

# Zur Entwicklung der Verhaltenstherapie

Von der Laborperspektive zum offenen System

Prof. Dr. M. Perrez, Fribourg

*Der vorliegende Beitrag interpretiert die Geschichte der Verhaltenstherapie für Kinder und Jugendliche als eine Geschichte des Versuchs, die methodischen, theoretischen und praktischen Erkenntnisse der akademischen Psychologie auf die Heilung psychischer Störungen anzuwenden. In dieser Hinsicht knüpft das Aufkommen der Verhaltenstherapie an die Anfänge der Klinischen Psychologie, an Lightner Witmer und Emil Kraepelin – beide Schüler von Wundt – an. Der Beitrag fasst die Entwicklung zusammen und gibt einen Einblick in den aktuellen Stand der Evaluation verhaltenstherapeutischer Methoden für Kinder und Jugendliche. Es wird darauf aufmerksam gemacht, dass die Zukunft der therapeutischen Methoden nicht nur durch die unverzichtbare Evaluationsforschung bestimmt sein wird, sondern – vielleicht noch wesentlicher – durch die Fortschritte der Grundlagenforschung, wozu die ätiologische Forschung zu zählen ist.*

---

## Schlüsselwörter

**Verhaltenstherapie, Kinder, Jugendliche, Evaluation, Metaanalysen, Geschichte**

## Zur Geschichte der Verhaltenstherapie

Verhaltenstherapie als Anwendung des Wissens und der Assessmentmethoden der empirischen Psychologie ist älter als es ihre bisherige Geschichtsschreibung will.

Bereits 1896 hat der Wundt-Schüler Lightner Witmer an der Pennsylvania Universität eine psychologische Klinik für Kinder eröffnet. Die in dieser Klinik zu praktizierenden Methoden sollten die direkte Anwendung von Resultaten der damaligen experimentellen Psychologie darstellen [32]. 1910 folgte die Gründung der zweiten psychologischen Klinik im gleichen wissenschaftlichen Sinn und Geist an der Universität von Iowa durch Seashore, und 1912 begann Wallin psychologische Methoden auf Problemen von Schulkindern anzuwenden in einer von ihm neu gegründeten Psychoeducational Clinic an der Pittsburgh-University [25]. Warum ich diese Einrichtungen als Vorläufer der modernen Verhaltenstherapie betrachte, werde ich später erläutern.

Die geforderten psychologisch fundierten Methoden waren explizit gegen die philosophischen Spekulationen gewisser Teile der damaligen Psychiatrie gerichtet. In Deutschland hat sich kein geringerer als Kraepelin [14] – auch er ein Wundt-Schüler – im gleichen Jahr (1896), als Lightner Witmer seine psychologische Klinik gegründet hatte, für die Anwendung der Erkenntnisse der Psychologie in der Psychiatrie stark gemacht. In seiner Schrift „Der psychologische Versuch in der Psychiatrie“ (1896) schrieb er u.a.: „Es ist höchste Zeit, dass auch bei uns in psychologischen Fragen an die Stelle der geistreichen Behauptungen und tiefsinnigen

Erfindungen die ernste gewissenhafte Einzeluntersuchung trete (...) Wir brauchen Tatsachen und keine Theorien (...) Wir wollen nun darangehen, die aufgeworfenen Fragen zu beantworten, nicht am grünen Tisch, sondern im Laboratorium, nicht mit glänzenden Einfällen, sondern durch Messung und Beobachtung“.

## Die Konditionierungstheorien

Dieses an der empirischen Forschung orientierte – und natürlich auch „Theorie-imprägnierte“ Verständnis von psychologischer Therapie hat sich indes in der ersten Hälfte des Jahrhunderts aus vielerlei Gründen nicht durchzusetzen vermocht. Und die Psychologen der späten fünfziger Jahre, die gemeinhin als eigentliche Gründer der Verhaltenstherapie genannt werden und die die wissenschaftliche Psychologie mit einigem Erfolg auf die Lösung psychischer Probleme angewendet hatten, beriefen sich auf jene Psychologie, die damals Mode war, nämlich auf den Behaviorismus und die Pawlov-Schule, deren therapeutischen Pioniere in den zwanziger Jahren erste systematische Studien durchgeführt hatten. Zu ihnen gehörte das ethisch bedenkliche und viel zitierte Konditionierungsexperiment von John Watson, in dem er auf Kosten des kleinen Albert die Konditionierbarkeit von kindlichen Phobien zu demonstrieren versuchte.

