

P. Fiedler

Kurzzeitbehandlung in der Verhaltenstherapie

Zusammenfassung Unter Kurzzeit-Verhaltenstherapie wird in diesem Beitrag eine Behandlungsdauer von einer bis fünfzehn Sitzungen verstanden. Es werden zunächst die wichtigsten Gründe für eine weitere Verkürzung der üblicherweise mit 15 bis 30 Sitzungen sowieso recht kurzen Verhaltenstherapie angegeben. Folgende spezifische Anlässe und Formen der Kurzzeitverhaltenstherapie werden besprochen: Krisenintervention nach Traumaerfahrungen; Kurzzeittherapie in Lebenslaufkrisen; Patientenschulung und Patientenberatung; verhaltenstherapeutische Erziehungsberatung; Beratung und Therapie von Angehörigen psychisch gestörter, chronisch kranker und behinderter Menschen; kurzzeitige Paartherapie und Eheberatung. Zum Schluß der Arbeit werden eine Reihe wichtiger praktischer Aspekte diskutiert, die eine Kurzzeitbehandlung von längeren Therapieangeboten unterscheiden.

Schlüsselwörter: Kurzzeittherapie, Verhaltenstherapie, Kurzzeit-Verhaltenstherapie, Patientenschulung, Krisenintervention, verhaltenstherapeutische Beratung.

Traitement bref en thérapie du comportement

Résumé En principe, la thérapie du comportement a toujours été conçue et développée en tant que traitement de courte durée. Cependant, toute une série d'arguments valables pourraient inciter à réduire encore la longueur normale d'une thérapie du comportement (habituellement quinze séances ou plus). Par 'traitement bref en thérapie du comportement', nous entendons ci-dessous un traitement d'une durée de une à quinze séances.

Les principales raisons justifiant ce genre de traitement sont:

a) la pression croissante à laquelle sont soumises les cliniques et les services ambulatoires: les restrictions budgétaires mises en oeuvre par les caisses maladie et autres instances assumant les coûts font qu'on exige des thérapies plus courtes et moins chères;

b) bon nombre de patient/es n'ont pas besoin d'une psychothérapie et ne souhaitent pas en faire une. Ce dont ils ont besoin, c'est d'explications objectives et de conseils compétents ('apprentissage' et consultations);

c) considérée dans sa fonction d'intervention en cas de crise, la thérapie du comportement à bref terme permet d'apprendre aux patients à gérer directement leurs émotions et pose une première base sur laquelle il leur devient possible de résoudre leurs conflits.

Short-term-treatment in cognitive-behavior therapy

Summary The duration of short-term behavior therapy is one to fifteen sessions. First, key reasons for further reduction of cognitive-behavioral interventions are discussed. The following indications and intervention methods in short-term behavior therapy are addressed: posttraumatic crisis intervention; short-term therapy during life-crises; patient education and counseling; educational counseling; counseling and therapy for relatives of mentally disturbed, chronically ill and disabled people; short-term therapy for couples and marriage counseling. Finally a number of important practical aspects are discussed which differentiate short-term from long-term behavior therapy.

Keywords: Short-term psychotherapy, behavior therapy, short-term behavior therapy, patient education, crisis intervention, counseling.

Contrairement à ce qui se passe dans le cas d'une thérapie du comportement de plus longue durée, visant à traiter des troubles psychiques (avec pour objectif une amélioration et le rétablissement de la santé psychique), une thérapie de brève durée a avant tout fonction de prévention – ceci au sens très large du terme. Les objectifs concrets d'un traitement s'accompagnant d'un apprentissage et de conseils sont:

- soutien des conditions favorables à la santé obtenu par le biais de l'identification, du maintien et de l'amélioration des compétences et ressources individuelles et interpersonnelles en rapport avec les conditions qui risquent de provoquer des troubles psychiques (prévention primaire; intervention de crise; prophylaxie du suicide);
- maintien et développement des conditions favorables à la santé lorsqu'il s'agit d'éviter une rechute au niveau de troubles psychiques ou l'apparition de problèmes psychiques suite à des maladies chroniques ou des handicaps (prophylaxie des rechutes; réhabilitation)
- informations systématiques et éducation fournies à des groupes courant certains risques, causant des problèmes spécifiques ou se trouvant en situation

marginale; ceci permet de promouvoir leur capacité à prendre eux-mêmes des initiatives et à créer des réseaux d'entraide pour gérer les domaines problématiques ou conflictuels auxquels ils doivent faire face (apprentissage, encouragé et complété d'un bref traitement basé sur la thérapie du comportement).

