

Luitgard Brem-Gräser

Handbuch der Beratung für helfende Berufe

Band 2

- C. Allgemeiner Vergleich zwischen
Beratung und Therapie
- D. Psychodynamische und fokalanalytisch
orientierte Beratung/Therapie
- E. Lernorientierte, verhaltensmodifizierende
Beratung/Therapie

Ernst Reinhardt Verlag München Basel

Inhaltsverzeichnis

C.	Allgemeiner Vergleich zwischen Beratung und Therapie	1
1.	Zum Problem der Grenzziehung zwischen verwandten Hilfe-Aktivitäten	1
1.1.	Allgemeine Gründe für eine akzentmäßige Unterscheidung zwischen "Beratung" und "Therapie"	1
1.2.	Befürwortung einer akzentmäßigen Unterscheidung	1
1.3.	Befürwortung einer synonymen Verwendung der Begriffe "Beratung" und "Therapie"	4
1.4.	Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen Erziehung, Beratung, Therapie . . .	5
1.4.1.	Gemeinsamkeiten	5
1.4.1.1.	Erziehung, Beratung, Therapie	5
1.4.1.2.	Therapie und Erziehung	6
1.4.2.	Unterschiede	7
1.4.2.1.	Anlaß bzw. Grund der "Intervention"	7
1.4.2.2.	Personenkreis	8
1.4.2.3.	Ziel	8
1.4.2.4.	Dauer	8
1.4.2.5.	Mittel	9
1.4.2.6.	Rollenbeziehung	9
1.5.	Resümee	9
2.	Allgemeine Kriterien von Beratung und Therapie im Vergleich	11
2.1.	Formale Kriterien	12
2.1.1.	Hauptanwendungsfelder	12
2.1.1.1.	Beratung	12
2.1.1.2.	Therapie	12
2.1.2.	Anlässe und Gründe	13
2.1.2.1.	Beratung	13
2.1.2.2.	Therapie	14
2.1.3.	Rahmenbedingungen	14
2.1.3.1.	Beratung	14
2.1.3.2."	Therapie	15
2.1.4.	Problemaufnahmen	15
2.1.4.1.	Beratung	15
2.1.4.2.	Therapie	16
2.1.5.	Problemanalysen	16
2.1.5.1.	Beratung	16
2.1.5.2.	Therapie	17
2.1.6.	Aktivitäten des Helfenden	18
2.1.6.1.	Beratung	18
2.1.6.2.	Therapie	19
2.1.7.	Dauer und Häufigkeit des helfenden Kontakts	19
2.1.7.1.	Beratung	20
2.1.7.2.	Therapie	20
2.2.	Inhaltliche Kriterien	21

2.2.1.	Definitionsansätze	21
2.2.1.1.	Beratung	21
2.2.1.2.	Therapie	22
2.2.2.	Allgemeine Ziele	26
2.2.2.1.	Vorüberlegungen	26
2.2.2.2.	Metamerkmale als definitorische Bestimmungsteile einer beraterischen und psychotherapeutischen Strategie	28
2.2.2.3.	Festlegung des Rahmens für gesuchte Ziele	29
2.2.2.4.	Klassifizierung von Beratungs- und Therapiezielen	31
2.2.2.5.	Problematik normativer Einflußgrößen	31
2.2.2.6.	Versteckte Einflüsse auf die Zielorientierung	32
2.2.2.7.	Folgerungen für Beratung und Therapie	33
2.2.2.8.	Konkrete Beratungs- und Therapieziele	34
2.2.2.9.	Prävention als Beratungs- und Therapieziel	36
2.2.3.	Krankheitsdefinitionen	40
2.2.3.1.	Vorherrschende Beurteilung psychischer Störungen	40
2.2.3.2.	Psychische Störungen im Kontext soziokultureller Norm- und Wertmaßstäbe	40
2.2.3.3.	Krankheitsdefinitionen in Prozessen sozialer Wahrnehmung	47
2.2.3.4.	Kritische Anmerkung	50
2.2.4.	Personenkreis der Hilfe-Suchenden	50
2.2.4.1.	Besinnung auf die Gefährlichkeit des sogenannten Pathologismus	51
2.2.4.2.	Spezielle Kennzeichnung der Beratungs-Klientel	51
2.2.4.3.	Problematik der Bezeichnung "Klient"	52
2.2.4.4.	Unterschiedliche Problemdefinitionen durch Betroffene und Institutionen	54
2.2.4.5.	Spezielle Kennzeichnung der Therapie-Klientel	54
2.2.4.6.	Unterschiedliche Klient-Bezeichnungen verschiedener Therapieschulen	55
2.2.5.	Indikationsprobleme	55
2.2.5.1.	Vorüberlegungen	56
2.2.5.2.	Das selektive und das adaptive Indikationsmodell	58
2.2.5.3.	Orientierung des Indikationsprozesses am Charakter menschlicher Veränderungsprozesse	60
2.2.6.	Beziehung Berater/Therapeut – Klient	61
2.2.6.1.	Allgemeine Umschreibung der beraterischen und therapeutischen Beziehung	61
2.2.6.2.	Ergebnisse einer Befragung von Praktikern aus den Arbeitsbereichen Beratung und Behandlung	62
2.2.6.3.	Ähnlichkeiten zwischen allgemeiner sozialer Interaktion und der beraterischen/therapeutischen Beziehung	63
2.2.6.4.	Unterschiedliche Beratungs-/Therapiebeziehungsformen	64
2.2.6.5.	Spezielle Probleme in der Berater-/Therapeut-Klient-Beziehung	66
2.2.6.6.	Problem der Gleichheit zwischen Helfer und Klient in Beratung/Therapie – Aushandeln von Verträgen	69
2.2.6.7.	Grenzen der beraterischen/therapeutischen Beziehung	74
2.2.6.8.	Problem des zunehmenden Widerstandes gegen Fremdbehandlung	75
2.2.7.	Den Beratungs-/Therapieprozeß fördernde bzw. blockierende Eigenschaften des Helfenden und des Klienten	75
2.2.7.1.	Persönliche Charakteristika des Helfenden	76
2.2.7.2.	Persönliche Charakteristika des Klienten	77
2.2.7.3.	Zusammenwirken der "Eigenschaften" des Helfenden und des Klienten	78
2.2.8.	Die Qualifikation von Berater und Therapeut	79
2.2.8.1.	Beratung	79
2.2.8.2.	Therapie	82
2.2.8.3.	Abschließende Bemerkung	83
2.2.9.	Macht- und Manipulationsproblematik in Beratung und Therapie	84