Für die Therapie aber wichtiger war die bemerkenswerte Untersuchung von M.C. Jones, von 1924 [13] – also drei Jahre nach der Zürcher Gründung –, die sieben verschiedenen Methoden bei 70 phobischen Kindern (3 Monate bis 7 Jahre) zur Behandlung kindlicher Phobien systematisch verglichen hatte. Sie

konnte z.B. beobachten, dass Aufklärung über die Ungefährlichkeit der gefürchteten Objekte, oder die Exposition nicht hilfreich waren. Dagegen linderten die phobischen Ängste eine Art Gegenkonditionierungsmethode, die sich der Konsumation von attraktiven Nahrungsmitteln als gegenkonditionierendes Agens in Anwesenheit des gefürchteten Objektes bediente. Ebenso erwies sich die soziale Imitation durch Beobachtung von angstfreien Interaktionen anderer Kinder mit den angstauss lösenden Objekten als hilfreich. Damit hat M.C. Jones 30 Jahre vor Wolpe und 40 Jahre vor Bandura verhaltenstherapeutische Techniken vorausgenommen.

### **Emotionen werden Untersuchungsgegenstände**

Den Arbeiten dieser Pioniere der Verhaltenstherapie folgte eine lange Latenzzeit bis in die fünfziger Jahre hinein, wo dann fast gleichzeitig in England, den USA und Südafrika die Verhaltenstherapie sich zu entfalten begann und was, wie bereits erwähnt, gerne als eigentliche Gründerphase betrachtet wird.

Die lange Latenzzeit kann u.a. durch das mangelnde Interesse der akademischen Psychologie an praktischen Problemen und durch die erfolgreiche Expansion der Psychoanalyse erklärt werden. May [18] stellte 1950 fest, dass z.B. das Stichwort „Angst“ in den Sachregistern der psychologischen Fachbücher bis Ende der 30er Jahre völlig fehlte. Emotionen waren ein Thema der psychoanalytischen Literatur. Von 1950 bis 1966 lässt es sich dagegen in rund 3500 Publikationen der akademischen Psychologie feststellen. Zu diesem Umbruch haben zwei eminente Experimentalpsychologen, John Dollard und Neal Miller, durch ihr magistrales Buch „Personality and Psychotherapy. An Analysis in Terms of Learning, Thinking, and Culture“ 1950 [4] wesentlich beigetragen. Sie haben die akademischen Scheuklappen und Berührungängste vor der Psychoanalyse abgelegt, und sie haben ihr Buch Freud, Pavlov und deren Studenten gewidmet. Sie haben gezeigt, dass wenn die Psychologie eine allgemeine Wissenschaft des menschlichen Verhaltens werden sollte, sie auch sogenannte „sekundäre“ Motive, wie etwa Angst, untersuchen müssen.

Die Laborperspektive, die für die Pioniere der Verhaltenstherapie für John Watson, M.C. Jones oder Pawlov unabdingliche Voraussetzung aller wissenschaftlichen Erkenntnis war, erweiterten Dollard und Miller – sie selber hervorragende experimentelle Tierforscher – mit der Methode, die wir heute „klinisch“ nennen würden, indem sie der Psychotherapie die epistemologische Dignität eines „Fensters zum höheren Seelenleben“ („Psychotherapy. The Window to Higher Mental Life“) zusprachen.

Auch wenn dieses Buch einen wissenschaftlichen Meilenstein der Psychotherapie darstellt – es ist noch heute aufregend zu lesen – so war ihm leider nur ein zaghafter Erfolg beschieden. In England hat zwar M.B. Shapiro 1951 [26] die neue Verhaltenstherapie als Anwendung der wissenschaftlichen Psychologie auf den Einzelfall definiert. Damit knüpfte er an Lightner Witmer an. Sein Kollege Hans Eysenck hat indes mit stärkerer Wirkung die Verhaltenstherapie auf die Anwendung der wissenschaftlichen Lerntheorien eingeschränkt, und in ähnlicher Enge brachten in den USA Skinner und seine Schüler das operante Konditionieren zur erfolgreichen verhaltenstherapeutischen Entfaltung.

In Südafrika war es Wolpe, der durch die Untersuchung und die Propagierung der Systematischen Desensibilisierung seit 1952 die Anwendung der klassischen Konditionierung zur Angsttherapie mit international vergleichsweise grosser Breitenwirkung diskutierte. Auch er verstand unter Verhaltenstherapie in einem engeren Sinn ausschliesslich Methoden, die „aus experimentell abgesicherten Prinzipien und Paradigmen des Lernens“ (1976) abgeleitet sind.

