

E. Verhaltenstherapie

HANS-WERNER KÜNSEBECK

1. Einleitung und Definition

Der Begriff Verhaltenstherapie («behavior therapy») wurde erstmals 1953 als Bezeichnung des von SKINNER entwickelten Ansatzes des operanten Konditionierens verwendet (LINDSLEY et al., 1953). Heute zählt die Verhaltenstherapie trotz ihrer kurzen Entwicklungsgeschichte in der Bundesrepublik Deutschland zu den etablierten psychotherapeutischen Verfahren (vgl. MEYER et al., 1991). Verhaltenstherapie war von Anfang an ein Sammelbegriff für eine Vielzahl unterschiedlicher therapeutischer Interventionsmethoden (vgl. EYSENCK u. RACHMAN, 1973), deren Gemeinsamkeit die Orientierung an den sogenannten Lerntheorien sein sollte.

Ursprünglich war die Verhaltenstherapie auf Methoden beschränkt, deren Grundlage das klassische und operante Konditionieren darstellten. Heute ist diese Therapierichtung eher durch den Pluralismus der ihr zugeordneten Methoden und Therapietechniken gekennzeichnet. Aufgrund dieser Differenzierung der Behandlungsmethoden verhaltenstheoretischer Provenienz soll hier nicht der Versuch unternommen werden, eine einheitliche, allgemein akzeptierte Definition für *die* Verhaltenstherapie vorzustellen; denn es besteht bisher «kein Konsens hinsichtlich der Ziele, Konzepte oder der zugrundeliegenden philosophischen Ansätze, keine zentrale Technik, kein gemeinsamer Begründer und kein Modell, das in allen Richtungen der Verhaltenstherapie Anwendung findet» (FRANKS u. WILSON, 1980, S. 21).

Auf der Grundlage verschiedener Definitionen läßt sich der derzeitige Stand der Verhal-

tenstherapie durch folgende grundlegende Charakteristika beschreiben:

- die Anwendung von Erkenntnissen aus der *empirisch-psychologischen Grundlagenforschung*, insbesondere aus der Sozialpsychologie (unter starker Bezugnahme auf Lerntheorien),
- die *Orientierung am Verhalten* als einer lern- und verlernbaren psychischen Variablen,
- vorrangig eine Konzentration auf *gegenwärtige* statt auf vergangene *Verhaltensdeterminanten*,
- die Betonung der *empirischen Überprüfung* theoretischer Erkenntnisse und praktischer Vorgehensweise unter Heranziehung von Einzelfall- und Gruppenexperimenten sowie
- den starken *Einsatz übender Verfahren*.

Im Rahmen der ursprünglich strengen behavioristischen Sichtweise wurde Verhalten allein im Sinne von beobachtbaren (offenen) Verhaltensweisen verstanden. In neueren verhaltenstherapeutischen Ansätzen werden auch kognitive Phänomene wie Gedanken, Gefühle, Überzeugungen oder Erwartungen einbezogen (vgl. MAHONEY, 1977). Kognitionen – in der ursprünglichen Terminologie «inneres (verdecktes) Verhalten» – werden jetzt nicht lediglich als interne vermittelnde Prozesse, sondern als strukturierende und steuernde Komponenten für emotionale, motivationale, physiologische und motorische Vorgänge aufgefaßt. Durch diesen Entwicklungsprozeß in-

nerhalb der Verhaltenstherapie wurden die simplen Reiz-Reaktions-Modelle der fünfziger und sechziger Jahre überwunden. Heute werden Modelle favorisiert, in denen der Mensch als aktives und reflexives Wesen betrachtet wird (s. u.).

Verhaltenstherapie ist vielfach auf Kritik und Ablehnung gestoßen. Insbesondere wurde in ihr eine oberflächliche – allein auf das Verhalten bzw. Symptom bezogene – Herangehensweise an komplexe menschliche Probleme gesehen. Ohne Zweifel ist Verhaltenstherapie weitgehend eine *symptomzentrierte Therapie*. Im Gegensatz zur Psychoanalyse, die davon ausgeht, daß das beobachtbare Symptom Ausdruck einer tieferliegenden Störung ist, bezeichnet die Verhaltenstherapie mit «Symptom» die psychische Störung selbst. Vor allem beim Einsatz operanter Verfahren (Belohnung – Bestrafung) wurde und wird Verhaltenstherapie der Vorwurf von «Dressur», «Manipulation» oder «Anpassung» gemacht. Charakteristisch für den verhaltenstherapeutischen Prozeß, in den der Patient von Anfang an aktiv einbezogen wird und so früh wie möglich zur Eigenkontrolle angeleitet wird, ist nicht per definitionem Anpassung an bestehende Begebenheiten, sondern auch Hinterfragen überkommener Normen.

Verhaltenstherapie kann als eine direkte Therapie mit einer weitgehend stark strukturierten Behandlung eingestuft werden. So wurden verschiedene formalisierte Modelle für die *Verhaltens- bzw. Problemanalyse* (vgl. SCHULTE, 1976) oder den therapeutischen Prozeß (KANFER u. GRIMM, 1980) vorgestellt. Im *Prozeßmodell* von KANFER und GRIMM (1980) werden sieben Stufen unterschieden. Einerseits sind dies Phasen, die grundsätzlich für psychotherapeutische Prozesse bedeutsam sind, wie 1. die Rollenstrukturierung und der Aufbau eines therapeutischen Arbeitsbündnisses oder 2. Motivierung und Vereinbarung einer Veränderung. In der ersten Phase geht es darum, einerseits die Erwartungen des Patienten zu klären, andererseits von Anfang an zu vermitteln, daß der Patient selbst aktiv werden und Verantwortung für den Verlauf der Behandlung übernehmen muß. Wesentlich für diese Phase ist ebenso die Schaffung einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Patient

und Therapeut. In der zweiten Phase sollte die aktive Bereitschaft zu einer Veränderung abgeklärt werden, wobei nicht nur die Beseitigung eines unangenehmen Zustandes, sondern auch die Möglichkeit neuer, wünschenswerter Lebensumstände einbezogen werden sollte. Eine wesentliche Funktion des Therapeuten besteht schon in dieser Phase darin, z. B. durch Rollenspiel Situationen zu schaffen, in denen der Patient erleben und erfahren kann, daß er selbst Möglichkeiten hat und eigene Fähigkeiten einsetzen kann, um Veränderungen herbeizuführen.

Die weiteren Phasen des Therapieprozesses – 3. Verhaltensanalyse, 4. Vereinbarung von Behandlungszielen, 5. Durchführung der Behandlung, 6. Registrieren und Bewerten des Behandlungsfortschritts und 7. Generalisierung und Beendigung der Behandlung – sind eher spezifisch für Verhaltenstherapie und werden in den folgenden Abschnitten näher erläutert. Therapieziele verhaltenstherapeutischer Interventionen können global in Symptomreduktion, der Lösung konkreter Probleme und dem Überwinden eingeschränkter Handlungsfähigkeit, nicht jedoch in einer allgemeinen Veränderung der Persönlichkeitsstruktur oder Selbstentfaltung des Patienten gesehen werden.