2.2.9.1.	Umschreibung des Begriffs "Macht"	85
2.2.9.2.	Erläuterung des Begriffs "Manipulation"	87
2.2.9.3.	Soziale Arbeit und die Machtfrage	90
2.2.9.4.	Die unausgesprochene Dimension Macht in Beratung und Therapie	91
2.2.9.5.	Die Macht des Klienten	92
2.2.9.6.	Folgerungen für einen Abbau des Machtgefälles zwischen Helfer und Klient	92
D.	Psychodynamische und fokalanalytisch orientierte Beratung/Therapie	96
1.	Einführende Überlegungen	96
1.1.	Vorläufige Umschreibung des Begriffs "Psychoanalyse"	96
1.2.	Hinweis auf analytische Sonderformen	96
Ifi.	Problem des Veraltens der Psychoanalyse	97
2.	Der Begründer der Psychoanalyse Sigmund Freud	97
2.1.	Charakteristische Merkmale der Persönlichkeit Freuds	97
2.2.	Religiöse Einstellung	98
2.3.	Politische Haltung	98
2.4.	Soziokulturelle Gegebenheiten	98
3.	Wissenschaftliche Grundlagen	98
3.1.	Wissenschaftliche Herkunft	98
3.2.	Wissenschaftlicher Werdegang Freuds	99
3.2.1.	Wechsel von der Physiologie zur Psychologie	99
3.2.2.	Preisgabe manipulativer Techniken zugunsten der freien Assoziation und Selbstreflexion	99
3.2.3.	Allmähliche Steigerung von Freuds Selbstbeobachtung zur systematischen Selbstanalyse	100
3.3.	Psychoanalyse als "Unterbau der Psychologie"	100
3.4.	Die psychoanalytische Lehre	101
3.4.1.	Die Trieblehre	101
3.4.1.1.	Erläuterung der Begriffe: Trieb, Triebquelle, Triebdrang, Triebziel, Triebobjekt	101
3.4.1.2.	Freuds dritte Trieblehre	102
3.4.2.	Die Sexualtheorie	102
3.4.2.1.	Erkenntnisse der Libidoforschung	102
3.4.2.2.	Die Entdeckung der kindlichen Sexualität	103
3.4.2.3.	Gründe der öffentlichen Negierung der kindlichen Sexualität	103
3.4.2.4.	Erläuterung des Begriffs "Sexualität"	104
3.4.3.	Die kindliche Sexualentwicklung	104
3.4.3.1.	Einführung	104
3.4.3.2.	Perioden der Sexualentwicklung	105
3.4.3.3.	Kritische Anmerkungen zum Ödipuskomplex	105
3.4.3.4.	Hinweise auf den Charakterologie-Entwurf von Erich Fromm	106
3.4.4.	Das Persönlichkeitsmodell	108
3.4.4.1.	Vorüberlegung	108
3.4.4.2.	Die drei seelischen Bereiche: Es, Ich, Über-Ich	108
4.	Wandlungen der Psychoanalyse	112
4.1.	Weiterentwicklung	112
4.2.	Psychoanalytische Psychotherapie	113
4.3.	Abgewandelte Formen – Die Neo-Freudsche-Analyse	113
4.4.	Psychoanalytische Gruppentherapie	115
4.5.	Vergleich zwischen psychoanalytischer Kurztherapie, Fokaltherapie und Psychoanalyse	116

