

# 1 Hintergründe und Entwicklung

*Jürgen Margraf*

## 1.1 Einleitung – 4

## 1.2 Was macht Verhaltenstherapie aus? – 5

- 1.2.1 Definition – 5
- 1.2.2 Grundprinzipien – 6
- 1.2.3 Methodologisches Grundverständnis – 8
- 1.2.4 Ätiologisches Grundverständnis – 9
- 1.2.5 Verfahren – 10
- 1.2.6 Indikationsbereiche – 11

## 1.3 Historische Entwicklung – 11

- 1.3.1 Ausgangspunkte und Vorläufer – 11
- 1.3.2 Die »Gründungsphase« – 13
- 1.3.3 Der Einfluss operanter Verfahren – 15
- 1.3.4 Konsolidierung und Erweiterung – 16
- 1.3.5 Das Zusammenwachsen kognitiver und behavioraler Ansätze – 19
- 1.3.6 Kontinuierliche Weiterentwicklung – 20

## 1.4 Empirische Überprüfung – 21

- 1.4.1 Eine schwierige Ausgangslage – 21
- 1.4.2 Ergebnisse der Wirksamkeitsforschung – 22
- 1.4.3 Dauerhaftigkeit und Übertragbarkeit auf die Alltagspraxis – 36
- 1.4.4 Konsequenzen aus der Befundlage – 38

## 1.5 Einige Kritikpunkte und Probleme – 40

### Zusammenfassung – 41

### Literatur – 42

### Weiterführende Literatur – 45

## 1.1 Einleitung

Als der Begriff »Verhaltenstherapie« vor genau 50 Jahren zum ersten Mal in einer wissenschaftlichen Publikation auftauchte, hätte kaum jemand gedacht, dass dies den Anfang der bisher größten Erfolgsgeschichte in der Behandlung psychischer Störungen und verwandter Probleme markierte. Gibt man heute den Suchbegriff »Verhaltenstherapie« oder seine englischen Entsprechungen bei Google ein, so erhält man je nach Tagesform der Internetsuchmaschine 6–7 Millionen Treffer, weitaus mehr, als man in einem Menschenleben lesen kann.

Heute sind verhaltenstherapeutische Verfahren für die meisten psychischen Störungen entwickelt und erfolgreich überprüft worden, bei vielen sind sie Methode der Wahl. So ist es auch nicht überraschend, wenn inzwischen vier von fünf Ausbildungskandidaten in der Psychotherapie sich für die Verhaltenstherapie entscheiden und deren Verfahren eine immer größere Rolle für die Versorgung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung spielen. Bemerkenswert und ungewöhnlich ist aber nicht nur der nachhaltige Erfolg der Verhaltenstherapie. Auch das Fehlen einer einzelnen Gründerfigur, die Breite der Bewegung und die ungebrochene Dynamik der Weiterentwicklung sind einzigartig im Bereich der Psychotherapie. Der Grund für diese Merkmale dürfte auch maßgeblich am Erfolg der Verhaltenstherapie beteiligt sein, nämlich die enge Anbindung an die wissenschaftliche Psychologie und ihre Nachbardis-

ziplinen. Bezeichnenderweise war es ein »graduate student« der Psychologie, der den Begriff »behaviour therapy« prägte. Wer und wo das war, wird weiter unten in ▶ Abschn. 1.3.2. geschildert.

Je größer und breiter die Verhaltenstherapie in Forschung und Praxis wird, desto stärker wächst aber auch die Gefahr der Verwässerung des Profils und der Unklarheit über die zentralen Merkmale. In der »Gründungsphase« bestand ein annähernder Konsens über die Definition des Begriffes »Verhaltenstherapie«: Man ging allgemein davon aus, das es sich um die klinische Anwendung der durch die psychologische Forschung etablierten Prinzipien der Lerntheorien handele (vgl. hierzu Eysencks Charakterisierung der Verhaltenstherapie von 1959). Allerdings war die Verhaltenstherapie von Anfang an eine heterogene Bewegung von beachtlicher Breite. Die Rückkopplung aus der wachsenden klinischen Praxis und die rege Forschungstätigkeit weichten das klassische lerntheoretische Verständnis der Verhaltenstherapie schnell auf. Vor allem ihr Anspruch auf theoretische Fundierung und empirische Überprüfung sowie der Fortschritt ihrer psychologischen Grundlagenwissenschaft bewirkten eine fortlaufende Diskussion. Es ist daher kaum überraschend, dass bis heute eine Vielzahl von Definitionen vorgelegt wurde (▶ Box). Führt man sich die Verschiedenheit dieser Definitionen vor Augen, so fragt man sich zu Recht, was denn Verhaltenstherapie nun eigentlich sei.

### Eine Verhaltenstherapie oder viele Verhaltenstherapien

Bekanntere Definitionen stammen von Eysenck (1959), Yates (1970), der Association for Advancement of Behavior Therapy (1975, zit. in Franks u. Wilson 1975), Wolpe (1976), Agras et al. (1979), Dorsch et al. (1982), Hollandsworth (1986) und Rachmann (1988). Diese Definitionen fassen den Gegenstand Verhaltenstherapie unterschiedlich breit, wobei Variationen hauptsächlich die theoretische Orientierung und die zugrunde liegende Methodologie betreffen. So besteht die Verhaltenstherapie etwa nach Wolpe (1976) ausschließlich aus Methoden, die »aus experimentell abgesicherten Prinzipien und Paradigmen des Lernens« (S. 1, Übersetzung durch den Autor) abgeleitet wurden. Auch Eysenck (1959) verstand unter Verhaltenstherapie den Versuch, menschliche Verhaltensweisen und Emotionen unter Verwendung der Gesetze der modernen Lerntheorie in heilsamer Weise zu verändern. Nach Agras et al. (1979) umfasst Verhaltenstherapie bereits in den 1970er Jahren behaviorale und kognitive Ansätze. Noch

breiter sieht Hollandsworth (1986) in der Verhaltenstherapie ganz allgemein die Anwendung wissenschaftlicher Methoden auf klinische Probleme. Besonders einflussreich war die Definition von Yates (1970, zitiert nach der deutschen Übersetzung von 1977, S. 135), die daher hier vollständig wiedergegeben wird:

Verhaltenstherapie ist der Versuch, den gesamten empirischen und theoretischen Wissensbestand, wie er durch den Einsatz experimenteller Methoden in der Psychologie und ihren Nachbardisziplinen (Physiologie und Neurophysiologie) angesammelt werden konnte, in systematischer Weise zu benutzen, um Entstehung und Beibehaltung abweichender Verhaltensmuster zu erklären, und weiterhin der Versuch, dieses Wissen bei der Behandlung oder Prävention solcher Fehlverhaltensweisen einzusetzen, und zwar mit Hilfe kontrollierter experimenteller Untersuchungen am einzelnen Patienten.

## Exkurs

### Eine Rose ist eine Rose ist eine Rose ...

Unter dem schönen Titel »A rose by any other name ...: Labeling bias and attitudes toward behavior modification« veröffentlichten Woolfolk et al. (1977) eine bemerkenswerte Arbeit. Sie zeigten in zwei Studien beginnenden und fortgeschrittenen Studenten der Erziehungswissenschaften eine Filmaufzeichnung einer Lehrerin, die Verstärkungsmethoden anwendete. In beiden Studien wurde jeweils der Hälfte der Versuchspersonen mitgeteilt, der Film zeige die Anwendung »humanistischer Verfahren« bzw. »Verhaltensmodifikation«. Diese einfache Etikettierung beeinflusste die Bewertung der Lehrerin und der Stunde ganz massiv: Beide Stichproben beurteilten die Lehrerin in der »humanistischen« Version signifikant positiver, kompetenter, flexibler und persönlich attraktiver, darüber hinaus wurden von der »humanistischen« Lehrmethode deutlich bessere Effekte auf akademisches Lernen und emotionales Wachstum erwartet. Nach Meinung der Autoren zeigte ihre Arbeit die negativen Auswirkungen einer oft technisch und mechanistisch anmutenden Selbstdarstellung, wie sie auch in jüngerer Zeit noch von Eschenröder (1994) kritisiert wurde, auf das »Image« der Verhaltenstherapie. Der Titel der Arbeit zitiert eine berühmte Stelle aus Shakespeares Ro-

meo und Julia: »What's in a name? That what we call a rose, by any other name would smell as sweet«. Ob dies auch auf die heutige Verhaltenstherapie zutrifft?

Jedenfalls dürfte kaum eine andere psychotherapeutische Richtung so vielen Missverständnissen ausgesetzt sein wie die Verhaltenstherapie. Während die Selbstwahrnehmung der Verhaltenstherapeuten und die Befunde der Forschung übereinstimmend das positive Bild eines lösungsorientierten, pragmatischen, hilfsbereiten, mitfühlenden und häufig erfolgreichen Vorgehens zeigen, fällt die Fremdwahrnehmung oft undifferenziert oder gar negativ aus. Die wissenschaftlich orientierte Fachsprache verhaltenstherapeutischer Veröffentlichungen scheint manchem Beobachter ein technizistisches, gar gefühlloses Bild nahelegen. Eine Auswertung amerikanischer Untersuchungen zur Akzeptanz der Verhaltenstherapie zeigt tatsächlich häufige Negativurteile (Heekerenz 1991), wobei das Urteil z. T. umso negativer ausfällt, je weniger die Befragten über die Verhaltenstherapie wissen. Im deutschsprachigen Raum stellten Lutz et al. (1992) fest, dass »Verhaltenstherapeuten glauben, sehr viel schlechter gesehen zu werden, als sie selbst sich sehen« (S. 258).

Neben den Missverständnissen von außen gibt es jedoch auch »Selbstmissverständnisse« und Divergenzen, die u. a. daraus entstehen, dass ihre beispiellos stürmische und breite Weiterentwicklung viele verschiedene Formen und Auffassungen von Verhaltenstherapie hervorgebracht hat. So unterscheidet sich die Verhaltenstherapie Wolpes deutlich von der modernen kognitiven Verhaltenstherapie, die klassische progressive Muskelrelaxation von der »applied relaxation« Östs und die frühe operante Depressionstherapie von dem kognitiven Ansatz Becks. Ganz gleich, ob die Ursachen für die Missverständnisse zur Verhaltenstherapie in der polarisierenden Form ihrer frühen Selbstdarstellung, in mangelnder Information, im Bedrohungsgefühl angesichts unzweifelhafter Erfolgsbelege, in Wissenschaftsfeindlichkeit oder wo auch immer gesucht werden – die obigen Ausführungen machen deutlich, wie wichtig eine explizite Darstellung der diesem Lehrbuch zugrunde liegenden Auffassung von Verhaltenstherapie ist.

Eine für »alle Zeiten« abschließende Festlegung ist nicht möglich. Selbst der bloße Versuch einer solchen endgültigen Festschreibung des »Status quo« wäre schon kontraproduktiv und würde die künftige Entwicklung behindern. Gerade ihre ständige Entwicklung führt stattdessen dazu, dass die Frage nach dem Wesen der Verhaltenstherapie immer wieder neu diskutiert werden muss. Zu Beginn dieses Lehrbuches soll daher das Verständnis der Verhaltenstherapie geklärt werden, das dem Buch zugrunde liegt. Dabei reicht eine bloße Definition für eine adäquate Wesensbestimmung

nicht aus (vgl. Margraf u. Lieb 1995). Eine aussagekräftige und zugleich zukunftsorientierte Standortbestimmung der modernen Verhaltenstherapie muss vielmehr über die reine Definition hinaus vor allem die Grundprinzipien des verhaltenstherapeutischen Vorgehens und das zugrunde liegende Verständnis von Methodologie und Ätiologie erläutern. Um sich nicht im Abstrakten zu erschöpfen, sollten außerdem typische Therapiemethoden und Indikationsbereiche genannt werden. Da diese beiden letzten Punkte ausführlich in den weiteren Kapiteln von Band 1 behandelt werden, werden sie hier jedoch nur knapp erläutert. Weiterhin soll eine Darstellung der historischen Entwicklung der Verhaltenstherapie zu einem besseren Verständnis ihrer Gegenwart verhelfen. Im Anschluss an eine Diskussion der Ergebnisse und Konsequenzen der empirischen Überprüfung der Verhaltenstherapie wird dann abschließend auf einige Probleme und Kritikpunkte verwiesen.

## 1.2 Was macht Verhaltenstherapie aus?

### 1.2.1 Definition

Die Verhaltenstherapie ist ein genuin klinisch-psychologischer Heilkundeansatz, der eine große Anzahl unterschiedlicher spezifischer Techniken und Behandlungsmaßnahmen in sich vereinigt. Diese verschiedenen Maßnahmen werden im therapeutischen Handeln je nach Art der

vorliegenden Problematik einzeln oder miteinander kombiniert eingesetzt. Somit lässt sich Verhaltenstherapie nicht als eine einzelne, klar umrissene Therapiemethode begreifen, die auf ein einziges theoretisches Modell zurückgeführt werden kann. Vielmehr zeichnet sich auch ihr theoretischer Hintergrund durch eine Vielzahl störungsspezifischer und störungsunspezifischer Erklärungsansätze und hieraus abgeleiteter Änderungsmodelle aus. Die gemeinsame Klammer bildet die Orientierung an der empirischen Psychologie. Darüber hinaus kann eine zukunftsorientierte Charakterisierung nicht einfach in einer Aufzählung der gegenwärtigen Methoden bestehen. Die Definition muss daher

- die inzwischen erreichte theoretische und methodische Breite des gesamten Ansatzes umfassen,
- trotz einer breiten Grenzziehung die spezifischen Momente der Verhaltenstherapie explizit berücksichtigen und
- zukünftige Entwicklungen zulassen.

Aus diesen Gründen habe ich bereits an anderer Stelle (Margraf u. Lieb 1995) den Vorschlag gemacht, Verhaltenstherapie nicht als Therapieschule oder Gruppe von Verfahren, sondern als eine psychotherapeutische Grundorientierung aufzufassen, wie dies auch das »Psychotherapie-Gutachten« des Bundesgesundheitsministeriums (Meyer et al. 1991) oder der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie tun. Konkret kann die moderne Verhaltenstherapie dann wie folgt definiert werden:

Die Verhaltenstherapie ist eine auf der empirischen Psychologie basierende psychotherapeutische Grundorientierung. Sie umfasst störungsspezifische und -unspezifische Therapieverfahren, die aufgrund von möglichst hinreichend überprüftem Störungswissen und psychologischem Änderungswissen eine systematische Besserung der zu behandelnden Problematik anstreben. Die Maßnahmen verfolgen konkrete und operationalisierte Ziele auf den verschiedenen Ebenen des Verhaltens und Erlebens<sup>1</sup>, leiten sich aus einer Störungsdiagnostik und individuellen Problemanalyse ab und setzen an prädisponierenden, auslösenden und/oder aufrechterhaltenden Problembedingungen an. Die in ständiger Entwicklung befindliche Verhaltenstherapie hat den Anspruch, ihre Effektivität empirisch abzusichern.

<sup>1</sup> Am häufigsten werden nach Lang (1971) eine behaviorale, eine subjektive und eine physiologische Ebene unterschieden. Emotionen werden dabei als aus diesen drei Ebenen zusammengesetzt angesehen. Wenngleich dieses sog. »Drei-Ebenen-Modell« kritisiert werden kann (vgl. Fahrenberg 1987), hat sich eine multimodale Herangehensweise weitgehend durchgesetzt (vgl. Seidenstücker u. Baumann 1987).

## 1.2.2 Grundprinzipien

Wichtiger als die Definition ist das Herausarbeiten der allgemeinen Prinzipien, die allen verhaltenstherapeutischen Methoden zugrunde liegen (modifiziert nach Margraf u. Lieb 1995):

### Prinzip 1: Verhaltenstherapie orientiert sich an der empirischen Psychologie

Die Grundlagenwissenschaft der Verhaltenstherapie ist die empirische Psychologie. Dementsprechend bemüht sich die Verhaltenstherapie, ihre theoretischen Konzepte und therapeutischen Methoden zu operationalisieren und empirisch zu überprüfen. Diese Überprüfung soll möglichst umfassend und mit Hilfe objektiver, reliabler und valider Maße erfolgen. Neben dem psychologischen Wissen über Veränderungsprinzipien und -verfahren werden auch die Erkenntnisse nichtpsychologischer Nachbardisziplinen (wie z. B. Biologie oder Medizin) berücksichtigt.

### Prinzip 2: Verhaltenstherapie ist problemorientiert

Die Behandlung setzt in der Regel an der gegenwärtig bestehenden Problematik an. Das therapeutische Vorgehen wird möglichst genau auf die jeweilige Störung und den individuellen Patienten zugeschnitten, so dass für verschiedene Störungen in der Regel auch verschiedene Verfahren, die auf empirisch ermitteltem Störungswissen basieren, in individualisierter Form angewendet werden. Über die Lösung des aktuell bestehenden Problems hinaus wird eine Erhöhung der allgemeinen Problemlösefähigkeit angestrebt. Dies kann indirekt durch Transparentmachen des therapeutischen Vorgehens und die Vermittlung neuer Erfahrungen oder direkt durch gezielte Problemlösetrainings erfolgen.

### Prinzip 3: Verhaltenstherapie setzt an den prädisponierenden, auslösenden und aufrechterhaltenden Problembedingungen an

Die Verhaltenstherapie unterscheidet zwischen prädisponierenden, auslösenden und aufrechterhaltenden Problembedingungen. Die Interventionen setzen an denjenigen Bedingungen an, deren Änderung für eine dauerhafte Lösung des Problems als notwendig erachtet werden. Oft sind dies die aufrechterhaltenden Bedingungen, da diese für das zukünftige Befinden von besonderer Bedeutung sind. Hinsichtlich der Prädispositionen und Auslöser steht meist deren konkrete Auswirkung in der Gegenwart im Vordergrund, zumal diese beiden Typen von Problembedingungen häufig nicht geändert werden können. In den letzten Jahren wird darüber hinaus dem Aspekt der Ressourcenaktivierung verstärkt Aufmerksamkeit gewidmet.

### Prinzip 4: Verhaltenstherapie ist zielorientiert

Die Identifikation des Problems sowie die gemeinsame Festlegung des zu erreichenden Therapieziels durch Therapeut und Patient sind integrativer Bestandteil der Verhal-

## 1.2 · Was macht Verhaltenstherapie aus?

tenstherapie. Das Problem stellt den Ansatzpunkt der Therapie dar. Die Lösung des Problems wird dementsprechend als Erreichen des angestrebten Ziels und damit als hinreichender Grund für die Beendigung der Therapie angesehen. Im Idealfall verhindert die explizite Vereinbarung der Therapieziele das Verfolgen unterschiedlicher Ziele durch Therapeut und Patient oder den Fortbestand unrealistischer Erwartungen.

### Prinzip 5: Verhaltenstherapie ist handlungsorientiert

Die Verhaltenstherapie setzt zu ihrem Gelingen eine aktive Beteiligung des Patienten voraus. Bloße Einsicht ist keine hinreichende Bedingung für die Veränderung »eingefahrener« Probleme. Die Verhaltenstherapie erschöpft sich daher nicht in Diskussion und Reflektion von Problemen, sondern motiviert den Patienten zum aktiven Erproben von neuen Verhaltens- bzw. Erlebensweisen und Problemlösestrategien.

### Prinzip 6: Verhaltenstherapie ist nicht auf das therapeutische Setting begrenzt

Die Verhaltenstherapie strebt eine Generalisierung der erzielten Änderungen auf den Alltag des Patienten an. Das therapeutische Setting und eine gute therapeutische Beziehung bieten die Möglichkeit, verändertes Verhalten und Erleben in einem geschützten Rahmen zu erfahren und einzuüben. Sie gewährleisten aber doch nicht die Übernahme in den Alltag bzw. in das individuelle Lebensumfeld. Hierzu ist es notwendig, dass der Patient neu erworbene Strategien regelmäßig zwischen den Sitzungen ausprobiert und übt. Wenngleich Verhaltenstherapeuten ihre Patienten häufig auch bei Erfahrungen außerhalb der Praxis, der Ambulanz oder der Klinik begleiten, ist das Ziel jedoch stets die Bewältigung ohne therapeutische Begleitung.

### Prinzip 7: Verhaltenstherapie ist transparent

Verhaltenstherapie setzt auf den aufgeklärten, aktiven Patienten. Das Geben eines plausiblen Erklärungsmodells für die vorliegende Störung und das verständliche Erklären aller Aspekte des therapeutischen Vorgehens sind Bestandteile der Verhaltenstherapie, die das legitime Bedürfnis der Patienten nach dem Verstehen ihrer Lage erfüllen und zu einer erhöhten Akzeptanz der Therapiemaßnahmen sowie zur Prophylaxe von Rückfällen beitragen. Transparenz erhöht die Compliance, das Verständnis der Patienten für den therapeutischen Prozess und indirekt ihre Problemlösefähigkeit. Auf diese Weise können die erworbenen Fertigkeiten bei zukünftigen Schwierigkeiten besser bzw. auch ohne erneute therapeutische Hilfe eingesetzt werden.

### Prinzip 8: Verhaltenstherapie soll »Hilfe zur Selbsthilfe« sein

Über die Erhöhung der allgemeinen Problemlösefähigkeit und über das transparente Ableiten des therapeutischen Vorgehens aus einem Störungsmodell werden den Pati-

enten generelle Fertigkeiten zur selbstständigen Analyse und Bewältigung zukünftiger Probleme vermittelt. Somit erhöht die Verhaltenstherapie das Selbsthilfepotenzial der Patienten und kann dadurch Rückfällen und der Entwicklung neuer Probleme vorbeugen.

### Prinzip 9: Verhaltenstherapie bemüht sich um ständige Weiterentwicklung

Durch die Orientierung der Verhaltenstherapie an der empirischen Psychologie unterliegen sowohl ihre theoretischen Konzepte als auch ihre praktischen Behandlungsmethoden einem permanenten Prozess der Evaluation und Ausdifferenzierung und somit einer ständigen Weiterentwicklung.

#### Hollywood oder Lebenshilfe: Nur realistische Hilfen sind dauerhafte Hilfen

Welchen Anspruch soll, welchen Anspruch darf Psychotherapie verfolgen? Manche Patienten und Therapeuten verfolgen eine »Hollywood-Perspektive«, in der das Ende der Therapie wie das Happy End eines Filmes sein soll. Nach erfolgreicher Heilung verschwindet der Patient in sein Leben, wie der siegreiche Cowboy von der Leinwand. Obwohl es mittlerweile eine anerkannte Trivialität ist, dass etwa Liebesfilme regelmäßig dann enden, wenn die Beziehungen und damit auch neue Probleme beginnen, zeigt das Bild vom ewigen Glück gerade im »Psychosektor« eine erstaunliche Persistenz. Weitreichende explizite oder implizite Versprechungen von einer völligen Umgestaltung der Persönlichkeit, von völliger Problemfreiheit, »implodierenden Symptomen«, immerwährendem Glück oder schmerzloser Lebensbewältigung sind jedoch nicht nur unrealistisch, sie sind in der Regel auch schädlich. Enttäuschte Hoffnungen verbittern besonders. Gemessen am Hollywood-Standard erscheinen eigene Leistungen und Erfahrungen als Misserfolge und man selbst als Versager. Das Verfolgen von Schimären lenkt von einer realistischen Lebensbewältigung ab und verschwendet Energien, die anderswo erfolgversprechender eingesetzt werden können. Je mehr man sich auf Heilsversprechen einlässt, umso unselbstständiger wird man. Psychotherapie kann aber nicht lebenslanges »An-die-Hand-Nehmen« bedeuten. Das realistische Therapieziel heißt daher Problembewältigung und Hilfe zur Selbsthilfe. Auch bei komplexen Problemkonstellationen kann es bestenfalls darum gehen, neue Bewältigungsmöglichkeiten zu vermitteln und Angelpunkte zu identifizieren, um bestehende Systeme aufzubrechen. Psychotherapie kann dazu beitragen, das Schwimmen zu lernen, das Schwimmen selbst kann einem jedoch niemand abnehmen.



### 1.2.3 Methodologisches Grundverständnis

Verhaltenstherapie versteht sich als angewandte Wissenschaft, wobei das zugrunde liegende Wissenschaftsverständnis maßgeblich von Fragen der Methodologie geprägt ist. Die Methodologie ist die Lehre von den wissenschaftlichen Methoden. Als der Teil der Logik, der sich mit Fragen der Forschungslogik befasst, ist die Methodologie ein zentraler Gegenstandsbereich der Wissenschaftstheorie.

Häufig mit der Methodologie verwechselt wird die Methodik. Diese betrifft jedoch das konkrete Handwerkszeug für das praktische Vorgehen (z. B. Wie plane ich ein Experiment? Welche statistischen Verfahren sind für welche Probleme geeignet? etc.). Im Gegensatz dazu macht die Methodologie Aussagen über die Logik der Methoden (z. B. Was ist eine Hypothese? Was ist das Ziel wissenschaftlicher Forschung? etc.).

Die verhaltenstherapeutische Methodologie wird zumeist als methodologischer Behaviorismus bezeichnet. Dieser darf nicht mit anderen Spielarten des Behaviorismus gleichgesetzt werden (vgl. folgende Box). Die Grundprinzipien des methodologischen Behaviorismus werden von Westmeyer (1984, 2005) und Reinecker (1994) folgendermaßen zusammengefasst:

**Prinzip 1: Suche nach Gesetzmäßigkeiten.** Das Ziel wissenschaftlicher Arbeit besteht im Auffinden von Gesetzmäßigkeiten, die eine Beschreibung und Erklärung des Untersuchungsgegenstandes erlauben. Die »Gesetze« müssen nicht deterministisch sein, auch probabilistische Aussagen werden anerkannt. In der Regel werden verschiedene Klassen von Ursachen unterschieden, wobei funktionale Beziehungsgefüge traditionell die größte Aufmerksamkeit finden (► Abschn. 1.2.4).

**Prinzip 2: Beobachtbarkeit.** Nur beobachtbare Ereignisse oder Phänomene, die regelhaft mit beobachtbaren Anzeichen verknüpft sind, können zum Gegenstand wissenschaftlicher Analysen werden. Dies bedeutet jedoch nicht die Beschränkung auf beobachtbares motorisches Verhalten als ausschließlichen Gegenstand der Psychologie. Heutzutage ist das Erleben und Verhalten der allgemein anerkannte Gegenstand des Faches. Interessanterweise hat selbst Skinner die Introspektion nicht als Methode abgelehnt, wenn sie der obigen Forderung genüge.

**Prinzip 3: Operationalisierbarkeit.** Für die Erfassung der Untersuchungsgegenstände müssen explizite Messvorschriften vorliegen. Theoretische Konstrukte müssen demnach operationalisiert werden, d. h. es muss angegeben werden, in welcher Weise sie in erfassbaren Variablen abgebildet werden.

**Prinzip 4: Empirische Testbarkeit.** Hypothesen müssen prinzipiell empirisch testbar sein, sie müssen also sensitiv für die Erfahrung sein. Immunisierungsstrategien, die theoretische Aussagen unwiderlegbar machen sollen, sind prinzipiell abzulehnen, da sie jeden möglichen Erkenntnisfortschritt ausschließen. Das Testen von Hypothesen kann sowohl durch Bestätigen als auch durch Widerlegen erfolgen. Unter dem Einfluss Poppers hat dabei vor allem das Kriterium der Falsifizierbarkeit allgemeiner Hypothesen (»Für alle X gilt ...«, z. B. »Alle psychischen Störungen sind erlernt«) große Bedeutung erlangt. Relevant ist aber auch die Verifikation von Existenzhypothesen (»Es gibt manche Y, für die gilt ...«, z. B. »Manche Phobien werden durch klassische Konditionierung erworben«).