Il faut que ces différentes démarches (thérapie, intervention, conseil) servent principalement à lancer un processus d'apprentissage (basé sur la thérapie du comportement) permettant d'améliorer et de stabiliser la manière dont les patients sont en mesure de développer leurs propres ressources et de gérer leur vie.

On peut distinguer toute une série de formes spécifiques du type de traitement que nous proposons; notre article traite plus en détail des six catégories ci-dessous:

a) intervention de crise lors de troubles posttraumatiques aigus

Cette situation requiert en général des entretiens thérapeutiques menés à intervalles réguliers, visant surtout à apporter un soutien à la personne. On tente d'obtenir une décharge émotionnelle en offrant empathie et soutien au moment où celle-ci doit s'affronter au traumatisme et à l'expérience l'ayant accompagné. Il s'agit simultanément de poser des premiers jalons pour l'avenir.

b) thérapie à bref terme lors de crises provoquées par une évolution biographique

Dans ce cas là, il est utile de faire le point de manière objective et neutre, en enregistrant évolutions et conditions actuelles. La thérapie accorde priorité à la dimension 'objectifs', dans le sens où elle tente entre autres de définir concrètement les différentes alternatives ouvertes au client dont les buts et souhaits se trouvent en conflit avec ceux de partenaires concrets.

c) apprentissage et consultations

Ces deux aspects ont été développés plus avant au cours de ces dernières années, en rapport en particulier avec l'apport d'un soutien thérapeutique venant compléter le traitement somatique dans le cas de maladies considérées autrefois comme essentiellement 'psychogènes' ou 'psychosomatiques'. Des procédures ont été élaborées concernant entre autres les patients souffrant d'asthme, de diabète, de dermatite ou de douleurs chroniques. On offre aux patients des informations mises à jour sur leur maladie chronique et son traitement, ce qui doit les aider à mieux la gérer.

d) consultations offertes à des enfants et adolescents, ainsi qu'à leurs parents (de substitution)

Ce genre de consultation se fixe des objectifs clairement préventifs. En plus de ce qui se faisait déjà en

thérapie familiale (incluant un ou les deux parents, avec ou sans leurs enfants), depuis le début des années quatre-vingt d'autres concepts ont été élaborés (thérapie familiale, training des parents, training destiné aux éducateurs ou enseignants à partir du jardin d'enfants, dans des foyers et des écoles).

e) consultations offertes aux familles de personnes souffrant de troubles mentaux, de maladies chroniques ou de handicaps

Ce domaine gagne en importance. Des concepts basés sur la thérapie du comportement ont été élaborés concernant, par exemple, les familles de patients souffrant de schizophrénie, de cancer, du SIDA, de surdité, de cécité, de troubles rénaux chroniques, de diabète et de neurodermite. La principale fonction de ces consultations se situe au niveau de la réhabilitation et/ou de la prévention de rechutes.

f) thérapie de couple et conseil matrimonial

Ce genre de consultation a été offert, en autres, en rapport avec des problèmes au niveau de la conception (stérilité, enfants non désirés), avant ou après un avortement ("§ 218" en Autriche) et plus récemment en tant que soutien psychologique apporté à des couples en voie de séparation/divorce (médiation).