4.5.1.	Unterschiedliche Ziele	117
4.5.2.	Kriterien der Kurztherapie und ihre spezifische Ausprägung	117
4.5.2.1.	Die Aufgaben des Therapeuten	117
4.5.2.2.	Die Bedeutung der Diagnose	117
4.5.2.3.	Ausgewählte Interventionsformen	118
4.5.2.4.	Häufig angewendete Verfahren	118
4.5.2.5.	Modifizierung grundlegender Arbeitsweisen	118
4.5.2.6.	Indikationshinweise	119
4.5.2.7.	Kriterien für die Beendigung der Kurztherapie	119
4.5.2.8.	Dauer der Intervention	119
4:5.3.	Kurztherapie für Kinder	! 120
4.5.3.1.	Imitationskriterien	120
4.5.3.2.	Zielsetzung	120
4.5.3.3.	Methoden	120
4.5.4.	Fokalthherapie nach Balint	121
4.6.	Eklektische Analyse	121
4.7.	Annäherung Psychoanalyse – Verhaltenstherapie	122
5.	Grundannahmen	122
5.1.	Der Mensch ist ein geschlossenes System mit verschiedenen Untersystemen	122
5.2.	Psychisches Geschehen ist determiniert und nur kausal erklärbar	123
5.3.	Der Mensch ist primär passiv	123
5.4.	Bewußtheit ist eher ein außergewöhnliches als ein regelmäßiges Attribut ^ psychischer Prozesse	124
5.5.	Psychoneurotische Symptome entstehen aus einem Konflikt zwischen Triebmächten und triebfeindlichen Kräften	125
5.6.	Das Vorgefundene und das regelmäßig Beobachtbare gelten als normal	125
5.7.	Die Grenzen zwischen normal und anormal sind fließend	125
5.8.	Die frühen Kindheitserfahrungen sind von gravierender Bedeutung	126
5.9.	Die Struktur des Über-Ich (Gewissen und Ich-Ideal) wird in den ersten Lebensjahren grundgelegt	127
5.10.	Die Aufdeckung der kindlichen Sexualität, ihrer Entwicklung und Bedeutung	127
6.	Das Krankheitskonzept	128
6.1.	Gesundheit und Krankheit	128
6.1.1.	Umschreibung "psychische Gesundheit"	128
6.1.2.	Beziehung Gesundheit – Krankheit	129
6.2.	Entstehung der Neurose und Wege der Symptombildung	129
6.3.	Unterschied zwischen Neurose und Perversion	129
6.4.	Seelischer Aufwand der Neurose	129
6.5.	Krankheitsgewinn	130
6.6.	Kennzeichen der Neurose	130
6.6.1.	Wiederholen statt Erinnern	130
6.6.2.	Primat der psychischen über die faktische Realität	130
6.7.	Unterschiede und Analogien zwischen Neurose und Psychose	131
6.7.1.	Unterschiedlicher Umgang mit der Realität	131
6.7.2.	Unterschiedliche Verteilung der Akzente	131
6.7.3.	Abschwächung der Unterschiede durch die Phantasiewelt	131
6.8.	Krankheitsvermeidende Versuche des Ich	132
6.9.	Hinweise für die analytische Behandlung	132
6.9.1.	Einstellungsänderung	132
6.9.2.	"Handhabung" der Übertragung	132
6.10.	Zusammenfassung	133

7.	Zugänge zu den Problemen	133
7.1.	Einführung	133
7.2.	Psychoanalytische Zugänge	134
7.2.1.	Grundregel	134
7.2.2.	Abstinenzregel	135
7.3.	Psychoanalytische Psychotherapie	135
7.4.	Psychoanalytische Gruppentherapie	136
7.5.	Kurztherapie und Fokalanalyse	136
7.5.1.	Bewußtes Einsetzen des Elementes "Zeit"	136
7.5.2.	Festlegung eines begrenzten, spezifischen Ziels	136
7.5.3.	Herausgreifen des Hauptaspekts eines Problems	136
7.5.4.	Aktives Vorgehen des Therapeuten	137
7.5.5.	Zusammenfassung	137
8.	Spezifische Ziele	137
8.1.	Psychoanalyse (Standardverfahren)	137
8.2.	Psychoanalytische Psychotherapie	137
8.3.	Psychoanalytische Gruppentherapie	138
8.4.	Kurztherapie und Fokalanalyse	138
9.	Schwerpunkte der Arbeitsweise	138
9.1.	Einführung	138
9.2.	Allgemeine Prinzipien psychoanalytischer Behandlung	139
9.3.	Spezielle Schwerpunkte	139
9.3.1.	Analyse der Genese der Persönlichkeit	139
9.3.2.	Bearbeitung von Übertragung, Gegenübertragung und Widerstand	141
9.3.2.1.	Übertragung	141
9.3.2.2.	Gegenübertragung	144
9.3.2.3.	Widerstand	147
9.3.3.	Technik der freien Assoziation	148
9.3.3.1.	Erläuterung des Begriffs der "freien Assoziation"	149
9.3.3.2.	Anleitung zum freien Assoziieren	149
9.3.3.3.	Vorzüge der freien Assoziation	150
9.3.4.	Technik des Deutens	150
9.3.4.1.	Allgemeine Bemerkungen zum Vorgang des Deutens	150
9.3.4.2.	Deuten von Träumen	152
9.3.4.3.	Deuten von Fehlleistungen	154
9.3.5.	Bearbeitung infantiler Komplexe	155
9.3.6.	Kriterien der "Wiedergesundung"	156
10.	Beziehung Psychoanalytiker-Patient	156
10.1.	Asymmetrische Beziehung zwischen Psychoanalytiker und Patient in der Standardmethode	156
10.2.	Unterschied zwischen Standardmethode und Formen analytisch orientierter Psychotherapie	157
10.3.	Grundlegende Charakteristika der Beziehung	157
10.3.1.	Übertragung und Gegenübertragung	157
10.3.2.	Reale Beziehung und therapeutisches Bündnis	158
10.3.3.	Grundregel und Abstinenzregel	158
10.3.4.	Bedeutung der freien Assoziation	159
10.4.	Fazit	159
11.	Indikation	159
11.1.	Allgemeine Bestimmung des Indikationsbereichs für Psychoanalyse	160

