich habe die Hausaufgabe machen wollen, aber ich vergesse es immer wieder.
- Ich habe Vorbehalte gegenüber dem Therapeuten, er macht eine echte Zusammenarbeit schwer.
- Ich muss unabhängig sein. Wenn ich etwas tue, was der Therapeut vorgeschlagen hat, dann ist es nicht so gut, als wenn ich selbst darauf gekommen bin.
- Durch die Hausaufgabe werde ich zum Patienten abgestempelt; d. h. dass ich schwach oder krank bin.
- Es war mir bisher nicht klar, dass der therapeutische Fortschritt so sehr von dem abhängt, was ich zwischen den Therapiestunden tue.
- Ich fühle mich hilflos und glaube nicht, dass ich es wirklich tun kann, wenn ich es mir vornehmen würde.
- Der Therapeut versucht, mich herumzukommandieren oder mich zu kontrollieren.
- Ich möchte mit dem Therapeuten nicht zusammenarbeiten, weil er (sie) bedrängend, arrogant, unsensibel, mechanisch oder... ist.
- Ich habe Angst, dass der Therapeut mich kritisiert, da ich es bestimmt nicht gut genug mache.
- Ich glaube, dass der Therapeut das eigentliche Problem nicht angeht und sich nicht mit dem beschäftigt, was für mich wirklich wichtig ist.
- Ich habe keine Lust, Hausaufgaben zu machen, deshalb kann und muss ich es nicht.
- Ich habe Angst vor Veränderungen. Wenn mir mein gegenwärtiger Zustand auch nicht gefällt, so ist er mir zumindest vertraut.

- Wenn ich mich auf die vorgeschlagenen Neuerungen einlasse, dann kann das auch ein Fehler sein.
- Ich fühle mich schon besser und brauche deshalb keine Hausaufgaben mehr.
- Ich fühle mich schlechter, die Hausaufgaben haben keinen Sinn, weil sie nicht helfen.
- Mein Zustand ist gleichbleibend, die Hausaufgaben helfen nicht.
- Ich habe schon genug ausprobiert, was nicht geholfen hat, es hat keinen Sinn, noch weiter herumzuprobieren.
- Ich habe kein Vertrauen zu meinem Therapeuten. Ich glaube nicht, dass er die Art von Mensch ist, mit dem ich zusammenarbeiten kann.
- Es ist die Aufgabe des Therapeuten, dafür zu sorgen, dass es mir besser geht.
- Wenn ich erst einmal anfangen, dann muss ich immer weitermachen, und ich weiß nicht, ob ich das schaffe. Ich fange lieber erst gar nicht an.
- Der Therapeut ist enttäuscht, wenn ich die Hausaufgaben nicht mache. Das wirkt auf mich noch hemmender.
- Ich dachte, Therapie besteht darin, über die Vergangenheit und über Gefühle zu reden.
- Welchen Wert hat es für mich, außerhalb der Therapie irgend etwas zu machen.
- Ich brauche eine gute Beziehung zu meinem Therapeuten, der mich versteht. Diese Techniken können mir nicht helfen.
- Die Hausaufgaben sind zu kompliziert und bedeuten zuviel Arbeit.
- Mir fehlt für die Hausaufgabe die Geduld.
- Es ist mein Schicksal, dass ich mich nicht besser fühlen kann, da hilft auch alles Bemühen nicht mehr.
- Ich will mich nicht glücklich fühlen, ich bin es nicht wert.
- Ich kann mir nicht vorstellen, was ich zwischen den Therapiesitzungen tun sollte und was erfreulich, zufriedenstellend oder hilfreich sein könnte.
- Diese Art der Therapie wirkt auf mich zu einfach und zu optimistisch.
- Es ist für mich zu peinlich festzuhalten, was ich tue oder denke, weil es dann jemand sehen könnte.
- Der Therapeut hat mich in die vorgesehene Methode nicht genügend eingeführt. Ich weiß einfach nicht, wie ich es anfangen soll.

Beratung

M. Borg-Laufs, S. Schmidtchen

3.1 Allgemeine Beschreibung

Der Begriff »Beratung« beschreibt einerseits die komplexe, aus Beratung, Sozialarbeit und Psychotherapie bestehende Hilfeleistung, die in Beratungsstellen geleistet wird (vgl. Borg-Laufs 2003), andererseits aber auch eine umgrenzte Technik, bei der ein Berater sein Wissen einem Ratsuchenden zur Verfügung stellt.

Nestmann (2002) versucht, den Unterschied zwischen Beratung und Therapie als unterschiedliche Schwerpunktsetzung bei großer Ähnlichkeit und Überschneidung der Tätigkeiten zu definieren. So wird nach seiner Meinung bei einer Beratung eher lebensereignisbezogen, netzwerkorientiert, präventiv, kurz und problemzentriert gearbeitet, während Therapie tendenziell eher krankheitsbezogen, individuumsorientiert, kurativ, lang und krankheitsbewältigungsorientiert sei. Der Versuch, eine konkrete Tätigkeit anhand dieser Beschreibungen als entweder »Beratung« oder »Therapie« zu definieren, kann im Einzelfall schwierig sein.