Seit 1980 wird die Verhaltenstherapie in der BRD neben den tiefenpsychologisch fundierten Verfahren und der Psychoanalyse in den Psychotherapie-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen als eigenständige Psychotherapiemethode genannt.

2. Krankheitsmodell

Theoretisch hat sich in der Verhaltenstherapie seit ihren Anfängen vor etwa 40 Jahren ein Wandel von einem linearen Lern-Modell mit dem klassischen Reiz-Reaktions-Schema (S – R) zu einem umfassenderen Systemansatz vollzogen (vgl. KANFER, 1989). Damit einher ging auf der Theorieseite eine Differenzierung des Verhaltensbegriffes mit der Unterscheidung der organisch-physiologischen, emotional-kognitiven und subjektiv-verbale

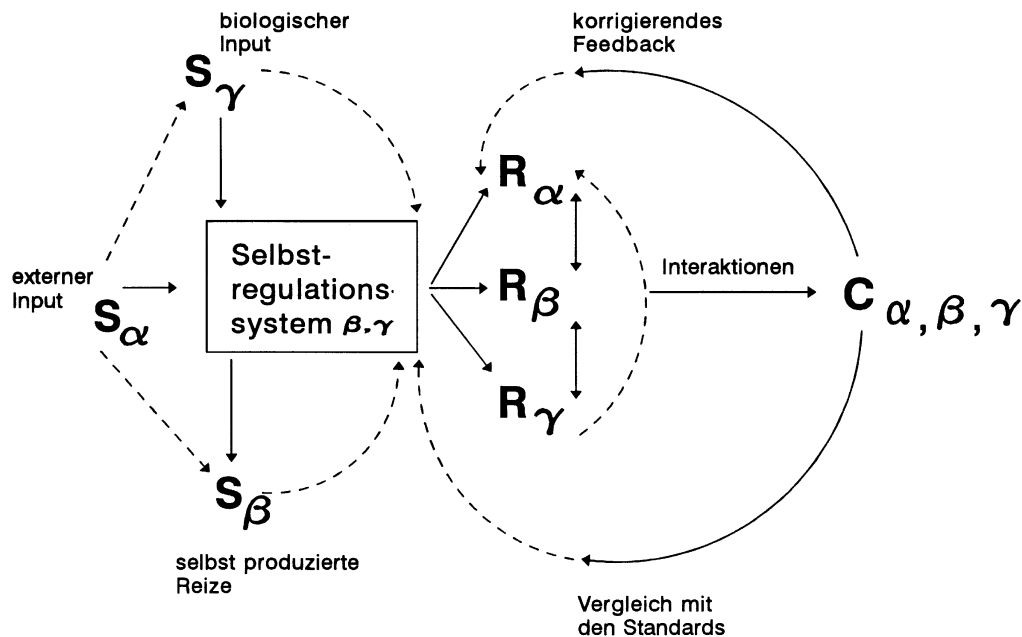


Abbildung 1: System-Modell der Regulation menschlichen Verhaltens nach KANFER u. SCHEFFT (1987).

Beschreibungsebenen sowie in der therapeutischen Praxis die Einbeziehung kognitiv geprägter Therapiemethoden und Strategien, die Berücksichtigung der Therapiemotivation und der Beziehung zwischen Patient und Therapeut (vgl. CASPAR, 1989). Schließlich entwickelte sich auch im Sinne der sogenannten verhaltensmedizinischen Perspektive die Untersuchung des gemeinsamen Einflusses psychosozialer und physiologischer Faktoren auf Gesundheit und Krankheit (vgl. MEERMANN u. VANDEREYCKEN, 1991).

Während das «klassische» *Lernmodell* seinen Ursprung in der Physiologie des Nervensystems hatte (PAWLOW), werden die heute gebräuchlichen Regelkreismodelle der Komplexität menschlichen Handelns besser gerecht. Im *System-Modell* der Regulation menschlichen Verhaltens von KANFER und SCHEFFT (1987, s. Abb. 1), das heute weitgehend als das verhaltenstherapeutische Basismodell zugrundegelegt wird, sind die aus den früheren S – R – C-Modellen bekannten Elemente der *Situations- bzw. Reiz-Bedingungen* (S), der *Reaktionsmuster* bzw. der Verhaltensweisen der Person (R) und der *Konsequenzen* eines Verhaltens (C) nach wie vor enthalten.

Für die Beschreibung und Analyse des Verhaltens, der situativen Bedingungen und der Konsequenzen werden jeweils drei Ebenen (alpha, beta, gamma) unterschieden. Die Alpha-Ebene bezeichnet alle von außen kommenden Einflüsse oder Umwelt-Bedingungen. Alle nicht-biologischen Ereignisse und Prozesse, die in der Person ablaufen, werden in der Beta-Ebene zusammengefaßt. Gemeint sind damit alle internen psychischen Prozesse wie z.B. Gedanken, Gefühle und Einstellungen, die auf persönliche und soziokulturelle (Lern-)Erfahrungen zurückzuführen sind. Im Rahmen dieser Ebene werden verschiedene Modelle aus der kognitiven Psychologie, den sozialen Lerntheorien (z. B. BANDURA, 1979) und sozialpsychologische Theorien (z. B. Theorie der kognitiven Dissonanz) einbezogen. Die Gamma-Ebene schließlich kennzeichnet den biologischen Bereich, d. h. sowohl die genetischen als auch die aktuellen Prozesse und Reaktionen, die ihren Ursprung in physiologischen Strukturen und Funktionen haben. Darüberhinaus spielen in dem System-Modell Aspekte der Selbstregulation unter Einbeziehung von Standards, Erwartungen und kognitiven Verarbeitungsmechanismen sowie die Rückkopplung eine entscheidende Rolle. KANFER und SCHEFFT (1987) betonen, daß die Trennung in verschiedene Ebenen künstlich ist, ihr jedoch für Forschung und Modellbildung ein entscheidender heuristischer Wert zukommt. Bei der Analyse eines konkreten Problems eines Patienten im Rahmen der verhaltenstherapeutischen Diagnostik besteht das Ziel darin, die ein-

zelen Bestandteile des Modells im konkreten Fall zu spezifizieren.

Durch die Hinwendung zu dem bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell, das ursprünglich von dem Psychoanalytiker George ENGEL (1977) vorgeschlagen worden war, gewann die Verhaltenstherapie auch entscheidende Relevanz für die Behandlung körperlicher Krankheiten. Eine gezielte Beschäftigung verhaltenstherapeutisch orientierter Forschung mit den Wechselwirkungen zwischen behavioralen und somatischen Bedingungen erfolgte in den USA ab Mitte der siebziger Jahre unter dem Begriff *Verhaltensmedizin* («Behavioral Medicine»). Das Ziel des verhaltensmedizinischen Ansatzes wird darin gesehen, die Interaktion zwischen behavioralen, subjektiven und physiologischen Faktoren bei vorwiegend medizinischen Problemstellungen aufzuzeigen und diese Faktoren zu systematischen und empirisch überprüfbareren Modellen zusammenzufassen, um daraus psychologische Interventionen abzuleiten. In diesem Kontext wird einerseits die interdisziplinäre Zusammenarbeit von Verhaltens- und Biowissenschaften betont und andererseits neben Diagnose, Behandlung und Rehabilitation auch dem Aspekt der Prävention besondere Bedeutung beigemessen (vgl. SCHWARTZ u. WEISS, 1980).