11.1.1.	Indizien auf verfestigte frühkindliche Konfliktkonstellationen	160
11.1.2.	Vorhandensein bestimmter Ich-Reserven	160
11.2.	Fragenkatalog zur Bestimmung der Eignung für Psychoanalyse	160
11.3.	Spezielle Voraussetzungen im Klienten	161
11.4.	Merkmale des psychoanalysierbaren Klienten	161
11.4.1.	Übertragungsfähigkeit	161
11.4.2.	Verfügung über spezifische Ich-Funktionen	161
11.5.	Auswahl bevorzugt geeigneter Probleme für Psychoanalyse	162
11.5.1.	Neurosen	162
11.5.2.	Diffuse, relativ bewußte Probleme	162
11.5.3.	Sexuelle Schwierigkeiten; zwischenmenschliche Konflikte	162
11.6.	Gründe für ein Mißlingen der Psychoanalyse	162
11.6.1.	Falsche Diagnose	162
11.6.2.	Vorzeitiger Abbruch der Behandlung durch Analysanden	162
11.6.3.	Unbeeinflußbarkeit der spezifischen Krankheit	162
11.6.4.	Mangelnde Bereitschaft des Patienten zur Mitarbeit	163
11.6.5.	Ausweglose Lebensumstände	163
11.6.6.	Bewußtes und/oder unbewußtes Sträuben gegen Gesundung	163
11.7.	Zusammenfassende Betrachtung	163
12.	Dauer der Beratung/Behandlung und die Häufigkeit der Kontakte zwischen Berater/Therapeut und Klient	163
12.1.	Klassische Psychoanalyse	164
12.2.	Psychoanalytische Psychotherapie	164
12.3.	Psychoanalytische Gruppentherapie	164
12.4.	Kurztherapien	164
13.	Sonderphänomen: Machtproblematik	165
14.	Die spezifische Ausbildung	166
14.1.	Begründung der Notwendigkeit der Lehranalyse	166
14.2.	Gliederung der psychoanalytischen Ausbildung	167
14.3.	Kritische Bemerkung	168
15.	Allgemeine und spezielle pädagogisch-soziale Folgerungen	168
15.1.	Allgemeine Folgerungen	168
15.1.1.	Die Durchlässigkeit der Grenzen zwischen "normal" und "anormal"	168
15.1.2.	Die gravierende Bedeutung früher Kindheitserfahrungen	169
15.1.3.	Die Grundlegung der Struktur des Über-Ich (Gewissen und Ich-Ideal) in den ersten Lebensjahren	170
15.1.4.	Die Aufdeckung der kindlichen Sexualität, ihrer Entwicklung und Bedeutung	170
15.2.	Spezielle pädagogische, sozial-pädagogische Folgerungen	171
15.3.	Kritische Anmerkung	172
16.	Psychoanalytische Beratung	173
16.1.	Indikationskriterien für tiefenpsychologische Beratung	173
16.1.1.	Fortdauer bzw. Beruhigung kindlicher Störungen und Konflikte	173
16.1.2.	Bewältigung normaler, bisheriger Entwicklungskrisen	173
16.1.3.	Bisherige Einstellungen und Reaktionen auf veränderte Lebensumstände	174
16.1.4.	Bisherige Reaktionen auf Krisen	174
16.2.	Grundregeln für eine psychoanalytisch fundierte Beratung	175
16.2.1.	Zentrieren auf das spezielle Problem des Klienten	175
16.2.2.	Erfassen und Deuten unbewußter Hemmnisse der Entscheidungsprozesse	175
16.2.3.	Berücksichtigung infantiler Konfliktabkömmlinge im Beratungsprozeß	176
16.2.3.1.	Entstehung und Zusammenbruch sekundärunautonomer Anpassungssysteme	176

16.2.3.2.	Hilfen bei Umstellungsschwierigkeiten	177
16.2.4.	Stärkung der Realitätsprüfung und des Probehandelns	177
17.	Kritische Überlegungen	178
17.1.	Vorzüge der Psychoanalyse	178
17.1.1.	Freuds Würdigung seines eigenen Werks	178
17.1.2.	Psychoanalyse als adäquate Neurosentherapie	179
17.1.3.	Revolutionierung des Sinnverständnisses	179
17.1.4.	Beitrag der Psychoanalyse zum politischen Denken	179
17.2.	Nachteile der Psychoanalyse	180
17.2.1.	Wissenschaftliche Schwächen der Psychoanalyse	181
17.2.2.	Unüberprüfbarkeit analytischer Hypothesen	181
17.2.3.	Problematik des Unbewußten	182
17.2.4.	Außerachtlassen des ontologischen Problemkreises	183
17.2.5.	Der Glaubenscharakter der Psychoanalyse	183
17.2.5.1.	Ursachen des Glaubenscharakters im psychoanalytischen Denken	183
17.2.5.2.	Charakterisierung des Glaubens in den psychoanalytischen Grundanschauungen	184
17.2.6.	Bedrohung von Freiheit, Menschlichkeit und Ernst des Unbedingten durch die Lehranalyse	185
17.2.7.	Faszinationsverlust der Psychoanalyse und seine Folgen	186
17.2.8.	Psychoanalyse – Wissenschaft oder Ideologie?	186
17.2.8.1.	Psychoanalyse und Wissenschaftstheorie	187
17.2.8.2.	Psychoanalyse als Pseudowissenschaft	187
17.2.8.3.	Mängel der experimentellen Nachprüfung der Freudschen Theorie	188
17.2.8.4.	Die Wirksamkeit der Psychoanalyse	188
E.	Lernorientierte, verhaltensmodifizierende Beratung und Therapie	190
1.	Wissenschaftliche Grundlagen	190
1.1.	Wissenschaftliche Herkunft des Behaviorismus und der Reflexologie	190
1.1.1.	Behaviorismus	190
1.1.1.1.	Einführung	190
1.1.1.2.	Die zentralen Positionen des Behaviorismus	191
1.1.2.	Reflexologie	192
1.2.	Erkenntnistheoretische Basis	192
1.2.1.	Empirismus	192
1.2.2.	Positivismus	193
1.3.	Grundlage der Lerntheorie	193
1.3.1.	Einführung	193
1.3.2.	Arten der Konditionierung	194
1.3.2.1.	Instrumentelles oder operantes Konditionieren	194
1.3.2.2.	Klassisches oder Pawlowsches Konditionieren	195
1.3.3.	Unterschiede zwischen respondentem und operantem Verhalten	195
1.3.4.	Therapeutisches Prinzip der Gegenkonditionierung	196
1.3.5.	Arten von Konflikten	196
1.3.5.1.	Appetenz-Appetenz-Konflikt	196
1.3.5.2.	Aversions-Aversions-Konflikt	196
1.3.5.3.	Appetenz-Aversions-Konflikt	196
1.3.5.4.	Doppelter oder multipler Appetenz-Aversions-Konflikt	197
1.3.6.	Das neurotische Paradox	197
1.3.7.	Die neurotische Stupidität	197
1.3.8.	Ziele der Lerntherapie	198