Synthèse: l'utilité potentielle des thérapies du comportement d'une durée explicitement brève peut se résumer – d'un point de vue optimiste – en deux phrases:

- une thérapie du comportement de brève durée est plus qu'une série de consultations inspirées par les principes de la thérapie du comportement;*
- une série de consultations inspirées par les principes de la thérapie du comportement est plus qu'une thérapie abrégée.*

Les objectifs recherchés peuvent être atteints si les thérapeutes renoncent à se centrer sur la personne et à attendre passivement que des changements se produisent; il faut qu'ils se montrent engagés et s'impliquent dans un processus d'évolution et de recherche de solutions qui doit très rapidement être mis en marche.

Mais avant de se lancer dans ce domaine, il faut qu'ils se demandent honnêtement s'ils souhaitent ou sont capables d'adopter l'attitude requise, à savoir s'ils sont prêts à devenir pour une période explicitement brève les 'avocats psychologiques' de leurs patients. En tant que tels, ils ne devraient pas hésiter à travailler activement et de manière engagée à des objectifs et avec les ressources dont disposent les patients, afin que ces derniers puissent se développer et se sentir soutenus.

Von Ausnahmen abgesehen ist Verhaltenstherapie immer schon Kurzzeittherapie

Verhaltenstherapie ist vom Grundansatz her immer schon als Kurzzeittherapie gedacht und entwickelt worden. In standardisierten Forschungsarbeiten wird – je nach Förderungsvolumen und Ressourcen – zumeist mit „runden“ Zahlen gearbeitet, und es werden dem entsprechend zehn, fünfzehn oder zwanzig Therapiesitzungen

untersucht. Finden sich in der Therapieforchung höhere Sitzungszahlen, unterliegen diese Studien zumeist einem „naturalistischen Design“ – d.h. die Forscher untersuchen natürliche Abläufe und Entwicklung einer „Verhaltenstherapie in der Praxis“. Alltägliche Verhaltenstherapie-Praxis kennt vorderhand keine Stunden-Begrenzung. Dennoch dürfte auch die durchschnittliche Therapiedauer in der normalen Alltagspraxis bei etwa 25 bis 30 Behandlungsstunden liegen. Diese Anzahl ergibt

sich zumeist durch eine erste, rechtlich geregelte Budgetierungsgrenze der Krankenkassen – so etwa in Deutschland. Für längere Behandlungen wären Zusatzanträge zu stellen, wovon jedoch nur in begründeten Ausnahmefällen Gebrauch gemacht werden kann.

Wenn wir im folgenden also von Kurzzeittherapie sprechen, ist damit immer gemeint, daß die Behandlung z.T. *deutlich unterhalb* der oben genannten Grenze mit 15 bis 25 Sitzungen zu liegen kommt. Unter Kurzzeit-Verhaltenstherapie wird in diesem Beitrag eine *Behandlungsdauer von einer bis fünfzehn Sitzungen* verstanden.

Gründe für eine weitere Verkürzung der Verhaltenstherapie

Den Leser mag es auf den ersten Blick etwas verwundern, wenn nachfolgend einige Überlegungen und Konzepte vorgestellt werden, die ausdrücklich auf eine weitere, nicht unbeträchtliche Verkürzung (nämlich auf 1 bis 15 Sitzung/en) der an sich (mit 15 bis 30 Sitzungen) sowieso schon kurzen Verhaltenstherapie zielen. Dies mag möglicherweise auch deshalb befremdlich klingen, weil die Therapieforschung inzwischen einige Belege dafür beigebracht hat, daß eine Psychotherapie umso wirksamere Effekte zeitigt, je länger sie dauert (vgl. Grawe et al., 1994). Einmal abgesehen davon, daß es sich hierbei zunächst um eine synoptische Aussage über viele unterschiedliche Patienten mit den unterschiedlichsten psychischen Störungen handelt, weshalb man diesen Befund nicht auf „alle“ Psychotherapie-Patienten und -Probleme generalisieren darf: Gründe und Konzepte für eine Verkürzung der Verhaltenstherapie gibt es in der Tat genug. Die drei wichtigsten Argumente sollen hier zunächst vorab kurz benannt werden, einige weitere ergeben aus unterschiedlichen Behandlungsanlässen, die nachfolgend detaillierter besprochen werden.