**Prinzip 5: Experimentelle Prüfung.** Die grundsätzlich beste Methode zur Überprüfung von Annahmen bietet das kontrollierte Experiment, womit jedoch nicht notwendigerweise nur Laborexperimente gemeint sind. Aus ethischen ebenso wie aus forschungspraktischen Gründen sind dem experimentellen Vorgehen in der klinischen Forschung enge Grenzen gezogen. Häufig können wichtige Variablen nicht willkürlich variiert werden, wie es in einem echten Experiment gefordert wäre. So ist es ethisch nicht vertretbar, psychische Störungen für experimentelle Zwecke auszulösen. Allenfalls können vorübergehend schwache experimentelle Analogien zu pathologischen Zuständen induziert werden (z. B. Halluzinationen, sensorische Deprivation, Angstzustände, manipulierte Misserfolgsrückmeldung), wobei sich jedoch in jedem Fall die Frage nach der akzeptablen Grenze stellt. Aber auch der Versuch, psychische Störungen im Rahmen der Therapieforchung zu beseitigen, erscheint nur auf den ersten Blick ethisch unbedenklicher. So können etwa Personen mit psychischen Störungen nicht ohne ihre Einwilligung einer bestimmten Therapiebedingung zugeordnet werden. Es muss daher oft auf quasi-experimentelle Designs zurückgegriffen werden.

#### Welcher Behaviorismus darf's sein?

Die Bezeichnung Behaviorismus war von Anfang an auch ein Kampfbegriff. Geprägt von Watson zur Durchsetzung seiner Auffassung von Psychologie, wurde der Begriff später eher von Gegnern des Behaviorismus verwendet. Dabei ging oft unter, dass es nicht den einen Behaviorismus gab, sondern dass hier sehr verschiedene Positionen miteinander konkurrierten (für die Diskussion eines aktuellen Beispiels vgl. Westmeyer 2005). Im *Handbook of Behaviorism* sind nicht weniger als 14 solcher Positionen vertreten (O'Donohue u. Kitchener 1999). Weit verbreitet ist die Unterscheidung der folgenden drei Grundpositionen:



- Der **metaphysische Behaviorismus** lehnt die Existenz eines Bewusstseins bzw. psychischer Ereignisse ab. Gegenstand der psychologischen Wissenschaft ist ausschließlich das beobachtbare Verhalten (Vertreter z. B. Watson).
- Der **radikale Behaviorismus** (auch analytischer Behaviorismus) ist eine Spielart des radikalen Materialismus, nach dem Welt nur aus einem Stoff, nämlich der Materie, besteht. Geistige Phänomene werden als bloße sprachliche Illusion angesehen (Vertreter z. B. Skinner).
- Im Gegensatz zu den anderen beiden Varianten definiert sich der **methodologische Behaviorismus** nicht durch Aussagen über die Existenz psychischer Phänomene, sondern lediglich über die Festlegung methodologischer Prinzipien, mit deren Hilfe wissenschaftliches von unwissenschaftlichem Vorgehen abgegrenzt werden kann. Der methodologische Behaviorismus ist heute die Mehrheitsströmung der empirischen Psychologie, der beispielsweise auch Vertreter des Kognitivismus anhängen.

worte wie »biopsychosozialer Ansatz« oder »Vulnerabilitäts-Stress-Modell« die Debatte, müssen sich aber des Vorwurfs einer zu großen Beliebigkeit oder einer mangelnden Konkretheit erwehren. Die Verhaltenstherapie versucht, spezifische Konstellationen bei spezifischen Störungen zu identifizieren, die als klinisch auffallende Verhaltensweisen bzw. psychische Syndrome mit Leiden oder Funktionseinschränkungen auf der Verhaltens-, Erlebens-, körperlichen oder sozialen Ebene aufgefasst werden. Dabei ist es wichtig, zwischen verschiedenen Arten von »Ursachen« zu unterscheiden und deren Bedeutung als Ansatz für therapeutische Veränderung zu untersuchen.

Grundsätzlich entstehen psychische Störungen bei einer negativen Balance zwischen gesundheitsfördernden, schützenden und salutogenen Faktoren einerseits und pathogenen Faktoren andererseits (Margraf 2005). Bei den pathogenen Faktoren können wir zudem sinnvollerweise zwischen Vulnerabilitäts-, auslösenden und aufrechterhaltenden Faktoren unterscheiden (sog. »Drei-Faktoren-Modell«, Margraf 1996). Im Einzelnen können die Klassen ursächlicher Faktoren wie folgt beschrieben werden:

### 1.2.4 Ätiologisches Grundverständnis

Auch wenn die Entstehung und die Behandlung einer Störung durchaus auf verschiedenen Prozessen beruhen können, so ist ein angemessenes Grundverständnis der Ätiologie psychischer Störungen doch eine wesentliche Basis für die Entwicklung und Erklärung von Therapien. Dabei geht es keineswegs nur um kausale Therapien. Auch prophylaktische, symptomatische oder Substitutionstherapien können von einer genauen Kenntnis der Ätiologie profitieren. Aber wie genau sind unsere Kenntnisse über die Ursachen psychischer Störungen? Genau besehen, wissen wir erstaunlich wenig. Die meisten unserer Befunde bleiben auf der Ebene von Korrelationen. Aber dennoch können wir auch bei unserem derzeitigen unbefriedigenden Kenntnisstand einige wichtige grundlegende Aussagen über die allgemeine Natur ätiologischer Prozesse bei psychischen Störungen machen. Selbstverständlich müssen diese allgemeinen Aussagen dann später für die vielen verschiedenen Störungen und Probleme konkretisiert werden.

#### Ursache ist nicht gleich Ursache

Die Zeit der großen monistischen Theorien zur Erklärung aller psychischen Störungen ist vorbei. Schon lange ist klar, dass derart komplexe Phänomene nicht durch simplistische oder reduktionistische »Lösungen« erklärt werden können. Heute beherrschen Schlag-



**Prädispositionen (auch Vulnerabilität, Diathese, Anfälligkeit).** Vorexistierende genetische, somatische, psychische oder soziale Merkmale machen das Auftreten einer Störung möglich bzw. wahrscheinlicher. Grundsätzlich kann zwar so gut wie jeder Mensch eine Depression oder eine Abhängigkeit entwickeln, aber eben nicht mit der gleichen Wahrscheinlichkeit. Manche Menschen sind anfälliger für psychische Probleme, andere dagegen resistenter.

**Auslösende Bedingungen.** Vor dem Hintergrund einer individuellen Vulnerabilität lösen psychische, somatische oder soziale Bedingungen (Belastungen, Erfahrungen, Ereignisse, »Stress«) das Erstauftreten einer Störung aus. Halten die ursprünglich auslösenden Belastungen an, so können sie darüber hinaus die Funktion aufrechterhaltender Faktoren übernehmen.

**Aufrechterhaltende Bedingungen.** Falsche Reaktionen (des Betroffenen oder der Umwelt) oder anhaltende Belastungen verhindern das rasche Abklingen der Beschwerden und machen das Problem chronisch. Die aufrechterhaltenden Bedingungen entscheiden demnach wesentlich über den weiteren Verlauf nach dem Erstauftreten eines Problems.

**Gesundheitsfördernde und schützende Bedingungen.** Emotionale Stabilität, soziale Unterstützung, tragfähige Beziehungen, die Wahrnehmung von Sinnhaftigkeit, Problemlösefähigkeiten, soziale Kompetenz und Kommunikationsfähigkeiten sind Beispiele für Faktoren, die unsere

Gesundheit fördern bzw. vor der Entwicklung von Krankheiten schützen. Salutogene Faktoren können alle drei Klassen von pathogenen Faktoren einwirken.

Eine graphische Veranschaulichung des Beziehungsgeflechts zwischen diesen großen Klassen ätiologischer Faktoren gibt **Abb. 1.1**.

Im Allgemeinen unterschätzen Kliniker die Bedeutung salutogener und schützender Prozesse und überschätzen die Bedeutung pathogener Bedingungen. Zudem setzen die verschiedenen Berufsgruppen unterschiedliche Schwerpunkte. Die Verhaltenstherapie konzentrierte sich ursprünglich neben den auslösenden vor allem auf die aufrechterhaltenden Faktoren. Im Gegensatz dazu betonten psychiatrische und biologische Theoretiker besonders die Vulnerabilität, Umwelttheoretiker wiederum stärker die auslösenden Bedingungen.

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt wissen wir am besten über aufrechterhaltende Faktoren Bescheid und am wenigsten über die Bestandteile und Mechanismen der Vulnerabilität. Natürlich ist es aus ätiologischer Perspektive unbefriedigend, dass wir so wenig darüber wissen, wie pathogene Entwicklungen überhaupt in Gang kommen bzw. wie und warum die Balance zwischen salutogenen und pathogenen Einflüssen ins Negative umschlägt. Aus therapeutischer Sicht dagegen sind die aufrechterhaltenden Faktoren von zentraler Bedeutung als Ansatzpunkt für Veränderungen. Wir wollen ja die Zukunft verändern und nicht die Vergangenheit.

Dieses erweiterte »Drei-Faktoren-Modell« bietet keine allumfassende Erklärung psychischer Störungen. Stattdessen stellt es einen Denkansatz bzw. eine Heuristik dar, die bei der ätiologischen Forschung und der Bewertung möglicher Ansatzpunkte für das therapeutische Vorgehen ebenso wie bei der Erstellung individueller Genesemodelle hilfreich ist. Die verschiedenen Klassen von Ursachen können zusammenfallen oder auch völlig auseinanderklaffen, sie

können mehr oder weniger veränderbar sein etc. Beispielsweise können häufig Prädispositionen nicht verändert und auslösende Stressoren oder Traumata nicht rückgängig gemacht werden, wohingegen der Modifikation der aufrechterhaltenden Bedingungen größte Bedeutung für das zukünftige Befinden zukommt. Die Verhaltenstherapie setzt daher häufig genau hier an (z. B. Abbau von Vermeidungsverhalten bei phobischen Patienten, Training sozialer Kompetenzen bei schizophrenen oder depressiven Patienten). In dem Sinne, in dem eine Behandlung an einer oder mehrerer dieser ursächlichen Klassen von Problembedingungen ansetzt, kann sie als mehr oder minder »kausal« angesehen werden. Ein monistisches Verständnis von »kausaler« vs. »symptomatischer« Therapie ist demnach überholt.

### 1.2.5 Verfahren

Die Konzeptualisierung von Verhaltenstherapie als psychotherapeutischer Grundorientierung geht auch auf die große Zahl an therapeutischen Methoden zurück, die sie auszeichnen. Dabei können drei Gruppen von Verfahren unterschieden werden:

- Basisfertigkeiten wie Gesprächsführung, Beziehungsgestaltung und Motivationsarbeit.
- Störungsübergreifende verhaltenstherapeutische Maßnahmen, die jeder Verhaltenstherapeut flexibel in den jeweiligen Behandlungsplan einfügen können muss. Hierzu zählen u. a. Konfrontationsverfahren (z. B. Reizüberflutung, Habituationstraining, Reaktionsverhinderung, systematische Desensibilisierung), Entspannungsverfahren (z. B. progressive Muskelrelaxation), operante Methoden (z. B. positive Verstärkung, Löschung, Response-Cost, Time-out, Token Economies), kognitive Methoden (z. B. Selbstinstruktionstraining, Problemlösetraining, Modifikation dysfunktionaler Kognitionen, Reattribution, Analyse fehlerhafter Logik, Entkatastro-

**Abb. 1.1.** Grundmodell der Ätiologie psychischer Störungen. Das erweiterte »Drei-Faktoren-Modell« (Margraf 1996, 2005) unterscheidet vier Klassen ätiologischer Faktoren: Pathogene Faktoren sind in *grauer*, salutogene Faktoren in *blauer* Farbe hinterlegt





phisieren), Kommunikationstrainings, Training sozialer Kompetenz und Selbstkontrollverfahren.

- Störungsspezifische Therapieprogramme, die möglichst genau auf die speziellen Gegebenheiten der verschiedenen Störungsbilder zugeschnitten sind. Solche Programme wurden mittlerweile für die meisten psychischen Störungen entwickelt und überprüft. Sie bauen idealerweise auf psychologischem Störungs- und Veränderungswissen auf. Zu den am weitesten verbreiteten Programmen zählen diejenigen für Angststörungen, Depressionen, Borderline-Persönlichkeitsstörung, Schizophrenie-Rückfallprophylaxe, Essstörungen, sexuelle Funktionsstörungen, Partnerschaftsprobleme sowie Ausscheidungsstörungen, Hyperaktivität und Aggressivität bei Kindern.

Vor allem für die beiden letzten Gruppen von Verfahren existieren in der Regel hinreichende empirische Effizienznachweise und Therapiemanuale mit konkreten Beschreibungen des praktischen Vorgehens. Alle Verfahren werden in späteren Kapiteln des vorliegenden Lehrbuches genauer dargestellt.

### 1.2.6 Indikationsbereiche

Der letzte wichtige Aspekt, anhand dessen die Verhaltenstherapie charakterisiert werden muss, beinhaltet ihren spezifischen Umgang mit der Indikationsfrage (► Kap. I/11). Da die vollständige Frage der differenziellen Indikation aus forschungspraktischen Gründen experimentell nicht befriedigend gelöst werden kann, betrachtet die Verhaltenstherapie in der Praxis lösbare Teilaspekte dieser Frage. Bei gegebener Psychotherapieindikation betrifft dies die Auswahl eines für die vorliegende spezifische Störung geeigneten Therapieverfahrens und dessen Anpassung an den Einzelfall. In diesem Kontext ist die Entwicklung störungsspezifischer Psychotherapieverfahren, die auf breiter Front empirisch validiert wurden (vgl. ► Abschn. 1.4.2), eine bedeutsame Errungenschaft der Verhaltenstherapie. Sowohl die Frage nach dem optimalen therapeutischen Vorgehen bei einer gegebenen Störung als auch das Anbieten konkreter Alternativen bei störungs- und problembezogenen Indikationsentscheidungen sind spezifische Charakteristika der Verhaltenstherapie.

Durch die Entwicklung spezifischer Therapieverfahren ist es möglich geworden, aus der nosologischen Einordnung der Patienten direkt Folgerungen für die Art des indizierten therapeutischen Vorgehens zu ziehen. Damit steht dem Praktiker eine unter »Alltagsbedingungen« praktikable Lösung der Indikationsfrage zur Verfügung, wenngleich jeweils eine flexible Anpassung an den konkreten Einzelfall erfolgen muss. Die Entscheidung für ein bestimmtes Verfahren setzt eine kompetente Diagnosestellung voraus, die zunächst eine klassifikatorische Einordnung beinhaltet

(► Kap. I/20). Eine anschließende Problemanalyse bietet dann die Grundlage für die individuelle Anpassung des gewählten Verfahrens (► Kap. I/21). Die Ergänzung von klassifikatorischer Diagnostik und der individuellen Analyse des vorliegenden Problems ist somit die Grundlage, auf welcher in der verhaltenstherapeutischen Praxis sinnvolle und problemadäquate Indikationsentscheidungen getroffen werden können. Der zweite Band des vorliegenden Lehrbuches mit seinen Störungskapiteln gibt genauere Auskunft zur Indikationsfrage in der Verhaltenstherapie.

## 1.3 Historische Entwicklung

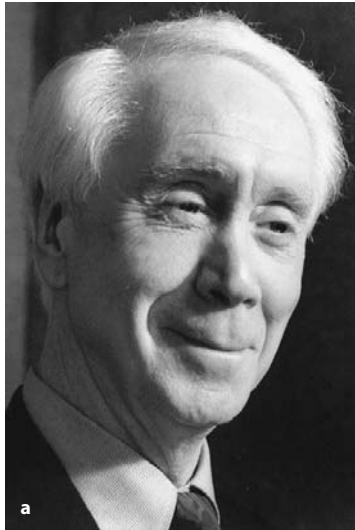
### 1.3.1 Ausgangspunkte und Vorläufer

Die Verhaltenstherapie entstand aus der Anwendung experimentalpsychologischer Prinzipien auf klinische Probleme. Ihr Wachstum war eng verbunden mit der Entwicklung der klinischen Psychologie als einer angewandten Wissenschaft. Wenngleich es vereinzelt frühere klinische Anwendungen gegeben hatte (s. folgenden Exkurs), entstand eine größere Bewegung doch erst um die Mitte dieses Jahrhunderts, als zwei Bedingungen zusammentrafen:

- Zum einen war die enorme Produktivität der Grundlagenforschung zu lerntheoretischen Erklärungen klinischer Phänomene unübersehbar geworden (z. B. Mowrers Zwei-Faktoren-Theorie phobischer Ängste, die Forschung zu experimentellen Neurosen, Solomons und Wynnes Arbeiten zur traumatischen Konditionierung, Dollards und Millers lernpsychologische Experimente zu ursprünglich psychoanalytischen Konzepten). Diese Befunde verlangten geradezu nach einer Umsetzung und Bewährung in der Praxis.
- Zum anderen war auch die Kritik an der geringen Effektivität der bis dahin vorliegenden psychotherapeutischen (d. h. weitgehend tiefenpsychologischen) Verfahren und deren mangelhafter empirischer Basis unüberhörbar geworden (vor allem Eysencks Kritik an der Psychoanalyse). Eine derart fundamentale Kritik warf sofort die Frage nach Alternativen auf, die selbstverständlich von den so harsch Angegriffenen besonders kritisch betrachtet wurden und denen damit besondere Aufmerksamkeit zuteil wurde.

Genau in dieser Zeit berichteten Arbeitsgruppen in Südafrika, England und den USA zunächst unabhängig voneinander über große Erfolge mit lernpsychologisch fundierten Maßnahmen bei der Bewältigung von Ängsten und anderen Problemen. Zusammen mit den beiden bereits genannten Faktoren gaben diese aufsehenerregenden Erfolge der neuen, zunächst experimentellen Methoden den Anstoß für eine Entwicklung, deren Breite und Dynamik bis heute keine Parallele im Bereich der Psychotherapie hat (► Abb. 1.2).

**Abb. 1.2.** **a** Arnold Allan Lazarus; verwendete 1958 als Erster den Begriff »behaviour therapy« in einer Fachzeitschrift, **b** Mary Cover Jones; legte bereits 1924 eine »verhaltenstherapeutische« Fallstudie zur Angstbehandlung vor



### Exkurs

#### Der kleine Peter – ein großer Unbekannter

Liest man das vielleicht berühmteste Beispiel einer Anwendung behavioraler Prinzipien auf das Problem der klinischen Angst, so kann man sich eines gewissen Schauders nicht erwehren. Im Jahr 1920 berichteten Watson und Rayner von Konditionierungsversuchen an »Little Albert«, einem 11 Monate alten Kind. Die Autoren riefen eine konditionierte Angstreaktion auf eine weiße Ratte hervor, indem sie die Erscheinung der Ratte mit einem lauten Geräusch verbanden. Diese konditionierte Angst übertrug sich auf ähnliche Reize wie etwa das weiße Haar eines der Forscher oder auf Baumwolle, dagegen nicht auf andersgeartete Reize. Über eine anschließende Beseitigung der willkürlich erzeugten Angst wird jedoch nichts berichtet – eine Unterlassung, die nicht nur für Psychotherapeuten, sondern auch für jede Ethikkommission im Rahmen moderner Forschungsbegutachtung inakzeptabel wäre.

Allerdings stimulierte dieser berühmt-berüchtigte Bericht nur wenig später die erste wissenschaftliche Arbeit, die im engeren Sinne als verhaltenstherapeutisch bezeichnet werden kann. 1924 veröffentlichte Mary Cover Jones eine detaillierte Einzelfallstudie, in der es nun nicht um die Erzeugung, sondern um die Behandlung einer kindlichen Tierphobie ging (Jones 1924a, b). Peter war bei Beginn der Therapie 2 Jahre und 10 Monate alt. Er entwickelte plötzlich eine Angst vor weißen Ratten, Kaninchen, Pelzmänteln, einer Feder und Baumwolle. Jones explorierte, dass Peter die meiste Angst vor Kaninchen hatte. Sie behandelte Peter, indem sie ihn mit anderen Kindern zusammenbrachte, die keine Angst vor Kaninchen äußerten. Peter spielte jeden Tag mit drei anderen Kindern, wobei während eines Teils der Spielzeit ein Ka-

ninchen anwesend war. Peters anfänglich starke Angstreaktion nahm kontinuierlich ab, bis er schließlich ruhig und unbeteiligt das Kaninchen anschauen konnte. Als Peter nach einer auskurierten Krankheit von einer Krankenschwester mit dem Taxi vom Krankenhaus nach Hause gebracht werden sollte, erlebte er einen Rückfall. Während sie in das Taxi einsteigen wollten, lief ein großer Hund auf sie zu und sprang sie an. Beide erschreckten sich sehr. Jones machte für den Rückfall die folgenden Variablen verantwortlich: eine fremde Umgebung, ein aversiver Stimulus (ein Hund) und ein ängstliches Erwachsenen-Modell. Sie änderte ihre Therapiestrategie und konfrontierte Peter von nun an direkt mit dem Kaninchen, während er in seinem Hochstuhl saß und seine Lieblings Speisen aß. Das Kaninchen wurde hierbei zunehmend an Peters Stuhl angenähert. Auch bei diesem Behandlungsteil wurden nichtängstliche Kinder herangezogen, die vor den Augen Peters mit dem Kaninchen spielten. Schon bald konnte Peter ein Kaninchen auf den Arm nehmen, ohne eine Angstreaktion zu zeigen. Die Ähnlichkeit dieser Methoden mit den später von Wolpe (systematische Desensibilisierung) und Bandura (»participant modelling«) entwickelten Verfahren sind so bemerkenswert, dass Mary Cover Jones mehrfach als »Mutter der Verhaltenstherapie« bezeichnet wurde.

#### Wenn die Matte klingelt ... – Ein Vorläufer des Biofeedbacks

In den späten 1930er Jahren erfand das Ehepaar Mowrer eine Behandlungsmethode für die Enuresis nocturna, das Einnässen während des Schlafes. Sie betrachteten Enuresis als Ausbleiben der Aufwachreaktion des Patienten auf die Blasendehnung. Folgerichtig war ihre Behandlung darauf

ausgerichtet, die Blasendehnung (Beginn des Einnässens) mit dem Wecken und der nachfolgenden Kontraktion des Schließmuskels zu verbinden. Schon nach wenigen Versuchen zog die Blasendehnung auf dem Wege einer gelerten Reaktion »von selbst« eine Schließmuskelnkontraktion nach sich, und das Einnässen unterblieb. Das Wecken konnte von einer elektrischen »Klingelmatte«, die auf Feuchtigkeit ansprach, effektiv und ohne unangenehme emotionale »Nebenwirkungen« (z. B. Scham) übernom-

men werden (Mowrer u. Mowrer 1938). Die Arbeiten des Ehepaars Mowrer waren nicht nur im Hinblick auf ihre eindrucksvollen Therapieerfolge wichtig, sondern auch deshalb, weil Definition und Behandlung der Enuresis im Rahmen einer behavioralen Konzeption neu waren. Auch wenn die Therapie der Enuresis seither fortgeschritten ist, waren die konsequente theoretische Analyse und die empirisch fundierte Umsetzung in die Praxis der Mowrers ein Modell für spätere Entwicklungen in der Verhaltenstherapie.

### 1.3.2 Die »Gründungsphase«

Während England und die USA weithin als Ursprungsländer der Verhaltenstherapie anerkannt werden, wird der Beitrag Südafrikas noch immer unterschätzt. Dabei begannen viele der Gründungspersonlichkeiten ihre Karriere in diesem Land. Auch die erste Verwendung des Begriffes »behaviour therapy« in einer wissenschaftlichen Fachzeitschrift erfolgte im *South African Medical Journal* (Lazarus 1958). Seit Ende der 40er und während der 50er Jahre des letzten Jahrhunderts versuchte Joseph Wolpe an der Universität von Witwatersrand Lerntheorie und Neurophysiologie zusammenzuführen, ein Ansatz, der seiner Ausbildung als Arzt mit zentralem Interesse an Lernpsychologie entsprach. Wolpe war unmittelbar von den amerikanischen Arbeiten Massermans zu experimentellen Neurosen und Salters zum »self-assertiveness training« beeinflusst worden. In Südafrika arbeitete er mit Psychologen wie Stanley Rachman und Arnold Lazarus zusammen, die gemeinsam mit ihren Landsleuten G. Terence Wilson und Isaac Marks zu den wichtigsten Mitbegründern der Verhaltenstherapie gehören. In dieser Gruppe wurden nicht nur die experimentellen Forschungsarbeiten diskutiert, sondern es wurden auch Therapien durch die Einwegscheibe beobachtet und in supervisionsartiger Form besprochen.

Bei seinen Forschungen zu »experimentellen Neurosen« bei Katzen entwickelte Wolpe neue Techniken zur Eliminierung experimentell erzeugter Furcht und Vermeidung. Ausgehend von der Überlegung, dass konditionierte Furcht und Futter antagonistisch oder reziprok hemmend seien, folgerte er, dass Futter benutzt werden könnte, um die in spezifischen Situationen entstehende Furcht zu reduzieren. Wolpe (1954, 1958) demonstrierte dies mit Erfolg an seinen Versuchstieren, indem er sie in immer geringerer Entfernung von der Stelle fütterte, an der ursprünglich mit einem elektrischen Schock ihre Furchtreaktion konditioniert worden war. In einem Artikel mit dem wenig bescheidenen Titel »Reciprocal Inhibition as the Main Basis of Psychotherapeutic Effects« (1954) postulierte er reziproke Hemmung als allgemeingültiges Prinzip: Eine Angstreduktion wird erreicht, wenn angstauslösende Reize zusammen mit solchen Reizen vorgegeben werden, die eine dominie-

rende antagonistische Reaktion auf Angst (die reziproke Hemmung) hervorrufen. Um sicher zu sein, dass die Hemmung stärker war, gab er die angstauslösenden Reize stufenweise mit ansteigendem Schweregrad vor (die sog. Angsthierarchie).

Bei der Anwendung seiner Forschungsergebnisse auf Menschen zog Wolpe hauptsächlich drei Reaktionsbereiche in Betracht, die reziprok hemmend wirken könnten: sexuelle Reaktionen, assertive (selbstsichere) Reaktionen und Entspannungsreaktion. Am weitesten verbreitet war eine modifizierte Version von Jacobsons (1938) progressiver Muskelrelaxation, von der Wolpe glaubte, dass sie ähnliche neurophysiologische Wirkungen wie das Essen hätte. Um Furchtreaktion durch reziproke Hemmung abzubauen, brachte Wolpe seinen Patienten zunächst die Entspannungstechnik bei und ermutigte sie dann, ihre gefürchteten Situationen Schritt für Schritt und unter Aufrechterhaltung der Entspannung zu durchleben. Ursprünglich benutzte Wolpe Konfrontation in vivo (d. h. in der wirklichen Lebenssituation), ging dann aber zu imaginativen Situationen über, da diese besser kontrollierbar und leichter zu verwirklichen waren. Ergänzend bearbeiteten die Patienten zwischen den Sitzungen umfassende Hausaufgaben in vivo. Dieses Vorgehen nannte er systematische Desensibilisierung und beschrieb es in seinem einflussreichen Buch *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition*, das auf Empfehlung von Albert Bandura 1958 von der Stanford University Press in den USA publiziert wurde. Die systematische Desensibilisierung wurde die wohl berühmteste Methode der Verhaltenstherapie, wenngleich für viele Probleme mittlerweile effektivere Verfahren vorliegen und auch die Theorie der reziproken Hemmung inzwischen erschüttert wurde (► Kap. I/31). Wolpes Formulierung einer Theorie auf der Basis von nachprüfaren Hypothesen mit dem Ziel einer klar definierten Behandlungsstrategie für ausführlich dargestellte klinische Anwendungsbereiche hat einen beträchtlichen Einfluss auf die Entwicklung der Verhaltenstherapie ausgeübt. Darüber hinaus setzten die entscheidenden Personen der südafrikanischen behavioralen Szene ihre Arbeit später in England und den USA fort.