Im engeren Sinne – als Beratungstechnik – geht es darum, Menschen bei der Bewältigung konkreter Lebensprobleme und -fragen durch die Vermittlung von Fachwissen zu unterstützen. Ein Experte gibt »überlegenes Wissen« an einen Ratsuchenden, damit dieser dann eigenverantwortliche Entscheidungen treffen kann. Der Berater (ob als Steuerberater oder psychologischer Berater) sollte nicht in die individuelle Entscheidung des Klienten (statt Patienten) ein-

greifen und vor allem auch nicht den Beratenen als Person zum Gegenstand von Interventionen machen, wie dies für die Psychotherapie gilt.

Beratung ist konstituierender Bestandteil des Angebotes von Beratungsstellen. Hierbei handelt es sich um ein niedrigschwelliges und gleichzeitig effektives Hilfsangebot für Menschen in den verschiedensten Problemlagen. Charakteristisch ist hierbei ein enges Zusammenspiel zwischen beratenden und sozialarbeiterischen Interventionen und, soweit qualifizierte Therapeuten zur Verfügung stehen, auch psychotherapeutischen Hilfen. Durch die Zusammenarbeit von Teammitgliedern mit verschiedenen Grund- und Zusatzqualifikationen während des Beratungsprozesses besteht nach Schmidtchen (2001) auch die Chance, erste Ansätze einer »allgemeinen Psychotherapie« zu verwirklichen.

3.2 Indikation

Beratung als Vermittlung von psychologischem Wissen oder anderweitigem Faktenwissen ist stets dann indiziert, wenn ein umgrenztes und gut beschreibbares Problem vorliegt, für das der Betroffene zusätzliche Informationen benötigt, um zu einer Entscheidung oder Problemlösung kommen zu können. Dies kann sich auf isolierte Probleme beziehen, z. B. bei Schul-, Sexual- oder Erziehungsproblemen.

Auch im Rahmen von Psychotherapie ist immer wieder Beratung erforderlich, etwa zur

Förderung einer Behandlungscompliance oder hinsichtlich wichtiger Risiko- und Schutzfaktoren für die psychische Gesundheit. Auch die Beratung von Angehörigen ist hier zu nennen (► Kap. 8).

3.3 Kontraindikationen

Nebenwirkungen von Beratung wurden bislang nicht beschrieben. Theoretisch und aus klinischer Erfahrung muss davon ausgegangen werden, dass es bei Beratungen durchaus zu unerwünschten Folgen kommen kann, wenn die Beratung nicht fachgerecht erfolgt. Insbesondere der Versuch, nicht ergebnisoffen zu beraten, sondern seine eigenen Lösungsvorstellungen durchzusetzen, ist hier zu nennen. Dadurch wird das Selbstbestimmungsrecht des Beratenen verletzt und es werden möglicherweise inadäquate Lösungen favorisiert. Eine unmittelbare Schädigung des Klienten kann auch erfolgen, wenn die Beratung fachlich-inhaltlich ungenügend war und die Darstellung der Lösungsoptionen einseitig oder unvollständig erfolgte. Der Berater kann die Lösung als zu einfach darstellen, was beim Klienten Insuffizienzgefühle provozieren kann.

Kontraindiziert ist die Beratung als Technik dann, wenn auf Seiten der Ratsuchenden die kognitiven und/oder motivationalen Ressourcen nicht hinreichend sind, um von der Wissensvermittlung profitieren zu können, wie es z.B. beim Vorliegen einer massiven psychischen Störung gegeben sein kann.

3.4 Technische Durchführung

Obwohl Beratung eine Methode der Unterstützung bei einer Problemlösung ist, gilt dennoch, dass nicht davon ausgegangen werden darf, dass die Ratsuchenden bereits mit einer klaren Problem- und Zielbeschreibung aufwarten, vielmehr

ist es immanenter Bestandteil des Beratungsprozesses, die häufig vorgetragenen unscharfen Problembeschreibungen in konkrete Zielvorstellungen zu transformieren.

Wie bei psychotherapeutischen Prozessen ist auch bei der Beratung eine gute Beziehung zwischen Klient und Berater unerlässlich. Der Berater muss interessiert, sachkundig und verständnisvoll sowie frei von eigenen Interessen wahrgenommen werden (Vossler 2003).