### **Metaphysischer vs. methodischer Behaviorismus**

Diese Etappe der Verhaltenstherapie hat ihr Bild in der Öffentlichkeit, und die über sie zirkulierenden Stereotypen, bis heute stark geprägt. Soweit sich noch heute Verhaltenstherapeuten auf diese Vision von Verhaltenstherapie beschränken – es sind nur noch wenige – wird dieses Verständnis menschlichen Verhaltens als metaphysischer Behaviorismus

Störungen	Störungsspezifische Therapieprogramme
Angststörungen	Modellernen und Selbstverbalisierung [2] Gruppentraining mit Rollenspiel Modellernen und Verhaltensregeln [7] Training mit sozial unsicheren Kindern [21]
Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen	Selbstverbalisierung [19, 30] Basis- und Strategietraining [15, 19, 30]
Psychosomatische Störungen	Kognitive Verhaltenstherapie und andere kognitive Bewältigungsfertigkeiten [24, 28]
Depressive Störungen	Kombination kognitiver und behavioraler Methoden [16, 27]
Störungen des Sozialverhaltens	Ärgerkontroll- und Entspannungstraining, Aufbau sozialer Fertigkeiten [3, 9, 22]

bezeichnet, im Unterschied zum methodischen Behaviorismus, der keine inhaltliche Dogmen festschreibt, sondern die wissenschaftlichen Standards der Forschungsmethodologie einfordert, wie sie mehr oder weniger allgemein in der akademischen Psychologie weltweit Geltung haben. Diese wissenschaftliche offene Haltung hat dafür gesorgt, dass seit den siebziger Jahren um ein umfassendes psychologisches Verständnis psychischer Störungen und psychologischer Therapie im Rahmen der Verhaltenstherapie gerungen wird. Der Einbezug kognitiver und emotionaler Prozesse wurde u.a. durch Bandura, Cautela, Beck, Mahony oder Kanfer vollzogen. Sie sind die eigentlichen Wegbereiter der heutigen Verhaltenstherapie.

### Was verstehen wir heute unter Verhaltenstherapie?

Es ist klar, dass es nicht *die* Definition der Verhaltenstherapie gibt. Es

koexistieren durchaus verschiedene, z.T. vergangenheitsorientierte Vorstellungen über diesen Therapieansatz. In den USA gruppieren sich letztere etwa um das Journal of Applied Behavior Analysis, das sich tapfer dem Paradigma der operanten Konditionierung verschrieben hat, wenngleich heute auch dort eine gewisse Öffnung zu beobachten ist. Insgesamt kann man im angelsächsischen und deutschen Sprachraum dennoch ein klar dominantes Verständnis der heutigen Verhaltenstherapie feststellen, das sich an wichtigen einschlägigen Forschungspersönlichkeiten, an den Publikationen in den Fachzeitschriften der Verhaltenstherapie und an den diskutierten Themen der Fachkongresse festmacht.

Dieses Verständnis knüpft an der Tradition von Lightner Witmer, von Shapiro und expliziter an der Definition von Franks und Wilson [8] an, die die Verhaltenstherapie als jenen psychotherapeutischen Ansatz charakterisieren, der das Wissen der akademischen Psychologie auf die Lösung klinischer psychopa-

thologischer Probleme und auf die Prävention und Gesundheitsförderung anwendet. Reinecker [23] hat diese Charakteristika in seinem Buch „Grundlagen der Verhaltenstherapie“ diskutiert. Sie lassen sich in den folgenden Punkten zusammenfassen:

Verhaltenstherapie kennzeichnet sich erstens durch das Bemühen, wissenschaftlich fundiertes Wissens der Psychologie und ihrer Nachbardisziplinen auf die Lösung psychischer Probleme und auf die Prävention anzuwenden, und zweitens durch eine Logik des Vorgehens, die sich beim Problemlösen durch die Schritte „funktionelle diagnostische Analyse“, „Intervention“ und „Evaluation“ mit entsprechenden Rückschleifen leiten lässt.

Die gemeinsame Klammer, die die verschiedenen Methoden zusammenhält, ist die Orientierung an der empirischen Psychologie [17] und die elementare Orientierung an einem Handlungsrationale, das sie allerdings mit einigen anderen therapeutischen Ansätzen teilt, nämlich: diagnostische Abklärung (d.h. Verhaltensanalyse), Intervention und Evaluation der Intervention. In diesem Sinne empfehlen Margraf & Lieb [17], die Verhaltenstherapie nicht als einzelnes Verfahren oder Gruppe von Verfahren oder als Therapieschule, sondern als eine „psychotherapeutische Grundorientierung“ aufzufassen.