1.3.9.	Anwendungstechniken	198
1.3.9.1.	Etikettieren	198
1.3.9.2.	Freies Assoziieren	198
1.3.9.3.	Selektive Wiederholung	199
1.3.9.4.	Deutung	199
1.3.9.5.	Hinweis-Differenzierung	199
1.3.9.6.	Aufzeigen und Einüben der Verwendung des Gelernten im täglichen Leben	199
1.3.10.	Zusammenfassung	200
1.4.	Verhaltensmodifikation	200
1.4.1.	Entwicklung des "Radikalen Behaviorismus"	200
1.4.2.	Herkunft und Bedeutung des Begriffs Verhaltenstherapie	201
1.4.3.	Überblick über die theoretischen Grundlagen der Verhaltenstherapie	201
1.4.3.1.	Verhaltenstherapie und ihre Verankerung in Theorie und Praxis	201
1.4.3.2.	Theoretische Grundlagen der Verhaltenstherapie	201
1.4.3.3.	Die therapeutischen Ansätze der Verhaltenstherapie	202
1.4.4.	Weiterentwicklung der Verhaltenstherapie	202
1.4.5.	Vorzüge der Verhaltenstherapie . . .	202
1.5.	Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen Lern- und Verhaltenstherapien . . .	203
1.5.1.	Gemeinsamkeiten	203
1.5.2.	Unterschiede	203
1.5.2.1.	Das primäre Erlernen von Verhalten	204
1.5.2.2.	Die Therapiemethode	204
1.5.2.3.	Die Bedeutung des Konflikts	204
1.6.	Kognitive Wende	205
1.6.1.	Umschreibung des Begriffs "Kognitive Wende"	205
1.6.2.	Wurzeln der kognitiven Wende	205
1.6.3.	Heutige Entwicklungsrichtungen	206
1.6.4.	Formen kognitiver Therapie	206
1.6.5.	Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen den kognitiven Therapieansätzen von <i>Ellis</i> und <i>Beck</i> . . .	207
1.6.5.1.	Gemeinsamkeiten	207
1.6.5.2.	Unterschiede	207
1.6.6.	Sozialkognitive Lerntheorie <i>Banduras</i>	209
1.6.7.	Multimodaler Ansatz von <i>Lazarus</i>	209
1.6.7.1.	Erläuterung des Begriffs "Multimodaler Ansatz"	209
1.6.7.2.	Beschreibung des Modells	209
1.6.8.	Kritische Analyse der kognitiven Therapien	211
1.6.8.1.	Zusammenstellung negativer Kritikpunkte	212
1.6.8.2.	Verminderung der Kluft zwischen Klientenzentrierter Psychotherapie und Verhaltenstherapie	213
1.6.8.3.	Nichteinlösung von Versprechen durch die Lern- und Verhaltenstherapien	213
1.6.8.4.	Trennung von Mensch und Problem	214
2.	Grundannahmen	214
2.1.	Der Mensch ist Und-Summe einzelner Gewohnheiten	214
2.2.	Menschliches Verhalten ist kausal-determiniert und aus Lernprozessen ableitbar . .	214
2.3.	Der Mensch ist primär passiv	214
2.4.	Psychoneurotische Symptome sind erlernte, unzweckmäßige Gewohnheiten	215
2.4.1.	Erläuterung des Terminus "gestörtes Verhalten"	215
2.4.2.	Unterscheidung zwischen emotionalen und instrumentellen Störungen	215
2.4.3.	Verlagerung der Klassifikation von krank – nicht krank zu geschickt – ungeschickt	216
2.4.4.	Ursachen seelischer Störungen	216