Wolpes Veröffentlichungen fielen zeitlich mit der massiven Kritik an der Effektivität des psychoanalytischen An-

1

satzes zusammen. Insbesondere Eysencks (1952) kontroverse Argumentation, wonach die von der Psychotherapie erreichten Besserungsraten nicht höher seien als diejenigen, die man ohne Behandlung erzielen würde («Spontanremission»), war Anlass für heftige Debatten. Folgerichtig stand die europäische Wiege der Verhaltenstherapie denn auch am Wirkungsort Eysencks. Direktor des berühmten Institute of Psychiatry am Londoner Maudsley Hospital war mit Aubrey Lewis ein Verfechter des Wertes der psychologischen Forschung für die Psychiatrie. Im Jahr 1950 berief er Eysenck zum ersten Leiter einer psychologischen Abteilung dieses nicht nur in England führenden Institutes. Dort interessierten sich bald Institutsmitarbeiter wie Gwynne Jones, Victor Meyer, Aubrey Yates und M. B. Shapiro für die Anwendung von Konditionierungstheorien auf psychologische Probleme. Diese Gruppe kannte auch die Veröffentlichungen Wolpes, weniger allerdings die operanten Arbeiten Lindsleys in den USA. Bald wurden die zunächst rein diagnostisch ausgerichteten Einzelfallexperimente und theoretischen Seminare auf therapeutische Themen ausgedehnt. Bereits 1957 wies Meyer auf die Bedeutung einer guten Beziehung zwischen Therapeut und Patient für Übungen in vivo hin.

#### Exkurs

##### Anfang beim Kaffeetrinken

Die erste klinische Anwendung eines verhaltenstherapeutischen Ansatzes am Maudsley Hospital ergab sich zufällig (Schorr 1995). Beim Kaffeetrinken mit einem Medizinstudenten sprachen Gwynne Jones und M. B. Shapiro über eine Patientin, die erfolglos psychotherapeutisch behandelt worden war. Die junge Tänzerin konnte ihren Beruf nicht mehr ausüben, da sie sehr häufig urinieren musste und sich mittlerweile sekundäre Angstreaktionen und ein Mangel an Selbstvertrauen eingestellt hatten. Im Gespräch kam die Idee auf, einen neuen Therapieversuch zu unternehmen und zwar mit Konditionierungstechniken. Eine Kombination von systematischer Desensibilisierung in vivo für die Hauptbeschwerde und einem schrittweisen In-vivo-Training für die anderen Angstreaktionen außerhalb der Klinik brachte einen Therapieerfolg, der auch bei der 5-Jahres-Katamnese noch anhielt (Jones 1956, 1960).

In den 1960er Jahren wurde die Anwendung von Behandlungen auf Lernbasis am Maudsley Hospital von Rachman vorangetrieben, der zuvor mit Wolpe gearbeitet hatte und nun einen guten Kontakt mit der psychiatrischen Abteilung des Maudsley Hospitals hatte (Eysenck, persönliche Mitteilung, September 1995). Rachman spielte auch eine entscheidende Rolle bei der Entwicklung der Aversionstherapie, der Verhaltensmedizin und insbesondere der Behandlung von Zwangsstörungen. Andere Kollegen an Kliniken in London und Oxford (Warneford Hospital) wie Gelder,

Marks und Mathews entwickelten und überprüften Konfrontations- bzw. Expositionsverfahren<sup>2</sup> für Phobien. Zur gleichen Zeit untersuchten amerikanische Forscher wie Davison (1968) den Prozess der Desensibilisierung und anderer Techniken zur Angstreduktion im Detail. Sie kamen zu dem Schluss, dass Konfrontation in vivo («exposure») der wichtigste und effektivste Bestandteil sei. Ein Grund, weshalb verhaltenstherapeutische Ansätze zur Angstreduktion so rasch an Einfluss gewannen, war die Tatsache, dass ihre Effektivität in kontrollierten Versuchen (z. B. Paul 1966) systematisch untersucht wurde.

#### Exkurs

##### »Aversionstherapie«: Nur Sackgasse oder schon Irrweg?

Mit Hilfe eines Umkehrschlusses versuchten die frühen Verhaltenstherapeuten, die Logik der so erfolgreichen Angstreduktionsverfahren auf die Behandlung von Alkoholproblemen und abweichendem sexuellen Verhalten zu übertragen. Sie wollten »unerwünschte« Verhaltensweisen durch die Kopplung mit willentlich erzeugter Angst abbauen. Bei dieser sog. Aversionstherapie wurden Stimuli, Gedanken oder Verhaltensweisen, die zu der unerwünschten Reaktion gehörten, mit einem aversiven Reiz wie einem elektrischen Schock verbunden. Nach mehreren Versuchen dieser Art sollte der ursprüngliche Stimulus eine konditionierte Angst ähnlich der Reaktion auf den aversiven Reiz hervorrufen. Ethische Bedenken und mangelnde Effektivität machten diesen Ansatz jedoch rasch obsolet (Rachman u. Teasdale 1969). Obwohl sie für die Verhaltenstherapie allenfalls eine marginale Rolle spielte, hat die Aversionstherapie eine nachhaltige negative Stigmatisierung des damals noch jungen Ansatzes bewirkt. Eine besonders spektakuläre künstlerische Kritik der Aversionsmethode gab Stanley Kubrick in seinem Film »Clockwork Orange«.

Neben der Angstbehandlung wurden so verschiedenartige Probleme wie Schreibkrampf, Tics oder Stottern behandelt. Dabei waren vor allem die Veröffentlichungen Shapiros (1961) zur experimentellen Einzelfallmethodik ein wichtiges Antriebselement. In der Regel beruhen Einzelfalluntersuchungen auf einer Serie von Messungen bei einer klinisch relevanten Variablen in regelmäßigen Intervallen (Zeitreihe). An einem vorherbestimmten Punkt in dieser Serie erfolgt eine Intervention, und die Auswirkung dieser

<sup>2</sup> Im Deutschen wird für das englische »exposure« sowohl der Begriff der Konfrontation als auch der der Exposition gebraucht. Im vorliegenden Lehrbuch wird der Konfrontationsbegriff vorgezogen, da er die für die entsprechende Therapie wichtige aktive Beteiligung des Patienten und die Ausrichtung auf Bewältigung besser beschreibt, als der möglicherweise eine eher passive »Aussetzung« nahelegende Begriff der Exposition.



Intervention wird anhand der Veränderungen der Variablen ermittelt. Auf diese Weise kann die Wirkung einer Vielzahl von Interventionsstrategien festgestellt werden. Später wurden komplexe Versuchspläne entwickelt (Barlow u. Hersen 1984), die es ermöglichten, Einzelfalexperimente als Teil klinischer Alltagsarbeit auf eine große Zahl von klinischen und wissenschaftlichen Fällen anzuwenden. Obwohl diese Methode grundsätzlich nicht auf kognitiv-verhaltenstherapeutische Verfahren beschränkt ist, ist sie eine enge Verbindung mit diesem Ansatz eingegangen und spielt weiterhin eine Rolle in seiner Fortentwicklung.

Am Ende der 50er und zu Beginn der 60er Jahre des letzten Jahrhunderts verfügte die Verhaltenstherapie bereits über eine breite Palette therapeutischer Möglichkeiten auf der Basis experimentalpsychologischer Erkenntnisse. Diese wurden rasch auch über den engeren Kreis aktiver Forscher international bekannt. Dazu trugen vor allem die Publikationen und die internationalen Berufungen der Gründungspersonlichkeiten an Universitäten und klinische Einrichtungen bei. Das von Eysenck 1960 herausgegebene Buch *Behaviour Therapy and the Neuroses* beinhaltet bereits Beiträge aus den USA, England, Südafrika und der Tschechoslowakei. Anfang der 1960er Jahre nahmen Wolpe, Lazarus und Cyril Franks Professuren in den USA an. 1963 gründete Eysenck die Zeitschrift *Behaviour Research and Therapy*, deren Herausgeberschaft später an Rachman überging. Spätestens zu diesem Zeitpunkt wurde die neue Bewegung auch unter dem Begriff »behaviour therapy« bekannt, wenngleich alternative Bezeichnungen (z. B. »behavior modification«, bevorzugt von den Vertretern des operanten Ansatzes) vorlagen oder manche ihrer Vertreter das althergebrachte »Psychotherapie« lediglich durch erläuternde Zusätze ergänzen wollten (z. B. Wolpes »psychotherapy by reciprocal inhibition«).

Wer den Begriff wirklich als Erster prägte, lässt sich jedoch kaum entscheiden. Dies hängt vor allem damit zusammen, dass es keine einzelne Gründerperson gab, sondern dass die Verhaltenstherapie eher als eine Bewegung an mehreren Orten in Südafrika, England und den USA zugleich entstand. Aus diesem Grund kann auch kein genauer Zeitpunkt der Entstehung, sondern lediglich ein Zeitraum angegeben werden. Die Entstehung als Bewegung auf der Basis der empirischen Psychologie unterscheidet die Verhaltenstherapie von allen anderen Formen der Psychotherapie: Diese wurden regelmäßig von einzelnen charismatischen Persönlichkeiten mit mehr oder weniger großer Distanz zur wissenschaftlichen Psychologie ins Leben gerufen. In dieser Art der Entstehung ist bereits der Kern der künftigen breiten »Grundorientierung« im Gegensatz zu einer engen »Therapieschule« enthalten. Gleichzeitig kann diese Herkunft auch als wichtiger Schutz vor dogmatischer Erstarrung und Garant einer dynamischen Weiterentwicklung gesehen werden. Besser als die Erfindung lässt sich die Verbreitung des Etiketts »Verhaltenstherapie« zuordnen. Seine weite Anwendung geht vor allem auf Hans J. Eysenck

und Arnold Lazarus zurück. Während z. B. Wolpe einen solchen »Markenbegriff« zunächst noch ablehnte, waren sie der Ansicht, dass die großen Unterschiede zu den traditionellen Ansätzen durch einen neuen Namen unterstrichen werden sollten. Die erste öffentliche Verwendung des neuen Begriffes, die auf breitere Resonanz stieß, erfolgte 1958 durch Eysenck im Rahmen eines Vortrages zum Thema »Learning Theory and Behaviour Therapy« (veröffentlicht in Eysenck 1959). Hier zeigte sich die konfrontative Vermarktungsstrategie Eysencks, der die fundamentale Kritik an bisherigen Methoden gezielt und polemisch mit einer teilweise überoptimistischen Sichtweise des neuen Ansatzes verband.

### 1.3.3 Der Einfluss operanter Verfahren

Der »Mainstream« der Verhaltenstherapie entwickelte sich zunächst außerhalb Amerikas und nahm vielleicht auch deshalb die Anwendungsmöglichkeiten des dort populären operanten Ansatzes zuerst kaum wahr. Ein weiterer Grund lag wohl in der Tatsache, dass die operanten Forscher nicht aus dem klinischen Bereich kamen. Skinner selbst war nie therapeutisch tätig. Aber auch diejenigen seiner Schüler, die Ausflüge in den klinischen Bereich unternahm, konzentrierten sich auch nicht ausschließlich darauf, sondern sahen stets auch Felder wie Erziehungswesen, Wirtschaft oder Verwaltung als Anwendungsbereiche ihrer Verfahren.

Bereits in den späten 1950er Jahren hatten Skinner und Lindsley Anwendungsmöglichkeiten operanter Methoden beschrieben. Entsprechende Behandlungen wurden jedoch erst in den frühen 1960er Jahren und dann zuerst bei Kindern und geistig behinderten Erwachsenen durchgeführt. Die ersten klinischen Anwendungen sind mit den Namen Charles Ferster, Ivar Lovaas, Donald Baer, Sidney Bijou, Leonard Krasner, Leonard Ullman, Nathan Azrin und T. Ayllon verbunden. Die »operante« Gruppe hatte ein eigenes Netzwerk an Verbindungen und Publikationsmöglichkeiten aufgebaut. Sie verwendeten eine eigene, streng technizistische Fachsprache und beschränkten sich streng auf den engen Ansatz Skinners, dessen klinische Anwendung sie als angewandte Verhaltensanalyse (»applied behavioral analysis«) oder als Verhaltensmodifikation (»behavior modification«) bezeichneten. Den Begriff der Verhaltenstherapie lehnten sie dagegen ebenso wie den des Patienten ab. Eysenck, Rachman, Wolpe und ihre Kollegen wurden erst Anfang bis Mitte der 1960er Jahre auf die klinischen Arbeiten der amerikanischen operanten Schule aufmerksam. Aber auch danach war der Kommunikationsfluss zwischen beiden Gruppierungen eher zögerlich. Die Integration der operanten Verfahren in die verhaltenstherapeutische Bewegung verlief nicht ohne Probleme. Bis heute hat sich eine kleine Gruppe von strikt operanten Forschern außerhalb der klinisch orientierten Verhaltenstherapie eine eigenständige Tradition bewahrt (»applied behavior analysis« bzw.



»angewandte Verhaltensanalyse«). Erst seit den 1970er Jahren werden die Begriffe Verhaltenstherapie und Verhaltensmodifikation als austauschbar betrachtet.

Insgesamt wird die Bedeutung operanter Verfahren vor allem von Nichtverhaltenstherapeuten stark überschätzt (z. B. Mitscherlich »Rattenpsychologie«), obwohl sie als alleinige Therapiemaßnahmen kaum zum Einsatz kommen. Gleichwohl haben sie einen festen Platz in Teilbereichen der Verhaltenstherapie, etwa bei der Behandlung kindlicher Verhaltensstörungen, geistiger Behinderungen oder chronischer hospitalisierter Patienten.

Ganz allgemein unterstrichen Studien wie diejenigen zu den »Token Economies« bzw. »Münzsystemen« (vgl. folgenden Exkurs) die Bedeutung sozialer Verstärkung, besonders als Unterstützung für langfristige Generalisierung und die Beibehaltung von erwünschtem oder akzeptiertem Verhalten. Jüngere Untersuchungen haben allerdings Zweifel an der theoretischen Basis etwa der Münzsysteme oder

anderer ursprünglich als rein operant konzeptualisierter Verfahren aufkommen lassen. So zeigte sich etwa, dass das Feedback und die spezifische Handlungsanleitung bei der Austeilung der »Münzen« die wichtigsten Faktoren in solchen Programmen waren. Trotzdem war die Entwicklung solcher Programme sehr wichtig, weil sie einen umfassenden Behandlungsansatz in der Rehabilitation unterstützte. Dabei wurde der Gebrauch strukturierter sozialer Verstärker (Lob und Zuwendung seitens des Therapeuten) in der klinischen Praxis stärker angenommen als der Einsatz von Münzen oder Symbolen. Zu Recht hat die Betonung einer Veränderung und Strukturierung sozialer Interaktion nach wie vor großen Einfluss auf die Behandlung schizophrener Patienten (vgl. auch Falloon et al. 1984; Hahlweg et al. 1994). Ein weiterer wichtiger Einfluss des operanten Ansatzes besteht in der Betonung der funktionalen Analyse, die auf Skinners Ansatz zurückgeht, Verhalten durch das Studium der Bedingungen, unter denen es auftritt, zu erklären. Die Bedeutung von Lebensbedingungen, Umwelt und sozialen Beziehungen wurde bis dahin von den meisten psychotherapeutischen Schulen unterschätzt oder gar übersehen.

#### Exkurs

##### »Skinnerians go clinical«: Token Economy bei langzeithospitalisierten Patienten

In einer frühen Anwendung operanter Verfahren auf psychische Probleme von Erwachsenen wollte Ayllon psychotisches Verhalten bei chronischen hospitalisierten Patienten verändern, die bis dahin als ungeeignet für psychologische Maßnahmen galten. Er setzte Zigaretten und Lob als Verstärker und den Entzug der Zuwendung zum Patienten als Verhaltenskonsequenzen ein. Je nachdem, ob es verstärkt oder gelöscht wurde, nahm das untersuchte abweichende Verhalten zu oder ab. Darauf aufbauend entwarfen Ayllon und Azrin 1961 eine stationäre Umgebung, in der systematisch Verstärker zur Verhaltensveränderung eingesetzt wurden. Dieses System wurde bekannt als »Token Economy« (deutsch meist mit »Münz-

system« übersetzt), weil als Verstärker Symbole wie etwa Münzen benutzt wurden. Diese konnten später für eine Reihe von Privilegien eingetauscht werden, die den Patienten zur Wahl standen (Ayllon u. Azrin 1968). Die Token Economy hatte einen großen Einfluss, weil sie erstmals deutliche positive Wirkungen psychologischer Interventionen bei Patienten zeigte, deren Versorgung sich zuvor weitgehend in der bloßen »Aufbewahrung« erschöpfte. Wesentlich ist eine individuelle Anpassung der Verstärker und die Betonung sozialer Beziehungen: Während es für den einen Patienten als Verstärker wirken kann, allein in einem Einzelzimmer zu essen, kann die gleiche Situation für einen anderen Patienten eine Bestrafung darstellen.

### 1.3.4 Konsolidierung und Erweiterung

Aufbauend auf der Gründung eigener Fachgesellschaften kam es zu einer ersten Konsolidierung der stürmischen Entwicklungen. Die amerikanische AABT wurde 1966 in New York zunächst als »Association for the Advancement of Behavioral Therapies« gegründet. Später wurde der Plural gestrichen und der Name in »Association for the Advancement of Behavior Therapy« geändert. Die ersten Mitglieder stammten vorwiegend aus zwei Quellen: einer eher akademisch verankerten Gruppe von Forscher-Klinikern mit Interesse an dem Thema »clinical psychology as an experimental science«, die in einer Untergruppe der American Psychological Association (APA) organisiert waren

(Division 12, Section 3), und einer vorwiegend klinisch tätigen Gruppe, die unmittelbar von den Gründerpersönlichkeiten der Verhaltenstherapie wie Wolpe, Franks, Salter oder Reyna geprägt waren. Als erster Präsident der Gesellschaft wurde Cyril Franks gewählt, Vizepräsident war Wolpe. Der Rat der Gesellschaft (»council«) bestand zu gleichen Teilen aus Wissenschaftlern und Praktikern. Während die AABT rasch einen enormen Anstieg der Mitgliederzahl erlebte, wurde 1971 die europäische Schwestergesellschaft EABT (»European Association of Behaviour Therapy«) gegründet. Die Initiative ging hier von Johannes C. Brengelmann aus, der nach langjähriger Tätigkeit in England (bei Eysenck) und den USA seit 1967 Direktor und Leiter der psychologischen Abteilung am

Max-Planck-Institut für Psychiatrie in München war. Brengelmann, der mehr als jeder andere für die Entwicklung der Verhaltenstherapie in Deutschland unternahm und darüber hinaus auch international stets äußerst aktiv war, wurde der erste Präsident der EABT. Zuvor war bereits 1968 die Gesellschaft zur Förderung der Verhaltenstherapie (GVT) gegründet worden, die bereits 1969 rund 450 Mitglieder hatte. Der erste Vorstand der GVT bestand aus Johannes Brengelmann, Peter Gottwald, Jarg Bergold und Eibe-Rudolf Rey, Herausgeber der GVT-Mitteilungen war Wolfgang Tunner. Die Mitgliedschaft der verschiedenen europäischen Verhaltenstherapiegesellschaften in der EABT rekrutierte sich anfänglich aus ähnlichen Quellen wie bei der AABT, nämlich vorwiegend akademisch-forscherisch tätigen klinischen Psychologen und Praktikern mit engem Kontakt zu den Gründungszentren wie London oder München. Die »offizielle« Gründung der EABT erfolgte im Rahmen eines Kongresses in München, der von über 1200 Teilnehmern aus 14 verschiedenen Ländern besucht wurde.

Die Entstehung der Verhaltenstherapie im deutschsprachigen Raum erfolgte parallel an mehreren Orten Ende der 60er und Anfang der 70er Jahre des letzten Jahrhunderts. Eine besondere Rolle spielte dabei München. Dort war zum einen die bereits genannte psychologische Abteilung des Max-Planck-Institutes für Psychiatrie unter Brengelmann sehr aktiv. Mitglieder dieser und benachbarter Abteilungen waren im Laufe der Jahre u. a. Udo Brack, Renate DeJong, Heiner Ellgring, Roman Ferstl, Kurt Hahlweg, Götz Kockott, Dirk Revenstorf, Eibe-Rudolf Rey, Rita Ullrich-de Muynck und Rüdiger Ullrich. Schon 1966 hatte Peter Gottwald in der Kinderpsychiatrie des Max-Planck-Institutes mit operanten Verfahren gearbeitet, und 1969 verbrachte mit Ivar Lovaas (UCLA) einer der Pioniere dieser Verfahren dort 6 Monate. Zum anderen waren schon in den 1960er Jahren auch Mitarbeiter der Münchner Universität wie Jarg Bergold, Irmela Florin, Wolfgang Tunner und später Niels Birbaumer bei Lazarus, Rachman und Wolpe in verhaltenstherapeutischen Verfahren geschult worden. Der Aufbau einer verhaltenstherapeutischen Ambulanz an der Klinischen Psychologie der Münchner Universität begann bereits 1966, dort arbeiteten u. a. Jarg Bergold und Karl-Herbert Mandel. Nach einem kurzen Aufenthalt in München wechselte Rudolf Cohen an die Universität Konstanz und baute dort ab 1969 mit Irmela Florin, Susanne Davies-Osterkamp, Anselm Grusche und Helmut Sell eine stationäre Verhaltenstherapie auf. 1969 wurde die Verhaltenstherapie erstmals auf der TEAP, der Tagung der experimentell arbeitenden Psychologen, in Bern vorgestellt (Teilnehmer u. a. Bergold, Florin, Gottwald, Rey, Tunner).

Ein weiteres frühes Zentrum der Entwicklung war Münster, wo unter der Leitung von Lilly Kemmler eine sehr aktive klinisch-psychologische Abteilung entstand. Unter anderem durch Frederick Kanfer, der 1968 ein Sabbatical

bei Heckhausen in Bochum verbrachte und 1970 eine Weile in Münster als Gastdozent lehrte, wurden verhaltenstherapeutische Methoden in Münster eingeführt. In Kemmlers Abteilung arbeiteten u. a. Gisela Bartling, Peter Fiedler, Wolfgang Fiegenbaum, Steffen Fliegel, Alexa Franke, Dirk Hellhammer, Margarete Reiss, Dietmar Schulte, Dieter Vaitl und Dirk Zimmer. Eine wichtige Funktion bei der Entwicklung der Verhaltenstherapie hatten ebenfalls sehr früh schon Lilian Blöschl (damals Düsseldorf), Renate Frank in Gießen, Dieter Kalinke in Heidelberg, Rainer Lutz in Marburg, Jürgen Mehl in Ost-Berlin und Hans-Georg Zapotoczky in Wien. Die Gründung der ÖGVT (Österreichische Gesellschaft für Verhaltensforschung, Verhaltensmodifikation und Verhaltenstherapie) erfolgte 1971. Den ersten Vorstand bildeten Peter Berner, Giselher Guttmann und Hans-Georg Zapotoczky, kooptiert war u. a. Lilian Blöschl. Ein erster Intensivkurs durch Victor Meyer aus London fand im November 1971 statt. Ebenfalls schon Anfang der 1970er Jahre kam Jürgen Mehl in Ost-Berlin durch die Übersetzung von Eysencks Schriften zur Verhaltenstherapie. Entgegen aller Anfeindungen einer als behavioristisch wahrgenommenen Therapie leistete er einen wesentlichen Beitrag dazu, dass neben der Gesprächstherapie die Verhaltenstherapie in der DDR aufgebaut werden konnte. Auch Mehl hatte schon früh Kontakt zu Lilly Kemmler in Münster. Viele der Mitarbeiter aus den genannten Orten übernahmen später anderswo Professuren und bildeten ihrerseits Nachwuchs aus, hier wird jedoch nur auf die Entwicklungen bis Anfang der 1970er Jahre eingegangen<sup>3</sup>.

Zur Konsolidierung trugen auch die stark anwachsenden Forschungsarbeiten mit vielfältigen Publikationen in Fachzeitschriften und Büchern sowie die ersten Ausbildungs- und Trainingsangebote bei. In den 1970er Jahren kam daher die Verhaltenstherapie zu ihrer ersten vollen Blüte, wobei viele neue Techniken entwickelt und experimentell untersucht wurden. Gegen Ende des Jahrzehnts waren diese Behandlungsansätze weithin akzeptiert. Verhaltenstherapeutische Verfahren wurden die Methode der Wahl bei einer Vielzahl von Problemen wie Phobien, Zwängen, sexuellen Funktionsstörungen oder der Rehabilitation chronischer Patienten. Insgesamt war dieser Zeitabschnitt auch gekennzeichnet durch die Weiterentwicklung der existierenden Techniken (z. B. die Verkürzung der Zeitspanne für Konfrontationstherapien zur Angstbehandlung oder die Entwicklung abgekürzter Formen der Entspannung) sowie die Einführung neuer Ansätze (z. B. Selbstsicherheitstherapie in Gruppen, Verhaltenstherapie der Depression).

<sup>3</sup> Hier können nicht alle wichtigen Personen erwähnt werden. Auch an anderen Orten fanden bedeutende Entwicklungen statt. Die kurze Auswahl spiegelt selbstverständlich die persönlichen Erfahrungen des Autors mit Stationen (unter anderem) in München, Kiel, Tübingen, Marburg, Münster und Dresden wider.

Die Sexualtherapie entwickelte sich weniger aus der behavioralen Forschung zu sexuellen Störungen, sondern vor allem auf der Basis der Arbeiten von Masters und Johnson zur Physiologie der sexuellen Reaktionen. Auch wenn dieser Ansatz zunächst unabhängig entstand, teilte er doch von Anfang an die Betonung der konkreten Operationalisierung von Behandlungsstrategien und ihrer empirischen Überprüfung mit der Verhaltenstherapie. Vor allem aus diesem Grund kam es zu einer raschen Integration der Sexualtherapie in die Verhaltenstherapie. Dies ist ein weiteres Beispiel für den Charakter der Verhaltenstherapie als einer empirisch-psychologisch ausgerichteten Grundorientierung.

Eine weitere Verbreiterung des verhaltenstherapeutischen Ansatzes war die Entwicklung der Verhaltensmedizin (»behavioral medicine«), ein Begriff, der von Birk (1973) ursprünglich als Beschreibung der Anwendung von Biofeedback auf medizinische Störungen eingeführt wurde. Beim Biofeedback lernen die Patienten die Beherrschung auch unwillkürlicher physiologischer Reaktionen, indem sie über die relevanten Veränderungen in ihrem physiologischen System sofort extern informiert werden (z. B. durch auditorisches oder visuelles Feedback). Die Verhaltensmedizin dehnte sich später auf ein wesentlich weiteres Feld aus, so dass heute darunter generell die Anwendung empirisch-psychologischer Erkenntnisse und Verfahren auf Krankheiten rein körperlicher Art (z. B. schmerzhafte Verbrennungen, Tumorschmerzen), Störungen mit einer möglichen bzw. partiellen psychischen Ätiologie (z. B. entzündliche Darmerkrankungen) oder die Beeinflussung von Risikofaktoren (z. B. Rauchen, Ernährung, Bewegung) verstanden wird. Die Verhaltensmedizin ist mittlerweile zu einem so großen eigenen Feld herangewachsen und so eng mit den medizinischen Aspekten der verschiedenen Krankheiten verflochten, dass ihre adäquate Darstellung den Rahmen eines Lehrbuches der Verhaltenstherapie sprengen würde. Sie ist daher nicht Gegenstand des vorliegenden Buches.