Der Terminus *Verhaltensmedizin* ist vielfach problematisiert und kritisiert worden. Es handelt sich hier eher um einen neuen wissenschaftlichen Ordnungsbegriff bzw. um ein neues Einsatzfeld für bekannte verhaltenstherapeutische Konzepte und Methoden, dem in gesundheitspolitischen Diskussionen besonderer Stellenwert beigemessen wird. Ob in diesem Kontext grundsätzlich neue Konzepte und Interventionsstrategien entwickelt werden, bleibt abzuwarten, so daß momentan die von HAND und WITTCHEN (1989) geprägte Bezeichnung «Verhaltenstherapie in der Medizin» dem Gegenstand eher gerecht zu werden scheint.

3. Verhaltenstherapeutische Diagnostik

Wenn Methoden der Verhaltenstherapie bei Patienten mit psychosomatischen Störungen oder psychischen Problemen angewendet werden, impliziert dies eine andere Konzeption der Störung als im medizinischen Denken

üblich: Global werden die Beschwerden bzw. Symptome kognitiver, emotionaler und körperlicher Art als unerwünschte Verhaltensweisen oder Problemverhalten verstanden. Das Ziel der verhaltenstheoretischen Diagnostik besteht darin, die vom Patienten vorgebrachten Beschwerden auf den drei genannten Beschreibungsebenen (organisch-physiologisch, motorisch-verhaltensmäßig, emotional-kognitiv) im Rahmen der *Verhaltens- bzw. Problemanalyse* zu beschreiben und die auslösenden, d.h. «historisch-genetischen Bedingungen», die zur Entstehung des Problems geführt haben, und die Bedingungen, die das Problemverhalten aktuell aufrechterhalten, in der *Bedingungsanalyse* zu eruieren, wobei die beiden Arten von Bedingungen nicht identisch sein müssen. Die Behandlung richtet sich dann nicht nur auf das Symptom, sondern auch auf die aufrechterhaltenden Bedingungen als «Ursachen» des Symptoms.

Diagnostik im Rahmen der Verhaltenstherapie ist auf das praktisch-therapeutische Handeln ausgerichtet, d.h., der Zusammenhang zwischen Diagnostik und Einsatz therapeutischer Methoden wird als sehr eng angesehen. Nach KANFER und SASLOW (1969) stellt die Beantwortung folgender drei Fragen die Grundlage für die Durchführung einer Verhaltenstherapie dar:

1. Welche Verhaltensweisen sollen verändert werden?
2. Wodurch wird dieses Verhalten momentan bedingt?
3. Durch welche therapeutischen Maßnahmen kann die angestrebte Veränderung am besten bewirkt werden?

Diese drei Fragen entsprechen den drei Teilschritten der verhaltenstherapeutischen Problemanalyse, die in Abbildung 2 schematisch dargestellt ist und im folgenden erläutert wird.

Im ersten Schritt der *Problemstrukturierung* werden die umgangssprachlich vom Patienten geschilderten Beschwerden und Probleme strukturiert und die zu verändernden Verhaltensweisen konkretisiert, d.h., es geht um die Darstellung der Phänomenologie des Symptomverhaltens auf der organisch-

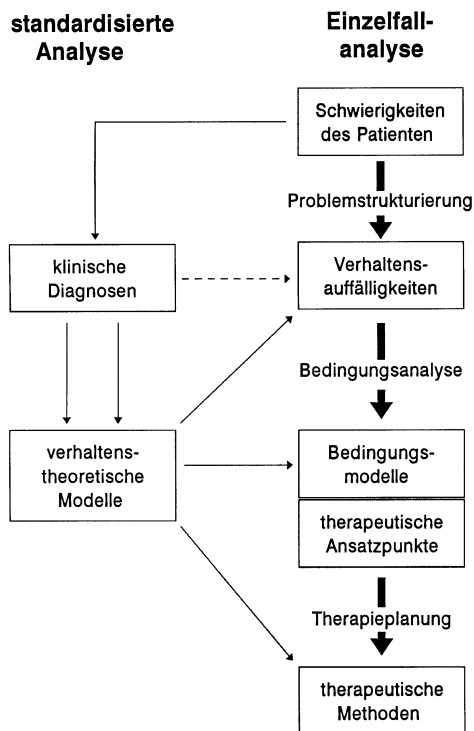


Abbildung 2: Schematisches Modell der Problemanalyse nach SCHULTE (1994).

physiologischen, motorisch-verhaltensmäßigen sowie emotional-kognitiven Ebene und gleichzeitig um die Benennung des erwünschten Zielverhaltens bzw. der Therapieziele.

Die Informationsgewinnung erfolgt durch die *Exploration* des Patienten unter Berücksichtigung seines nicht-verbalen Verhaltens im Gespräch sowie ergänzend durch die *Beobachtung* in Verhaltenstests bzw. im Rollenspiel oder in den als problematisch bezeichneten Situationen des Alltagslebens. Als Hilfsmittel werden auch standardisierte Verhaltenstests teilweise mit apparativer (physiologischer) Registrierung, Verhaltens-Checklisten oder Verhaltens-Tagebücher eingesetzt, wobei der *Selbstbeobachtung* eine besondere Bedeutung zukommt (vgl. SCHALLER u. SCHMIDTKE, 1983). Ziel dieser Diagnostik sind nicht Aussagen über die Persönlichkeitsstruktur bzw. situationsübergreifende Persönlichkeitseigenschaften, sondern die Erfassung von direkt beobachtbaren Verhaltensweisen in

konkreten Situationen einschließlich der sie steuernden Umgebungsbedingungen.

In der *Bedingungsanalyse* geht es um jene Variablen, die einerseits als Entstehungsbedingungen bzw. Auslöser für die Genese der Störung verantwortlich sind, andererseits um solche Bedingungen und Voraussetzungen, die dazu beitragen, daß das symptomatische Verhalten aufrecht erhalten bleibt. Gegenstand der Bedingungsanalyse sind im Unterschied zu den tiefenpsychologischen Ansätzen in erster Linie die gegenwärtigen Bedingungen und Umstände für die Aufrechterhaltung des Symptoms, die – im experimentellen Sinne – als unabhängige Variablen des Problemverhaltens angesehen werden können.