Diese Grundorientierung an der empirischen Psychologie macht sie zum offenen System, das durch Forschung und wissenschaftliche Erfahrung lernt und sich notwendigerweise in seinen Auffassungen wandelt. Ihre Geschichte hat dieses Lernen bereits eindrücklich unter Beweis gestellt durch den Einbezug innerer Faktoren, wie der Kognition, aber auch durch die zunehmende Berücksichtigung und Integration biologischer und neurophysiologischer Aspekte.

Wenn man Verhaltenstherapie so definiert, knüpft sie an die Tradition von Lightner Witmer an und ist im Grunde genommen nicht vom Programm der Klinischen Psychologie zu unterscheiden, wie sie in den USA, England, den nordischen Ländern oder im deutschen Sprachraum verstanden und gepflegt wird. Diese, in meinen Augen, sehr zu begrüßende Entwicklung hat denn auch bezeichnender Weise in den letzten Jahren immer wieder veranlasst, dass inner-

Tabelle 1 Mittlere Effektstärken bei Posttreatment- und Follow-up-Messungen [5]

Kognitive Entwicklungsstufe	Mittlere Effektstärken	
	Posttreatment-Messungen	Follow-up-Messungen
alle Stufen	0.56 (n = 64)	0.50 (n = 22)
präoperational	0.57 (n = 9)	1.14 (n = 1)
konkret-operational	0.55 (n = 46)	0.46 (n = 18)
formal-operational	0.92 (n = 9)	0.67 (n = 3)

halb der Verhaltenstherapie laut über ihre Bezeichnung nachgedacht worden ist, da sie das alte Etikett bei psychologischen Laien irreführend auf eine Phase ihrer Geschichte festschreibt und ihre wissenschaftliche Offenheit und notwendige interdisziplinäre Vernetzung nicht zum Ausdruck bringt. U.a. hat man von der „Psychologischen Therapie“ in Abhebung von anderen Psychotherapieansätzen, die die genannten Charakteristika nicht teilen, gesprochen.

### Der derzeitige Beitrag der Verhaltenstherapie zur Kinder- und Jugendpsychiatrie

Die Verhaltenstherapie hat in den letzten zwanzig Jahren eine Reihe von therapeutischen Hilfestellungen für spezifische Probleme von Kindern und Jugendlichen entwickelt und hinsichtlich ihrer Wirksamkeit evaluiert. Der folgende Kasten gibt einige Beispiele für Störungen und spezifische Therapieprogramme wieder.

Die Metaanalyse von Durlak, Fuhrman und Lampman von 1991 [5] analysierte die mittlere Effektstärke von 64 Originalstudien der Kognitiven Verhaltenstherapie. Die mittlere Effektstärke liegt bei 0.56, wobei nach allgemeiner Konvention 0.2 als kleine, 0.5 als mittlere („moderat“) und 0.8 als hohe Effektstärke interpretiert wird. Wenn man die Effektstärken dieser Studie nach dem Alter der Patientengruppen ordnet, so ergeben sich für die älteren Kinder (Entwicklungsstadium „formal operations“) eindeutig bessere Werte (vgl. Tabelle 1 [5]; wobei die kognitiven Stufen leider nur nach dem Alter bestimmt werden konnten).

Diese Studie zeigt u.a., dass die Effekte der Kognitiven Verhaltenstherapie bei Kindern stark vom Entwicklungsstand der Kinder abhängig ist. Die Effektstärke bei Kindern auf dem formal-operationalen Kognitionsniveau ist fast doppelt so hoch wie bei den vorausliegenden Altersgruppen (0.92 versus 0.57 und 0.55). Dabei darf angenommen werden, dass nicht das Alter, sondern die kognitive Organisation den Einfluss ausübt. Dieses Ergebnis unterstützt die Idee, dass in der Kinderpsychotherapieforschung insgesamt, die entwicklungspsychologischen Faktoren, deren Ein-

Tabelle 2 Mittlere Effektstärken der einzelnen Therapieformen [31]