Eine weitere wichtige Entwicklung bestand in der zunehmenden Überwindung der engen Grenzen des behavioristischen Erbes der frühen, stark lerntheoretisch ausgerichteten Verhaltenstherapie. Streng genommen beinhaltet ja bereits die Zwei-Faktoren-Theorie, mit der Mowrer, Miller und andere die Entstehung von Phobien erklärten, eine Abkehr vom »reinen« Behaviorismus, da mit der Idee der negativen Verstärkung phobischen Vermeidungsverhaltens durch Angstreduktion die Annahme eines nicht direkt beobachtbaren, »mental« Zustandes – eben der Angst – verbunden war. Außerdem hatten etwa Eysenck und Brengelmann stets die Rolle der Persönlichkeit sowie biologischer und genetischer Faktoren anerkannt. Wesentlichen Einfluss auf die Weiterentwicklung der Verhaltens-

therapie hatte aber vor allem die Übernahme des sog. »Drei-Ebenen-Ansatzes«. Peter Lang, Rachman und andere vertraten die Ansicht, dass psychologische Reaktionen und diesbezügliche Probleme als lose miteinander verbundene Reaktionssysteme oder »Ebenen« verstanden werden müssen. Zur Klassifikation schlugen sie eine Dreiteilung in verhaltensmäßige, kognitiv/affektive und physiologische Reaktionen vor. Obwohl diese Systeme untereinander verbunden sind, verändern sie sich nicht unbedingt zur gleichen Zeit, in der gleichen Weise oder in der gleichen Richtung. Das Auseinanderklaffen der Reaktionsebenen wird nach Rachman und Hodgson (1974; Hodgson u. Rachman 1974) »Desynchronie« genannt. Empirisch sind desynchrone Reaktionen eher die Regel als die Ausnahme.

Diese Alternative zu einer einheitlichen Sicht psychologischer Probleme war wichtig, weil dadurch die weite Skala der von Patienten berichteten Symptommuster erklärt und eine systematischere und präzisere Beurteilung von Behandlungsergebnissen möglich wurde. Auch differenzielle Behandlungseffekte können dadurch beachtet werden: So dürften etwa Entspannungsübungen von sich aus eher die physiologischen als die behavioralen oder kognitiven Aspekte einer Störung unmittelbar beeinflussen. Darüber hinaus wurde unter dem »Deckmantel« einer noch weitgehenden behavioristischen, reaktionsorientierten Sprache die Bedeutung des Erlebens neben dem Verhalten etabliert. Die Klassifikation nach Lang oder Rachman ist häufig kritisiert worden. In der Tat gibt es a priori keinen Grund, drei Ebenen anstelle von z. B. vier oder mehr Systemen anzunehmen. Manche Autoren argumentieren, dass es besser sei, zwischen einem kognitiven und einem affektiven System zu unterscheiden, woraus sich ein Vier-Ebenen-Ansatz ergäbe. Andere Autoren wie etwa Fahrenberg wiesen auf die Vielzahl empirischer Befunde hin, die die Annahme einer einheitlichen physiologischen Reaktionsebene in Frage stellen. Wesentlich ist aber, dass die monistische, eindimensionale Sicht menschlicher Reaktionen überwunden wurde. Heutzutage ist die Mehr-Ebenen-Betrachtung mit ihrer Betonung der Desynchronie allgemein anerkannt, wengleich die konkreten Klassifikationsansätze noch immer umstritten sind. In der Praxis hat sich allerdings die Dreiteilung Langs (1971) als (wengleich simplifizierender) Standard etabliert.

Gegen Ende der 1970er Jahre war die Brauchbarkeit der Verhaltenstherapie allgemein anerkannt. Da die Forscher auf diesem Feld nun nicht mehr die grundsätzliche Effizienz der Verhaltenstherapie beweisen mussten, begannen einige von ihnen, ihre Aufmerksamkeit auf jene Patienten zu lenken, denen mit Verhaltenstherapie nicht zu helfen war, selbst wenn sie kompetent angewandt wurde. Diese Untersuchungen kulminierten in dem ersten psychotherapeutischen Fachbuch zum Thema Misserfolge (Foa u. Emmelkamp 1983). Schon in den späten 1960er und frühen 1970er Jahren zeigte sich eine beginnende Unzufriedenheit mit den strikt behavioralen Grundsätzen der frühen Jahre.

Besonders Lazarus (1971) kritisierte die »mechanistische« Begrifflichkeit der frühen Verhaltenstherapie. Er argumentierte, dass die Vielzahl der verhaltenstherapeutischen Maßnahmen nicht einfach in Begriffen der Lerntheorie zu fassen sei und schlug die Einführung einer »Breitspektrum-Verhaltenstherapie« vor, in die Techniken mit empirisch belegter Wirksamkeit ohne Rücksicht auf ihre theoretische Herkunft integriert werden sollten. In der Praxis wurde dieser Ansatz von immer mehr Klinikern aufgegriffen. Eine weitere wichtige Entwicklung dieser Zeit stellte der Versuch dar, verhaltenstherapeutische Theorien und Techniken für die Anwendung auf andere psychische Probleme, insbesondere Depressionen, zu entwickeln. Nachdem Ferster und Lewinsohn annahmen, dass Depression auf einen Mangel an positiver Verstärkung zurückzuführen sei, wurde als Therapiemaßnahme versucht, die Rate positiver Verstärkung zu erhöhen. Der Erfolg blieb jedoch begrenzt – vielleicht, weil selbst diejenigen Patienten, die potenziell verstärkende Aktivitäten ausführten, ihre Anstrengungen und ihren Erfolg meist negativ beurteilten. So wurde die Bedeutung kognitiver Faktoren zunehmend deutlicher. Die Unzufriedenheit mit den strikt behavioralen Ansätzen führte zu Versuchen, zusätzlich zu den existierenden Techniken kognitive Maßnahmen einzuführen. Dadurch wurde der Weg für die systematische Integration dieser Methoden und die Neuentwicklung eigener kognitiv-behavioraler Ansätze frei.

### 1.3.5 Das Zusammenwachsen kognitiver und behavioraler Ansätze

Langs Theorie von drei relativ unabhängig voneinander bestehenden Reaktionssystemen hatte die Akzeptanz kognitiver Ideen im verhaltenstherapeutischen Ansatz begründet. Auch im Kontext der empirischen Psychologie war die Relevanz kognitiver Variablen immer mehr anerkannt worden (»kognitive Wende«). Die verzögerte Akzeptanz kognitiver Gesichtspunkte im Bereich der Verhaltenstherapie ist wahrscheinlich in dem fortbestehenden Einfluss von Watsons Zurückweisung der Introspektion und in der Erfahrung mit den Missbrauchsmöglichkeiten bzw. mangelnden Erfolgen zu einseitig ausgerichteter »Redekuren« begründet. Darüber hinaus dürfte auch die polemische Position, die Verhaltenstherapeuten in der Gründungsphase gegenüber anderen Psychotherapien einnahmen, es schwer gemacht haben, identitätsstiftende Grenzen aufzugeben. Neben Banduras Arbeiten zum Modelllernen (vgl. Box) übte auch das wachsende Interesse am Konzept der Selbstkontrolle einen wichtigen Einfluss aus. Der Dreiklang von Selbstbeobachtung, Selbstbewertung und Selbstverstärkung war Anstoß für viele Forschungsarbeiten, in denen kognitive Konstrukte, einschließlich Attribution und Selbstinstruktion, untersucht wurden.

#### Modelllernen als ein Ursprung der kognitiven Wende in der Verhaltenstherapie

Banduras Arbeiten über Lernen durch Nachahmung lenkten die Aufmerksamkeit auf kognitive Faktoren in der Verhaltenstherapie. Beim Modelllernen erwirbt das Individuum neue Verhaltensweisen, indem es eine andere Person bei diesem Verhalten beobachtet. Modelllernen ist am effektivsten, wenn der Beobachter anschließend das betreffende Verhalten selbst ausführt, aber dies ist keine unabdingbare Voraussetzung. Eine unmittelbare Verstärkung des Beobachters kommt daher nicht als Ursache des Lernens in Frage. Später entwickelte Bandura ein Modell der Selbstregulation, »self efficacy« genannt, das von dem Gedanken ausgeht, dass jede bewusste Verhaltensänderung auf der Überzeugung der Person von ihrer Fähigkeit, das konkrete Verhalten auszuüben, beruht. Die rigorose empirische Methodik der Arbeiten Banduras erleichterten ihre Akzeptanz auch bei ursprünglich behavioristisch ausgerichteten Forschern und Praktikern.

Vermutlich war das Selbstinstruktionstraining Meichenbaums (1975) der erste kognitive Ansatz, der bei Verhaltenstherapeuten anerkannt wurde. Die Popularität dieses Ansatzes kann auf seine einfache theoretische Basis und seine Ähnlichkeit mit dem operanten Konzept der »coverants« zurückgeführt werden.

#### Heilende Selbstgespräche und behavioristische Terminologie

Meichenbaum vertrat die Meinung, dass eine Verhaltensänderung herbeigeführt werden kann, wenn man die Instruktionen verändert, die Patienten sich selbst geben. Dabei sollen unangepasste und negative Gedanken in angemessenere Selbstgespräche verändert werden. Es ist sicher kein Zufall, dass das Selbstinstruktionstraining zunächst bei impulsiven Kindern eingesetzt wurde. Der innere Monolog und das Denken der Kinder wurden als Selbstverbalisationen bezeichnet und den Coverants der operanten Terminologie gleichgesetzt. Unter Coverants verstand man ein »verdecktes« (englisch: »covert«) operantes Verhalten. Der Kunstbegriff »coverant« entstand aus der Zusammenziehung der Wörter »covert« und »operant«. Mit Hilfe dieser Terminologie schlichen sich mentale Inhalte in die von Skinner ja ganz anders konzipierte operante Bewegung ein.

Die außerhalb der verhaltenstherapeutischen Bewegung als eigenständige Ansätze entwickelten kognitiven bzw. rational-emotiven Therapien von Beck (1967) und Ellis (1962) wurden dagegen sehr viel zögernder übernommen, gehören aber heute zu den wichtigsten kognitiven Ansätzen.



Noch bis weit in die 1970er Jahre hinein wurden kognitive und behaviorale Ansätze als getrennte »Schulen« angesehen. Dies führte zu teilweise unsinnigen Abgrenzungen oder dem Versuch, der anderen Schule nachzuweisen, sie verwerde insgeheim doch »eigentlich« von der jeweils anderen Schule reklamierte Methoden. Erst in den 1980er Jahren wuchs auch in der Verhaltenstherapie »zusammen, was zusammengehört« und erst 1995 fand in Kopenhagen der erste gemeinsame »World Congress of Behavioural and Cognitive Therapies« statt. Ein weiterer Ausdruck der Vereinigung ist die Umbenennung der EABT in »European Association for Behavioural and Cognitive Therapies« (EABCT) im Jahre 1992 anlässlich des 22. Kongresses der

»alten« EABT im portugiesischen Coimbra. Ob die Erzielung der »inneren Einheit« von kognitiven und behavioralen Therapeuten und Forschern ebenso lange Zeit benötigen wird wie die zwischen Ost- und Westdeutschland, kann derzeit nicht abgeschätzt werden. Die Tatsache, dass die kognitiven Ansätze von Anfang an mit ihrem Bemühen um Operationalisierung, experimentelle Forschung und systematische Wirksamkeitsnachweise sowie ihrem rationalen, pragmatischen Vorgehen die Grundorientierung der Verhaltenstherapie teilten, stimmt jedoch optimistisch. Dennoch ist die Entwicklung nicht ohne Kritiker geblieben (z. B. »paradigm lost« von Krasner, der den Verlust des klaren operanten Paradigmas eloquent betrauert).

### Exkurs

#### Die Therapie der Depression: Ein idealer Ausgangspunkt für kognitive Therapien?

Ursprünglich wurde Becks kognitive Therapie hauptsächlich auf Depressionen angewandt. Im Gegensatz zu der traditionellen psychiatrischen Auffassung der Depression vertrat Beck die Meinung, dass das bei dieser Störung so dominante negative Denken nicht nur ein Symptom ist, sondern eine zentrale Rolle für die Aufrechterhaltung der Depression spielt. Dementsprechend sollten Depressionen dadurch behandelt werden können, dass man den Patienten dazu verhilft, ihre negativen Gedanken zu erkennen und zu verändern. Beck nahm an, dass negatives Denken in der Depression in Annahmen begründet ist, die seit der Kindheit niedergelegt wurden. In vielen Situationen können diese Annahmen hilfreich sein und Verhalten beeinflussen. Zum Beispiel ist eine Annahme wie »Um wertvoll zu sein, muss ich Erfolg haben« geeignet, beträchtliche positive Aktivität zu mobilisieren. Gleichzeitig macht diese Annahme das Individuum jedoch auch verwundbar im Falle kritischer Ereignisse. So kann z. B. ein nicht bestandenes Examen ein sol-

ches Ereignis sein, das zusammen mit der oben genannten Annahme sehr bedenkliche Folgen haben würde: Das Durchfallen könnte zur Entstehung negativer automatischer Gedanken führen, wie »Ich bin wertlos« oder »Ich bin ein Versager«. Solche Gedanken drücken die Stimmung, was wiederum die Wahrscheinlichkeit weiterer negativer automatischer Gedanken erhöht. Hierdurch entsteht ein Circulus vitiosus mit der Tendenz, die Depression aufrechtzuerhalten. Bei einer deprimierten Person übt ein Netz von kognitiven Verzerrungen einen starken Einfluss auf die alltäglichen Aktivitäten des Individuums aus. Diese sog. kognitive Triade beinhaltet eine negative Sicht des Selbst, der Welt und der Zukunft. Einmal entstanden, können weitere kognitive Verzerrungen solche Einstellungen bestärken. So ließ sich nachweisen, dass Patienten gezielt Ereignisse auswählen oder erinnern, die das negative Selbstbild verstärken. Später dehnten Beck und seine Schüler die Anwendung der kognitiven Therapie auch auf andere Probleme wie Ängste oder Persönlichkeitsstörungen aus.

Die moderne Form der kognitiven Verhaltenstherapie nimmt die durch die Bezeichnung nahegelegte Integration kognitiver und behavioraler Ansätze ernst. Generell soll dem Patienten dazu verholfen werden, seine individuelle Verknüpfung verzerrten Denkens und nicht zielführenden Verhaltens zu erkennen. Systematische kognitive Bearbeitung und sorgfältig strukturierte Verhaltensaufgaben sollen ihm dazu verhelfen, in beiden Bereichen Probleme zu erkennen und zu verändern. Inzwischen wurden bereits kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlungen für die meisten im psychiatrischen Alltag vorkommenden Störungen entwickelt. Bei einigen Aspekten der Behandlung dominiert der behaviorale Anteil, bei anderen mehr der kognitive. Darüber hinaus wiesen eine Vielzahl von Ergebnissen der Prozess- und Veränderungsforschung darauf hin, dass auch bei klassischerweise als behavioral angesehenen Verfahren wie etwa der Konfrontationstherapie kognitive Prozesse als zentrale Veränderungsmechanismen angesehen werden müssen.

### 1.3.6 Kontinuierliche Weiterentwicklung

Ein wichtiger Aspekt der Weiterentwicklung der Verhaltenstherapie war die Professionalisierung der Ausbildung im Rahmen der nationalen Regelungen. Inzwischen gibt es in Deutschland, Österreich und der Schweiz flächendeckend universitäre und private Ausbildungsgänge, die mit hohem qualitativen Anspruch Diplom- oder Master-Psychologen und immer häufiger auch Ärzte in Verhaltenstherapie weiterbilden (► Kap. I/55). Daneben existieren überregionale Fortbildungsangebote wie etwa die vom Institut für Therapiefor-



Zu den wichtigen Errungenschaften der modernen Verhaltenstherapie gehört die Entwicklung von speziellen Therapieprogrammen für fast alle psychischen Störungen sowie zentrale Problemfelder unterhalb der Störungsschwelle. Die Programme werden häufig in Form von konkreten Therapiemanualen dargestellt, um die Anwendung zu erleichtern. Entstanden waren Therapiemanuale ursprünglich im Forschungsbereich als pragmatisches Mittel zur Vereinheitlichung von Therapiemethoden in klinischen Studien. Dort galten sie rasch als eine Voraussetzung für die Anerkennung von Therapieverfahren als »wissenschaftlich etabliert«, wie nicht zuletzt die »Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures« der American Psychological Association wiederholt festgestellt hat. Darüber hinaus fanden Therapiemanuale jedoch auch im Praxissektor schnell eine weite Verbreitung. Therapie ist konkretes Handeln, wenngleich manche fachlichen Abhandlungen dieses kaum erkennen lassen. Angesichts der großen Zahl eher abstrakter Texte besteht ein Bedarf an konkreten Schilderungen des praktischen Vorgehens. Dieser Bedarf wird heute von einer großen und stetig wachsenden Zahl von Therapiemanualen gedeckt, wie etwa die erfolgreiche Reihe »Fortschritte der Psychotherapie« mit ihren fast 40 Bänden zeigt.

Es ist ein bemerkenswertes Kennzeichen der Verhaltenstherapie, dass die Weiterentwicklung allen bisher erreichten Erfolgen zum Trotz auch ein halbes Jahrhundert nach den Anfängen noch immer ungebrochen anhält. Ein Ausruhen auf den Erfolgen ist nicht zu beobachten, stattdessen finden sich bedeutsame Neuentwicklungen wie achtsamkeitsbasierte Verfahren (»mindfulness«) und Schematherapie (► Kap. I/35 und I/41), die rapide Erweiterung der Therapieprogramme für Kinder und Jugendliche sowie die Entwicklung standardisierter Materialien für die therapeutische Praxis. Hier liegt auch der Grund für die Erweiterung des Lehrbuches der Verhaltenstherapie durch die Einführung der beiden neuen Bände 3 (»Kinder und Jugendliche«) und 4 (»Therapiematerialien«). Die historische Betrachtung zeigt, welche Entwicklungslinien zur Anerkennung des Nutzens kognitiv-verhaltenstherapeutischer Ansätze bei den meisten psychischen Störungen geführt haben. Gleichzeitig lässt die bisherige Entwicklung

erwarten, dass auch in Zukunft wesentliche Änderungen und Modifizierungen der gegenwärtigen Ansätze erfolgen werden, zumal ständige Überprüfung und Weiterentwicklung prägende Merkmale der Verhaltenstherapie sind.

## 1.4 Empirische Überprüfung

### 1.4.1 Eine schwierige Ausgangslage

Die Psychotherapieforschung ist vom Regen in die Traufe gekommen: Nachdem lange Zeit ein großer Mangel an Befunden beklagt werden musste, ergab sich seit den 1980er Jahren das entgegengesetzte Problem. Nicht zuletzt durch den Einfluss der Verhaltenstherapie lag eine solche Vielzahl von Studien zur Wirksamkeit psychotherapeutischer Verfahren vor, dass die dringend erforderliche Aggregation der Befunde über die verschiedenen Studien hinweg sehr schwierig wurde (vgl. Box »Sekundäranalyse«). Nicht mehr bezweifelt werden kann die allgemeine Aussage, dass die Verhaltenstherapie die mit weitem Abstand am besten empirisch abgesicherte Form von Psychotherapie ist. Rein quantitativ liegen zu verhaltenstherapeutischen und kognitiven Verfahren über zehnmal mehr kontrollierte Therapiestudien vor, als für alle anderen Formen von Psychotherapie zusammen. Selbst für manche verhaltenstherapeutische Einzelverfahren gilt, dass sie für sich allein bereits häufiger untersucht wurden, als jeweils die ganze Gruppe der psychoanalytischen oder der humanistischen Therapieverfahren. Zudem wurden die verhaltenstherapeutischen Verfahren für das breiteste Spektrum psychischer Störungen untersucht, wobei die ganz große Mehrheit aller Befunde positive Veränderungen zeigte. Allerdings greift eine pauschale Aussage zu kurz, da in jedem Fall die Art der behandelten Probleme berücksichtigt werden muss. Und natürlich folgt aus der größeren Zahl von Studien nicht automatisch eine größere Wirksamkeit hinsichtlich des Vergleichs mit anderen Therapieformen. Eine genauere Betrachtung ist also vonnöten, wobei keinesfalls die gesamte Thematik der Psychotherapieforschung aufgenommen (► Kap. I/4), sondern lediglich auf die Befundlage zur Wirksamkeit der Verhaltenstherapie eingegangen werden soll.

#### Sekundäranalyse: Wie können Therapiestudien sinnvoll zusammengefasst werden?

Die bisher wichtigsten Ansätze zur Gesamtbewertung verschiedener Therapieverfahren können grob in drei Gruppen eingeteilt werden:

##### ■ Narrative Übersichtsarbeiten:

Hier wird einfach eine intuitive Zusammenschau der bisherigen Studien zum ausgewählten Thema gegeben und daraus eine Bewertung abgeleitet. Ein wesentlicher Nachteil dieses Verfahrens ist die mögliche (und in der Regel sehr reale) subjektive Verzerrung

des Autors oder Beurteilers. Darüber hinaus macht die ständig zunehmende Zahl an Publikationen einen Gesamtüberblick durch eine oder wenige Personen sehr schwierig, wenn nicht mittlerweile sogar unmöglich.

##### ■ Box-Score-Methode:

Dieses um mehr Systematisierung und Quantifizierung bemühte Verfahren erwuchs aus der berechtigten Kritik an der Subjektivität der »narrativen Übersicht«. Dabei handelt es sich um das einfache Abzählen signifikanter

Effekte, das allerdings ebenfalls so wesentlichen Einschränkungen unterliegt, dass seine Verwendung fragwürdig ist. Von besonderer Bedeutung ist hier das Problem der geringen statistischen Power der meisten Psychotherapiestudien. Der schwierige Probandenzugang und die meist aufwendigen Untersuchungsmethoden bewirken typischerweise so geringe Stichprobengrößen, dass auch praktisch relevante Effekte nicht mehr mit hinreichender Sicherheit festgestellt werden können. Zudem geht bei der bloßen Betrachtung von Signifikanzen die Information über die Stärke der Effekte verloren. Weiterhin ist es unsinnig, Studien mit unterschiedlicher methodischer Güte oder verschiedenen wichtigen Therapieerfolgsmaßen mit gleichem Gewicht zu werten.

#### ■ Metaanalyse:

Dieses letztere Problem stellt sich auch für die sog. Metaanalyse, auf die die Power-Problematik der Abzählmethode nicht zutrifft und die außerdem die derzeit objektivste Methode zur Zusammenfassung von Befunden aus mehreren Studien darstellt. Bei der Metaanalyse wird zunächst für jedes in einer Untersuchung erhobene Maß eine »Effektstärke« berechnet.

Die Effektstärke sagt aus, um wie viel Standardabweichungen der Mittelwert einer Versuchsgruppe von dem einer Kontrollgruppe abweicht. Alle berechneten Effektstärken werden dann gemittelt, so dass diese »integrierte Effektstärke« einen globalen Index der Therapieeffekte darstellt. Diese Methode macht es möglich, auch Studien mit verschiedenen Erhebungsmaßen direkt miteinander zu vergleichen. Einzuwenden ist hier jedoch, dass bei der typischen Metaanalyse die methodische Qualität der Untersuchung nicht mit in das Vergleichsmaß eingeht und selbst die klinische Relevanz der Ergebnisse (z. B. klinische Stichprobe oder Analog-Population) häufig unberücksichtigt blieb. Generell ist der Nutzen von Metaanalysen umstritten, da Ergebnisse aus z. T. sehr unterschiedlichen Quellen zusammengeworfen werden und die Analyse sich sehr weit von der Datenbasis entfernt. Trotz der Kritik hat sich die Metaanalyse als objektiv-statistisches Verfahren zur Zusammenfassung heterogener Befunde über verschiedene Studien hinweg mittlerweile auch in weit von ihrem ursprünglichen Einsatzbereich in der Psychotherapieforschung entfernten Forschungsgebieten eingebürgert.

## 1.4.2 Ergebnisse der Wirksamkeitsforschung

Nach einem halben Jahrhundert intensiver Forschung liegen umfassende Belege für die Wirksamkeit verhaltenstherapeutischer Verfahren vor. Diese wurden weitaus häufiger der empirischen Prüfung unterzogen, und sie zeigten bereits in den ersten Metaanalysen deutlich größere Effektstärken als andere Psychotherapieverfahren (Smith et al. 1980; Shapiro u. Shapiro 1982; Nicholson u. Berman 1983; Wittmann u. Matt 1986). Von großer Bedeutung sind neben den Metaanalysen auch die Ergebnisse der »Task Forces« der American Psychological Association (APA) zu den sog. »empirically supported treatments« (Chambless u. Ollendick 2001), die praxisorientierte Literaturschau von Roth und Fonagy (1996, vgl. Fonagy u. Roth 2004), die jeweils aktuelle Auflage von *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (vgl. Lambert 2004), die Leitlinien zur Therapie von Kindern und Jugendlichen (Schneider u. Döpfner 2004), die Literaturschau im Auftrag des britischen Gesundheitsministeriums (UK Department of Health 2001) sowie die Gutachten des Wissenschaftlichen Beirates Psychotherapie der deutschen Bundesärzte- und Bundespsychotherapeutenkammern (Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie 2000a, b, 2001, 2002, 2004, 2005, vgl. www.wb-psychotherapie.de). Es ist bemerkenswert, dass die verschiedenen Gutachtergruppen, deren Mitglieder z. T. sehr verschiedenen therapeutischen Ausrichtungen anhängen, mit ganz unterschiedlichen Metho-

den zu den gleichen Ergebnissen gelangten wie die zitierten Metaanalysen. Auch unter Berücksichtigung aller methodischer Kritikpunkte (z. B. ausschließliche Berücksichtigung von unmittelbaren Wirkvergleichen in derselben Studie, Beachtung der verschiedenen Arten von Erfolgsmaßen, Begrenzung auf bestimmte Störungsbilder, strengere oder liberalere methodischen Mindesteinschlusskriterien etc.) ergibt sich stets das gleiche Bild: Die Verhaltenstherapie ist am breitesten abgestützt und weist im Durchschnitt die besten Therapieerfolge auf.