2.4.5.	Unterscheidung zwischen neurotischem (gestörtem) und nicht neurotischem (nicht gestörtem) Verhalten	216
2.4.6.	Voraussetzungen therapeutischer Hilfe	217
2.4.7.	Formulierung von Regeln oder Gesetzen	217
2.4.8.	Das Verhältnis von kontingenzgeformtem und regelgesteuertem Verhalten	217
2.4.9.	Konsequenzen aus der Unterscheidung zwischen kontingenzgeformtem und regelgesteuertem Verhalten	218
2.5.	Das Vorgefundene und das regelmäßig Beobachtbare sind normal	219
2.6.	Die Grenzen zwischen Neurose und Psychose sind eindeutig	219
2.6.1.	Komplexität der Neurose	219
2.6.2.	Vererbtes Muster der Psychose	219
2.7.	Abgrenzung zu psychoanalytischen Grundannahmen	219
3.	Das Krankheitskonzept	220
3.1.	Definitive Erläuterung	221
3.2.	Aspekte der Modellvorstellung von Verhaltensstörung	221
3.2.1.	Gleiche Entstehungsbedingtheit normalen und gestörten Verhaltens	221
3.2.2.	Soziokognitive Bestimmung des Identifikationsrasters	221
3.2.3.	Normative Strukturierung des Identifikationsrasters	221
3.2.4.	Klassifikation der Störung als Akt sozialer Kontrolle	222
3.2.5.	Abhängigkeit der Kontrollmaßnahmen vom sozialen Status der Betroffenen	222
3.2.6.	Rechtfertigung gezielter Intervention durch Zuschreibung einer "Krankenrolle"	222
3.3.	Behandlungskonzept	222
4.	Zugänge zu den Problemen	223
4.1.	Notwendigkeit der diagnostischen Klärung grundlegender Fragen	223
4.2.	Modell des diagnostischen Prozesses	223
4.3.	Einheit von therapeutischer und diagnostischer Intervention	225
5.	Spezifische Ziele	226
5.1.	Das zentrale Ziel	226
5.1.1.	Umschreibung des Begriffs "Zentrales Ziel"	226
5.1.2.	Änderungs-Bereiche	226
5.2.	Globale Ziele	227
5.2.1.	Ausbildung des Klienten zu seinem eigenen Berater/Therapeuten	227
5.2.2.	Hinführung zum Erkennen der Reizbedingungen des symptomatischen Verhaltens	227
5.2.2.1.	Äußere Lebensbedingungen	227
5.2.2.2.	Einengung des Verhaltensspielraums durch Symptome	227
5.3.	Folgen der Symptomveränderung	228
5.4.	Zielbestimmung	228
5.5.	Ergänzende Ausführungen zum Therapieziel "Selbstbehauptung"	229
5.6.	Problem der Allgemeingültigkeit der Therapieziele	229
6.	Schwerpunkte der Arbeitsweise	229
6.1.	Rückbesinnung	229
6.2.	Zum therapeutischen und beraterischen Vorgehen	230
6.3.	Schritte des Beratungs-/Therapieverlaufs	231
6.3.1.	Analyse symptomatischen Verhaltens	231
6.3.1.1.	Analyse der Einzelsymptome	231
6.3.1.2.	Zusammenhänge zwischen den Einzelsymptomen	232
6.3.2.	Direkte Verhaltensbeobachtung	232
6.3.2.1.	Verhaltensbeobachtung als Forschungsgegenstand	232
6.3.2.2.	Methoden der Verhaltensbeobachtung	233

6.3.2.3.	Vorgehensweise der systematischen Verhaltensbeobachtung	233
6.3.2.4.	Schulung von Beobachtern	235
6.3.3.	Methoden der Verhaltensbeschreibung	235
6.3.3.1.	Anekdotische Verhaltensbeschreibung	235
6.3.3.2.	Verhaltensbeschreibung an Hand von Beobachtungsbögen	236
6.3.4.	Zielanalyse	236
6.3.4.1.	Analyse der momentanen Umweltbedingungen	237
6.3.4.2.	Zielbestimmung	237
6.3.5.	Beratungs-und Therapieplanung	237
6.3.5.1.	Hauptfragestellungen	237
6.3.5.2.	Planung der einzelnen Therapie-/Beratungsmaßnahmen	237
6.3.5.3.	Planung des Therapie-/Beratungsablaufs	237
6.3.6.	Schritte der therapeutischen Intervention	237
6.3.6.1.	Erster Schritt: Analyse des Problemverhaltens	238
6.3.6.2.	Zweiter Schritt: Analyse der wirksamen Verstärker	238
6.3.6.3.	Dritter Schritt: Bestimmung des Zielverhaltens	238
6.3.6.4.	Vierter Schritt: Planung der Intervention	238
6.4.	Allgemeine verhaltenstherapeutische Techniken nach dem operanten Modell	238
6.4.1.	Methoden zum Aufbau neuer Verhaltensweisen	239
6.4.1.1.	Direkte positive oder negative Verstärkung	239
6.4.1.2.	Verhaltensausformung ("shaping")	242
6.4.1.3.	Verhaltensketten ("chaining")	242
6.4.1.4.	Stabilisieren bestehender Verhaltensweisen	242
6.4.1.5.	Hilfestellung oder Modellverhalten des Helfers	243
6.4.2.	Methoden zum Abbau unerwünschten Verhaltens	243
6.4.2.1.	Gedankenstoppen	243
6.4.2.2.	Löschung (Extinktion)	244
6.4.2.3.	Entzug aller potentiellen Verstärker (Time out)	244
6.4.2.4.	Entzug positiver Verstärker (Response Cost)	244
6.4.2.5.	Aversive Methoden	244
6.4.3.	Generalisierung und Diskrimination	246
6.4.3.1.	Generalisierung	246
6.4.3.2.	Diskrimination	246
6.4.4.	Zur Indikation operanter Methoden	247
6.4.4.1.	Aufbau elementarer Verhaltensweisen	247
6.4.4.2.	Stabilisieren bestehenden Verhaltens	247
6.4.5.	Kritische Überlegungen	248
6.4.6.	Ethische Erwägungen zur Verhaltenskontrolle	248
6.5.	Die Systematische Desensibilisierung	249
6.5.1.	Erläuterung der Technik "Systematische Desensibilisierung"	249
6.5.2.	Interventionsschritte im Standardverfahren	249
6.5.2.1.	Analyse der angstfördernden Faktoren	249
6.5.2.2.	Erstellung einer Hierarchie auslösender Reize	250
6.5.2.3.	Entspannungstraining	250
6.5.2.4.	Imaginatives Durcharbeiten der Hierarchie in entspanntem Zustand	250
6.5.3.	Indikation für Desensibilierungs-Therapie	251
6.5.4.	Weiterentwicklung des Verfahrens	252
6.5.5.	Zusätzliche therapeutische und alternative Maßnahmen	252
6.5.5.1.	In-vivo-Desensibilisierung	253
6.5.5.2.	Abbau positiver Verstärker der Umwelt	253