Die *Funktionsanalyse* schließlich beinhaltet die Untersuchung der Auswirkungen und der mittelbaren (über die Umwelt) und unmittelbaren Rückwirkungen des symptomatischen Verhaltens auf sich selbst oder andere Verhaltensweisen des Patienten im Sinne eines Regelkreises. In diesem Zusammenhang stellte HAND (1989) einige *Symptomfunktionen* dar, die bei Patienten mit psychosomatischen bzw. körperlichen Erkrankungen von besonderer Bedeutung sind. Es handelt sich hierbei um eine veränderte Bewertung der möglichen, unterschiedlichen und dem Patienten nicht unbedingt bewußten Funktionen von Symptombildungen, wobei zwischen intraindividuellen und interaktionellen Funktionen unterschieden werden kann. Eine Symptomatik mit *intraindividuellem Funktion* liegt z. B. vor bei einer verhaltenstherapeutisch primär nicht behandelbaren somatischen Krankheit (z. B. Diabetes mellitus). Hier kann Verhaltenstherapie zur Reduktion von Risikofaktoren für Krankheitsrückfälle bzw. zum Aufbau von Bewältigungskompetenz eingesetzt werden. Ebenfalls mit intraindividuellem Funktion können z. B. funktionelle Organbeschwerden aufgefaßt werden, die immer dann auftreten, wenn schwerwiegende persönliche oder berufliche Entscheidungen ungeklärt bleiben. Im Sinne *interaktioneller Funktionen* können Symptome verstanden werden, die als Machtinstrument oder als Ausdruck hilflosen Protestes in zwischenmenschlichen Konfliktsituationen dienen oder die Aufforderung an Personen des engeren sozialen Umfeldes darstellen, Ent-

scheidungen zu treffen, die der Patient aufgrund eigener Ambivalenz, mangelnder Risikobereitschaft oder fehlenden Mutes zur Verantwortung zu treffen nicht in der Lage ist.

4. Therapeutische Vorgehensweise und Interventionstechniken

Einen wesentlichen Bestandteil der Verhaltenstherapie und eine notwendige Vorstufe für den Einsatz konkreter Therapietechniken bildet die Vermittlung eines plausiblen Modells für die Genese und Therapie des symptomatischen Verhaltens (vgl. REINECKER, 1987). Mit dieser Vermittlung eines plausiblen Modells kommt man einerseits dem Bedürfnis des Patienten nach einer Erklärung seiner Probleme entgegen und schafft andererseits die notwendige Transparenz des therapeutischen Vorgehens. Die Frage, welches verhaltenstherapeutische Vorgehen bei einem vorliegenden Problem Erfolg erwarten läßt, ergibt sich einerseits aus der Definition des Therapiezieles, andererseits aus Handlungsanweisungen bzw. therapeutischen Regeln. Auf dieser Basis erfolgt die Auswahl eines Änderungsprinzips und einer grundlegenden Strategie bei dem vorliegenden Problem (vgl. FLIEGEL et al., 1981). Ein Rückgriff auf Standardverfahren reicht jedoch für die Durchführung einer erfolgreichen Intervention beim Patienten nicht aus. Es ist vielmehr erforderlich, die einzelnen Interventionsschritte konkret auf das Problem des Patienten und seine Situation abzustimmen.

Jede Kategorisierung der Interventionsmethoden ist in gewissem Grade willkürlich. Wir orientieren uns an SCHWARZ (1985), der die Methoden nach den Kategorien Stimulus- bzw. Reaktionskontrolle, Biofeedback, Modellernen, kognitive Verfahren und Selbstkontrolltechniken unterschied (s. Tab. 1).

4.1 Techniken der Stimuluskontrolle

Bei den Verfahren der Stimuluskontrolle handelt es sich um eine Gruppe von Techniken,

durch die dem Patienten eine Strategie der Bewältigung des Umgangs mit problematischen Situationen vermittelt wird. Das zugrundeliegende Lernprinzip besteht in der sogenannten *Gegenkonditionierung*, bei der eine Reaktion (z. B. Angst), die in einer bestimmten Situation auftritt, dadurch beseitigt wird, daß in der Situation ein anderes Verhalten (z. B. körperliche Entspannung) ausgelöst wird. Die diesem Bereich zuzuordnenden Verfahren reichen von der Systematischen Desensibilisierung (vgl. WOLPE, 1974) über Exposition und Reaktionsverhinderung (MARKS, 1978) bis hin zu Reizüberflutungstechniken (BARTLING et al., 1980). Bei allen genannten Verfahren findet eine *Konfrontation* der Person mit einer in der Regel Angst oder vegetative Reaktionen auslösenden Situation statt. Diese Konfrontation kann nach der Intensität der (Angst-)Reaktion abgestuft und in der Vorstellung (Desensibilisierung *in sensu*) oder abgestuft und in der realen Situation (Desensibilisierung *in vivo*) praktiziert werden. Ebenso ist eine abgestufte (Expositionstherapie) oder massierte Konfrontation (Reizüberflutung, Flooding) mit der jeweils auslösenden Situation in der Realität möglich. Im Sinne eines Selbstkontroll- und Selbstmanagementansatzes wird bei den verschiedenen Strategien angestrebt, daß der Patient nach Anleitung durch den Therapeuten die einzelnen Schritte selbständig durchführt.

Vorgehensweise und Wirkmechanismen der Systematischen Desensibilisierung, die lange Zeit als die wichtigste Methode der Verhaltenstherapie galt, teilweise sogar mit Verhaltenstherapie gleichgesetzt wurde, werden kurz charakterisiert: Spannungstraining, Aufstellen einer individuellen Angsthierarchie und Darbietung der einzelnen Items der Angsthierarchie unter Entspannung sind nach WOLPE (1974) die essentiellen Elemente der Systematischen Desensibilisierung. Als Wirkmechanismus liegt diesem Vorgehen die theoretische Annahme zugrunde, daß es zu einer Unterdrückung von Angstreaktionen kommt und die Verknüpfungen zwischen Angstauslösern und Angstreaktionen abgeschwächt werden, wenn es gelingt, bei einer Person eine zur Angstreaktion antagonistische Reaktion (Entspannung) hervorzurufen, die gleichzeitig mit den angstauslösenden Bedingungen auftritt.

Die Techniken der Stimuluskontrolle – vor allem die systematische Desensibilisierung, aber

Tabelle 1: Interventionsmethoden der Verhaltenstherapie

Techniken der Stimuluskontrolle	systematische Desensibilisierung graduierte Löschung Reiz-Überflutungs-Verfahren
Techniken der Konsequenzkontrolle	reaktionskontingente Verstärkung Kontingenzmanagement Token-economy Bestrafungsverfahren
Biofeedback	apparative Rückmeldung von Biosignalen
Techniken des Modellernens	Modellernen in vivo Darbietung symbolischer Modelle
Techniken der Selbstkontrolle	Selbstbeobachtung Stimuluskontrolle Kontingenzkontrolle Aufstellen von Verträgen
Kognitive Verfahren	verdecktes Konditionieren kognitive Therapie (BECK) rational-emotive Therapie (ELLIS) Problemlösetraining Selbstinstruktionstraining Streßimpfungstraining

auch unspezifisch eingesetztes Entspannungstraining (progressive Muskelrelaxation nach JACOBSON sowie auch Autogenes Training) – werden bei Patienten mit psychosomatischen Störungen am häufigsten im Sinne einer «indirekten, spezifischen Indikation» mit dem Ziel eingesetzt, die meist vorhandene allgemeine psychovegetative Übererregbarkeit zu senken (z. B. bei Bluthochdruck, Störungen der Magen-Darm-Funktionen oder Hyperventilation). Im Sinne einer «direkten, spezifischen Indikation» werden diese Verfahren angewendet, um eine spezifische neuromuskuläre oder vasomotorische Verspannungssymptomatik (z. B. Schiefhals, Schreibkrampf) direkt zu beeinflussen (vgl. VAITL, 1978).