a Zunehmender Zeit- und Kostendruck für Kliniken wie Ambulanzen durch zunehmende Budget-Restriktionen der Krankenkassen und anderer Kostenträger

Ohne hier auch nur im geringsten einer Legitimation oder gar Akzeptanz der politisch motivierten Einschnitte in das Finanzvolumen für Gesundheit und Soziales das Wort reden zu wollen: Es steht ganz außer Frage, daß insbesondere die in Kliniken arbeitenden Psychotherapeuten gegenwärtig gezwungen sind, ernsthaft und genau abzuwägen, bei welchen Patienten und Patientenproblemen die Behandlungsdauer verantwortungsvoll auf ein Minimum beschränkt werden könnte (Volmer, 1997). Nachfolgend sollen für diese und ähnliche Fälle einige Indikationskriterien angegeben werden, die einer Entscheidung für oder gegen Kurzzeitbehandlung zugrundegelegt werden könnten.

b Manche „Patienten“ benötigen oder wünschen gar keine Psychotherapie. Sie benötigen oder wünschen vielmehr sachliche Aufklärung und fachkundige Beratung

Selbst von Verhaltenstherapeuten wird nicht hinreichend beachtet, daß es in der Verhaltenstherapie bereits

lange Zeit einige auf kurze Behandlungsdauer angelegte Konzepte der „verhaltenstherapeutischen Beratung“ gibt (vgl. Fiedler, 1996a). Die verhaltenstherapeutische Beratung wurde insbesondere in den letzten Jahren weiter ausgebaut, und weltweit hat sich dafür inzwischen sogar eine eigene Bezeichnung durchgesetzt, nämlich die der „Patientenschulung“ (*patient education*; vgl. Petermann, 1997). Patientenschulung bzw. Patientenberatung sind zwar auch integraler Bestandteil der sonstigen Langzeitverhaltenstherapie; gelegentlich erweist sich jedoch fachkundige Aufklärung durch Verhaltenstherapeuten (etwa unter Einbeziehung von verhaltenstherapeutischer Selbsthilfeliteratur) als hinreichend, damit Patienten von sich aus wichtige Schritte zur Problembewältigung auch ohne weitere Begleitung durch Therapeuten unternehmen können. Auf die beiden Fragen (wann ist Kurzzeitberatung indiziert und möglich? bzw. wann sollte man Patienten eine längere Psychotherapie empfehlen?) wird im Kontext der vorgeschlagenen Indikationskriterien ebenfalls eingegangen.

c Krisenintervention

Viele Menschen kommen in Behandlung, die akut schweren persönlichen oder sozialen Krisen oder Belastungen ausgesetzt sind (einschließlich suizidaler Krisen). Sie leiden in hohem Maße an negativen Gefühlen und existentiellen Konflikten. Häufig ist die Wahrnehmung und Regulation von Gefühlen akut gestört, und diese Unfähigkeit wird ihrerseits als traumatisierend erlebt. Kurzzeittherapie als Krisenintervention ermöglicht in solchen Fällen die Vermittlung von Fähigkeiten zur unmittelbaren Emotionsregulierung und führt zu ersten Ansätzen einer Konfliktlösung. In der Folge weniger Sitzungen einer sachlichen und nüchternen Bestandsaufnahme können sich emotionale Beruhigung und erneute Perspektiven für den Patienten einstellen, so daß es in Einzelfällen (wenn auch nicht immer) durchaus möglich wird, daß noch ausstehenden Problemlösungsschritte durch den Patienten selbstständig ohne therapeutische Hilfe beschränkt werden.

Im folgenden sollen zunächst die besonderen allgemeinen Ziele sowie einige weitere Gründe und Entscheidungskriterien benannt werden, die Psychotherapeuten ihren Überlegungen bereits *in den ersten Sitzungen* zugrunde legen könnten, ob eine Verhaltenstherapie als Langzeit- oder Kurzzeitbehandlung angelegt werden kann (Differenzielle Indikation). Im weiteren werden wir dann auf einige Besonderheiten zu sprechen kommen, die eine Kurzzeittherapie vom Vorgehen einer Langzeitbehandlung prinzipiell und konkret unterscheidet (Diagnostik, praktische Aspekte, Beziehungsgestaltung).