Therapieform	Anzahl Treatment-Gruppen	Effektstärke	p(a)
<i>Verhaltenstherapeutische Therapieformen</i>			
Operant	39	.78	.0001
materielle Verstärker	8	.92	.07
Beratung in operanten Methoden	16	.77	.0001
soziale/verbale Verstärkung	6	.78	.002
Selbstverstärkung	2	.33	.40
Kombination materieller und verbaler Verstärkung	3	.75	.01
mehrere verschiedene operante Methoden	2	.72	.07
Respondent	17	.75	.0002
systematische Desensibilisierung	8	.65	.01
Entspannung (nicht hierarchisch)	3	.43	.05
Löschung (ohne Entspannung)	3	1.46	.14
Kombination respondentener Methoden	2	.43	.39
Modeling	25	1.19	.003
O'Connor film	4	2.90	.27
live peer Modell	6	1.25	.02
live nonpeer Modell	3	.62	.26
nonlive peer Modell	9	.79	.0001
nonlive nonpeer Modell	2	.29	.21
Soziales Kompetenztraining	5	.90	.04
Kognitiv / kognitiv-verhaltens-therapeutisch	10	.68	.0004
Mehrere verschiedene verhaltens-therapeutische Methoden	10	1.04	.0002
<i>Nicht-verhaltenstherapeutische Therapieformen</i>			
Klientenzentriert/nicht direktiv	20	.56	.0001
Einsichtsorientiert/psychodynamisch	3	.01	.98
Diskussionsgruppen	4	.18	.18

fluss auf Pathologie und Therapie weit grössere Aufmerksamkeit verdienen, als ihnen heute zugedacht wird.

Diagnosen (Störungstypen) und Störungsintensität hatten keinen signifikanten moderierenden Einfluss auf die Effektstärken. Die Effekte scheinen relativ robust zu sein. 4 Monate follow-up-Messungen zeigen keine signifikante Verschlechterung. Es wurde auch die klinische Relevanz der Veränderung geprüft. Der Vergleich von Therapiegruppen mit Kontrollgruppen sagt noch nichts aus, ob die Besserungen denn auch befriedigend seien für die Patienten, selbst wenn hoch signifikante Unterschiede vorliegen. Durlak, Fuhrman und Lampman haben zu dieser Klärung die Postwerte mit Normwerten von nicht-gestörten Vergleichsgruppen ver-

glichen, soweit normierte Messverfahren verwendet worden waren.

Für Persönlichkeitsmasse („personality functioning“) ergaben sich Veränderungen in den statistischen Normalbereich hinein (+1 Standardabweichung vom Mittelwert). Für die Verhaltensmasse war dies nicht der Fall, d.h., dass zwar statistisch substantielle Verbesserungen feststellbar sind, aber klinisch gesehen weitere therapeutische Hilfestellung indiziert ist.

Die Metaanalyse von Weisz, Weiss, Alicke & Klotz [31] verarbeitete 108 gut geplante Wirkungsstudien von Verhaltenstherapien mit 4 bis 18 jährigen Kindern und Jugendlichen. 66% der Patienten waren männlich. Tabelle 2 (nach [31]) gibt die Effektstärken gegliedert nach therapeutischen Verfahren wieder:



Tabelle 3 Mittlere Effektstärken für die einzelnen Problemziele [31]

Problemziel	Anzahl Treatment-Gruppen	Effektstärke	p(a)
Unterkontrolliert	76	.79	.0001
Delinquenz	19	.66	.0004
Noncompliance	9	1.33	.005
Selbstkontrolle			
(Hyperaktivität, Impulsivität)	31	.75	.0001
aggressiv/unbeherrscht	17	.74	.0002
Überkontrolliert	67	.88	.0001
Phobien/Schüchternheit	39	.74	.0001
sozialer Rückzug/Isolation	28	1.07	.002
Andere			
Einstellung/emotionale Verwirrtheit	9	.69	.001
eingeschränkte Leistungsfähigkeit	9	.43	.046

Die mittleren Effektstärken unterscheiden sich nicht stark bezüglich der verschiedenen Störungsgruppen (vgl. Tabelle 3, nach [31]), jedoch bezüglich der Altersgruppen: Die verhaltenstherapeutischen Methoden waren bei den Kindern erfolgreicher als bei den Adoleszenten. Professionelle Therapeuten (d.h. Therapeuten mit Doktor- oder Mastergrad) waren besonders hilfreich bei internalisierenden Problemen (Phobien, Schüchternheit); sie waren aber nicht erfolgreicher als Eltern und Lehrer in der Rolle von Mediatoren (Therapeuten) für externalisierende Probleme (Aggression, Impulsivität). Die Effektstärken variieren übrigens je nach Datenquelle (Beobachter, Eltern, Lehrer, Self-Report usw.).