6.5.5.3.	Verhaltenstraining zur Behandlung bestimmter Defizite	253
6.6.	Das Selbstsicherheits- und Selbstbehauptungstraining	253
6.6.1.	Umschreibung des Begriffs "Selbstsicherheit"	254
6.6.2.	Kriterien der Selbstunsicherheit	254
6.6.2.1.	Negative Einstellung zu sich selbst	254
6.6.2.2.	Soziale Angst und Hemmung	255
6.6.2.3.	Mangelnde soziale Fertigkeiten	255
6.6.3.	Indikation für ein Selbstsicherheitstraining	255
6.6.4.	Regeln für ein Selbstsicherheitstraining	256
6.6.5.	Weiterentwicklung des Selbstsicherheitstrainings	257
6.6.5.1.	Erläuterung des Begriffs "Selbstbehauptung"	257
6."S.5.2.	Spezifische Techniken des Selbstbehauptungstrainings	257
6.7.	Kognitive Methoden	258
6.7.1.	Erläuterung des Terminus "Kognitive Therapie"	258
6.7.2.	Ziele der Kognitiven Therapie	258
6.7.3.	Grundannahmen der Kognitiven Therapie	259
6.7.4.	Abgrenzung gegenüber der klassischen Psychoanalyse und der klassischen Verhaltenstherapie	259
6.7.5.	Spezielle Methoden der Kognitiven Therapie	260
6.7.5.1.	Methoden der Selbstkontrolle	260
6.7.5.2.	Die Rational-emotive Therapie	265
6.7.5.3.'	Techniken der Selbstinstruktion	275
6.8.	Einzeltechniken in verschiedenen Programmen	279
6.8.1.	Bausteine eines Gesamtprogramms	279
6.8.1.1.	Expressives Training	279
6.8.1.2.	Rollenspiel	279
6.8.1.3.	Modell-Lernen	284
6.8.1.4.	Methoden zur Stabilisierung und Generalisierung des Trainingseffekts	286
6.8.2.	Bevorzugt in der Systematischen Desensibilisierung angewendete Verfahren	287
6.8.2.1.	Zwei spezielle Techniken	287
6.8.2.2.	Allgemeine effektive Variablen	288
6.8.3.	Entspannungs- und Vorstellungstechniken	288
6.8.3.1.	Entspannungstechniken in Beratung und Therapie	288
6.8.3.2.	Vieldeutigkeit des Begriffs „Entspannung“	289
6.8.3.3.	Spezifische Entspannungstechniken	289
7.	Beziehung Verhaltenstherapeut-Klient	299
7.1.	Von der Lehrer-/Schüler-zur Partnerbeziehung	299
7.2.	Die Beziehungsvariablen	300
7.2.1.	Angstreduktion durch den Therapeuten/Berater	300
7.2.2.	Differenzierte Verstärkungsprozesse	301
7.2.3.	Anleitung zu Selbstregulation und Selbstverpflichtung	301
7.2.4.	Modellfunktion des Therapeuten/Beraters	301
7.2.5.	Therapeut-/Klient-Interaktion als Lernfeld	302
7.2.6.	Motivation und Widerstand	302
7.2.6.1.	Umschreibung des Begriffs "Motivation"	302
7.2.6.2.	Bedingungen für eine ausreichende Motivation des Klienten	302
7.2.6.3.	Widerstand aus verhaltenstherapeutischer Sicht	303
7.3.	Konkrete Hinweise für die Gestaltung der Beziehung	303
7.3.1.	Einfühlsames Zuhören	303
7.3.2.	Direkte Unterstützung	304