Die im deutschen Sprachraum wirkungsmächtigste Auswertung der Psychotherapieforschung stammt von Grawe et al. (1994). Anders als frühere Metaanalysen hatten Grawe et al. (1994) die methodische Qualität der Studien ausgewertet, die unterschiedlichen Arten von Erfolgsmaßen wertfrei berücksichtigt und alle bis 1983 erschienenen kontrollierten Therapiestudien vollständig erfasst. ■ Tab. 1.1 zeigt die Anzahl der kontrollierten Therapiestudien, die von Grawe et al. (1994) für die verschiedenen Klassen von Therapieverfahren sowie für die einzelnen verhaltenstherapeutischen Verfahren gefunden wurden. In diesen Studien erwiesen sich verhaltenstherapeutische Methoden

... mit solcher Regelmäßigkeit als wirksam zur Herbeiführung der jeweils unmittelbar angestrebten, aber auch generalisierter Veränderungen ..., dass ihnen schon als Einzeltechniken der Status bewährter Therapietechniken eingeräumt werden muss. ... Die Anwendung von Verhaltenstherapie in der

klinischen Praxis kann sich also auf ein breites Spektrum an Therapiemethoden mit nachgewiesener Wirksamkeit stützen. Mit deutlichem Abstand vor anderen Therapieformen kann daher die Verhaltenstherapie für sich in Anspruch nehmen, ihre

Wirksamkeit ausreichend unter Beweis gestellt zu haben, um in der psychotherapeutischen Versorgung eine prominente Rolle zu spielen. (Grawe 1992, S. 139)

### Exkurs

#### Den Boten prügeln, wenn die Nachricht nicht genehm ist? Therapieerfolge im Vergleich

Nur knapp 20 von insgesamt fast 800 Textseiten widmeten Grawe et al. (1994) den direkten Wirkungsvergleichen der verschiedenen Psychotherapieformen. Um ihre Aussagen zu diesem seit jeher heiklen Thema auf die breitestmögliche Basis zu stellen, analysierten die Autoren alle bis 1991 veröffentlichten Studien, die einen direkten Wirkvergleich zwischen kognitiv-verhaltenstherapeutischen, psychoanalytischen, gesprächspsychotherapeutischen und familientherapeutischen Verfahren beinhalteten. Weitere Einschlusskriterien waren mindestens drei Erfolgsmaße, mindestens sechs Stunden Therapiedauer, vergleichbare Dauer (»Dosis«) der verschiedenen Therapiebedingungen (es sei denn, die Unterschiede wurden explizit theoretisch begründet) und Angabe von Mittelwerten und Streuungen der Maße. Auf diese Weise gingen 41 Studien in die Metaanalyse ein, für die insgesamt 1401 Effektstärken

berechnet wurden (die große Zahl der Effektstärken geht auf die Vielzahl von Behandlungsbedingungen und Messungen in den 41 Studien zurück). Die direkten Vergleiche unterstrichen in eindrucksvoller Weise die Ergebnisse der oben genannten Einzelbetrachtung der Verhaltenstherapiestudien: Der Vergleich mit psychoanalytischen (Basis: 19 Studien, 215 Maße, 487 Einzelvergleiche), gesprächspsychotherapeutischen (Basis: 10 Studien, 133 Maße, 723 Einzelvergleiche) und familientherapeutischen Verfahren (Basis: 3 Studien, 18 Maße, 40 Einzelvergleiche) ergab jeweils eine eindeutige Überlegenheit der verhaltenstherapeutischen Ansätze. Dieses kurze Kapitel hat ebenso unberechtigt wie erwartungsgemäß den Großteil der Kritik seitens nichtverhaltenstherapeutischer Ansätze auf sich gezogen. Dass diese Kritik sofort die Form einer gezielten Negativkampagne bis hin zu manipulierter Publikationspolitik

■ **Tab. 1.1.** Anzahl kontrollierter Therapiestudien in der Literaturanalyse von Grawe et al. (1994). Die *linke Hälfte* der Tabelle zeigt, wie viele Studien jeweils zu den verschiedenen Formen von Psychotherapie vorlagen. Die *rechte Hälfte* zeigt die genauere Aufschlüsselung der Studien zu den einzelnen verhaltenstherapeutischen Verfahren. Da in vielen Verhaltenstherapiestudien Kombinationen von Methoden verwendet wurden, addieren sich die Zahlen der rechten Hälfte nicht zu der Gesamtsumme, die in der linken Hälfte für die kognitiv-verhaltenstherapeutischen Verfahren angegeben wird

Verschiedene Therapieformen <sup>a</sup>	Anzahl Studien	Nur kognitiv-verhaltenstherapeutische Verfahren	Anzahl Studien
Kognitiv-verhaltenstherapeutische Verfahren	567	Training sozialer Kompetenz	74
Progressive Muskelrelaxation	66	Reizkonfrontation	62
Autogenes Training	14	Biofeedback	62
Hypnose	19	Systematische Desensibilisierung	56
Meditation	15	Kognitive Bewältigungstrainings	38
Psychoanalytische Kurztherapie	27	Aversionstherapien	31
Psychoanalytische Therapie	12	Problemlösetherapien	25
Langzeitpsychoanalyse (Freud) und analytische Therapie (Jung)	je 0	Sexualtherapien	22
Gesprächspsychotherapie	35	Lewinsohns Depressionstherapie	17
Gestalttherapie	7	Rational-Emotive Therapie	17
Psychodrama und Transaktionsanalyse	je 6	Becks Depressionstherapie	16
Paartherapien	35	Alkoholikerprogramme	14
Familientherapien	18	Paradoxe Intention	10
Interpersonale Therapie	10	Breitspektrumverhaltenstherapie	8

<sup>a</sup> Die Einordnung der progressiven Muskelrelaxation ist umstritten. Sie kann sowohl zu den verhaltenstherapeutischen Verfahren gezählt werden, in deren Rahmen sie meist überprüft wurde, als auch als eigene Kategorie gewertet werden, wie dies hier um der größeren Differenziertheit willen geschah. Weitere, nicht in der Tabelle erwähnte Verfahren waren entweder nicht näher spezifiziert (unspezifizierte humanistische Therapien N=11, Encounter-Gruppen N=9, unspezifizierte psychodynamische Therapien N=8, psychodynamische Therapien mit Medikamenten N=13, eklektizistische Therapien N=22) oder wiesen jeweils nur 1–3 Studien auf (Musiktherapie, Bewegungs-/Körpertherapie, Tanz-/Kunsttherapie, Bioenergetik, Ich-Analyse, Individualtherapie [Adler], Katathymes Bilderleben, Daseinsanalyse).

selbst in Fachzeitschriften angenommen hat, kann wohl vor allem durch die Gefährdung liebgegener Glaubenssätze und den drohenden Verlust von Pfründen erklärt werden. Neben einer seriösen wissenschaftlichen Kritik (z. B. Hoffmann, Bastine, Eysenck in *Psychologische Rundschau* 1992, vgl. Grawe 1995), die sich mit den Entscheidungen über das gewählte Vorgehen und einigen kleineren diskutierbaren Problemen befasste, dominierten unhaltbare Anwürfe und konstruierte pseudostatistische »Argumente« die öffentliche Diskussion. Dabei

reichte die Kritik an Grawes Aussagen zur differenziellen Wirksamkeit bis hin zu der pauschalen Gleichsetzung von therapeutischer Effektivität mit der Effektivität der Konzentrationslager. Bereits 1995 hatte die Kampagne ein solches Ausmaß angenommen, dass sich die Fachgruppe Klinische Psychologie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie veranlasst sah, in einer in dieser Weise präzedenzlosen Stellungnahme (1995) eine Rückkehr zur sachlichen Auseinandersetzung anzumahnen.

#### Von der Metaanalyse zur »Meta-Metaanalyse«?

Inzwischen sind so viele Metaanalysen erschienen, dass eine zusammenfassende Auswertung von Metaanalysen möglich wurde: Butler et al. (2006) fanden in insgesamt 16 Metaanalysen mit guter methodischer Qualität große Effektstärken beim Vergleich von kognitiv-behaviorale Therapien mit verschiedenen Kontrollbedingungen für unipolare Depressionen, generalisierte Angststörungen, Panikstörungen, Agoraphobie, Sozialphobie, posttraumatische Belastungsstörungen, Zwangsstörungen sowie Angststörungen und Depressionen des Kindes- und Jugendalters. Bei Partnerschaftsproblemen, Ärgerproblemen, somatischen Beschwerden des Kindesalters und chronischen Schmerzen ergaben sich moderate Effektstärken. Große, aber unkontrollierte Effektstärken wurden bei Bulimie und Schizophrenien festgestellt. Darüber hinaus zeigten Verhaltenstherapien bei Depressionen im Durchschnitt größere Effektstärken als medikamentöse Therapien. Diesen Effekt hatten bereits Gloaguen et al. (1998) bei der Auswertung von 17 direkten Vergleichsstudien identifiziert. Aufgrund der besseren Stabilität der Therapieerfolge bei der Verhaltenstherapie verstärkte sich dieser Effekt bei Betrachtung der Einjahreskatamnesen noch weiter. Darüber hinaus weisen Verhaltenstherapien bei Ängsten substanziiell niedrigere Abbrecherquoten auf als medikamentöse oder Kombinationstherapien (Gould et al. 1995).

Eine Grundkritik an den klassischen metaanalytischen Studien betrifft die Vernachlässigung der Störungsdimension. Es ist unangemessen, bei der Wirksamkeitsforschung die Art der behandelten Störungen auszuklammern. Die Annahme, dass so verschiedene Störungen wie Alkoholismus, funktionelle Sexualstörungen, Agoraphobien und Schizophrenien mit der gleichen Methode behandelt werden könnten, ist völlig unrealistisch. Die Wirksamkeitsfrage muss daher stets in Bezug auf klar definierte Problemkategorien gestellt und beantwortet werden. Die Prüfung auf der Ebene einzelner Störungsbilder ist jedoch insofern problematisch, als die Gesamtzahl aller Störungsbilder im Indikationsbereich der Psychotherapie zu groß ist, um wirklich jeweils Einzelnachweise zu verlangen. Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie hat daher die einzelnen Störungen nach ICD-10 zu zwölf großen Klassen für Erwachsene sowie acht Klassen für Kinder und Jugendliche zusammengefasst. Bei der Gruppierung wurden neben der möglichen nosologischen und phänomenologischen Nähe auch die Häufigkeit in der Allgemeinbevölkerung, ihr Vorkommen in der psychotherapeutischen Praxis und ihre Bedeutung als Gegenstand der Psychotherapieforschung berücksichtigt. Auf dieser Basis wurden dann für alle wesentlichen Anwendungsbereiche die Wirksamkeitsnachweise der wichtigsten psychotherapeutischen Verfahren systematisch überprüft. Die Ergebnisse sind in [Tab. 1.2](#) zusammengefasst. Sie zeigen, dass nur die Verhaltenstherapie für alle geprüften Anwendungsbereiche mit Ausnahme der hirnanorganischen Störungen hinreichende Wirksamkeitsnachweise vorlegen kann.

#### Exkurs

##### WBP – wer und was?

Hinter dem Kürzel WBP verbirgt sich der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie, der von den Bundespsychotherapeuten- und Bundesärztekammern Deutschlands getragen wird. Der WBP erstellt Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung von Psychotherapieverfahren als Reaktion von Anfragen durch Behörden oder Fachverbände. Darüber hinaus greift der WBP aus eigener Initiati-

ve wissenschaftliche Fragen der Psychotherapieforschung auf und setzt Impulse für eine Förderung der Psychotherapie- und Versorgungsforschung. Der Beirat setzt sich paritätisch aus sechs Vertretern der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten sowie sechs ärztlichen Vertretern aus den Bereichen »Psychiatrie und Psychotherapie«, »Psychosomatische Me-

**Tab. 1.2.** Ergebnisse des Wissenschaftlichen Beirates Psychotherapie zur wissenschaftlichen Anerkennung psychotherapeutischer Verfahren: Hinreichender Nachweis der Wirksamkeit für die verschiedenen Anwendungsbereiche der Psychotherapie bei Erwachsenen

Anwendungsbereiche	Kognitive/ Verhaltens- therapien	Psychodyna- mische Therapien	Gesprächspsy- chotherapie	Systemische Therapien	Psycho- drama	Neuropsychologie <sup>b</sup>	Hypnothe- rapie	Eye-Movement-Desensi- tization and Reprocessing (EMDR)	Interpersonelle Psychotherapie (IPT)
1. Affektive Störungen (F3)	Ja	Ja	Ja	Nein	Nein	Nicht beansprucht	Nein	Nicht beansprucht	Ja
2. Angststörungen	Ja	Ja	Ja	Nein	Nein	Nicht beansprucht	Nein	Nicht beansprucht	Nicht beansprucht
3. Belastungsstörungen (F43)	Ja	Ja	Ja	Nein	Nein	Nicht beansprucht	Nein	Ja <sup>d</sup>	Nein <sup>e</sup>
4. Dissoziative, Konversions- und somatoforme Störun- gen	Ja	Ja	Nein	Nein	Nein	Nicht beansprucht	Nein	Nicht beansprucht	Nicht beansprucht
5. Essstörungen (F50)	Ja	Ja	Nein	Nein	Nein	Nicht beansprucht	Nein	Nicht beansprucht	Ja
6. Andere Verhaltensauffäl- ligkeiten mit körperlichen Störungen (F5)	Ja	Nein	Nein	Nein	Nein	Nicht beansprucht	Nein	Nicht beansprucht	Nicht beansprucht
7. Psychische und soziale Faktoren bei somatischen Krankheiten (F54)	Ja	Ja	Ja	Nein	Nein	Nicht beansprucht	Ja	Nicht beansprucht	Nicht beansprucht
8. Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen (F6)	Ja	Ja	Nein	Nein	Nein	Nicht beansprucht	Nein	Nicht beansprucht	Nicht beansprucht
9. Abhängigkeiten und Miss- brauch (F1, F55)	Ja	Ja	Nein	Nein	Nein	Nicht beansprucht	Ja <sup>c</sup>	Nicht beansprucht	Nicht beansprucht
10. Schizophrenie und wahn- hafte Störungen (F2)	Ja	Ja	Nein	Nein	Nein	Nicht beansprucht	Nein	Nicht beansprucht	Nicht beansprucht
11. Psychische und soziale Faktoren bei Intelligenz- minderung (F7) <sup>a</sup>	Nicht geprüft	Nicht geprüft	Nein	Nein	Nein	Nicht beansprucht	Nicht bean- sprucht	Nicht beansprucht	Nicht beansprucht
12. Hirnorganische Störungen	Nein	Nicht geprüft	Nein	Nein	Nein	Ja	Nein	Nicht beansprucht	Nicht beansprucht

<sup>a</sup> Anwendungsbereich »Anpassungsstörungen, psychische und soziale Faktoren bei Intelligenzminderung« bei Erwachsenen blieb unberücksichtigt, da dieser Bereich besondere Forschungsfragen aufwirft, die in einer gesonderten Stellungnahme berücksichtigt werden sollen.

<sup>b</sup> Für die Neuropsychologie wurde lediglich der Bereich der hirnorganischen Störungen geprüft, da auch nur für diesen Bereich eine Wirksamkeit beansprucht wurde.

<sup>c</sup> Belege liegen lediglich für Raucherentwöhnung und Methadonentzug vor.

<sup>d</sup> Die Anerkennung wurde nur für die posttraumatische Belastungsstörung beantragt und festgestellt.

<sup>e</sup> Die Anerkennung wurde nur für Anpassungsstörungen beantragt, jedoch nicht festgestellt.



dizin und Psychotherapie« sowie »Kinder und Jugendlichenpsychiatrie und -psychotherapie« zusammen. Für alle zwölf ordentlichen Mitglieder werden jeweils persönliche Stellvertreter benannt. Grundlage für die Arbeit des WBP ist das deutsche Psychotherapeutengesetz (PsychThG) vom 16.6.1998. Es definiert Psychotherapie als »eine mittels wissenschaftlich anerkannter Verfahren vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist«. Diese Wissenschaftlichkeitsklausel betrifft sowohl die Ausübung von Psychotherapie als auch die Anerkennung von Ausbildungsstätten.

Als Kriterium für die hinreichende wissenschaftliche Anerkennung psychotherapeutischer Verfahren und Methoden stellte der WBP u. a. folgende Grundsätze auf:

1. Der Wirksamkeitsnachweis für einen Anwendungsbereich kann in der Regel dann als gegeben gelten, wenn in mindestens drei unabhängigen, methodisch adäquaten Studien die Wirksamkeit für Störungen aus diesem Bereich nachgewiesen ist.
2. Die Anzahl von drei erforderlichen Studien für einen einzelnen Anwendungsbereich kann teilweise reduziert werden, wenn – in der Regel ältere – methodisch adäquate Wirksamkeitsstudien ohne Angabe eines spezifischen Störungsbereichs oder mit Vermischung mehrerer klar definierter Störungsgruppen vorliegen. Dies gilt allerdings nur für die Anwendungsbereiche 1–8 bei Erwachsenen. Liegen in der Regel mindestens acht solcher allgemeiner, ansonsten methodisch adäquater Studien vor, kann die Wirksamkeit für einen Anwendungsbereich aus dieser Gruppe bereits dann als hinreichend nachgewiesen gelten, wenn lediglich zwei für diesen Anwendungsbereich spezifische Studien vorliegen. Die Wirksamkeit für die Anwendungsbereiche 9–12 der Anwendungsbereichsliste kann lediglich durch spezielle Wirksamkeitsnachweise im Sinne von 1. nachgewiesen werden.

Ende 2007 wurden diese Kriterien in einem neuen »Methodenpapier« aktualisiert (vgl. [www.wbpsychotherapie.de](http://www.wbpsychotherapie.de)).

de). Die Auswahl der geprüften Verfahren erklärt sich dadurch, dass der WBP grundsätzlich immer dann tätig wird, wenn er Anfragen der zuständigen Landesgesundheitsbehörden erhält. Dies war bei Gesprächspsychotherapie, systemischen Therapien, Psychodrama und Neuropsychologie der Fall. Zu den psychodynamischen und kognitiv-verhaltenstherapeutischen Verfahren stellten die Landesbehörden keine Anfrage, da diese bereits nach den sog. Psychotherapie-Richtlinien sozialrechtlich zugelassen waren. Aus Gründen der Gleichbehandlung forderte der Beirat die zuständigen Fachgesellschaften auf, freiwillig eine Stellungnahme des Beirates einzuholen. Dieser Aufforderung kamen die Fachverbände nach. Die weiteren Gutachten erfolgten nach Anfragen, die Fachverbände aus eigener Initiative gestellt hatten.

Die Prüfung auf der Ebene großer Anwendungsbereiche macht es eher möglich, dass auch Verfahren mit wenigen Wirksamkeitsstudien die genannten Mindestanforderungen erfüllen. Dies hat wesentlich dazu beigetragen, dass im Unterschied zu den APA-Ergebnissen hier auch kürzere psychodynamische Therapien und Gesprächspsychotherapien als wissenschaftlich anerkannt eingestuft werden konnten. Allerdings beruht dieses Vorgehen auf der Annahme der Übertragbarkeit der Befunde zwischen den Störungen innerhalb einer Kategorie. Während dies etwa für Schlüsse von einer Form von Depression auf eine andere eher möglich sein dürfte, ist es keineswegs ausgemacht, dass von der Wirkung bei Phobien auf die Wirkung bei Zwangsstörungen geschlossen werden kann. Gerade hier wurde etwa nachgewiesen, dass die bei Phobien gut wirksame systematische Desensibilisierung bei Zwangsstörungen suboptimale Ergebnisse erzielt. Diesem Problem trägt das Vorgehen des WBP keine Rechnung. Darüber hinaus werden hier auch keine Aussagen zur vergleichenden Wirksamkeit gemacht. Es bleibt also unberücksichtigt, ob ein psychotherapeutisches Verfahren besser oder schlechter wirkt als ein anderes. Es wird lediglich festgestellt, ob überhaupt ein Wirksamkeitsnachweis vorliegt. Generell sind die Kriterien des Beirates daher eher als Minimalanforderungen zu verstehen, die der aktuellen Versorgungsrealität Rechnung tragen.

Noch drastischer sind Ergebnisse zum Kinder- und Jugendbereich. Hier ist die Evidenzsituation insgesamt ungünstiger, wobei ein hinreichender Nachweis der Wirksamkeit bisher ausschließlich für die Verhaltenstherapie vorliegt (mit Ausnahme der hirnrorganischen Störungen und Intelligenzminderungen). Für alle anderen Psychotherapieformen wurde die Anerkennung entweder gar nicht erst beantragt oder sie wurde mit den vorgelegten Studien nicht nachgewiesen (vgl. [www.wbpsychotherapie.de](http://www.wbpsychotherapie.de)). Dies steht im Einklang mit den publizierten Metaanalysen sowie den Ergebnissen der APA Task Force on Empirically Supported Therapies, die ebenfalls lediglich für kognitiv-verhaltens-

therapeutische Verfahren eine hinreichend nachgewiesene Wirksamkeit erbrachten (Weisz et al. 1995; Hoagwood u. Olin 2002; Beelmann u. Schneider 2003; Chambless u. Ollendick 2001; Schneider u. Döpfner 2004; In-Albon u. Schneider 2007). Aber auch bei dieser bisher am besten untersuchten Gruppe von Verfahren basieren einige der Studien auf sehr kleinen Stichproben, so dass die Generalisierbarkeit der Ergebnisse in einzelnen Anwendungsbereichen eingeschränkt ist. Für die Gesprächspsychotherapie, die systemische Therapie und das Psychodrama liegen nach dem Urteil des WBP keine hinreichenden Wirksamkeitsnachweise vor. Darüber hinaus wurden dem Beirat für die

psychodynamischen Psychotherapien nicht hinreichend Studien vorgelegt, um zu einem Urteil zu kommen. Allgemein gilt, dass für die meisten psychotherapeutischen Verfahren mit Ausnahme der kognitiv-verhaltenstherapeu-

tischen fast keine Wirksamkeitsstudien bei Kindern und Jugendlichen vorliegen (vgl. Casey u. Berman 1985; Weisz et al. 1987, 1995; Beelmann u. Schneider 2003; In-Albon u. Schneider 2007).

### Exkurs

#### Längst ausgestorben oder lebende Legende? Der Dodo und die Therapieforschung

Der flugunfähige Vogel Dodo (seltener auch *Dronte*, *Doudo* oder *Dudu*), heute das Wappentier der Insel Mauritius im Indischen Ozean, war eine längst ausgestorbene Kuriosität, als er 1865 in Lewis Carolls *Alice im Wunderland* auftauchte (■ Abb. 1.3). Dort schlug der Dodo einen Wettlauf zum Trocknen vor, nachdem Alice und eine Reihe anderer Figuren nass geworden waren. Dabei konnte jeder laufen wie er wollte, anfangen wo er wollte und aufhören wann er wollte – es kam gar nicht darauf an. Unter diesen Bedingungen überrascht es nicht, dass nachher niemand (auch nicht der Dodo) wusste, wer gewonnen hatte. Seine salomonische Lösung bestand in dem mittlerweile berühmten Satz »Everybody has won, and all must have prizes«. Die Rechnung (in Form von Geschenken) sollte allerdings jemand anderes bezahlen, nämlich Alice. Diese Geschichte birgt mehr Ähnlichkeit mit der »great psychotherapy debate« (Wampold), als manchem Protagonisten klar ist – das Rennen ist chaotisch, die Rechnung sollen andere bezahlen, und alle müssen gleich behandelt werden.

Rund 70 Jahre später führte Saul Rosenzweig (1936), der Erfinder der »Picture Frustration Study«, den Begriff »Dodo bird verdict« in die psychologische Literatur ein. Als Erster stellte er darin die Behauptung auf, dass alle Psychothera-

pien im Wesentlichen über gemeinsame, unspezifische Faktoren wirkten. Diese These wurde ohne jeden empirischen Beleg vorgebracht, und sie erfuhr wenig Aufmerksamkeit, bis sie noch einmal 40 Jahre später von Luborsky et al. (1975) wiederbelebt wurde. Seither ist die (Non-)Spezifität der Wirkungen von Psychotherapie immer wieder kontrovers diskutiert worden (vgl. Roth u. Fonagy 1996; Chambless u. Ollendick 2001; Wampold 2001; Lambert 2004). Die extreme Form des »Dodo-Urteils« behauptet, alle psychotherapeutischen Verfahren seien gleichwertig und ihre Effekte im Wesentlichen auf allgemeine bzw. nonspezifische Wirkfaktoren zurückzuführen (z. B. Wampold 2001; Luborsky et al. 2002; Lambert u. Ogles 2004). Vertreter der Dodo-Position berufen sich im Wesentlichen auf zwei Quellen:

- Studien, die verschiedene Therapien direkt verglichen,
- metaanalytische Auswertungen zu der Frage, ob die Unterschiede zwischen den publizierten Effektstärken der verschiedenen Therapieformen signifikant von Null abweichen.

Beide Quellen sind jedoch problematisch. Die meisten direkten Vergleichsstudien hatten so geringe Stichprobengrößen, dass ihnen die statistische Power fehlte, um überhaupt Unterschiede mit hinreichender Wahrscheinlichkeit aufdecken zu können. Nullergebnisse drücken hier eher fehlende Power als fehlende Unterschiede aus. Zudem wurde in älteren Studien häufig die Störungsdimension vernachlässigt, so dass der Geltungsbereich der Ergebnisse unklar blieb. Manche Störungsbilder profitieren jedoch von vielen verschiedenen Behandlungsformen (z. B. Depressionen), andere dagegen sprechen sehr spezifisch auf einzelne Therapien an (z. B. Zwangsstörungen oder Phobien). Studien mit hinreichender statistischer Power und methodischer Qualität zeigen deutliche Unterschiede zwischen verschiedenen verhaltenstherapeutischen Maßnahmen (z. B. bei Zwangsstörungen: Fals-Stewart et al. 1993; Lindsay et al. 1997) sowie zwischen Verhaltenstherapien und anderen Therapien (z. B. non-direktiven Gesprächstherapien bei generalisierter Angst: Borkovec u. Costello 1993). Dabei wurde sichergestellt, dass die beobachteten Effekte nicht durch Unterschiede in der therapeutischen Beziehung, der Glaubwürdigkeit der Behandlung oder den Erwartungen der Patienten erklärt werden konnten.

Metaanalysen wie die von Wampold (1997) hingegen erfassten vor allem Vergleichsstudien mit eingeschränkten Stichproben, darunter eine Vielzahl von Studentengruppen



■ Abb. 1.3. Alice mit dem Dodo. (Aus Caroll 1869)

oder anderen Personen aus Beratungseinrichtungen. Diese sind nicht aussagekräftig für klinische Patientengruppen mit schwereren psychischen oder Entwicklungsstörungen. Darüber hinaus wurden Kinder und Jugendliche nicht angemessen berücksichtigt, und in 70–80% aller erfassten Studien handelte es sich um Vergleiche zwischen verschiedenen verhaltenstherapeutischen Verfahren. Trotz all dieser Einschränkungen wichen auch bei Wampold (1997) die durchschnittlichen Effektstärken signifikant von Null ab, so dass keine Gleichheit zwischen den Therapiebedingungen herrschte. Erst nachdem eine methodisch grob fehlerhafte Manipulation vorgenommen wurde (zufällige Zuweisung positiver oder negativer Vorzeichen zu den gefundenen Effektstärken, was zwangsweise zu einem Durchschnitt von Null führen muss), waren die Unterschiede zwischen den Therapien »verschwunden« (vgl. ausführlicher Hunsley u. Di Giulio 2002). Zudem wurden die auf Kinder und Jugendliche spezialisierten Zeitschriften (u. a. *Journal of Clinical Child Psychology*, *Journal of Abnormal Child Psychology*, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*) von Wampold (1997) nicht ausgewertet. Gerade bei Kindern und Jugendlichen ist jedoch eine deutliche Überlegenheit von behavioralen gegenüber anderen Therapien gezeigt worden (Casey u. Berman 1985; Weisz et al. 1995),

die anders als im Erwachsenenalter für die Behandlung von Depressionen gilt (Stark et al. 1991; Brent et al. 1997).

Chambless (2002) hat auf die umfangreiche Evidenz dafür hingewiesen, dass spezifische Therapien »spezifischen Personen in spezifischen Situationen mit spezifischen Problemen helfen« (Übersetzung durch den Autor). Dieser Effekt wird verschleiert, wenn Probleme und Therapien in willkürlicher Weise zusammengeworfen werden. Insgesamt legen die Ergebnisse zur Spezifität verschiedener psychotherapeutischer Interventionen nahe, dass neben nonspezifischen auch spezifische Wirkfaktoren operieren. So zeigt sich bei Phobien oder Zwängen regelmäßig, dass Therapien ohne Konfrontationskomponente solchen mit Konfrontation unterlegen sind (Marks 1987). Als Beispiel für einen gut belegten nonspezifischen Wirkfaktor kann die therapeutische Beziehung gelten, die nach der Metaanalyse von Horvath und Symonds (1991) allerdings für nur 9% der Ergebnisvarianz verantwortlich ist (vgl. auch Martin et al. 2000). Insgesamt führt die Befundlage Hunsley und Di Giulio (2002) zu dem Schluss, dass das Dodo-Urteil nicht wie Phönix aus der Asche steige, sondern eher Ähnlichkeit mit einem wiederkehrenden, substanzlosen Gerücht über die Sichtung eines lange ausgestorbenen flugunfähigen Vogels aufweise.