Zur Frage, was die Verhaltenstherapie zur Lösung kinder- und jugendpsychiatrischer Probleme derzeit beizutragen habe, kann zusammenfassend festgehalten werden, dass sie durch eine Reihe ihrer Methoden für ein vergleichsweise breites Spektrum von Problemen fundierte therapeutische Ressourcen bereitstellt. Für die differentielle Indikation scheint es, dass auf verhaltenstherapeutische operante, respondente und Modeling-Methoden jüngere Kinder, und auf kognitive Methoden Adoleszente besser ansprechen.

### Ist der Preis ihrer Wirksamkeit die Symptomverschiebung?

Zu dieser häufig behaupteten These existieren leider nur sehr wenige empirische Studien, die darüber etwas aussagen

könnten. Sofern follow-up Ergebnisse die Stabilität der erreichten Effekte belegen, sprechen diese Befunde nicht für die Symptomverschiebung. In unserer eigenen Studie [12], an neun im Rahmen des Mediatorenkonzeptes verhaltenstherapeutisch behandelten 8 bis 10 jährigen Kindern mit massiven Störungen im Leistungs- und Sozialverhalten, definierten wir die Symptomverschiebung folgendermassen: Wenn am Ende einer therapeutischen Intervention das behandelte unerwünschte Verhalten seltener bzw. das erwünschte Verhalten häufiger auftrat (erfolgreiche Intervention) und gleichzeitig eine Zunahme anderer unerwünschter und/oder eine Abnahme anderer erwünschter Verhaltensweisen zu beobachten war, so sei diese Veränderungskonstellation als Symptomverschiebung bezeichnet. Der Untersuchungsplan bestand in einem multiplen Grundraten-Plan, der ein breites Spektrum von Verhaltensweisen erfasste (15 Verhaltenskategorien) mit zwei respektive einer Prä- und einer Postmessung.

Die Beobachtungen beruhten auf automatischen Videoaufzeichnungen des Schülerverhaltens in der Schule mit 2500 bis 3000 auswertbaren Beobachtungseinheiten (5 Sekundeneinheiten) pro Beobachtungsphase. Die Ergebnisse zeigten, dass das Ausmass negativer Nebeneffekte nach der verhaltenstherapeutischen Intervention nicht grösser war, als die natürliche Zunahme unerwünschter Verhaltensweisen während der Kontrollperiode. Ferner lagen keine Hinweise vor, die belegt hätten, dass die beobachteten negativen Effekte der Interventionsmassnahme zuzuschreiben wären, derges-

stalt, dass diese als Symptomverschiebung hätten interpretiert werden können. Bei den erfolgreichen Interventionen war eine stärkere Zunahme unerwünschter unbehandelter Verhaltensweisen zu beobachten als bei den erfolgreichen Fällen. Die Symptomverschiebungstheorie liess das Gegenteil erwarten.

Aufgrund der Arbeiten des gesamten Forschungsprojektes, das die Kontrolle 31 weiterer Interventionen via Mediatoren umfasst, wurde die Praktikabilität und Wirksamkeit verhaltenstherapeutischer Interventionen über Lehrer und Eltern im Rahmen eines bestehenden schulpsychologischen Dienstes nachgewiesen [20].

### Werden denn diese Ressourcen auch genutzt?

In der Schweiz werden diese Ressourcen, wenn man von einigen Orten und Institutionen wie von jener dieses Hauses absieht, in zu bescheidenem Ausmass genutzt. Nach der jüngsten – wohl einigermaßen repräsentativen Befragung, die im letzten Jahr in der Schweiz durch Hutzli und Schneeberger [11] durchgeführt worden ist, geben 5% der Therapeuten an, über eine vollständige Ausbildung in Verhaltenstherapie zu verfügen.

18% haben Weiterbildung in Verhaltenstherapie genossen. Und in der praktischen Arbeit wird Verhaltenstherapie in Kliniken und Institutionen von gut 40% der Psychotherapeuten „gelegentlich“, „oft“ oder „ausschliesslich“ angewendet. Für Therapeutinnen und Therapeuten in der freien Praxis treffen diese Häufigkeitskategorien in der Schweiz für einen Fünftel (22%) zu.