7.3.3.	Behebung typischer Hindernisse der Umwandlung amorpher Gefühle in Zielvorstellungen	304
7.3.3.1.	Rückführung des Problems auf das Verhalten anderer	304
7.3.3.2.	Ausdrücken des Problems in einem Gefühl	304
7.3.3.3.	Fehlen eines Zieles als Problem	305
7.3.3.4.	Kontroverse Auffassungen über "gewünschtes Verhalten" zwischen Klient und Helfer	305
7.3.3.5.	Unwissenheit des Klienten über die "Unangemessenheit" seines Problems	305
7.3.3.6.	Entscheidungskonflikt als Problem	305
7.3.3.7.	Verdecktes Interesse am Negieren des Problems	305
7.4.	Die Rolle des Helfers bei Wertentscheidungen	306
7.4.1.	britische Anmerkungen verschiedener Autoren	306
7.4.2.	Verpflichtungen des Helfers	306
7.4.3.	Grundlegende Möglichkeiten des Beraters/Therapeuten	307
7.5.	Vergleich der Helfer-/Klient-Beziehung in der Rational-emotiven und der Kognitiven Therapie	307
7.5.1.	Der Berater-mierapeutenstil	307
7.5.1.1.	<i>Ellis</i> und seine Schüler	307
7.5.1.2.	<i>Beck</i> und seine Schüler	307
7.5.2.	Konkrete Hinweise zur Schaffung eines "guten Klimas"	308
7.6.	Kritische Anmerkungen	308
8.	Indikation	309
8.1.	Vorüberlegung	309
8.2.	Voraussetzungen im Klienten für Verhaltenstherapie	310
8.3.	Indikation für bestimmte Techniken	310
8.3.1.	Operante Methoden	311
8.3.2.	Systematische Desensibilisierung	311
8.3.3.	Selbstsicherheitstraining	311
8.3.4.	Kognitive Methoden	311
8.4.	Zusammenstellung spezifischer Störungen	311
8.4.1.	Verhaltenstherapie bei Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern	311
8.4.2.	Verhaltenstherapie speziell bei Kindern	312
8.5.	Verhaltensorientierte Gemeindepsychologie	312
8.6.	Verhaltensorientierte Medizin	312
8.7.	Hauptanwendungsgebiete der Verhaltenstherapie	313
8.8.	Resümee	313
9.	Dauer des Hilfe-Prozesses und Häufigkeit der Kontakte zwischen Berater/Therapeut und Klient	313
10.	Sonderphänomen: Machtproblematik	313
10.1.	Die Betonung instrumenteller Kennzeichnung verhaltenstherapeutischen Handelns	313
10.2.	Die Situation des Klienten	314
10.3.	Die Rolle des Therapeuten/Beraters	315
10.4.	Relativierung der Macht des Therapeuten/Beraters	315
10.5.	Zusammenfassende Betrachtung und Ausblick	316
11.	Die spezifische Ausbildung	317
11.1.	Ziele der Ausbildung	317
11.2.	Notwendigkeit der Selbsterfahrung	317
11.3.	Vorzüge und Effekte der Selbsterfahrung	318

12.	Allgemeine und spezielle pädagogisch-soziale Folgerungen	318
12.1.	Die allgemeinen Folgerungen	318
12.2.	Spezielle pädagogisch-soziale Folgerungen	319
13.	Beratung auf verhaltenstherapeutischer Grundlage	320
13.1.	Bedeutung unterschiedlicher Ansätze für Beratung	320
13.2.	Der Einfluß des Menschenbildes auf das beraterische Handeln	320
13.3.	Globale Beratungsziele	321
13.4.	Elemente des beraterischen Prozesses	321
13.5.	Phasen des Modifikationsprozesses	321
14.	Kritische Überlegungen	323
14rl.	Ausrichtung der Forschungsmethode nach einem reaktiven, deterministischen Menschenbild	323
14.1.1.	Empirische Ausrichtung der Forschungsmethoden	323
14.1.2.	Gravierender Unterschied zwischen Therapeut und Klient	323
14.1.3.	Widersprüchlichkeit zwischen Forschungspraxis und Therapiekonzepten	323
14.1.4.	Theoretische Beschränkung auf enges Verhaltensmodell	324
14.1.5.	Definition von Entscheidungskonzepten über offenes Verhalten	324
14.1.6.	Eliminierung subjektiver Einflüsse des Forschers zur Realisierung von Objektivität	324
14.2.	Verfehlung der Komplexität menschlichen Verhaltens	325
14.3.	Ignorieren des lebensgeschichtlichen Zusammenhangs der Symptome	325
14.4.	Widersprüchlicher Sprachgebrauch	325
14.4.1.	Die Maxime der naturwissenschaftlichen Fundierung	325
14.4.2.	Gebrauch dynamischer Begriffe bei gleichzeitigem Festhalten am Primat der Konditionierungsvorgänge	326
14.5.	Konzept der empiristischen Grundsprache	326
14.5.1.	Festlegung auf die Beobachtungssprachebene	326
14.5.2.	Zulassung alltagssprachlicher Begriffe	326
14.5.3.	Erläuterung der empiristischen Grundsprache und des methodologischen Behaviorismus	327
14.6.	Problematik des Vertragsabschlusses zwischen Verhaltenstherapeut und Klient	327
14.7.	Nach- und Vorteile des Gebrauchs technischer Hilfsmittel	328
14.8.	Zusammenfassende Betrachtung	328
14.8.1.	Primat "eigener" Kategorien und vorverstandener Handlungsinterpretationen des Helfers/Forschers	329
14.8.2.	Gefahr des Vorbeiforschens und Vorbeihandelns an der lebensgeschichtlichen Realität	329
14.8.3.	Unterstellung identischer Interpretationsschemata von Forscher/Helfer und Forschungsgegenstand	329
14.8.4.	Isolierende Funktion naturwissenschaftlicher Verfahren auf die Begegnung zwischen Forscher und Klient	330
Literatur		331