Beratung kann sich methodisch an unterschiedlichen theoretischen Modellen orientieren, wobei auch Bezüge zu psychotherapeutischen Schulen hergestellt werden. Für Verhaltenstherapeuten bietet es sich an, auf verhaltenstheoretisch orientierte Beratungsprozesse im Sinne des »behavioral counseling« zu rekurrieren, die folgende Bestandteile aufweisen können (Borg-Laufs u. Brack 2007):

a) Alltagsbezogene Analyse des Problemverhaltens

Die aufrechterhaltenden Bedingungen des Problemverhaltens müssen herausgearbeitet werden. Hier können Wissensdefizite, übermächtige Stressoren, aber auch aufrechterhaltende Bedingungen im Sinne einer funktionalen Analyse eine wichtige Rolle spielen. Es gilt, anhand der im Explorationsgespräch oder bei den Verhaltensbeobachtungen gewonnenen Daten eine genaue Problemerkklärung vorzunehmen. Dabei muss die Aufmerksamkeit des Ratsuchenden möglichst gezielt auf die zu verändernden Probleme und deren mögliche Lösungen gelegt werden. In diesem Kontext kann z. B. die gemeinsame Durchführung einer schriftlichen funktionalen Verhaltensanalyse hilfreich sein.

b) Wissensvermittlung

Den Ratsuchenden fehlen häufig wichtige Informationen etwa über aufrechterhaltende oder verstärkende Bedingungen für ihre Probleme. Ihnen muss dann Expertenwissen vermittelt werden, dass sich auch auf

passende psychologische oder sozialwissenschaftliche Erkenntnisse beziehen kann. Damit die Ratsuchenden das Wissen annehmen und umsetzen können, muss die Vermittlung in einer kooperativen und transparenten Weise geschehen. Hierfür muss an den Erfahrungen und Vorstellungen des Klienten angesetzt und auf diesen aufbauend ein gemeinsames Problemverständnis aufgebaut werden. Vor diesem Hintergrund können dann neue Informationen von den Klienten auch tatsächlich handlungsleitend angenommen werden.

c) Verhaltensberatung

Aufgabe und Gegenstand von Beratung kann nicht nur sein, Information zu »objektiven Sachverhalten« zu vermitteln, sondern ebenso zu psychologischen Prozessen. Auf der Basis einer funktionalen Problemanalyse können z. B. Eltern, Ehepartner, Lehrer oder andere Beteiligte darüber informiert werden, welche eigenen Verhaltensweisen eine problemaufrechterhaltende Funktion haben und wie funktionale, lösungsorientierte Verhaltensweisen aussehen können. Die Mechanismen der operanten Verstärkung werden häufig von den Ratsuchenden nicht angemessen eingeschätzt und die Verhaltensänderungen erreichen dadurch nicht den erreichbaren Wirkungsgrad. Verhaltensberatung muss bei der Umsetzung von differenzierten Verfahren z. B. des Kontingenzmanagements unterstützen.

d) Motivationsförderung

Nur in sehr einfachen Fällen wird sich ein Problem allein über die Wissensvermittlung lösen lassen, da häufig motivationale und andere Probleme der Verhaltensänderung entgegenstehen. Aufgabe einer Beratung ist daher auch die Förderung der Motivation zur Einleitung von notwendigen Änderungen. Hierfür sollten die anstehenden Veränderungsprozesse so detailliert wie möglich dargestellt werden, sodass für den Beratenen

die Veränderungsmöglichkeiten und der damit verbundene Gewinn erkennbar werden. Dazu ist eine stete konsequente Zielerreichungsüberprüfung notwendig, damit die Verhaltensänderungen optimiert werden können. Um die Gefahr der Passivität der Ratsuchenden zu verringern, ist der Ansatz an den Ressourcen der Klienten und die stete Betonung der Eigenverantwortung und der Kompetenz der Hilfesuchenden notwendig. Insbesondere ist zu vermeiden, dass die so Beratenen gegebene Verhaltenshinweise als Kritik an sich selbst verstehen.

e) Netzwerkarbeit

Ein wichtiger und gelegentlich vernachlässigter Aspekt von Beratung ist auch die Information über anderweitige Beratungs- und Hilfsmöglichkeiten. Dies kann soweit gehen, dass der Berater selbst i. S. einer netzwerkbezogenen Arbeit verschiedene Hilfen koordiniert. Dazu benötigt er eine Schweigepflichtsentbindung des Klienten allen relevanten Institutionen gegenüber. Die Koordinierungsarbeit kann telefonisch erfolgen, häufig ist aber auch erstrebenswert, alle Beteiligten zu einem Hilfespräch zusammenzubekommen. Auf diese Art können Synergien hergestellt werden und es kann vor allem vermieden werden, dass es zu einer redundanten Parallelbehandlung oder gar zu inkompatiblen Hilfeversuchen kommt.

3.5 Erfolgskriterien

Ein wichtiges und häufig für entsprechende Untersuchungen herangezogenes Erfolgskriterium ist die Klientenzufriedenheit. Noch entscheidender aber ist, ob die Beratung und die vermittelten Inhalte zu Problemlösungen und, soweit erforderlich, zu Verhaltensänderungen bei den Ratsuchenden beigetragen haben (zu weiteren möglichen Erfolgskriterien Vossler 2003).