Die wichtigste Alternative zum metaanalytischen Vorgehen hat die »Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures« der American Psychological Association entwickelt (deutsche Übersetzung: Hahlweg 1995). Ihr Ansatz berücksichtigt explizit die Störungsdimension und die Frage der Therapieintegrität. Im Gegensatz etwa zu pharmakologischen Behandlungen muss bei jeglicher Psychotherapie klargestellt werden, was sich konkret hinter Etiketten wie »Verhaltenstherapie« oder »Gesprächspsychotherapie« verbirgt. Dazu dienen in der Forschung die bereits eingangs erwähnten Therapiemanuale, die konkrete Anleitungen für die Durchführung der Therapie enthalten. Auf der Basis dieser Überlegungen wurden Mindestkriterien für empirisch validierte Therapien zusammengestellt, wobei noch zwischen »gut etablierten« und »wahrscheinlich wirksamen« Behandlungen unterschieden wurde. Diese Kriterien werden in ► Kap. I/11 wiedergegeben. Inzwischen haben auch andere Arbeitsgruppen mit mehr oder minder ähnlichen Methoden versucht, die Vielzahl der Psychotherapiestudien sinnvoll zusammenzufassen. ■ Tab. 1.3 zeigt die Ergebnisse der verschie-

denen Arbeitsgruppen für die Behandlung Erwachsener, ■ Tab. 1.4 diejenigen für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen.

Die Ergebnisse in ■ Tab. 1.3 und 1.4 gleichen den zuvor referierten metaanalytischen Befunden zur Auswertung der Psychotherapieforschung. Dies ist umso bedeutsamer, als die der Bewertung zugrunde liegenden Kriterien auch von psychodynamisch orientierten Forschern akzeptiert werden und neben kontrollierten Therapiestudien auch Einzelfallstudien als akzeptable Basis umfassen. Ähnliche Ergebnisse erbrachte darüber hinaus eine systematische Auswertung im Auftrag des britischen Gesundheitsministeriums (UK Department of Health 2001) sowie die bereits geschilderten Gutachten des Wissenschaftlichen Beirates Psychotherapie. Es sind im Wesentlichen kognitiv-verhaltenstherapeutische Verfahren, die als »empirically supported« gelten können (Chambless u. Ollendick 2001). Es liegt demnach nahe, diesen Verfahren einen besonderen Stellenwert für die Ausbildung von Psychotherapeuten zuzuweisen.

**Tab. 1.3.** Zusammenfassung der Ergebnisse verschiedener Arbeitsgruppen<sup>a</sup> zu empirisch validierten Behandlungen für Erwachsene. (Nach Chambless u. Ollendick 2001)

Störung	Behandlung <sup>b</sup>	Kategorie der empirischen Bestätigung <sup>c</sup>		
		I	II	III
<i>Angst und Stress</i>				
Agoraphobie/Panikstörung mit Agoraphobie	KVT	A, E?, F	E?	
	Paarkommunikationstraining als Zusatz zur Konfrontation		A, D	
	Konfrontation	A, D, E?, F	E?	
	Partnerunterstützte KVT		D, F	
Blut-/Verletzungssphobie	Angewandte Anspannung (»applied tension«)		F	E
	Exposition/Konfrontation			E
Generalisierte Angststörung	Angewandte Entspannung	F	A, D, E	
	KVT	A, D, E?, F	E?	
Geriatrische Angststörungen	KVT			F, G
	Entspannung		F	
Zwangsstörung	Reizkonfrontation + Reaktionsverhinderung	A, D, E?, F	E?	
	Kognitive Therapie		A, D	E
	RET + Konfrontation			E
	Familienunterstützte Reizkonfrontation + Reaktionsverhinderung + Entspannung		D	
	Rückfallprävention		A	
Panikstörung	Angewandte Entspannung	F	A, D, E	
	KVT	A, D, E?, F	E?	
	Emotionsfokussierte Therapie			F
	Konfrontation	E?	D, E?	
Posttraumatische Belastungsstörung	EMDR		A (nur Zivilisten), D	
	Konfrontation	F	A, D	
	Stressimpfungstraining	F	A, D	
	Stressimpfungstraining in Kombination mit kognitiver Therapie + Konfrontation	E?	E?, F	
	Strukturierte psychodynamische Behandlung			E
Angst vor Sprechen in der Öffentlichkeit	Systematische Desensibilisierung		A	
Soziale Angst/Phobie	KVT	E?, F	A, D, E?	
	Konfrontation	E?	A, D, E?, F	
	Systematische Desensibilisierung		A	
Spezifische Phobie	Konfrontation	A, E?, F	E?	
	Systematische Desensibilisierung		A	
Stress	Stressimpfungstraining	A		
<i>Substanzmissbrauch und -abhängigkeit</i>				
Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit	Community Reinforcement	E?, F?	A, D, E?, F?	
	Reizkonfrontationsbehandlung		A, D	
	Reizkonfrontationsbehandlung + »urge-coping skills«		D	
	Reizkonfrontation mit stationärer Therapie		A	
	Motivierende Gespräche (»motivational interviewing«)	E?	E?	
	BPT + Disulfiram	E?, F?	A, D, E?, F?	
	Training sozialer Kompetenz mit stationärer Therapie	E?, F?	A, D, E?, F?	

Tab. 1.3 (Fortsetzung)

Störung	Behandlung <sup>b</sup>	Kategorie der empirischen Bestätigung <sup>c</sup>		
		I	II	III
Benzodiazepin-Absetzung bei Panikstörung	KVT	A		
Kokainmissbrauch	Verhaltenstherapie	A		
	KVT-Rückfallprävention	A, D		
Opiatabhängigkeit	Verhaltenstherapie (Verstärkung)	D		
	Psychodynamische Kurztherapie	A, D		
	Kognitive Therapie	A, D		
<i>Depression</i>				
Bipolare Störung	Psychoedukation		F	
	KVT zur Einhaltung der Medikation		F	
	Familientherapie			F
Altersdepression	Verhaltenstherapie	E?, F	E?, G	
	Psychodynamische Kurztherapie	E?, F	E?, G	
	KVT	E?, F	A, E?, G	
	Interpersonelle Therapie		F	
	Problemlösetraining		F, G	
	Psychoedukation	F		
	Reminiszenztherapie (mild-moderat)	F	A, G	
Major Depression	Verhaltenstherapie	A, F	D	
	BPT (für jene mit Eheproblemen)	F	D	
	Psychodynamische Kurztherapie		A	E
	KVT	A, D, E?, F	E?	
	Interpersonelle Therapie	A, E?, F	D, E?	
	Selbstkontrolltherapie		A, F	
	Soziales Problemlösetraining		A, D	
<i>Gesundheitliche Probleme</i>				
Anorexia nervosa	Verhaltenstherapie	E?	E?	
	Behaviorale Familien-Systemtherapie		F	
	Kognitive Therapie	E?	E?	
	Familientherapie			F
Binge-Eating Disorder	Behaviorale Gewichtskontrolle		F	
	KVT	F	A	
	Interpersonelle Therapie		A, F	
Bulimia nervosa	KVT	A, E?, F	D, E?	
	Interpersonelle Therapie	E?	A, D, E?, F	
Schmerzen aufgrund von Krebs	KVT			H
Nebenwirkungen von Chemotherapie (für Krebspatienten)	Progressive Muskelrelaxation mit oder ohne geleitete Imagination		D	
Chronische Schmerzen (heterogen)	KVT mit Physiotherapie		A, D, H	
	EMG-Biofeedback		A	
	Operante Verhaltenstherapie		A, D	
Chronische Schmerzen (Rücken)	KVT	H	A, D	
	Operante Verhaltenstherapie		D	



Tab. 1.3 (Fortsetzung)

Störung	Behandlung <sup>b</sup>	Kategorie der empirischen Bestätigung <sup>c</sup>		
		I	II	III
Kopfschmerzen	Verhaltenstherapie	A		
Idiopathischer Schmerz	KVT			H
Reizdarm (IBS)	Kognitive Therapie		A, D	
	Hypnotherapie		D	
	Multikomponente KVT		A, D	
Migräne	EMG-Biofeedback + Entspannung		D	
	Temperatur – Biofeedback + Entspannungstraining		A, D	
Adipositas	Hypnose mit KVT		A	
Raynaud'sche-Krankheit	Thermales Biofeedback		A	
Rheumaschmerzen	Multikomponente KVT	A, D, H		
Schmerz bei Sichelzellen-Krankheit	Multikomponente KVT		A	
Raucherentwöhnung	Gruppen-KVT		D	
	Multikomponente KVT mit Rückfallprävention	A, D		
	Geplante Reduktion des Rauchens mit multimodaler Verhaltenstherapie		A, D	
Somatoforme Schmerzstörung	KVT		F	
<i>Eheprobleme</i>	BPT	A, D		
	KVT		D	
	Kognitive Therapie		D	
	Emotionsfokussierte Paartherapie		A (nicht mehr als moderat belastet), D	
	Einsichtorientierte Paartherapie		A, D	
	Systemische Therapie		D	
<i>Sexuelle Funktionsstörung</i>				
Erektile Dysfunktion	Verhaltenstherapie gezielt auf Reduktion der sexuellen Ängstlichkeit und verbesserte Kommunikation	E?	E?	
	KVT gezielt auf Reduktion der sexuellen Ängstlichkeit und verbesserte Kommunikation	E?	E?	
Unteraktivität des weiblichen sexuellen Verlangens	Hurlberts Kombinationstherapie		A, D	
	Zimmers kombinierte Sexual- und Paartherapie		A, D	
Störung/Dysfunktion der weiblichen Orgasmusfähigkeit	BPT mit Masters u. Johnsons Therapie		D	
	Masters u. Johnsons Sexual-Therapie		A, D	
	Training sexueller Fähigkeiten		D	
Verfrühte Ejakulation	Verhaltenstherapie			E
Vaginismus	Expositionsbasierte Verhaltenstherapie	E?	E?	
<i>Andere</i>				
Vermeidende Persönlichkeitsstörung	Konfrontation			
	Training sozialer Fähigkeiten			
Körperdysmorphie Störung	KVT		F	
Borderline-Persönlichkeitsstörung	Dialektische Verhaltenstherapie	E?	A, E?, F	
	Psychodynamische Therapie			F
Demenz	Verhaltensinterventionen auf Umgebungsniveau	G		
	Gedächtnis- und kognitives Training zur Verlangsamung der kognitiven Verminderung		G	
	Realitätsorientierung		G	E

Tab. 1.3 (Fortsetzung)

Störung	Behandlung <sup>b</sup>	Kategorie der empirischen Bestätigung <sup>c</sup>		
		I	II	III
Belastung von geriatrisch Pflegenden	Psychoedukation		G	
	Psychosoziale Intervention	E?	E?	
Hypochondrie	KVT			F
Paraphilie/Sexualstraftäter	Verhaltenstherapie		A	
	KVT			F
Schizophrenie	Assertive Case-Management			F
	Verhaltenstherapie und soziales Lernen/Token-Economy-Programme	F		
	Clinical Case-Management			
	Kognitive Therapie (bei Wahn)			
	Verhaltensfamilietherapie	D, E?, F	A, E?	
	Systemische Familientherapie		D	
	Programme für soziales Lernen	F		
	Training sozialer Kompetenzen	F	A, D	
	Unterstützende Gruppentherapie		F	
	Unterstützende Langzeit-Familientherapie	D		
	Training in Community-living-Programm	F		
Schwer Geisteskrankte	Unterstützte Beschäftigung		A, F	
Schlafstörungen	Verhaltenstherapie			F
	KVT (für geriatrische Schlafstörungen)		G	
Unerwünschte Gewohnheiten	Habit-Reversal-Training + Kontrolltechniken		A	

- <sup>a</sup> Arbeitsgruppen: A: APA Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures; Chambless, D. L., Sanderson, W. C., Shoham, V. et al. (1998). Update on empirically validated therapies, II. *The Clinical Psychologist*, 51(1), 3–16.  
 B: Sprito, A. (1999). Introduction to special series on empirically supported treatment in pediatric psychology. *Journal of Pediatric Psychology, Special Section*, 24(2), 87–90.  
 C: *Journal of Clinical Child Psychology, Special Section*.  
 D: Kendall u. Chambless (1998). Empirically supported psychological therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, Special Section*, 66, 3–167.  
 E: Roth, A. & Fonagy, P. (1996). *What works for whom?* New York: Guilford  
 F: Nathan, P. E. & Gorman, J. M. (1998). *A guide to treatments that work*. New York: Oxford University Press.  
 G: Gatz, M., Fiske, A., Fox, L. S. et al. (1998). Empirically validated psychological treatments for older adults. *Journal of Mental Health and Aging*, 4(1), 9–46.  
 H: Wilson, J. J. & Gil, K. M. (1996). The efficacy of psychological and pharmacological interventions for the treatment of chronic disease-related and non-disease-related pain. *Clinical Psychological Review*, 16, 573–597.  
 ?: Unklar aus der Beschreibung der Autoren, ob die Behandlung in Kategorie I oder II gehört.
- <sup>b</sup> BPT Behaviorale Paartherapie, EMDR Eye Movement Desensitization and Reprocessing, EMG Elektromyographie; RET Rational-emotive Therapie; KVT Kognitive Verhaltenstherapie.
- <sup>c</sup> Kategorie I: gut etabliert/wirksam und spezifisch/2 Typ-1-Studien; Kategorie II: wahrscheinlich wirksam/wirksam/oder möglicherweise wirksam/1 Typ-1-Studie; Kategorie III: vielversprechend/Typ-2- oder -3-Studien. Nur die Arbeitsgruppen B, E und F verzeichneten Kategorie-III-Behandlungen.

**Tab. 1.4.** Zusammenfassung der Ergebnisse verschiedener Arbeitsgruppen<sup>a</sup> zu empirisch validierten Behandlungen für Kinder und Jugendliche. (Nach Chambless u. Ollendick 2001)

Bedingung/Störung <sup>b</sup>	Behandlung	Kategorie der empirischen Validierung <sup>c</sup>		
		I	II	III
ADHS	Verhaltenstraining für Eltern	C		
	Verhaltensmodifikation im Klassenzimmer	C		F
	Langzeit-multimodale Therapie			E
Angststörungen (Trennungsangst, Vermeidungsstörung, Störung mit übermäßiger Ängstlichkeit)	Kognitive Verhaltenstherapie		A, C	E
	Kognitive Verhaltenstherapie + familiäres AMT		A, C	
	Psychodynamische Psychotherapie			E
Chronischer Schmerz (Skelettmuskelerkrankungen)	Kognitive Verhaltenstherapie			B
Verhaltensstörung (Oppositionelles Trotzverhalten)	Ärgerkontrolltraining mit Stressimpfungstraining (Jugendliche)		C	
	Ärgerbewältigungstherapie (Kinder)		C	
	Training des Selbstbewusstseins		C	
	Kognitive Verhaltenstherapie	E?	E?	
	Kognitive Problemlösefertigkeiten	F		
	Präventionsprogramm für Delinquenz		C	
	Funktionale Familientherapie	F		
	Multisystemische Therapie	F	C	
	Therapie der Eltern-Kind-Interaktion		C	
	Elternt raining basierend auf dem Zusammenleben mit Kindern (Kinder)	A, E?, F	C, E?	
	Elternt raining basierend auf dem Zusammenleben mit Kindern (Jugendliche)	C		
	Training der Problemlösefähigkeiten		C	
	Rational-emotive Therapie		C	
	Auszeit plus »Signalstuhl«-Behandlung		C	
	Elternt raining mit videogestütztem Modellernen	C		
Depression	Bewältigungskurs für Depression mit Fertigkeitstraining (Jugendliche)		C	
	Kognitive Verhaltenstherapie (Kinder)		C	
Störung des Sozialverhaltens	Strukturelle Familientherapien			E
Belastung aufgrund medizinischer Maßnahmen (hauptsächlich für Krebserkrankungen)	Kognitive Verhaltenstherapie	B		
Enkopresis	Verhaltensmodifikation	E?	A, E?	
Enuresis	Verhaltensmodifikation	A, E?	E	
Fettleibigkeit	Verhaltenstherapie		A	
Zwangsstörung	Konfrontation mit Reaktionsverhinderung			E
Phobien	Kognitive Verhaltenstherapie		C	
	Videogestütztes Modellernen		C	
	Imaginäre Desensibilisierung		C	
	In-vivo-Desensibilisierung		C	
	In-vivo-Modellernen		C	
	Teilnehmendes Modellernen	C		
	Schnelle Konfrontation (Schulphobie)	E?	E?	
	Verstärkte Praxis	C	A	

Tab. 1.4 (Fortsetzung)

Bedingung/Störung <sup>b</sup>	Behandlung	Kategorie der empirischen Validierung <sup>c</sup>		
		I	II	III
Psychophysiologische Störungen	Familientherapie	E?	E?	
	Psychodynamische Psychotherapie			E
Tiefgreifende Entwicklungsstörungen	Kontingenzmanagement	E?	E?	
Rezidivierende Bauchschmerzen	Kognitive Verhaltenstherapie		D, F	
Rezidivierende Kopfschmerzen	Biofeedback mit Selbsthypnose			B
	Entspannung/Selbsthypnose	B		
	Temperatur – Biofeedback		B	

<sup>a</sup> Arbeitsgruppen A–F s. unter Tab. 1.3.

<sup>b</sup> ADHS Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung; AMT Angstmanagementtraining.

<sup>c</sup> Kategorien s. unter Tab. 1.3.

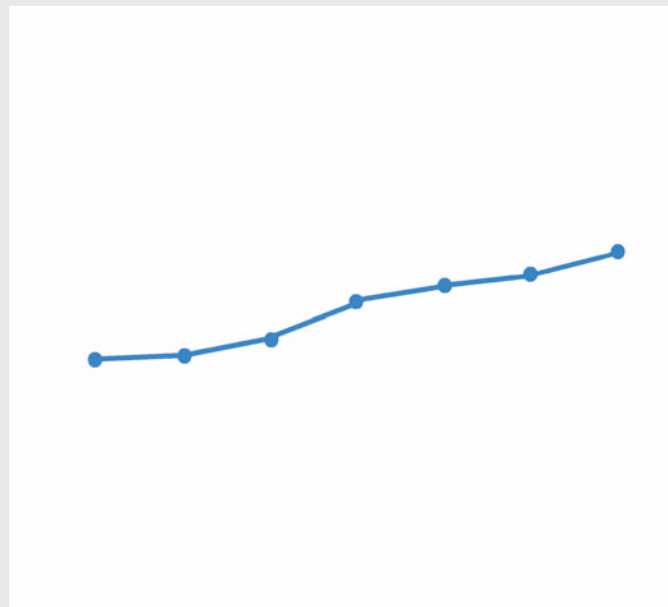
## Exkurs

### Psychotherapie muss sich nicht verstecken: Ein Vergleich mit der Medizin

Ein Blick über den Gartenzaun ist häufig hilfreich. Wie steht Psychotherapie im Vergleich mit gängigen medizinischen Maßnahmen für somatische Probleme da? Das Ausmaß der erzielten Therapieerfolge wie auch die Wahrscheinlichkeit eines positiven Ergebnisses sind auch in diesem Kontext als gut zu bezeichnen, wie aus Abb. 1.4

hervorgeht. Darin werden nach Lipsey u. Wilson (1993), Grawe et al. (1994), Howard et al. (1994) und Lutz (2003) die Effektstärke des Therapieerfolges und die Wahrscheinlichkeit eines besseren Ergebnisses bei behandelten im Vergleich zu unbehandelten Patienten dargestellt.

**Abb. 1.4.** Vergleich der Wirksamkeit gängiger Behandlungen: Durchschnittliche Effektstärken (schwarze Balken mit weißen Zahlen) und Wahrscheinlichkeit des Eintritts eines Therapieeffektes (blaue Linie ohne Zahlen). *Aspirin*: Verwendung zur Prävention von Herzinfarkten, *Chemotherapie*: bei Brustkrebs, *Arthritis*: medikamentöse Therapie, *Bypass*: Bypass-Operation bei Angina pectoris, *Psychotherapie*: Durchschnitt über alle Psychotherapieverfahren und Indikationen, *KVT*: Ergebnisse ausschließlich für verhaltenstherapeutische bzw. kognitive Verfahren



### ➤ Fazit

Die allgemeine Wirksamkeit verhaltenstherapeutischer Verfahren ist bei allen relevanten Indikationen über jeden vernünftigen Zweifel hinaus belegt. Die Therapieerfolge sind vergleichbar oder größer als diejenigen für eine Vielzahl etablierter medizinischer Verfahren. Allerdings ist die Wirksamkeit besser für Erwachsene als für Kinderpopulationen belegt. Zudem gibt es Hinweise auf eine verzerrte Publikationspraxis (► Abschn. 1.4.3). Wie bei medikamentösen Therapien scheinen positive Ergebnisse mit größerer Wahrscheinlichkeit publiziert zu werden als negative. Quantitative Analysen zeigen jedoch, dass auch nach Abzug derartiger Verzerrungseffekte ein signifikanter positiver Therapieeffekt erhalten bleibt.

Einschränkend muss jedoch angemerkt werden, dass der Therapieerfolg nicht nur von der Wahl der Therapiemethode abhängt. Vielmehr spielen auch methodenunabhängige Faktoren eine wichtige Rolle (Haltung der Therapeuten, Haltung der Patienten, Dauer der Therapie etc.). Je spezifischer allerdings die untersuchte Störung und je spezifischer die angewandte Therapie ist, desto weniger bedeutsam sind methodenunabhängige Faktoren. So weist Lutz (2003) darauf hin, dass die punktbiseriale Korrelation zwischen Verfahren und Ergebnis bei kognitiv-verhaltenstherapeutischen Verfahren .52 (aufgeklärte Varianz  $r^2$ :.27), bei psychotherapeutischen Verfahren im Allgemeinen dagegen nur .39 (aufgeklärte Varianz  $r^2$ :.15) beträgt.

Darüber hinaus gelten die publizierten hohen Erfolgswahrscheinlichkeiten nicht für alle Patienten gleichermaßen. Es müssen zudem Therapieabbrecher, Therapieverweigerer, mögliche Differenzen zwischen den in der Forschung verwendeten Erfolgsmaßen und klinisch relevanten Erfolgsdefinitionen sowie die Frage der Dauerhaftigkeit der Therapiewirkung in Katamnesestudien berücksichtigt werden. Diese Einschränkungen gelten jedoch auch für die publizierten Ergebnisse zu pharmakologischen oder anderen medizinischen Behandlungsverfahren. Sie stellen daher keine grundsätzliche Beeinträchtigung für Quervergleiche zwischen diesen Behandlungsmodalitäten dar. Allerdings müssen bei derartigen Vergleichen empirisch beobachtete Differenzen berücksichtigt werden. So sind etwa Therapieabbrüche, Therapieverweigerungen und Non-Compliance bei psychopharmakologischen Behandlungen regelmäßig deutlich höher als bei psychotherapeutischen Maßnahmen (Gould et al. 1995; Barlow 2004; Lambert u. Ogles 2004). Darüber hinaus weist Barlow (2004) darauf hin, dass in einer Vielzahl von Studien immer wieder festgestellt wurde, dass – sofern dies zur Wahl gestellt wird – die Bevölkerung psychologische Interventionen gegenüber pharmakologischen bevorzugt; dieser Zusammenhang gilt selbst für Zentren, die vor allem für pharmakologische Kompetenz bekannt sind (z. B. Hazlett-Stevens et al. 2002; Hofmann et al. 1998; Mitchell et al. 1990; Wilson u. Fairburn 2002; Zoellner et al. 2003).

### Exkurs

#### Symptomverschiebung: Fakt oder Fiktion?

Die These der Symptomverschiebung wird noch immer als ein Hauptargument gegen »symptomreduzierende« Therapien verwendet. Bemerkenswert ist dabei nicht nur, dass die Vertreter dieser theoretisch durchaus interessanten These typischerweise keine empirischen Belege vorlegen. Auch Verfechter sog. symptomorientierter Therapien wie der Verhaltenstherapie haben dem möglichen Auftreten neuer Probleme nach Lindernung alter Beschwerden oft nur wenig Aufmerksamkeit gewidmet. Ihre Argumentation beschränkt sich in der Regel auf den Nachweis, dass die Beseitigung der Zielproblematik von dauerhafter Natur ist. Der bloße Nachweis der Dauerhaftigkeit des Therapieerfolgs in diesem Sinne reicht jedoch nicht aus, um die These von der Symptomverschiebung zu widerlegen. So wäre es etwa möglich, dass eine Reizkonfrontationstherapie zwar die Angstproblematik überdauernd beseitigt, aber dass stattdessen andere Störungen (z. B. Depressionen, Partnerschaftsprobleme) auftreten. Um diesen Kern der Symptomverschiebungsthese zu überprüfen, müssen daher auch Zusammenhänge mit anderen Störungen untersucht werden. Im Falle von Symptomverschiebung sollte die Reduktion der Zielproblematik mit einer Zunahme anderer Beschwerden korrelieren. Weiterhin müsste die Neuauftretensrate psychischer Störungen höher sein als in der Allgemeinbevölkerung. Wir sind diesen beiden Möglichkeiten in zwei verschiedenen Katamnesestudien nachgegangen: In Studie 1 wurden Patienten nach erfolgreicher Therapie eines Paniksyndroms durch eine kognitive Verhaltenstherapie untersucht. Studie 2 betraf Agoraphobiker nach einer erfolgreichen Reizüberflutungstherapie. In beiden Studien wurde die Angstreduktion bis zu 5 Jahre nach Therapieende mit Veränderungen verschiedener psychopathologischer Merkmale korreliert. Die Ergebnisse zeigten, dass eine Abnahme von Angst sehr deutlich positiv mit einer **Abnahme** (nicht einer Zunahme!) von Depression, Alkoholismus und anderen psychischen Beschwerden korreliert. Zu anderen Bereichen wie etwa Partnerschaftsproblemen oder Essstörungen ergaben sich auch im Längsschnitt keine signifikanten Zusammenhänge. Vor allem aber zeigte sich keine erhöhte Neuauftretensrate anderer psychischer Störungen, und die Kosten, die die Patienten im Gesundheitssystem durch psychologische und ärztliche Maßnahmen verursachten, nahmen signifikant ab. Ergebnisse wie diese widerlegen die These der Symptomverschiebung eindeutig.



### 1.4.3 Dauerhaftigkeit und Übertragbarkeit auf die Alltagspraxis

Die Dauerhaftigkeit verhaltenstherapeutischer Wirkungen ist insgesamt gut belegt. Sie ist auch deutlich besser nachgewiesen als diejenige der wichtigsten konkurrierenden Behandlungsmodalität, der Therapie mit psychotropen Medikamenten (vgl. u. a. Conte et al. 1986; Dobson 1989; Gloaguen et al. 1998; Gould et al. 1995; Miller u. Berman 1983; Ruhmland u. Margraf 2001a, b, c; Steinbrueck et al. 1983; Weisz et al. 1987, 1995). Während die Rückfallraten der medikamentösen Therapie bei Depressionen oder Angststörungen bereits nach kurzer Zeit bei 60–80% liegen, betragen

diese Werte bei kognitiver Verhaltenstherapie maximal 20–30%. Bei schweren Phobien oder Panikstörungen sind die Rückfallraten der Verhaltenstherapie sogar noch deutlich tiefer. Darüber hinaus können psychotherapeutische Zusatzinterventionen die Rückfallraten psychiatrischer Routineversorgung positiv beeinflussen. Auch wenn es keinen Anlass für die Annahme gibt, eine einzelne psychotherapeutische Behandlung könne Patienten dauerhaft gegen psychische Beschwerden oder Symptome »impfen«, erreichen doch viele Patienten langfristig psychische Gesundheit und ein adäquates Funktionsniveau (vgl. Lambert u. Ogles 2004). Dies gilt auch bei langen Krankheitsgeschichten, wie sie für Verhaltenstherapiepatienten typisch sind.