Ziele einer verhaltenstherapeutischen Kurzzeittherapie, Krisenintervention oder Patientenberatung

Im Unterschied zur Verhaltenstherapie als Langzeitbehandlung psychischer Störungen (mit Heilungsanspruch und dem Ziel der Wiederherstellung psychischer Gesundheit) erfüllt eine Kurzzeittherapie vorrangig *präventive Funktionen* – und zwar in einem weitesten

Sinne (vgl. auch die Beiträge in Amann und Wipplinger, 1998). Verhaltenstherapeutische Kurzzeittherapie, Patientenschulung und Patientenberatung zielen

- auf die Stützung gesundheitsförderlicher Bedingungen durch die Identifikation, den Erhalt und die Verbesserung individueller wie interpersoneller Kompetenzen und Ressourcen im Umgang mit Risikobedingungen psychischer Störungen (primäre Prävention; Krisenintervention; Suizidprophylaxe).
- auf die Sicherung und Anreicherung gesundheitsförderlicher Bedingungen zur Vermeidung des Wiederauftretens psychischer Folgeprobleme bei chronischen Krankheiten und Behinderungen (Rückfallprophylaxe; Rehabilitation).
- auf die systematische Information und Aufklärung besonderer Risiko-, Problem- und Randgruppen zur Stärkung gesundheitsförderlicher Eigeninitiative und Selbsthilfe der jeweiligen Problem- und Konfliktfelder, denen die Betroffenen angehören (Patientenschulung; angeregt und ergänzt durch eine kurzzeitige verhaltenstherapeutische Behandlung).

Kurzzeittherapie, Krisenintervention und Patientenberatung sollen also vorrangig einen (verhaltenstherapeutisch begründeten) Lernprozeß in Gang bringen, in dessen Verlauf die Selbsthilfebereitschaft oder Selbststeuerungsfähigkeit der ratsuchenden Patienten verbessert und stabilisiert werden kann. Dazu gilt es, innerhalb möglichst kurzer Zeit bereits verfügbare Ressourcen der Betroffenen zu erkennen, zu bewerten und anzureichern, um damit wiederum und zugleich den Einfallsreichtum der Betroffenen selbst zu vergrößern (Fiedler, 1996a). Kurzzeittherapie wird damit zu einem wichtigen Instrument der Verfügbarmachung klinisch-psychologischen Wissens um eine präventive oder rehabilitative Vermeidung psychischer Probleme oder Störungen (Patientenschulung/-beratung) und/oder um eine psychotherapeutisch akzentuierte Lösung psychosozialer Probleme und Konflikte (Krisenintervention/Behandlung) – mit einem jeweils möglichst unmittelbar oder rasch daraus ableitbaren Nutzen für die Betroffenen.

Voraussetzungen der Kurzzeittherapie

Eine genaue Problemidentifikation und Ressourcenanalyse: Zur baldigen Bestimmung von Lösungsperspektiven gehören „Problemdefinition“ und „Ressourcenanalyse“ in wohl jeder Kurzzeitbehandlung eng zusammen. Von den Patienten selbst werden zunächst und zumeist Problemstellungen vorgetragen. Sie bestimmen den Dienstauftrag und werden üblicherweise den konkreten Zielen der Behandlung oder Beratung zugrunde gelegt. Patienten sind nun gelegentlich nur in der Lage, sehr allgemein gehaltene Problemschilderungen zu geben. Dennoch ist es zunächst unverzichtbar, als Psychotherapeut eine empathische Grundhaltung zu bewahren, um Informationen so zu erhalten, wie der Patient sie darstellen und veranschaulichen möchte.