### Wie ist die gegenwärtige Entwicklung einzuschätzen?

Der empirisch-wissenschaftliche Wirkungsnachweis, wenngleich dieser nicht einfach zu erbringen ist [1], ist für mich ein notwendiges Element der Legitimation öffentlich oder solidarisch finanzierter Therapien.

In den USA wurde von der American Psychological Association eine Task-Force zur Evaluation von psychologischen Therapiemethoden eingesetzt, die

darüber zu wachen hat, welche Methoden als empirisch validiert betrachtet werden können [29]. Sie soll entsprechende Anregungen für die Propagierung empirisch validierter Interventionsmethoden und für ihre Unterrichtung machen, und sie soll sich für ihre Promovierung bei den Krankenkassen einsetzen. Diese Kommission unterscheidet zwei Gruppen bzw. Kategorien von empirisch fundierten psychotherapeutischen Techniken: 1. „empirisch validierte“ und 2. „vermutlich wirkungsvolle“ Methoden. Zu den ersten werden jene gezählt, die ihre Wirksamkeit zweifelsfrei nach strengen methodischen Kriterien in mindestens zwei Studien nachgewiesen haben, die nicht der gleichen Forschergruppe entstammen. Für die zweite Gruppe sind die Kriterien etwas liberaler. Unter der ersten Kategorie finden sich mehrheitlich verhaltenstherapeutische Methoden, wovon einige für Kinder relevant sind.

Die Folge der starken Wirkungsorientierung ist, dass sich derzeit in den USA – von Ausnahmen abgesehen –

praktisch die ganze durch das „National Institute of Mental Health“ finanzierte Psychotherapie-Forschung auf die Wirkungsforschung beschränkt. Soweit sich diese Forschung auf Interventionspakete eingrenzt, die auf vergleichsweise grobe DSM-Kategorien von Personengruppen angewendet werden, ist ihre Aussagekraft bezüglich ihrer Anwendbarkeit auf den konkreten Einzelfall nicht ohne weiteres durch solche Studien zu begründen. Dieses Problem wird heute von einzelnen Wirkungsforschern erkannt, und es wird durch differenziertere Versuchspläne zu lösen versucht [6, 10]. Diesen Trend, die Psychotherapieforschung auf die Wirkungsforschung einzuschränken, halte ich für bedenklich. Der Nachweis, dass unsere therapeutischen Methoden hilfreich sind, ist zwar ein notwendiges aber kein hinreichendes Kriterium für ihre wissenschaftliche Fundierung. Die beste medizinische Wirkungsforschung der therapeutischen Methoden des 18. Jahrhunderts hätte die Medizin jener Zeit noch nicht zu einer wissenschaftlich

fundierten Disziplin gemacht. Dazu bedurfte es eines fundierten Wissens um Ätiologie und um die Prozesse, die die Wirkungen von Interventionen erklären.

Der Entwicklung der Psychotherapie der Zukunft wünsche ich hüben und drüben weniger Defensivität, ich wünsche ihr den Geist der wissenschaftlichen Offenheit, den man auch in diesem Hause hier wahrnehmen kann. Ich wünsche ihr, dass der Weg von den sich argwöhnisch befehdenden therapeutischen Kirchen und Kapellen hin zur zivilisierten Ökumene, nur eine Station sei auf ihrem Entwicklungsweg, hin zu ihrer Auflösung und hin zu einer konsequent problemorientierten Reflexion auf der gemeinsamen Grundlage wissenschaftlicher Rationalität.

---

Prof. Dr. M. Perrez,  
Psychologisches Institut,  
Universität Freiburg,  
Rue de Faucigny 2, CH-1701 Fribourg