#### Forschungsstadien

Auch beim Thema Dauerhaftigkeit sind zwei Stadien der Forschung festzustellen. In einem ersten Stadium wurden undifferenziert allgemeine Stichproben von Patienten nachuntersucht, die mit mehr oder minder genau spezifizierten Formen von Psychotherapie behandelt worden waren. Im aktuellen zweiten Stadium wurde dann gezielt für genauer definierte Gruppen von Störungen und Behandlungen die langfristige Wirksamkeit mit Hilfe systematischer Katamneseuntersuchungen erforscht. Heute gilt es als allgemein anerkannt, dass Wirksamkeitsstudien auch über einen hinreichend lange Katamnese verfügen sollten, da die wichtigsten psychischen Störungen in der Regel chronische bzw. phasisch wiederkehrende Verläufe aufweisen. Bei Störungen wie Depressionen, Alkoholismus, Rauchen oder Adipositas sind Rückfälle so häufig, dass sie ohne Katamnesen von mindestens einem Jahr

nicht ausreichend untersucht sind. Allerdings wird dieser Anspruch von den meisten Studien noch immer nicht eingelöst. So fanden Ruhmland und Margraf (2001a–c) bei den eigentlich besonders gut untersuchten Angststörungen, dass nur eine Minderheit der Studien Katamnesen aufwies und diese in der Regel nur von geringer Dauer waren. Angesichts der sehr großen Zahl an Studien zur Verhaltenstherapie liegen aber dennoch hinreichend Katamnesedaten vor, um solide Aussagen zu machen. Zudem übersteigt das Ausmaß an Studien bei Weitem dasjenige für die wichtigste konkurrierende Therapiemethode: für medikamentöse Therapie liegen deutlich weniger und zumindest methodisch hoch fragwürdige Studien vor (so waren etwa in der Metaanalyse von Bakker et al. 2002 zum Katamnesezeitpunkt nur noch 15% der Patienten aus den Medikamentenbedingungen untersuchbar!).

In einer Auswertung der in den Jahren 1996–2005 publizierten Katamneseuntersuchungen konnten insgesamt 49 Originalstudien und 29 Literaturübersichten gefunden werden, die die wichtigsten Anwendungsbereiche der Psychotherapie abdecken (Margraf, im Druck). Zusammengefasst zeigten sowohl die Reviews als auch die Originalarbeiten eine gute Dauerhaftigkeit der Therapieerfolge. Bei Angststörungen kam es teilweise sogar zu weiteren Verbesserungen während des Katamnesezeitraumes. Dies war vor allem bei Reizkonfrontationstherapien der Fall (Ruhmland u. Margraf 2001a–c). Bei Betrachtung der Ergebnisse zu einzelnen

Störungsbildern zeigte sich erneut, dass die weitaus meisten Daten zu kognitiv-verhaltenstherapeutischen Interventionen vorliegen. Bei einer ganzen Reihe von Störungen wurden andere Psychotherapien überhaupt nicht langfristig untersucht. Bei Störungen, die generell schlechte langfristige Therapieerfolge aufweisen wie der Adipositas, zeigten sich bessere langfristige Ergebnisse, wenn medizinische oder diätetische Maßnahmen mit verhaltenstherapeutischen Interventionen ergänzt wurden (Nord-Rüdiger 2002; McTigue et al. 2003; für Ausnahmen von diesem generell positiven Bild vgl. Margraf, im Druck).

#### Exkurs

##### Mehr ist nicht immer besser: Langfristige Ergebnisse bei Kombination von Medikamenten und Verhaltenstherapie

Was vielen plausibel erscheint, muss nicht unbedingt wahr sein. Rufer et al. (2001) haben bemerkenswerte Ergebnisse zur Kombination von Medikamenten und Verhaltenstherapie bei Angststörungen vorgelegt. Derartige Kombinationstherapien wurden am besten bei Agora-

phobie und Panikstörung untersucht. Insgesamt zeigte sich kein überzeugender kurzfristiger Additions- oder Potenzierungseffekt bei der zeitlich parallelen Kombination von Verhaltenstherapie und Psychopharmakotherapie. Mittel- bis langfristige Katamnesen erbrachten ebenfalls keine Unter-

schiede zwischen alleiniger Verhaltenstherapie und der Kombination mit Antidepressiva. Teilweise zeigten sich sogar eher schlechtere Resultate bei der Kombination. Alleinige Psychopharmakabehandlung ist einer Monoverhaltenstherapie oder der Kombinationstherapie langfristig deutlich unterlegen, bis zu 80% erleiden Rückfälle nach Absetzen der Medikation. Diese hohe Rückfallrate

lässt sich durch eine sequenzielle Kombination mit einer Verhaltenstherapie vermindern. Bei der sozialen Phobie ist die Kombinationstherapie insgesamt nicht ausreichend untersucht. Die vorliegenden Befunde sind jedoch eher enttäuschend und nicht vorteilhaft im Vergleich zu Monoverhaltenstherapie.

Inwieweit sind nun die unter Forschungsbedingungen erzielten Ergebnisse zur Psychotherapie auf die Routineversorgung übertragbar? Die Beurteilung der Aussagekraft und der Reichweite empirischer Untersuchungen hängt wesentlich von der Verallgemeinerbarkeit der Befunde und damit von der externen Validität der Studien ab. Bei den im Vorgegangenen referierten Wirksamkeitsdaten handelt es sich um Ergebnisse systematischer und möglichst kontrollierter Forschung, d. h. um Aussagen zur Efficacy. Die Ergebnisse dieser Wirksamkeitsstudien können aus verschiedenen Gründen nicht eins zu eins auf die alltägliche Therapiesituation übertragen werden. Zum einen könnten in Forschungsumgebungen und Routinepraxis unterschiedliche Selektionsmechanismen operieren und dadurch eine mangelnde Vergleichbarkeit der Patientenpopulationen bewirken. So wurden in vielen Studien Komorbiditäten so weit als möglich ausgeschlossen. Bis heute ist nicht abschließend geklärt, ob in der Praxis oder in der Forschung im Durch-

schnitt schwerer gestörte Patienten behandelt werden und in welchem Ausmaß die Patienten mit unterschiedlichen Erwartungen an Therapiesettings herantreten. Zum anderen existiert auch eine Publikationsverzerrung: Es gibt Hinweise darauf, dass bevorzugt diejenigen Studien veröffentlicht werden, die über eine erfolgreiche Anwendung der Therapien berichten (vgl. Exkurs »Publication bias«). Dadurch würde die Erfolgsquote der Therapien überschätzt. Unklar ist jedoch, ob nicht gegenläufige Mechanismen wie etwa die Behandlung schwerer gestörter Patienten, die Begrenzung der Therapiedauer oder den häufigeren Einsatz jüngerer Therapeuten diesen Effekt wieder aufheben. Letzten Endes handelt es sich dabei um empirische Fragen, die nur durch entsprechende Forschung beantwortet werden können. Dabei müssen die Efficacy-Studien durch die Ergebnisse von Evaluationen unter Routinebedingungen ergänzt werden, d. h. durch Angaben zur Effectiveness. Inzwischen liegen eine ganze Reihe derartiger Studien vor.

### Exkurs

#### »Publication bias« – manipulierte Information?

Problematisch sind Hinweise auf einen nicht unerheblichen »Publication bias« bei Psychotherapie (ebenso wie bei Pharmakotherapie). So fanden Lipsey und Wilson (1993) bei publizierten Studien eine durchschnittliche Effektstärke von .53, bei unpublizierten dagegen von .39. In die gleiche Richtung deutet der Vergleich von unpublizierten Studien aus den Dissertation-Abstracts mit publizierten Arbeiten (McLeod u. Weisz 2004). Allerdings waren auch in den unpublizierten Studien immer noch bedeutsame und auch klinisch relevante Therapieeffekte zu beobachten.

#### Des Kaisers neue Medikamente

Von besonderem Interesse ist auch der Vergleich mit den Befunden zum Publication bias bei Psychopharmaka. Kirsch et al. (2002) analysierten auf der Basis der bei der US-amerikanischen Food and Drug Administration (FDA) vorliegenden Daten die Wirksamkeit von selektiven Serotoninwiederaufnahmehemmern (SSRI), den derzeit relevantesten antidepressiven Medikamenten. Nach den publizierten Studien wirkten alle sechs auf dem amerikanischen Markt befindlichen SSRI bei Depressionen signifikant besser als Placebo. Unter Berücksichtigung der nicht publizierten Daten zeigte sich jedoch, dass fünf der sechs Medikamente keine statistisch signifikanten Vorteile gegenüber Placebo aufwiesen. Eine klinische Relevanz der beobachteten Unterschiede war in keinem Fall mehr gegeben.

Bei der Therapie von Erwachsenen zeigen Effectiveness-Studien im Allgemeinen gute Ergebnisse (Shadish et al. 1997, 2000; Hahlweg et al. 2001; Kirk 1983; Lueger et al. 2000). Bei der Therapie von Kindern ergaben sich dagegen kaum positive Effekte (Weisz et al. 1992, 1995; Weiss et al. 1999, 2000). Weisz (1998) hat darauf hingewiesen, dass in den kontrollierten Wirksamkeitsstudien vor allem verhaltenstherapeutische Verfahren (mit durchschnittlich positivem Ergebnis)

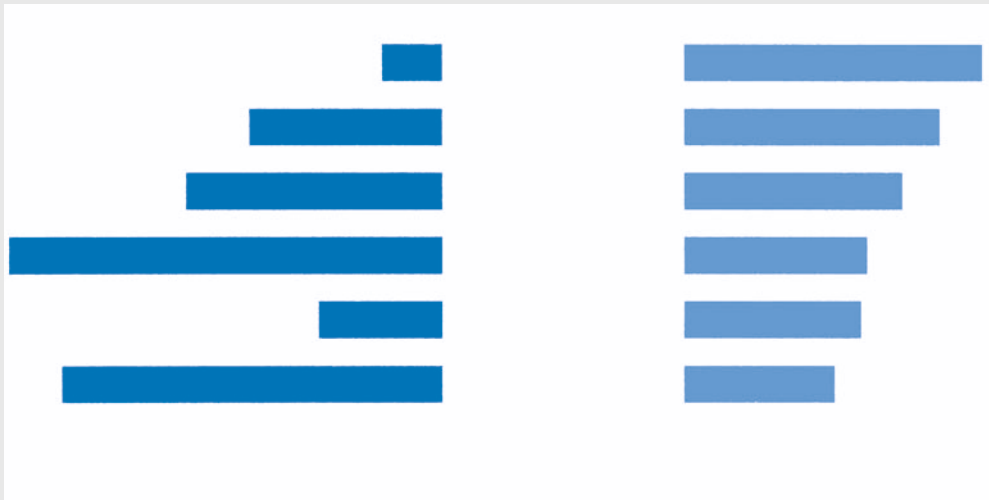
verwendet wurden, in den Effectiveness-Studien im klinischen Alltag dagegen vorwiegend andere Therapieverfahren (mit durchschnittlich lediglich minimalen Erfolgen). Werden jedoch in kontrollierter Forschung und unter klinischen Alltagsbedingungen die gleichen Therapieverfahren eingesetzt, so ergeben sich auch durchaus vergleichbare Therapieeffekte, wie die Effectiveness-Studien zu Erwachsenen belegen (zusammengefasst bei Margraf, im Druck).

## Exkurs

**Eine aktuelle Effectiveness-Studie aus der Schweiz**

In einer noch unveröffentlichten Studie des Autors wurde eine repräsentative Bevölkerungsstichprobe von 1000 Personen untersucht (Alter: 18–65 Jahre). In einem ersten Schritt wurde festgestellt, ob Beschwerden aus den Bereichen Angst und Depression (den häufigsten Indikationen für Psychotherapie) vorlagen. Dann wurde erfasst, ob die Betroffenen für diese Probleme jemals Behandlungen oder Beratungen irgendeiner Art erhalten hatten. Im Anschluss wurde nach den Arten der Behandlung und dem langfristigen Behandlungserfolg gefragt. Die in [Abb. 1.5](#) zusammengefassten Ergebnisse zeigen, dass psychotherapeutische Verfahren zwar seltener angewandt werden als

Medikamente oder (vor allem ärztliche) Beratung, aber deutlich höhere Werte für langfristigen Erfolg erreichen. Den höchsten Wert für dauerhaften Erfolg erzielten die kognitiven und Verhaltenstherapien, gleichzeitig wurden diese jedoch am seltensten eingesetzt. Diese Ergebnisse bestätigen diejenigen, die Margraf und Poldrack (2000) für Deutschland in einer früheren Repräsentativstudie ermittelt hatten ([► Abschn. 1.5](#)). Es ist bemerkenswert, dass die medikamentöse Therapie die niedrigsten Werte für langfristige Wirksamkeit erreichte und die zweitniedrigsten Werte für stationäre Behandlungen (die teuerste Behandlungsform) angegeben wurden.



**Abb. 1.5.** »Effectiveness« verschiedener Therapieformen in der Schweiz. Repräsentative Bevölkerungsstudie des Instituts für Psychologie der Universität Basel bei 1000 Erwachsenen (Deutsch- und Westschweiz). Ausgangsbasis sind alle Personen, die jemals eine Behandlung für Ängste oder Depressionen erhalten hatten.

Dargestellt ist, bei welchem Anteil der damit behandelten Patienten die jeweilige Intervention zu einem dauerhaften Erfolg geführt hatte und bei wie viel Prozent aller behandelten Personen die verschiedenen Typen von Behandlung oder Beratung angewandt wurden

#### 1.4.4 Konsequenzen aus der Befundlage

Insgesamt muss der Verhaltenstherapie uneingeschränkt das Format der am besten belegten psychotherapeutischen Grundorientierung zuerkannt werden. Dabei liegt nicht nur ein umfangreiches Wissen über die Wirkung der einzelnen Therapieverfahren vor, sondern es gibt auch das breit abgesicherte Wissen der klinischen Psychologie zur Ätiologie, Diagnostik und Epidemiologie psychischer Störungen. Ganz wesentlich dürfte das störungsspezifische Vorgehen zu der guten Wirksamkeit der verhaltenstherapeutischen Verfahren beigetragen haben. Für die meisten Störungen wurden spezielle, gezielt auf ihre Eigenheiten zugeschnittene Behandlungsmethoden entwickelt, so dass die Behandlung je nach Störungsbild des Patienten sehr unterschiedlich ausfällt. Die Wirksamkeit der spezifischen

Methoden ist bei den Störungen, für die sie entwickelt wurden, überwiegend nachgewiesen.

Es erstaunt dann nicht, dass solche klinisch sehr gut bewährten störungsspezifischen Therapien sich in der Summe als wirksamer erweisen als diejenigen Psychotherapieformen, die nicht mit derartigen störungsspezifischen Vorgehensweisen arbeiten. (Meyer et al. 1991, S. 91)

Grundsätzlich folgt aus der bemerkenswert konsistenten Befundlage zur empirischen Überprüfung, dass verhaltenstherapeutische Verfahren in der psychotherapeutischen Versorgung eine möglichst große Rolle spielen sollten. Dazu ist eine hinreichende Zahl gut ausgebildeter Verhaltenstherapeuten notwendig, für deren Arbeit zudem angemessene berufs- und sozialrechtliche Rahmenbedingungen

erforderlich sind. Aus den überlegenen Forschungsergebnissen der Verhaltenstherapie kann jedoch keinesfalls abgeleitet werden, dass nur noch ihre Verfahren eingesetzt werden sollten. Nach wie vor gibt es für psychische Störungen keine hundertprozentig erfolgreichen Methoden. Solange dies der Fall ist, brauchen wir eine breite Palette von Therapiemöglichkeiten, die an verschiedenen Stellen des Problemgefüges ansetzen. Somit stellt sich die Frage nach der Auswahl des für den Einzelfall sinnvollsten Vorgehens bzw. nach einer Rangreihe beim möglichen Einsatz verschiedener Verfahren. Dabei spielen auch Rahmenbedingungen wie die Motivation und Persönlichkeit des Patienten, das

Vorliegen zusätzlicher Störungen oder die Verfügbarkeit von Therapieverfahren und Therapeuten eine Rolle. Weiterhin muss geklärt werden, ab wann eine Überweisung an einen anderen Spezialisten angezeigt ist und welche Rolle Generalisten wie Hausärzte und die Selbsthilfe der Betroffenen spielen können. Grundsätzlich sollten zuerst Verfahren eingesetzt werden, die möglichst erfolgversprechend sind und zugleich möglichst geringe Kosten bzw. möglichst geringen Aufwand verursachen. Einen Vorschlag für ein »Sequenzmodell« der wichtigsten Ansatzpunkte für die Behandlung psychischer Störungen gibt die folgende Übersicht.

### Ein allgemeines Sequenzmodell: Die wichtigsten Ansatzpunkte für die Behandlung psychischer Störungen

#### Reihenfolge des Vorgehens

1. Selbsthilfe, Laienhilfe
2. Beratung, stützende Gespräche
3. Gezielte Therapie der psychischen Störung
  - 3.1 Verhaltenstherapie
  - 3.2 Andere psychotherapeutische oder medikamentöse Interventionen
  - 3.3 Langzeitbegleitung nach gescheiterter Therapie

#### Erläuterungen

- Ganz allgemein ist es besser, wenn der Patient seine Probleme selbst und aus eigener Kraft bewältigt. Daher sollten die Betroffenen bei entsprechender Motivation ruhig zur Selbsthilfe ermutigt werden. Auch die Unterstützung durch Laien wie Angehörige oder Freunde ist hier zu nennen.
- Wenn die Selbst- oder Laienhilfe jedoch versagt oder nicht ausreicht, dann stellt sich die Frage nach den Möglichkeiten professioneller Hilfe. Dabei kann zwischen allgemeiner Beratung und stützenden Gesprächen einerseits und einer gezielten Therapie der psychischen Störung andererseits unterschieden werden. Sofern nicht aktuelle Suizidalität, aktive Psychosen, andere akute Krisen oder eine lange Geschichte fehlgeschlagener Therapieversuche vorliegen, können auch Generalisten wie der Hausarzt ohne Weiteres einen Versuch unternehmen, Besserung durch unspezifische Maßnahmen wie Beratung und stützende Gespräche herbeizuführen.
- Führt dies nicht zu einer deutlichen Besserung oder liegen die genannten Voraussetzungen nicht vor, so sollte möglichst rasch eine gezielte Behandlung eingeleitet werden. Die Entscheidung zwischen den hierbei konkurrierenden psychotherapeutischen oder medikamentösen Ansätzen sollte sich nicht einfach nach persönlicher Vorliebe von Therapeut oder Patient, sondern nach den Erfolgsaussichten, der Dauerhaftigkeit der Therapieerfolge und den im Text ge-

nannten Rahmenbedingungen (wie z. B. Verfügbarkeit) richten.

- Unter den psychotherapeutischen Verfahren sollten im Allgemeinen zunächst die verhaltenstherapeutischen Methoden zur Anwendung kommen, da ihre Wirksamkeit am besten belegt ist und sie für Patienten und Kostenträger mit vergleichsweise geringem Aufwand verbunden sind. Erst wenn diese keinen ausreichenden Erfolg erbracht haben, sollten andere Formen psychotherapeutischer Hilfe eingesetzt werden, die weniger gut belegt und z. T. mit deutlich höherem Aufwand verbunden sind (z. B. durch lange Behandlungsdauern).
- Ähnliche Überlegungen können auch für die Auswahl medikamentöser Verfahren angestellt werden, wo vor allem die Fragen nach der Dauerhaftigkeit der Therapieeffekte und nach den Nebenwirkungen Anlass zu kritischen Überlegungen geben.
- In manchen Fällen ergibt sich die Notwendigkeit der Langzeitbegleitung eines Patienten. Dies ist etwa dann der Fall, wenn trotz intensiver Bemühungen keine bedeutsame Besserung der Störung erreicht werden konnte. Hier ist es wichtig, dem Patienten zu vermitteln, dass er nicht allein ist, und möglichst keine Schuldzuweisungen für die gescheiterten Therapieversuche vorzunehmen. Selbstverständlich muss geklärt werden, ob wirklich alle erfolgversprechenden Methoden angewandt wurden. In der Praxis zeigen sich immer wieder Fälle, in denen die Behandler aufgrund ihrer Ausbildung oder theoretischen Ausrichtung nur einen schmalen Ausschnitt der reichen Palette der therapeutischen Möglichkeiten anwandten. In diesen Fällen ist die Überweisung an einen anderen kompetenten Spezialisten sinnvoll. In anderen Fällen jedoch muss versucht werden, dem Patienten ein realistisches Bild seiner Heilungschancen zu vermitteln und ihn beim Umgang mit chronischen Aspekten seiner Störung zu unterstützen.

Das hier vorgestellte Sequenzmodell stellt natürlich eine Verkürzung dar, die nach Störungsbildern und anderen Faktoren differenziert werden muss. Genauere Aussagen hierzu sind Gegenstand der einzelnen Kapitel dieses Lehrbuches. An dieser Stelle ging es nur darum, die allgemeinen Gesichtspunkte zur Logik des Vorgehens darzustellen.

## 1.5 Einige Kritikpunkte und Probleme

Trotz aller Erfolge hat die Verhaltenstherapie auch ihre Probleme. Diese liegen zum einen bei den Therapiemisserfolgen, die selbst bei guter Motivation der Patienten und optimaler Durchführung der Behandlung auftreten können. Hier ist vor allem die Forschung gefordert, um langfristig die Erfolgsraten weiter zu verbessern. Zum anderen sind aber auch Rahmenbedingungen wie mangelnde Information von Patienten und Fachleuten und hartnäckige Missverständnisse (vgl. Box) für Grenzen verantwortlich. Außerdem ist die Verfügbarkeit gut ausgebildeter Verhaltenstherapeuten noch immer höchst mangelhaft – und dies nicht nur auf dem vielzitierten flachen Land. Darüber hinaus ist

es für Patienten ebenso wie für überweisende Ärzte oder Psychologen sehr schwer, die Kompetenz eines gegebenen Kollegen zu beurteilen. In der gesetzlichen ebenso wie in der privaten Krankenversicherung stößt die Durchführung verhaltenstherapeutischer Maßnahmen auf eingrenzende Rahmenbedingungen. Ein weiterer Aspekt sind die Wünsche und Voreinstellungen der Patienten, die teilweise (oft vermittelt durch Medien, populäre Literatur oder Freunde und Verwandte) mit ganz klaren Vorstellungen über ihre Behandlung kommen. Manche wünschen unter gar keinen Umständen Medikamente (»Wie können Pillen bei psychischen Problemen helfen?«), andere möchten auf keinen Fall psychotherapeutisch behandelt werden (»Ich bin doch nicht verrückt!« oder »Die wühlen doch nur in der Kindheit!«). Selbst hinsichtlich der Art einer eventuellen Psychotherapie bestehen bei manchen, vorzugsweise akademischen Patienten genaue Vorstellungen (z. B. »in die Tiefe gehen«). Alle diese Punkte zusammen mögen dafür verantwortlich sein, dass die Verhaltenstherapie bei Weitem nicht so oft angewendet wird, wie man nach den Forschungsbefunden und der produktiven Publikationstätigkeit vermuten sollte (s. folgenden Exkurs).

### Missverständnisse haben ein zähes Leben

Als hinderlich für die weitere Verbreitung verhaltenstherapeutischer Verfahren haben sich neben mangelndem Wissen vor allem Missverständnisse erwiesen. Daher sollen einige der wichtigsten falschen Auffassungen hier kurz angesprochen werden:

- Verhaltenstherapie führt nicht zu Symptomverschiebung (s. Exkurs zur Symptomverschiebung unter ► 1.4.2).
- Das Erleben starker Gefühle bei Konfrontationstherapien (z. B. bei Angststörungen, Trauerreaktionen,

posttraumatischen Störungen oder Essstörungen) birgt keine Gefahren für die Patienten.

- Die Gedanken und Gefühle der Patienten werden nicht ignoriert, sondern im Gegenteil direkt bearbeitet.
- Die moderne Verhaltenstherapie nimmt nicht an, dass alle psychischen Störungen durch einfache Konditionierungsprozesse (»Rattenpsychologie« à la Mitscherlich) erlernt werden.
- Der Gebrauch von Medikamenten ist nicht generell unvereinbar mit Verhaltenstherapie.

Nachdem diese lange Zeit hartnäckig vorhandenen Missverständnisse mehr und mehr aufgeklärt und gleichzeitig die eindeutigen Ergebnisse der Psychotherapieforschung immer mehr rezipiert werden, kann in den letzten zwei

Jahrzehnten ein Anstieg des Interesses an der Verhaltenstherapie beobachtet werden. Aber auch heute noch ist der Mangel an gut ausgebildeten Fachleuten ein großes Problem.

### Exkurs

#### In der Forschung gut belegt, in der Praxis noch immer vernachlässigt?

Ein besonders bemerkenswertes Beispiel zur verhaltenstherapeutischen Versorgung stellen die Angststörungen dar. In einer repräsentativen Bevölkerungserhebung wurde die Behandlungssituation bei Angststörungen erfasst (Margraf u. Poldrack 2000). Die Ergebnisse zeigten, dass nur rund 40% aller Betroffenen eine Behandlung im weitesten Sinne erhielten und dass Hausärzte mit Abstand die meisten Behandlungen bei Angstpatienten durchführten (82% aller behandelten Patienten). Die eigentlich

spezialisierten klinischen Psychologen und Psychiater (3% bzw. 6%) führten zusammen sogar weniger Behandlungen durch als die somatischen Fachärzte (17%, Mehrfachnennungen möglich). Hinsichtlich der Art der Behandlungen bestand eine bemerkenswerte Diskrepanz zwischen medikamentöser Behandlung (rund 90% aller Behandlungen) bzw. unspezifischer Beratung (rund 75%) und psychotherapeutischen Methoden (rund 17%). Darüber hinaus fiel eine vergleichsweise hohe Rate stationärer Behandlungen auf



(10%), die zudem vorwiegend in Kur- und Rehabilitationskliniken erfolgte. Besonders auffallend war jedoch die Tatsache, dass die Psychotherapien sich zu etwa gleichen Teilen auf Entspannungsverfahren (einschließlich Hypnose) und gesprächstherapeutische oder psychodynamische Behandlungen aufteilten, wohingegen kognitiv-verhaltenstherapeutische Verfahren nur rund 1% aller Behandlungsfälle ausmachten. Angesichts dieser Tatsache erscheint es nicht überraschend, dass die Patienten insgesamt nur wenig zufrieden mit dem Therapieerfolg waren

(der Anteil der dauerhaften Erfolge erreichte bei keiner Behandlungsart ein Drittel), wobei die Psychotherapien mit rund 14% die geringste Erfolgsquote erreichten. Die Ergebnisse können nur als Annäherung betrachtet werden, da sie auf Angaben von Patienten in Interviews basieren. Sie erfahren jedoch Unterstützung durch gleichlautende Befunde aus klinischen Stichproben, die von klinischen Fachleuten untersucht wurden (vgl. auch den Exkurs »Eine aktuelle Effectiveness-Studie aus der Schweiz« in ► Abschn. 1.4.3.).

Neben diesen Problemen hatte ich in den früheren Auflagen dieses Lehrbuches einige Kritikpunkte aufgeführt, denen sich die Verhaltenstherapie bis dahin nicht genügend gestellt hatte. Aus meiner Sicht ist dies auch heute noch nicht hinreichend geschehen, was Anlass zur Bescheidenheit und Selbstkritik bietet.

- Theorie und Praxis sind häufig nicht deckungsgleich. So ist z. B. das häufig verwendete Verfahren der Reizüberflutung zwar hinsichtlich seiner Wirksamkeit empirisch abgesichert, aber die ihm zugrunde liegende Theorie (Zwei-Faktoren-Theorie) ist in ihrer klassischen Form überholt.
- Da die Therapieverfahren meist störungsspezifisch sind und dabei stark auf vorhandenes Störungswissen zurückgreifen, kommt es zu einer Vernachlässigung unspezifischer oder diffuser Beschwerdebilder. Die Hinweise für den Umgang mit dem Problem der Komorbidität (gemeinsames Vorliegen mehrerer Störungen), die ja eher die Regel als die Ausnahme darstellt, sind oft begrenzt.
- Es liegen kaum Ansätze für die Aufgaben der allgemeinen Beratung vor, die jedoch zumindest in psychologischen Beratungsstellen einen bedeutenden Teil des Arbeitsfeldes ausmachen (z. B. Aufarbeiten unangemessener Schuldgefühle nach Ehescheidung, Loslösungsprobleme bei Verlassen des Elternhauses, Erziehungsfragen, Sinnfragen).
- Die starke Betonung von Veränderungsprozessen (gekoppelt mit der Erzeugung einer ausgeprägten Hoffnung der Patienten auf Veränderungen) hat nicht nur positive Konsequenzen, da es auch Grenzen der Veränderung gibt bzw. manche Sachverhalte besser nicht verändert werden sollten. Ein Beispiel für dieses Problem bietet die Partnertherapie: nicht jede Paarbeziehung kann sinnvoll umgestaltet werden, auch bei grundsätzlich gut funktionierenden Beziehungen gibt es Bereiche, in denen die Partner nicht übereinstimmen und die nicht geändert werden können oder sollen.
- Der »klassische« Kritikpunkt an der frühen Verhaltenstherapie, das Ausblenden des Erlebens gegenüber dem Verhalten, gilt zwar für die kognitiven Erweiterungen nicht mehr. Er betrifft aber nach wie vor die Formen der Verhaltenstherapie, die die »kognitive Wende« nicht mitgemacht haben.