Im Verlauf des Gesprächs oder mehrerer Gespräche wird sich die Ausgangsfrage gelegentlich ausweiten und verändern. Um nun die Konkretheit und den Realitäts-

bezug der diagnostisch relevanten Informationen zu erhöhen, ist der Therapeut zumeist gehalten, das empathische Zuhören zunehmend durch gezielte Fragen zu ergänzen. Drei Perspektiven werden mit Blick auf die Entscheidung, ob die Behandlung als Kurzzeittherapie durchgeführt werden kann oder nicht, für den Therapeuten vorrangig bei seinen Konkretisierungsbemühungen bestimmend sein:

(1) Er wird eine Verlagerung von der Darstellung bestehender Probleme und Schwierigkeiten zunehmend auf die gewünschten bzw. wünschenswerten Ziele und Erwartungen vornehmen, die der Patient selbst mit der Behandlung/Beratung verbindet. Auf diese Weise wird erstmals abschätzbar, ob die geäußerten Wünsche und Erwartungen überhaupt realisierbar sind und ob und wie weit sie innerhalb einer Kurzzeittherapie angestrebt werden können (Prognose).

(2) Es wird zugleich eine Verlagerung von den engen Problemsichten weg auf eine Thematisierung vorhandener und möglicher Ressourcen und Kompetenzen angestrebt. Die Ressourcen- und Kompetenzanalyse zielt auf unterschiedliche Aspekte und sollte Ideen, Personen, Fähigkeiten, Möglichkeiten der Arbeitsteilung, Eigenschaften, Werte, zwischenmenschliche Beziehungsmuster und Beziehungsgewohnheiten im weitesten Sinne betreffen. Viele Probleme haben ihre lösungsbehindernden Barrieren schlicht darin, daß die bereits „natürlich vorhandenen“ Ressourcen und Kompetenzen durch die Betroffenen nicht erkannt oder nicht ausreichend genutzt werden.

(3) Zur Abklärung psychischer Störungen sollte die Problemexploration unmittelbar um eine genaue Diagnostik und Prognosebestimmung im Sinne gängiger Diagnosesysteme ergänzt werden. Auch auf dieser Grundlage kann im Verlauf einiger Sitzungen besser entschieden werden, ob die anstehenden Probleme überhaupt im Rahmen einer Kurzzeittherapie behandelbar sind. Nicht in jedem Fall jedoch ist bei Vorliegen psychischer Störungen an eine Langzeittherapie zu denken. Eine Psychotherapie läßt sich möglicherweise abkürzen, wenn z.B.

- weitere relevante Personen an der Therapie beteiligt werden können (z.B. Angehörige oder Ehe-/Lebenspartner), insbesondere wenn diese für eine sinnvolle Problembewältigung wesentliche Unterstützungsfunktionen übernehmen können;
- die Patienten nach kurzer Behandlungsdauer selbst (oder mit dem Partner zusammen) in der Lage sind, weitere Schritte auf dem Weg zu einem Selbstmanagement psychischer Störungen selbst zu gehen (dies hat sich in den vergangenen Jahren beispielsweise bei Patienten mit Phobien gezeigt, die nach guter Aufklärung mit Hilfe von Selbstbehandlungsbüchern die Therapie eigenständig bzw. mit dem Partner zusammen fortsetzen konnten und dazu lediglich noch telefonisch mit dem Therapeuten in Kontakt blieben; z.B. Lidren et al., 1994; Mathews et al., 1977);
- die Betroffenen ergänzend oder gar alternativ zur Verhaltenstherapie aus fachlichen Erwägungen weiter verwiesen werden können – z.B. an einen fachkundigen oder besser zuständigen Experten (wie etwa

an einen Juristen oder Sozialarbeiter bei arbeits- oder sozialrechtlichen Problemen). Juristische oder rechtliche Probleme haben psychische Beeinträchtigungen häufig nur deshalb zur Folge, weil den Betroffenen sachkundige Informationen fehlen.