Ein weiteres klassisches Beispiel für die Anwendung von Techniken der Stimuluskontrolle stellen die sogenannten Konfrontationsverfahren bei angstbedingtem Vermeidungsverhalten dar. Wenn das Problem eines Patienten darin besteht, daß er bestimmte Situationen aufgrund (antizipierter) Angst nicht mehr oder nur sehr beschränkt aufsuchen kann, so besteht die Aufgabe des Therapeuten

darin, den Patienten anzuleiten, die gefürchtete Situation (schrittweise) wieder aufzusuchen, damit es zu einer Bewältigung (oder im «klassischen» lerntheoretischen Sinne: Löschung) der Angst kommen kann. Ein derartiges symptomatisches (Vermeidungs-)Verhalten – wie z. B. «nicht im Fahrstuhl zu fahren» oder «nicht in ein Kino zu gehen» – ist nach kognitiv-lerntheoretischer Auffassung deshalb so stabil, weil es durch eine vollständige Vermeidung nicht zu der Erfahrung der Ungefährlichkeit der gefürchteten Situation kommt. Eine «vermeintlich» gefährliche Situation kann man dadurch beenden, daß man sich ihr entzieht (= Flucht) bzw. daß man sich dieser Situation gar nicht mehr aussetzt (= Vermeidung). Die Beendigung einer unangenehmen Situation durch Vermeidung entspricht dem Prinzip der negativen Verstärkung: Das heißt, alle Verhaltensweisen, die zur Abnahme oder zum Nicht-Eintreten gefürchteter, unangenehmer Erfahrungen (z. B. dem Gedanken «ich traue mich nicht», innerer Unruhe, Zittern, vegetativen Symptomen wie Schwitzen, Erröten, usw.) führen, werden in

Zukunft häufiger auftreten. Andererseits nimmt die (Erwartungs-)Angst zu.

Im Rahmen von Konfrontationsverfahren muß der Patient die konkrete Erfahrung machen, daß eine Konfrontation mit der subjektiv gefürchteten Situation nicht den erwarteten Zusammenbruch nach sich zieht. Der Patient wird instruiert, so lange in der gefürchteten Situation zu bleiben, bis die Angst(-reaktionen) «von selbst» geringer werden. Nach einem Erregungsplateau nimmt die Angst ab, so daß es auch zu einer Zunahme des Vertrauens in die eigenen Bewältigungsfähigkeit kommt. Versuche, die Angst zu unterdrücken oder sich abzulenken, sind nicht erlaubt. Es wird betont, daß es in der Therapie um die Vermittlung von Fertigkeiten geht, die selbständig auch bei erneutem Auftreten von Ängsten eingesetzt werden können, um Rückfällen vorzubeugen. Die Patienten werden für die Durchführung der Konfrontationsübung, nicht aber für Angstfreiheit verstärkt (vgl. FIEGENBAUM, 1986). Zur Erklärung des Prozesses der Abnahme von Angst und Vermeidungsverhalten im Rahmen von Konfrontationsverfahren wurden theoretische Ansätze der Gegenkonditionierung (WOLPE, 1974) als auch Gesichtspunkte der Habituation (BIRBAUMER, 1977) herangezogen.

4.2 Techniken der Konsequenzkontrolle

Die Steuerung menschlichen Verhaltens durch Konsequenzen («Lernen am Erfolg») ist Gegenstand der Ansätze, die man der operanten (instrumentellen) Tradition der Lerntheorien zuordnen muß. Die verschiedenen Möglichkeiten der Steuerung von Verhalten durch Konsequenzen und die Folgen für die zukünftige Auftretenswahrscheinlichkeit des Verhaltens lassen sich vereinfacht vier Kategorien zuordnen:

1. Zunahme eines gewünschten Verhaltens bei direkter positiver Verstärkung (Belohnung).
2. Zunahme eines gewünschten Verhaltens durch negative Verstärkung (Wegfallen unangenehmer Folgen).

3. Abnahme eines unerwünschten Verhaltens durch indirekte Bestrafung (Ignorieren).
4. Abnahme eines unerwünschten Verhaltens durch direkte Bestrafung.

Die Prozesse der Stimulus- und Konsequenzkontrolle stehen in enger Interaktion. Eine Trennung ist weder in theoretischer Hinsicht noch im therapeutischen Kontext möglich. Ein Beispiel für die negative Verstärkung wurde schon bei der Aufrechterhaltung des Vermeidungsverhaltens genannt (s. o.).

Die verhaltenstherapeutischen Techniken, die man der Konsequenzkontrolle zuordnen kann, werden zumeist als operante Verfahren bzw. Strategien des Kontingenzmanagements bezeichnet. Kontingenzmanagement meint dabei, daß die Konsequenzen eines Problem- bzw. Zielverhaltens so arrangiert werden, daß dadurch die Häufigkeit des Zielverhaltens zunimmt (z. B. durch positive Verstärkung). Ein klassisches Beispiel für den Aufbau fehlenden oder unzureichend ausgeprägten Verhaltens stellt der erneute Spracherwerb bei Apoplex-Patienten dar. Die Reduzierung von zu häufig auftretenden Problemverhaltensweisen kann z. B. durch Nichtbeachtung (operante Löschung) erreicht werden. Von sehr eingeschränkter Bedeutung sind (direkte) Bestrafungsverfahren, weil sie neben theoretischen und empirischen Problemen vor allem aus ethischer Sicht fragwürdig sind, so daß ihre Anwendung nur im Extremfall legitim erscheint (vgl. REINEKER, 1987).

Insbesondere bei der verhaltenstherapeutischen Behandlung von Anorexia nervosa, Bulimia nervosa und Adipositas wurden operante Verstärkungspläne in der Regel in Form von Verhaltensverträgen («contingency contracting») eingesetzt. In einer solchen Vereinbarung werden die relevanten Bedingungen wie Ziele, Aufgaben des Therapeuten, Aufgaben des Patienten, tägliche Kalorienzufuhr, das Einhalten eines bestimmten Essensplanes oder zu erreichende Gewichtszunahme bzw. -abnahme vereinbart. In stationären Settings werden den Patientinnen zu Beginn der Therapie weitgehend alle Annehmlichkeiten (wie z. B. Bücher lesen, Musik hören, Besuch bekommen) genom-

men und dann im Therapieplan als Verstärker eingesetzt.

4.3 Biofeedback

Das Biofeedback-Training – die Rückmeldung biologischer Signale durch technische Methoden – hat das Ziel, Körperfunktionen (wie Blutdruck, Herzschlagfrequenz, Muskeltonus oder Körpertemperatur), die üblicherweise nicht der bewußten Steuerung unterliegen, willkürlich kontrollierbar zu machen. Biofeedback-Methoden können prinzipiell bei allen psychosomatischen Störungen eingesetzt werden, bei denen erkennbare physiologische Funktionsabweichungen zu beobachten sind.