---

## LITERATUR

- Baumann, U. (1997). Wie objektiv ist die Wirksamkeit der Psychotherapie? In Ch. Mundt, M. Linden & W. Barnett (Hrsg.), *Psychotherapie in der Psychiatrie*. Berlin: Springer.
- Bulkeley, R. & Cramer, D. (1990). Social skills training with young adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 19, 451-463.
- Camp, B. & Ray, R.S. (1984). Aggression. In A. W. Meyers und W. E. Craighead (Eds.), *Cognitive Behavior Therapy on Children*. New York: Plenum Press, 315-350.
- Dollard, J. & Miller, N.E. (1950). *Personality and psychotherapy. An analysis in terms of learning, thinking, and culture*. New York: McGraw-Hill.
- Durlak, J.A., Fuhrman, T. & Lampman, C. (1991). Effectiveness of cognitive-behavior therapy for maladapting children: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 110, 204-214.
- Eifert, G., Evans, I.M. & McKendrick, V.G. (1990). Matching treatments to client problems not diagnostic labels: A case for paradigmatic behavior therapy. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 21, 163-172.
- Fox, R. M., Faw, G.D. & Weber, G. (1991). Producing generalization of inpatients adolescents social skills with significant adults in a natural environment. *Behaviour Therapy*, 22, 85-99.
- Franks, C.M. & Wilson, G.T. (Eds.) (1978). *Annual review of behavior therapy. Theory and practice 1978*. New York: Bruner/Mazel.
- Goldstein, A.P. & Keller, H. (1987). *Aggressive behavior. Assessment and intervention*. New York: Pergamon.
- Grawe, K. (1989). Von der psychotherapeutischen Outcome-Forschung zur differentiellen Prozessanalyse. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 18, 23-34.
- Hutzli, E. & Schneeberger, E. (1995) *Die Psychotherapeutische Versorgung in der deutschen Schweiz. Eine Umfrage bei psychotherapeutisch tätigen Personen. Lizentiatsarbeit*. Bern: Institut für Psychologie der Universität.
- Ischi, N. & Perrez, M. (1988). Verhaltenstherapeutische Intervention in der Schulklasse durch Mediatoren: Erfolg mit Symptomverschiebung? *Heilpädagogische Forschung*, 3, 162-169.
- Jones, M.C. (1924). The elimination of children's fear. *Journal of Experimental Psychology*, 7, 382-390.
- Kraepelin, E. (1896). Der psychologische Versuch in der Psychiatrie. *Psychologische Arbeiten*, 1, 1-91.
- Lauth, G.W. & Schlottke, P.F. (1995). Training mit aufmerksamkeitsgestörten Kindern. Stuttgart: Beltz Psychologische Verlagsunion. (2. Aufl.)
- Lewinsohn, P.M., Clark, G.N., Hops, H. & Andrews, J. (1990). Cognitive-behavioral treatment for depressed adolescents. *Behavioral Therapy*, 21, 385-401.
- Margraf, J. & Lieb, R. (1995). Was ist Verhaltenstherapie? Versuch einer zukunftsorientierten Neucharakterisierung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 24 (1), 1-7.
- May, R. (1950). *The meaning of anxiety*. New York: Ronald.
- Meichenbaum, D.W. (1979). *Kognitive Verhaltensmodifikation*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Perrez, M., Büchel, F., Ischi, N., Patry, J.-L., Thommen, B. & Kormann, A. (1985). *Erziehungspsychologische Beratung und Intervention als Hilfe zur Selbsthilfe in Familie und Schule*. Bern: Hans Huber.
- Petermann, U. & Petermann, F. (1992). Training mit sozial unsicheren Kindern. Weinheim: Psychologie Verlags Union, 4. veränderte Auflage.
- Petermann, U. & Petermann, F. (1993). Training mit Jugendlichen: Förderung von Arbeits- und Sozialverhalten. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Reinecker, H. (1987). *Grundlagen der Verhaltenstherapie*. München: Verlagsunion.
- Sanders, M. R., Rebgetz, M., Morrison, M., Bor, W., Gordon, A., Dadds, M. & Shepher, R. (1989). Cognitive-behavioral treatment of recurrent nonspecific abdominal pain in children: An analysis of generalization, maintenance, and side effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 294-300.
- Shakow, D. (1969). *Clinical psychology as science and profession. A forty-year Odyssey*. Chicago: Aldine Publishing Company.
- Shapiro, M. B. (1951). An experimental approach to diagnostic psychological testing. *Journal of Mental Science*, 97, 748-764.
- Stark, K. D., Reynolds, W. M. & Kaslow, N. (1987). A comparison of the relative efficacy of self-control therapy and a behavioral problem-solving therapy for depression in children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 15, 91-113.
- Steinhausen, C.H. (1995). Psychosomatische Störungen. In F. Petermann (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie*. Göttingen: Hogrefe, 423-454.
- Task force on promotion and dissemination of psychological procedures. A Report to the Division 12 Board (1993). Washington: APA.
- Wagner, I. (1982). Konzentrationstraining bei impulsiven und „trödelnden“ Kindern. In H. C. Steinhausen (Hrsg.), *Das Konzentrationsgestörte Kind*. Stuttgart: Kohlhammer, 166-179.
- 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.
- Wimer, L. (1907). *Clinical Psychology. The psychological Clinic*, 1, 1-9. Reprint in: *American Psychologist*, 1996, 51, 248-251.