Ich hoffe, dass mit der hier gegebenen Darstellung der Verhaltenstherapie in Vergangenheit und Gegenwart eine zufriedenstellende und entwicklungsfähige Antwort auf die Frage nach dem Wesen dieser psychotherapeutischen Grundorientierung gegeben wurde. In jedem Fall dürfte ersichtlich sein, dass an Verhaltenstherapeuten hohe Ansprüche gestellt werden, die eine fundierte Ausbildung erfordern. Um die Qualität der angewandten Verhaltenstherapie zu sichern, muss dieses psychologische Grundlagenwissen, klinisch-psychologisches Störungs- und Veränderungswissen sowie hinreichend konkrete Anwendungsfertigkeiten vermitteln. Dabei sind speziell die Universitäten gefordert, diese Inhalte im Rahmen des Psychologiestudiums bzw. der postgradualen Weiterbildung unter ständiger Rückkoppelung mit dem neuesten Stand der Forschung zu vermitteln. Damit könnten sie einen direkten Beitrag dazu leisten, dass bereits zur Verfügung stehende Therapieverfahren zukünftigen oder praktizierenden Therapeuten zugänglich gemacht werden und dadurch auch wirklich Eingang in die Versorgungsrealität finden. Darüber hinaus ist durch die mit der Therapieausbildung notwendigerweise verbundene Zusammenarbeit von Forschungs- und Praxisstätten die Chance gegeben, die oft beklagte Gefahr des Auseinanderklaffens von Forschung und Praxis aktiv zu überwinden, was sich langfristig positiv auf die zukünftige Entwicklung der Verhaltenstherapie auswirken dürfte.

## Zusammenfassung

Die Verhaltenstherapie ist die auf der empirischen Psychologie basierende psychotherapeutische Grundorientierung. Ihre (Basis-, unspezifischen und störungsspezifischen) Verfahren streben aufgrund von Störungs- und Änderungswissen eine systematische Besserung der zu behandelnden Problematik an. Sie verfolgen konkrete und operationalisierte Ziele auf den verschiedenen Ebenen des Verhaltens und Erlebens, leiten sich aus einer Störungsdiagnostik und individuellen Problemanalyse ab und setzen an prädisponierenden, auslösenden und/oder aufrechterhaltenden Problembedingungen an. Zu ihren Grundprinzipien gehört

weiterhin, dass Verhaltenstherapie transparent, problem-, handlungs- und zielorientiert ist, nicht auf das therapeutische Setting begrenzt bleibt und Hilfe zur Selbsthilfe sein soll. Verhaltenstherapie als angewandte Wissenschaft wird maßgeblich vom methodologischen Behaviorismus (Suche nach Gesetzmäßigkeiten, Beobachtbarkeit, Operationalisierbarkeit, empirische Testbarkeit, experimentelle Prüfung) geprägt. Die Betrachtung der historischen Entwicklung der Verhaltenstherapie verhilft zu einem besseren Verständnis ihrer Gegenwart und Zukunftsperspektiven. Die in ständiger Entwicklung befindliche Verhaltenstherapie hat den Anspruch, ihre Effektivität empirisch abzusichern. In der Therapieforschung erweist sich Verhaltenstherapie als die mit Abstand am besten belegte psychotherapeutische Grundorientierung mit umfangreichem Wissen zu Ätiologie, Diagnostik und Therapiewirkungen. Einen wesentlichen Beitrag zu ihrer guten Wirksamkeit, zur hohen Dauerhaftigkeit der Therapieerfolge und zur guten Übertragbarkeit der Forschungsergebnisse auf die Routinepraxis hat das störungsspezifische Vorgehen auf der Basis eines umfassenden ätiologischen Grundmodells geleistet. Obwohl aus den überlegenen Forschungsergebnissen eine wichtige Rolle in der psychotherapeutischen Versorgung folgt, heißt dies nicht, dass nur noch Verhaltenstherapie eingesetzt werden dürfte. Solange es keine hundertprozentig erfolgreichen Methoden gibt, sind verschiedene Therapiemöglichkeiten mit unterschiedlichen Ansatzpunkten erforderlich. Bei der Auswahl im Einzelfall spielen auch Rahmenbedingungen (Motivation, Persönlichkeit, Komorbidität, Verfügbarkeit) eine Rolle. Das Kapitel unterbreitet einen Vorschlag für ein allgemeines Sequenzmodell verschiedener Ansatzpunkte bei der Behandlung psychischer Störungen, bevor abschließend Probleme und Kritikpunkte der Verhaltenstherapie diskutiert werden.

## Literatur

- Agras, S., Kazdin, A. E. & Wilson, G. T. (1979). *Behavior therapy: Toward an applied clinical science*. San Francisco: Freeman.
- Ayllon, T. & Azrin, N. H. (1968). *The token economy: A motivational system for therapy and rehabilitation*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Bakker, A., Balkom, A. J. van & Spinhoven, P. (2002) SSRIs vs. TCAs in the treatment of panic disorder: a meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106(3), 163–167.
- Barlow, D. H. (2004). Psychological treatments. *American Psychologist*, 59, 869–878.
- Barlow, D. H. & Hersen, M. (1984). *Single case experimental designs: Strategies for studying behavior change* (2nd edn.). New York: Pergamon.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects*. New York: Harper & Row.
- Beilmann, A. & Schneider, S. (2003). Wirksamkeit der Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. Eine Übersicht und Meta-Analyse zum Stand und zu Ergebnissen der deutschsprachigen Effektivitätsforschung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 32, 129–143.
- Birk, L. (1973). *Biofeedback: Behavioral medicine*. New York: Grune & Stratton.
- Borkovec, T. D. & Costello, E. (1993). Efficacy of applied relaxation and cognitive-behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 611–619.
- Brent, C. A., Holder, D., Kolko, D., Birmaher, B., Baugher, M. et al. (1997). A clinical psychotherapy trial for adolescent depression comparing cognitive, family, and supportive therapy. *Archives of General Psychiatry*, 54, 877–885.
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M. & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26, 17–31.
- Caroll, L. (1865). *Alice's adventures in Wonderland*. London: Macmillan.
- Casey, R. J. & Berman, J. S. (1985). The outcome of psychotherapy with children. *Psychological Bulletin*, 98(2), 388–400.
- Chambless, D. (2002). Beware the Dodo Bird: the dangers of overgeneralization. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 13–16.
- Chambless, D. L. & Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685–716.
- Clum, G. A., Clum, G. A. & Surls, R. (1993). A meta-analysis of treatments for panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 317–326.
- Conte, H. R., Plutchik, R., Wild, K. V. & Karasu, T. B. (1986). Combined psychotherapy and pharmacotherapy for depression: A systematic analysis of the evidence. *Archives of General Psychiatry*, 43, 471–479.
- Davison, G. C. (1968). Systematic desensitization as a counterconditioning technique. *Journal of Abnormal Psychology*, 73, 91–99.
- Dobson, K. S. (1989). A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 414–419.
- Dorsch, F., Bergius, R. & Ries, H. (1982). *Psychologisches Wörterbuch* (10. Aufl.). Bern: Huber.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart.
- Eschenröder, C. T. (1994). Über die schriftliche Darstellung der verhaltenstherapeutischen Praxis. *Verhaltenstherapie*, 4, 112–115.
- Eysenck, H. J. (1952) The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319–324.
- Eysenck, H. J. (1959). Learning theory and behaviour therapy. *Journal of Mental Science*, 195, 61–75.
- Fachgruppe Klinische Psychologie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (1995). Stellungnahme zur Auseinandersetzung um Forschungsergebnisse zur Psychotherapie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 24, 229.
- Fahrenberg, J. (1987). Zur psychophysiologischen Methodik: Konvergenz, Fraktionierung oder Synergismen? *Aktivierungsforschung. Diagnostica*, 33, 272–287.
- Falloon, I. R., Boyd, J. L. & McGill, C. W. (1984). *Family care of schizophrenia*. New York: Guilford.
- Fals-Stewart, W., Marks, A. P. & Schafer, J. (1993). A comparison of behavioral group therapy and individual behavior therapy in treating obsessive-compulsive disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 189–193.
- Fava, G. A., Grandi, S., Zielezny, M., Rafanelli, C. & Canestrari, R. (2001). Four-year outcome for cognitive behavioral treatment of residual symptoms in major depression. *American Journal of Psychiatry*, 153, 945–947.
- Foa, E. B. & Emmelkamp, P. M. G. (Eds.) (1983). *Failures in behavior therapy*. New York: Wiley.
- Fonagy, P. & Roth, A. (2004). Ein Überblick über die Ergebnisforschung anhand nosologischer Indikationen. *Psychotherapeutenjournal*, 4, 300–314.
- Franks, C. M. & Wilson, G. T. (1975). *Annual review of behavior therapy: Theory and practice* (Vol. 3). New York: Brunner/Mazel.
- Gloaguen, V., Cottraux, J., Cucherat, M. & Blackburn, I.-M. (1998). A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *Journal of Affective Disorders*, 49, 59–72.

- Gould, R. A., Otto, M. W. & Pollack, M. H. (1995). A meta-analysis of treatment outcome for panic disorder. *Clinical Psychology Review*, 8, 819–844.
- Grawe, K. (1992). Psychotherapieforschung zu Beginn der neunziger Jahre. *Psychologische Rundschau*, 43, 132–162.
- Grawe, K. (1995). Psychotherapie und Statistik im Spannungsfeld zwischen Wissenschaft und Konfession. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 24, 216–228.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Hahlweg, K. (1995). Zur Förderung und Verbreitung psychologischer Verfahren. Ein APA-Bericht. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 24(4), 275–284.
- Hahlweg, K., Dürr, H. & Müller, U. (1994). *Familienbetreuung schizophrener Patienten*. Weinheim: Beltz, Psychologie-Verlags-Union.
- Hahlweg, K., Fiegenbaum, W., Frank, M., Schroeder, B. & von Witzleben, I. (2001). Short- and long-term effectiveness of an empirically supported treatment for agoraphobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(3), 375–382.
- Hazlett-Stevens, H., Craske, M. G., Roy-Byrne, P. P., Sherbourne, C. D., Stein, M. B. & Bystriksy, A. (2002). Predictors of willingness to consider mediation and psychosocial treatment for panic disorder in primary care patients. *General Hospital Psychiatry*, 24, 316–321.
- Heekerenz, H. P. (1991). Zur sozialen Akzeptanz der Verhaltenstherapie. *Verhaltensmodifikation und Verhaltensmedizin*, 12, 221–236.
- Hoagwood, K. & Olin, S. S. (2002). The NIMH blueprint for change report: research priorities in child and adolescent mental health. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(7), 760–767.
- Hodgson, R. & Rachman, S. (1974). Desynchrony in measures of fear. *Behaviour Research and Therapy*, 12, 319–326.
- Hofmann, S. G., Barlow, D. H., Papp, L. A. et al. (1998). Pretreatment attrition in a comparative treatment outcome study on panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 155, 43–47.
- Hollandsworth, J. G. (1986). *Physiology and behavior therapy. Conceptual guidelines for the clinician*. New York: Plenum.
- Horvath, A. O. & Symonds, B. D. (1991). Relationship between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 139–149.
- Howard, K. I., Krause, M. S. & Vessey, J. T. (1993). Analysis of clinical trial data: The problem of outcome overlap. *Psychotherapy*, 31, 302–307.
- Hunsley, J. & DiGiulio, G. (2002). Dodo bird, phoenix, or urban legend? The question of psychotherapy equivalence. *The Scientific Review of Mental Health Practice*, 1, 11–22.
- In-Albon, T. & Schneider, S. (2007). Psychotherapy of childhood anxiety disorders: A meta-analysis. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76, 15–24.
- Jacobson, E. (1938). *Progressive relaxation*. Chicago: University of Chicago Press.
- Jones, H. G. (1956). The application conditioning and learning techniques to the treatment of a psychiatric patient. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 52, 414–420.
- Jones, H. G. (1960). Continuation of Yates' treatment of a tiqueur. In H. J. Eysenck (Ed.), *Behaviour therapy and the neuroses*. Oxford: Pergamon.
- Jones, M. C. (1924a). The elimination of children's fears. *Journal of Experimental Psychology*, 7, 382–390.
- Jones, M. C. (1924b). A laboratory study of fear: The case of Peter. *Pediatric Seminars* 31, 308–315.
- Kazdin, A. E. (1978). *History of behavior modification*. Baltimore: University Park Press.
- Kirk, J. W. (1983). Behavioural treatment of obsessive-compulsive patients in routine clinical practice. *Behaviour Research and Therapy*, 21, 57–62.
- Kirsch, I., Moore, T. J., Scoboria, A. & Nicholls, S. S. (2002). The emperor's new drugs: an analysis of antidepressant medication data submitted to the U.S. Food and Drug Administration. *Prevention and Treatment* 5, article 23. <http://www.journals.apa.org/prevention/volume5/pre0050023a.html>. Cited 15 Jun 2008.
- Lambert, M. (Ed.). (2004). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5th edn.). New York: Wiley.
- Lambert, M. J. & Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th edn., pp. 139–193). New York: Wiley.
- Lang, P. (1971). The application of psychophysiological methods to the study of psychotherapy and behavior change. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change. An empirical analysis*. New York: Wiley.
- Lazarus, A. A. (1958). New methods in psychotherapy: A case study. *South African Medical Journal*, 32, 660–664.
- Lazarus, A. A. (1971). *Verhaltenstherapie im Übergang*. München: Reinhardt.
- Lindsay, M., Crino, R. & Andrews, G. (1997). Controlled trial of exposure and response prevention in obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry*, 171, 135–139.
- Lipsey, M. W. & Wilson, D. B. (1993). The efficacy of psychological, educational, and behavioral treatment: Confirmation from meta-analysis. *American Psychologist*, 48, 1181–1209.
- Luborsky, L., Singer, B. & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 32, 995–1008.
- Luborsky, L., Rosenthal, R., Diguier, L. et al. (2002). The Dodo bird verdict is alive and well – mostly. *Clinical Psychology: Science and Practice* 9(1), 2–12.
- Lueger, R. J., Lutz, W. & Howard, K. I. (2000). The predicted and observed course of psychotherapy for anxiety and mood disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 188, 127–134.
- Lutz, W. (2003). *Die Wiederentdeckung des Individuums in der Psychotherapieforschung. Ein Beitrag zur patientenorientierten Psychotherapieforschung und Qualitätssicherung*. Tübingen: dgvt.
- Lutz, R., Bezold, G., Bloem, R., Dietrich, M. & Wittmann, L. (1992). Sehen und gesehen werden. Neue Psychologien mit den alten Philosophien? Gespräche mit erfahrenen VerhaltenstherapeutInnen über Therapieziele und Prognosen. In H. Lieb, R. Lutz (Hrsg.), *Verhaltenstherapie. Ihre Entwicklung – ihr Menschenbild*. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- McLeod, B. D. & Weisz, J. R. (2004). Using dissertations to examine potential bias in child and adolescent clinical trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 235–251.
- Margraf, J. (1996). Grundprinzipien und historische Entwicklung. In: Margraf, J. (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 1: Grundlagen, Diagnostik, Methoden, Rahmenbedingungen*. Berlin: Springer.
- Margraf, J. (2005). Was wissen wir wirklich? *Verhaltenstherapie*, 15, 136–137.
- Margraf, J. (Im Druck). *Kosten und Nutzen der Psychotherapie*. Berlin: Springer.
- Margraf, J. & Lieb, R. (1994). Was ist Verhaltenstherapie? Versuch einer zukunftsorientierten Neucharakterisierung. Editorial. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 1995, 24, 1–7.
- Margraf, J. & Poldrack, A. (2000). Angstsyndrome in Ost- und Westdeutschland: Eine repräsentative Bevölkerungsstudie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 29, 157–169.
- Marks, I. M. (1987). *Fears, phobias, and rituals: Panic, anxiety, and their disorders*. New York: Oxford University Press.
- Martin, D. J., Garske, J. P. & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 438–450.
- McTigue, K. M., Harris, R., Hemphill, B., Lux, L., Sutton, S., Buntton, A. J. & Lohr, K. N. (2003). Screening and interventions for obesity in adults: Summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*, 139(11), 933–966.
- Meichenbaum, D. (1975). Self-instructional methods. In F. H. Kanfer & A. P. Goldstein (Eds.), *Helping people change: A textbook of methods*. New York: Pergamon.



- Meyer, A.-E., Richter, R., Grawe, K., v. Schulenburg, J. M. & Schulte, B. (1991). *Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes*. Hamburg: Universitätskrankenhaus Eppendorf.
- Miller, R. C. & Berman, J. S. (1983). The efficacy of cognitive behavior therapies: A quantitative review of the research evidence. *Psychological Bulletin*, *94*, 39–53.
- Mitchell, J. E., Pyle, R. L., Eckert, E. D., Hatsukam, D., Pomeroy, C. & Zimmerman, R. (1990). A comparison study of antidepressants and structured intensive group psychotherapy in the treatment of bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, *47*, 149–157.
- Mowrer, O. H. & Mowrer, W. M. (1938). Enuresis – a method for its study and treatment. *American Journal of Orthopsychiatry*, *8*, 436–459.
- Nicholson, R. A. & Berman, J. S. (1983). Is follow-up necessary in evaluating psychotherapy? *Psychological Bulletin*, *93*(2), 261–278.
- Nord-Rüdiger, D. (2002). Metabolisches Syndrom und Rehabilitation: Gibt es vorzeigbare Langzeitresultate aus psychologischer Sicht?. *Zeitschrift für Gastroenterologie*, *40*, 15–17.
- O'Donohue, W. & Kitchener, R. (Eds.) (1999). *Handbook of Behaviorism*. San Diego, CA: Academic Press.
- Paul, G. L. (1966). *Insight versus desensitization in psychotherapy*. Stanford: Stanford University Press.
- Rachman, S. (1988). Verhaltenstherapie. In W. Arnold, H. J. Eysenck & R. Meili (Hrsg.), *Lexikon der Psychologie* (6. Aufl., S. 2460–2469). Freiburg: Herder.
- Rachman, S. & Hodgson, R. (1974). Synchrony and desynchrony in fear and avoidance. *Behaviour Research and Therapy*, *12*, 311–318.
- Rachman, S. & Teasdale, J. (1969). *Aversion therapy and behavior disorders: An analysis*. Coral Gables: University of Miami Press.
- Reinecker, H. (1994). *Grundlagen der Verhaltenstherapie* (2. Aufl.). Weinheim: Psychologie-Verlags-Union.
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, *6*, 412–415.
- Roth, A. & Fonagy, P. (1996). *What works for whom? A critical review of psychotherapy research*. New York: Guilford.
- Ruhmland, M. & Margraf, J. (2001a). Effektivität psychologischer Therapien von spezifischer Phobie und Zwangsstörungen: Meta-Analyse auf Störungsebene. *Verhaltenstherapie*, *11*, 14–26.
- Ruhmland, M. & Margraf, J. (2001b). Effektivität psychologischer Therapien von generalisierter Angststörung und sozialer Phobie: Meta-Analysen auf Störungsebene. *Verhaltenstherapie*, *11*, 27–40.
- Ruhmland, M. & Margraf, J. (2001c). Effektivität psychologischer Therapien von Panik und Agoraphobie: Meta-Analysen auf Störungsebene. *Verhaltenstherapie*, *11*, 41–53.
- Rufer, M., Hand, I. & Peter, H. (2001). Kombinationstherapie bei Angststörungen: Aktuelle Datenlage und Empfehlungen für den klinischen Alltag. *Verhaltenstherapie*, *11*, 160–172.
- Schneider, S. & Döpfner, M. (2004). Leitlinien zur Diagnostik und Psychotherapie von Angst- und Phobischen Störungen im Kindes- und Jugendalter: Ein evidenzbasierter Diskussionsvorschlag. *Kindheit und Entwicklung*, *13*, 80–96.
- Schorr, A. (1995). Behaviour therapy in Europe. A brief excursion into its history. In K. G. Götestam, E. Ö. Arnarson (Eds.), *Twenty fifth anniversary of European Association for Behavioural and Cognitive Therapies (EABCT) - History*. Utrecht: EABCT.
- Seidenstücker, G. & Baumann, U. (1987). Multimodale Diagnostik als Standard in der Klinischen Psychologie. *Diagnostica*, *33*, 243–258.
- Shadish, W. R., Matt, G. E., Navarro, A. M. & Siegle, G. (1997). Evidence that therapy works in clinically representative conditions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *65*(3), 355–365.
- Shadish, W. R., Matt, G. E., Navarro, A. M. & Phillips, G. (2000). The effects of psychological therapies under clinically representative conditions: A Meta-analysis. *Psychological Bulletin*, *126*, 512–529.
- Shapiro, M. B. (1961). The single case in fundamental psychological research. *British Journal of Medical Psychology*, *34*, 255–262.
- Shapiro, D. A. & Shapiro, D. (1982). Meta-analysis of comparative therapy outcome studies: A replication and refinement. *Psychological Bulletin*, *92*(3), 581–604.
- Smith, M. L., Glass, G. V. & Miller, T. J. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Simon, N. M., Safren, S. A., Otto, M. W., Sharma, S. G., Laska, G. D. & Pollack, M. H. (2002). Longitudinal outcome with pharmacotherapy in a naturalistic study of panic disorder. *Journal of Affective Disorders*, *69*, 201–208.
- Stark, K., Rouse, L. & Livingston, R. (1991). Treatment of depression during childhood and adolescence: cognitive-behavioral procedures for the individual and family. In P. C. Kendall (Ed.), *Child and adolescent therapy* (pp. 165–206). New York: Guilford.
- Steinbrueck, S. M., Maxwell, S. E. & Howard, G. S. (1983). A meta-analysis of psychotherapy and drug therapy in the treatment of unipolar depression with adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *51*, 856–863.
- UK Department of Health (2001) *Treatment choice in psychological therapies and counselling. Evidence-based clinical practice guideline*. London: Department of Health Publications.
- Wampold, B. E. (1997). Methodological problems in identifying efficacious psychotherapies. *Psychotherapy Research*, *7*, 21–43.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods and findings*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Weiss, B., Catron, T., Harris, V. & Phung, T. M. (1999). The effectiveness of traditional child psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *67*(1), 82–94.
- Weiss, B., Catron, T. & Harris, V. (2000). A 2-year follow-up of the effectiveness of traditional child psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *68*, 1094–1101.
- Weisz, J. R. (1998). Outcome findings and issues in psychotherapy with children and adolescents. In A. S. Bellack, M. Hersen & T. Ollendick (Eds.), *Comprehensive Clinical Psychology: Vol. 5. Children and adolescents: Clinical formulation and treatment* (pp. 84–106). Amsterdam: Elsevier.
- Weisz, J. R., Weiss, B., Alicke, M. D. & Klotz, M. L. (1987). Effectiveness of psychotherapy with children and adolescents: A meta-analysis for clinicians. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *55*, 542–549.
- Weisz, J. R., Weiss, B. & Donenberg, G. R. (1992). The lab versus the clinic: Effects of child and adolescent psychotherapy. *American Psychologist*, *47*, 1578–1585.
- Weisz, J. R., Weiss, B., Han, S. S., Granger, D. A. & Morton, T. (1995). Effects of psychotherapy with children and adolescents revisited: A meta-analysis of treatment outcome studies. *Psychological Bulletin*, *117*, 450–468.
- Westmeyer, H. (1984). Von der Schwierigkeit, ein Behaviorist zu sein oder Auf der Suche nach einer behavioristischen Identität. In H. Lenk (Hrsg.), *Handlungstheorien – interdisziplinär* (Bd. 3). München: Fink.
- Westmeyer, H. (2005). Anmerkungen zu einer persönlichen Konstruktion der Verhaltenstherapie. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, *37*, 129–136.
- Wilson, G. T. & Fairburn, C. G. (2002). Treatments for eating disorders. In P. E. Nathan & J. M. Gorman (Eds.), *A guide to treatments that work* (2nd edn., pp. 559–592). New York: Oxford University Press.
- Wittmann, W. W. & Matt, G. E. (1986). Meta-Analyse als Integration von Forschungsergebnissen am Beispiel deutschsprachiger Arbeiten zur Effektivität von Psychotherapie. *Psychologische Rundschau*, *37*(1), 20–40.
- Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie (2000a). Gutachten zur Systemischen Therapie als wissenschaftliches Psychotherapieverfahren. *Deutsches Ärzteblatt* *97*(1–2), A60–A61.
- Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie (2000b). Gutachten zur Gesprächspsychotherapie als wissenschaftliches Psychotherapieverfahren. *Deutsches Ärzteblatt* *97*(1–2), A61–A63.

- Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie (2001). Stellungnahme zur Psychodramatherapie als wissenschaftliches Psychotherapieverfahren. *Deutsches Ärzteblatt* 98, A348–A351.
- Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie (2002). Gutachten zum Nachantrag zur Gesprächspsychotherapie. *Deutsches Ärzteblatt PP* (12), 576–568.
- Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie (2004). Stellungnahme zur Verhaltenstherapie. *Deutsches Ärzteblatt* 101, A367–A368.
- Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie (2005). Stellungnahme zur Psychodynamischen Psychotherapie bei Erwachsenen. *Deutsches Ärzteblatt* 102(1–2), A73–A75.
- Wolpe, J. (1954). Reciprocal inhibition as the main basis of psychotherapeutic effects. *Archives of Neurological Psychiatry*, 72, 205–226.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford: Stanford University Press.
- Wolpe, J. (1976). Behavior therapy and its malcontents. 1. Denials of its bases and psychodynamic fusionism. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 7, 1–5.
- Woolfolk, A. E., Woolfolk, R. L. & Wilson, G.T. (1977). A rose by any other name ...: Labeling bias and attitudes toward behavior modification. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45, 184–191.
- Yates, A. J. (1970). *Behavior therapy*. New York: Wiley.
- Yates, A. J. (1977). Falsche Auffassungen über die Verhaltenstherapie: Ein Standpunkt. In H. Westmeyer & E. Hoffmann (Hrsg.), *Verhaltenstherapie: Grundlegende Texte*. Hamburg: Hoffmann & Campe.
- Zoellner, L. A., Feeny, N. C., Cochran, B. & Pruitt, L. (2003). Treatment choice for PTSD. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 879–886.

## Weiterführende Literatur

---

- Eysenck, H. J. & Martin, I. (Eds.) (1987). *Theoretical foundations of behavior therapy*. New York: Plenum.
- Kazdin, A. E. (1978). *History of behavior modification*. Baltimore: University Park Press.
- O'Donahue, W. & Kitchener, R. (Eds.) (1999). *Handbook of Behaviorism*. San Diego, CA: Academic Press.
- O'Donahue, W. & Krasner, L. (Eds.) (1995). *Theories of behavior therapy. Exploring behavior change*. Washington, D. C.: American Psychological Association.
- Reinecker, H. (2005). *Grundlagen der Verhaltenstherapie* (3. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Schorr, A. (1984). *Die Verhaltenstherapie. Ihre Geschichte von den Anfängen bis zur Gegenwart*. Weinheim: Beltz.