Es kann zwischen unmittelbarer und mittelbarer Kontrolle eines Symptoms unterschieden werden. Bei einem motorischen Tic oder einem Torticollis spasmodicus können – im Sinne einer unmittelbaren Kontrolle – die beteiligten Muskeln über EMG-Feedback schrittweise unter Kontrolle gebracht werden, ähnliches gilt auch für die Sphinkterkontrolle bei funktioneller Stuhlinkontinenz. Häufiger ist jedoch die Anwendung von Biofeedback im Sinne mittelbarer Kontrolle z. B. zum Erlernen willentlicher Entspannung durch EMG- oder Hauttemperatur-Feedback im Rahmen der Therapie chronischer Kopfschmerzen. Eine theoretische Erklärung der Wirkungsweise von Biofeedback steht bisher noch aus, es wurde sowohl der Aspekt des operanten als auch der des klassischen Konditionierens diskutiert. SCHWARZ (1985, S. 273) ging davon aus, «daß eine isolierte Anwendung der Methodik ohne Berücksichtigung des funktionellen Zusammenhanges der Störung und der kognitiven Bewertung der Störung nur selten erfolversprechend sein dürfte».

Eine abschließende Einschätzung des therapeutischen Wertes von Biofeedback-Methoden ist noch nicht möglich. Nach einer anfänglichen Euphorie infolge von Wissenschafts- und Technikgläubigkeit sowie aufgrund unkritischen Einsatzes durch nicht oder wenig ausgebildete Therapeuten wurde zunehmend Kritik und Skepsis laut. Bei der klinischen Anwendung zeigt die Mehrzahl der besser kontrollierten Untersuchungen keine Überlegenheit der Biofeedback-Methode gegenüber älteren, häufig ökonomischeren Entspannungs- und übenden Verfahren. Nur sehr vereinzelt, beispielweise im Rahmen der Therapie der funktionellen Stuhlinkontinenz, er-

wiesen sich Biofeedback-Verfahren als effektiver (HÖLZL u. KRÖGER, 1989).

4.4 Modellernen

Modellernen beruht auf der Tatsache, daß sich Menschen aufgrund der Beobachtung des Verhaltens anderer Personen dieses Verhalten aneignen bzw. eigene Verhaltensmuster in Richtung des Modellverhaltens ändern (vgl. BANDURA, 1969). Im Unterschied zu anderen Formen des Lernens können selbst komplexe Verhaltensweisen und Handlungen durch Modellernen vom Beobachter relativ rasch nachgeahmt und übernommen werden. Beim Modellernen wird ein Vorbild benötigt, das ein bestimmtes Verhalten vorführt. Dieses Verhalten kann nachgeahmt werden und auch in Situationen gezeigt werden, in denen das Vorbild nicht da ist. Anwendungsbereiche von Modellernen erstrecken sich auf die Bewältigung von angstauslösenden oder belastenden Situationen (z. B. Annäherung an Hunde oder Schlangen bei einer entsprechenden Phobie) sowie das (verbale) Äußern von Gefühlen bei psychosomatischen Patienten.

Dem Bereich des Modellerns werden auch die Ansätze der «Verhaltensübung» und des Rollenspiels zugeordnet. In der Verhaltenstherapie finden diese Methoden insbesondere beim Erwerb komplexer sozialer Verhaltensweisen wie dem Selbstsicherheitstraining bzw. dem Training sozialer Kompetenz Anwendung (vgl. ULLRICH DE MUYNCK u. ULLRICH, 1976). Ein solches Training kann als Einzel- oder Gruppentherapie nach einem standardisierten Programm erfolgen. Ein kurzes Beispiel soll Ablauf und Lernprinzip beschreiben: Nach der Erarbeitung einer konkreten Situation (z. B. sich gegen eine Bevormundung durch die Mutter wehren) verhält sich der Patient in dieser Situation im Rollenspiel zunächst in der gewohnten Art. Dann wird das gewünschte Zielverhalten erarbeitet. Im verhaltenstherapeutischen Rollenspiel werden durch Rollentausch von Patient und Therapeut Beobachtungslernen und Verhaltenseinübung im Wechsel realisiert, teilweise wird auch Video-Feedback eingesetzt.

4.5 Selbstkontrolle und Selbstregulation

Ansätze der Selbstkontrolle gewinnen in der Verhaltenstherapie zunehmend an Bedeutung. Ein grundsätzliches Ziel verhaltenstherapeutischer Interventionen wird darin gesehen, daß der Patient selbst wichtige Aufgaben in eigener Verantwortung durchführt und dadurch lernt, mit seinen Problemen selbst besser umzugehen. Ergänzend zu den beschriebenen verhaltenstherapeutischen Methoden und Prinzipien, die der Patient lernt, um «Fachmann für die Lösung seiner Probleme» zu werden, gibt es eine Reihe von Selbstkontrollverfahren im engeren Sinne. Im Modell der Selbstregulation (KANFER, 1970) werden die Stufen Selbstbeobachtung, Selbstbewertung (anhand bestimmter Standards) und Selbstverstärkung (als Folge eines Vergleichs der Standards mit dem eigenen Verhalten) unterschieden. Mit Selbstkontrolle wird ein Spezialfall der Selbstregulation bei Vorliegen einer speziellen Konfliktsituation bezeichnet. Als Selbstkontrolltechniken im engeren Sinne sind neben der oben genannten Selbstbeobachtung oder den Verhaltenskontrakten, die nicht nur – wie oben dargestellt – stationär, sondern auch ambulant durchgeführt werden können, vor allem die Stimuluskontrolle und Selbstverstärkung bzw. Selbstbestrafung zu nennen.

Stimuluskontrolle bedeutet in der Regel eine Veränderung der physikalischen oder sozialen Umgebung, so daß problematisches Verhalten nicht mehr (so oft) und Zielverhaltensweisen häufiger auftreten. Typische Anwendungsbereiche sind Behandlung von Arbeitsstörungen durch Entfernung von ablenkenden Bedingungen wie Essen, Musikhören usw. oder Kontrolle des Eßverhaltens bei Übergewicht durch Einschränken der Vorrathaltung, Schloß am Kühlschrank usw. Ein Nachteil dieser Verfahren liegt darin, daß die Verhaltensänderungen oft zeitlich beschränkt sind, weil mit der Beendigung der Kontrollmaßnahmen das ursprüngliche Verhalten wieder auftritt.

Die große Relevanz der Selbstkontrollansätze liegt darin begründet, daß sie einerseits einen entscheidenden Beitrag zur Transparenz des therapeutischen Vorgehens leisten, sich andererseits besonders gut bei der Therapie sehr privater (intimer) Probleme anwenden lassen, weil sie von Patienten selbst in natürlichen Situationen eingesetzt werden können. Sy-

stematische Untersuchungen liegen insbesondere für Selbstkontrollprogramme zur Gewichtsreduktion (vgl. PUDEL, 1978) und bei der Behandlung von Spannungskopfschmerzen vor (MITCHELL u. WHITE, 1977). Darüberhinaus kommt den Selbstkontrollansätzen große Bedeutung im Rahmen von Prävention und Rückfallprophylaxe zu.

4.6 Kognitive Verfahren

Während sich die meisten bisher beschriebenen Techniken der Verhaltenstherapie schwerpunktmäßig auf die Modifikation offenen Verhaltens bezogen, wurden in der verhaltenstherapeutischen Praxis schon von Anfang an auch kognitive Interventionsstrategien berücksichtigt (vgl. WOLPE, 1974). Eine explizite Beschreibung und Bearbeitung dieser Methoden erfolgte aber erst seit Mitte der siebziger Jahre. In diesem Kontext sind zunächst nochmals die beschriebenen Selbstkontroll- bzw. Selbstregulationsverfahren zu nennen. Darüberhinaus zählen zu diesem Bereich Verfahren wie verdecktes Konditionieren und Gedankenstopp sowie die spezifischen Methoden zur kognitiven Umstrukturierung wie z. B. der Problemlöseansatz, das «Streß-Impfungs-Training» von MEICHENBAUM, die kognitive Therapie der Depression von A. T. BECK und die «rational-emotive Therapie» (ELLIS, 1977).

Der Problemlöseansatz (D'ZURILLA und GOLDFRIED, 1971) stellt keine Therapiemethode im engeren Sinne dar, sondern beschreibt und systematisiert verschiedene Schritte, die bei der Lösung von Problemsituationen hilfreich sind. Im einzelnen sind dies Problembeschreibung, Erstellen von Alternativen z. B. mit Hilfe von Brainstorming, Treffen einer Entscheidung und Überprüfung. Einsatz findet dieser Ansatz vor allem in der stationären Gruppentherapie.

Das *Streß-Impfungs-Training* (MEICHENBAUM, 1985/1991) bildet eine Therapiestrategie zur Bewältigung von unangenehmen, allgemeinen Streßsituationen. Das Training setzt bei den die Situation begleitenden «Selbstverbalisationen» an und umfaßt drei Phasen: Es beginnt mit einer theoretischen Unterrichtung, der das intensive Üben verschiedener

Bewältigungsmethoden unter kontrollierten Streßbedingungen folgt. In dieser Phase geht es um die Einübung positiver Selbstverbalisationen wie «Eins nach dem anderen, die Situation ist zu bewältigen» oder «Es ist gleich geschafft, es war schon schlimmer» bis zum «Ich habe es geschafft». Schließlich geht es um die Erprobung des Gelernten in der Realität unter alltäglichen Streßbedingungen. Große Bedeutung besitzt das Streß-Impfungstraining im medizinischen Bereich bei der Bewältigung unausweichlicher Stressoren wie z. B. bei invasiver medizinischer Diagnostik in Form von Herzkatheteruntersuchungen, Bronchoskopien oder ähnlichem.

Die *kognitive Therapie bei Depressionen* von A.T. BECK (1976) geht aus von dem Ansatz, daß Entstehung und Aufrechterhaltung der Depression auf die Existenz und Wirkung typischer Denkinhalte und Denkmuster zurückgeführt werden können. Als kognitive Restrukturierung zielt die Methode auf eine Veränderung von irrationalen Annahmen und unlogischen Gedankenabläufen des Patienten. Die Intervention setzt auf mehreren Ebenen an und hat das Ziel, dem Patienten die Fehler in seiner Wahrnehmung und die entsprechenden Schlußfolgerungen vor Augen zu führen, damit er diese verändern kann. Es werden auch explizit konkrete Erfahrungen (z. B. durch Erledigen kleiner Aufgaben) einbezogen, ohne die eine kognitive Umstrukturierung nicht gelingen kann (vgl. BECK, 1976). Eine Anwendung dieses Ansatzes bei nicht-depressiver Problematik erprobte WITKIN (1985) zur Entwicklung eines gesünderen Lebensstils.

4.7 Verhaltenstherapie in Gruppen

Verhaltenstherapie zur Behandlung von Patienten mit psychosomatischen Erkrankungen in Gruppen war in den siebziger Jahren durch wenige standardisierte Programme mit multimodalem Therapieansatz gekennzeichnet (z. B. PIEPER, 1979; FRANKE et al., 1984). Diese gänzlich standardisierten Ansätze zielten auf die Modifikation von erhöhter autonomer Erregung, die Selbstwahrnehmung und Selbstkontrolle von störungsspezifischen Einstellungen und Verhaltensweisen sowie verbesserte soziale Interaktion oder berücksichtigten unter

motivationalen Aspekten vor allem, daß psychosomatische Patienten eine auf die körperliche Symptomatik zentrierte Lerngeschichte hinter sich haben und psychologischen Erklärungen sehr skeptisch gegenüberstehen.

Seit Anfang der achtziger Jahre wurden in der BRD insbesondere in den verhaltenstherapeutischen Fachkliniken zahlreiche Gruppenkonzepte konzipiert und weiterentwickelt. Während in der frühen Phase vollstandardisierte Trainingsprogramme dominierten, ist heute ein größerer Grad an Flexibilität festzustellen, wobei standardisierte Therapieelemente den jeweiligen klinischen Bedingungen angepaßt werden. Bei den heute praktizierten Gruppenkonzepten wird zwischen Standardgruppen wie z. B. Entspannungstraining oder Selbstsicherheitstraining einerseits und themenzentrierten Gruppen, zu denen vor allen Dingen störungsspezifische Gruppen wie Angstbewältigungstraining, Bulimiegruppe oder Schmerzbewältigung zählen, andererseits unterschieden. Ein Überblick findet sich bei ZIELKE (1993), der zu dem Schluß kam, «daß die Verbreiterung der Anwendungsbereiche verhaltenstherapeutischer Methoden im wesentlichen getragen wurde vom Entwicklungsschwung verhaltenstherapeutischer Gruppenkonzepte».

Ein sehr interessantes verhaltenstherapeutisches Gruppenkonzept wurde von GRAWE et al. (1980) mit den «interaktionellen Problemlösegruppen» vorgestellt und praktiziert. Dieses Konzept wurde bisher nicht weiterentwickelt, zum einen weil der Schwerpunkt auf die Entwicklung störungsspezifischer Gruppenkonzepte gelegt wurde, zum anderen gibt es bisher kaum Ansätze einer originären Verhaltenstherapie durch die Gruppe. Hier wird in der Regel auf gruppenspezifische oder psychodynamisch-interaktionelle Konzepte zurückgegriffen.

5. Ausblick: Verhaltenstherapie in der Psychosomatik

Allgemein ist Verhaltenstherapie das im Vergleich zu anderen Psychotherapiemethoden am häufigsten auf Effektivität untersuchte Verfahren. Nach GRAWE (1992) hat es sich

«mit solcher Regelmäßigkeit als wirksam zur Herbeiführung der jeweils unmittelbar angestrebten, aber auch generalisierter Veränderungen erwiesen». Verhaltenstherapie hat insbesondere im letzten Jahrzehnt für die Behandlung psychosomatischer Krankheitsbilder effektive Interventionsmethoden entwickelt und erprobt. Eine ausführliche Darstellung älterer Arbeiten findet sich bei BASLER et al. (1979), in den letzten fünf Jahren ist die Zahl der einschlägigen verhaltenstherapeutischen bzw. verhaltensmedizinischen Publikationen sprunghaft gestiegen (z. B. MILTNER et al., 1986; HAND u. WITTCHEN, 1989; MEERMANN u. VANDEREYCKEN, 1991).

Der besondere Beitrag der Verhaltenstherapie zur Psychosomatik kann darin gesehen werden, daß diese Therapieform die unterschiedlichen Bedingungen psychosomatischer Störungen konzeptuell berücksichtigt und methodisch kontrolliert. Insgesamt ist bei der klinischen Anwendung der Verhaltenstherapie eine Hinwendung zu «multimodalen» Programmen mit paralleler Beeinflussung der organisch-physiologischen, motorisch-verhaltensmäßigen und emotional-kognitiven Ebene des Verhaltens zu beobachten.

Auf die Auseinandersetzungen zwischen Psychoanalyse und Verhaltenstherapie, die anfangs weitgehend in Form gegenseitiger polemischer Bekämpfung geführt wurden und die seit der Veröffentlichung der GRAWE'schen Metaanalysen wieder aufblühten, soll hier nicht näher eingegangen werden. Ansatzweise wurden auch Integrationsversuche unternommen (z. B. WITTMANN, 1981), denen jedoch die meisten Autoren eher ablehnend gegenüber stehen (vgl. KEUPP u. KRAIKER, 1984). Unter sehr pragmatischen, in der Regel theoretisch wenig reflektierten Gesichtspunkten werden in der klinischen Praxis verhaltenstherapeutische Verfahren und Psychoanalyse auch zunehmend parallel angewendet (vgl. FÜRMAIER 1987).

Literatur

- BANDURA A: Principles of behavior modification. Holt, New York 1969
- BANDURA A: Sozial-kognitive Lerntheorie. Klett-Cotta, Stuttgart 1979
- BARTLING G, ECHELMAYER L, ENGBERDING M, KRAUSE R: Problemanalyse im therapeutischen Prozeß. Kohlhammer, Stuttgart 1980
- BASLER HD, OTTE H, SCHNELLER T, SCHWOON D: Verhaltenstherapie bei psychosomatischen Erkrankungen. Kohlhammer, Stuttgart 1979
- BECK AT: Cognitive therapy and the emotional disorders. International Universities Press, New York 1976
- CASPAR F: Beziehungen und Probleme verstehen. Eine Einführung in die psychotherapeutische Plananalyse. Huber, Bern 1989
- EYSENCK HJ, RACHMAN S: Neurosen – Ursachen und Heilmethoden. Deutscher Verlag der Wissenschaften, Berlin 1973
- FIGENBAUM W: Longterm efficacy of exposure in vivo for cardiac phobia. In HAND I, WITTCHEN HU (eds) Panic and phobias. S. 47, Springer, Berlin 1986
- FLIEGEL S, GROEGER WM, KÜNZEL R, SCHULTE D, SORGATZ H: Verhaltenstherapeutische Standardmethoden. Urban & Schwarzenberg, München 1981
- FRANKS CM, WILSON GT: Jahresüberblick der Verhaltenstherapie 1979. Entwicklungen in Theorie, Forschung und Praxis. DGVT, Tübingen 1980
- GRAWE K, DZIEWAS H, WEDEL S: Interaktionelle Problemlösungsgruppen – ein verhaltenstherapeutisches Gruppenkonzept. In GRAWE K (Hrsg.) Verhaltenstherapie in Gruppen. S. 266, Urban & Schwarzenberg, München 1980
- GRAWE K: Psychotherapieforschung zu Beginn der neunziger Jahre. Psychologische Rundschau 43, 132–162, 1992
- HÖLZL R, KRÖGER C: Verhaltensmedizinische Aspekte funktioneller Verdauungsstörungen. In HAND I, WITTCHEN HU (Hrsg.) Verhaltenstherapie in der Medizin. S. 229, Springer, Berlin 1989
- KANFER FH: Basiskonzepte in der Verhaltenstherapie: Veränderungen während der letzten 30 Jahre. In HAND I, WITTCHEN HU (Hrsg.) Verhaltenstherapie in der Medizin. S. 1, Springer, Berlin 1989
- KANFER FH, GRIMM LG: Managing clinical change: A process model of therapy. Behavior Modification 4, 419–444, 1980
- KANFER FH, SCHEFFT BK: Self-management therapy in clinical practice. Research Press, Champaign 1987
- LINDSLEY OR, SKINNER BF, SOLOMON HL: Studies in behavior therapy. Status report I. Metropolitan State Hospital, Waltham 1953
- MAHONEY M: Kognitive Verhaltenstherapie. Pfeiffer, München 1977
- MARGRAF J, SCHNEIDER S: Panik. Angstanfälle und ihre Behandlung. Springer, Berlin 1990

- MEERMANN R, VANDEREYCKEN W (Hrsg.): Verhaltenstherapeutische Psychosomatik in Klinik und Praxis. Schattauer, München 1991
- MEICHENBAUM DH: Stress inoculation training. Pergamon Press, New York 1985. Dt: Intervention bei Streß. Huber, Bern 1991
- MEYER AE, RICHTER R, GRAWE K, SCHULENBURG JM Graf v.D., SCHULTE B: Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes. UKE, Hamburg 1991
- REINECKER H: Grundlagen der Verhaltenstherapie. Urban & Schwarzenberg, München 1987
- SCHALLER S, SCHMIDTKE A: Verhaltensdiagnostik. In GROFFMANN KJ, MICHEL L (Hrsg) Enzyklopädie der Psychologie. B.II: Psychologische Diagnostik. Bd. 4: Verhaltensdiagnostik. S. 489, Hogrefe, Göttingen 1983
- SCHULTE D: Ein Schema für Diagnose und Therapieplanung in der Verhaltenstherapie. In SCHULTE D (Hrsg.) Diagnostik in der Verhaltenstherapie. S. 75, Urban & Schwarzenberg, München 1976
- SCHULTE D: Diagnostische Ansätze in der Verhaltenstherapie. In JANSSEN PL, SCHNEIDER W (Hrsg.) Diagnostik in Psychotherapie und Psychosomatik. S. 135, Gustav Fischer, Stuttgart 1994
- SCHWARTZ GE, WEISS SM: Behavioral medicine revisited: An amended definition. J Behav Med 1, 3–12, 1980
- SCHWARZ D: Verhaltenstherapie. In VON UEXKÜLL Th (Hrsg) Psychosomatische Medizin. S. 268, Urban & Schwarzenberg, München 1985
- ULLRICH DE MUYNCK R, ULLRICH R: Das Assertivness-Trainings-Programm ATP. Einübung von Selbstvertrauen und sozialer Kompetenz. Pfeiffer, München 1976
- VAITL D: Entspannungstechniken. In PONGRATZ LJ (Hrsg.) Klinische Psychologie. Handbuch der Psychologie. Bd. 8.2. S. 187, Hogrefe, Göttingen 1978
- WITKIN G: Healthy living. In ELLIS A, BERNARD ME (eds) Clinical applications of rational-emotive therapy. S. 181, Plenum Press, New York 1985
- WOLPE J: Praxis der Verhaltenstherapie. Huber, Bern 1974
- ZIELKE M: Zielsetzungen und Funktionen der Gruppentherapie in der stationären Behandlung. Prax Klin Verhaltensmed Rehab 6, 6–14, 1993