Voraussetzungen auf seiten der Patienten: Zur Durchführung einer Kurzzeittherapie oder zeitlich begrenzten Krisenintervention und Beratung sollten die betroffenen Patienten über einige Voraussetzungen verfügen, die nicht leichtfertig übersehen werden dürfen. Patienten selbst benötigen eine gewisse Einsichtsfähigkeit in die Probleme sowie ein gewisses Maß an Flexibilität im Denken und Handeln. Und die von ihnen vorgebrachten Probleme und Problemkontexte sollten eine den Betroffenen entsprechende Überschaubarkeit besitzen. Alle drei Voraussetzungen können natürlich gelegentlich auch in kurzer Zeit hergestellt oder zumindest angereichert werden. Kurzzeittherapie ist nur begrenzt für Patienten geeignet, die nicht oder kaum in der Lage sind, ihre Probleme zu erkennen und zu formulieren und/oder Beratungsvorschläge umzusetzen.

Beispiele für differentielle Indikationen und Kurzzeitansätze

Sind die genannten Voraussetzungen gegeben, eröffnen sich dem Therapeuten unterschiedliche Möglichkeiten, wie er die Kurzzeittherapie, Krisenintervention oder Patientenberatung durchführen kann. Diese orientieren sich sinnvollerweise an spezifischen Indikatoren der vorliegenden Probleme oder Anlässe, die den Patienten in die Behandlung geführt haben (vgl. für die Kurzzeittherapie und Krisenintervention: Fiedler, 1988, 1993a; für die Patientenschulung und Patientenberatung: Fiedler, 1996a; Nestmann, 1997; Petermann, 1997). Danach lassen sich eine ganze Reihe spezifischer Formen der verhaltenstherapeutischen Kurzzeittherapie unterscheiden, von denen nachfolgend fünf beispielhaft dargestellt werden:

Krisenintervention bei akuten posttraumatischen Störungen

Problemsystem: Die Probleme stehen in einem engen Zusammenhang mit akuten traumatischen Erfahrungen und psychosozialen Belastungen bzw. ergeben sich aus unerwarteten oder einschneidenden Lebensereignissen – wie z.B. Vergewaltigung, plötzlicher Tod eines Lebenspartners, plötzlicher Invalidität. Häufig sind die Betroffenen nach solchen Krisenerfahrungen zunächst unfähig, die ihnen vertrauten Handlungsmöglichkeiten einzusetzen und zu nutzen, eben weil sie durch die Krise oder ein Trauma übermäßig stark emotional betroffen sind (diagnostisch handelt es sich in diesen Fällen häufig um das Vorliegen einer akuten posttraumatischen Belastungsreaktion; vgl. Maerker, 1997).

Intervention: In solchen Fällen werden zumeist sehr direkte, vor allem die Person stützende und kontinuierliche Therapiegespräche notwendig sein. In diesen Gesprächen wird versucht, eine emotionale Entlastung durch eine gleichermaßen empathische wie stützende Auseinandersetzung mit den Belastungserfahrungen

und Traumabedingungen zu erreichen. Zugleich müssen erste Weichen für die Zukunft gestellt werden.

Besondere Beachtung verdient bei den meisten akut wirkenden existentiellen Krisen der Aufbau und Erhalt einer tragfähigen Therapiebeziehung. Zeitgleich immer im Vordergrund steht die möglichst unmittelbare Etablierung grundlegender psychosozial stabilisierender Faktoren, wie z.B. und so möglich: die Einbeziehung von Angehörigen, die Beachtung der beruflichen Einbindung oder auch die Sicherung der existentiell notwendigen finanziellen wie materiellen Grundlagen. Sind diese oder ähnliche Ressourcen der Patienten zur Problemlösung nicht hinreichend, hat sich auch der Therapeut aktiv – möglicherweise zeitweilig gar *als Anwalt des Patienten* – um eine Reorganisation dieser Bedingungen mit zu bemühen.

Stützsystem: Wie einleitend bereits angedeutet, kann eine kurzzeitige Krisenintervention in vielen Fällen hinreichen, dem Patienten bei Wiedererreichung einer emotionalen Stabilisierung die weitere Bewältigungsschritte selbst zu überlassen. Eine Krisenintervention kann in ihrer Wirksamkeit – wie angedeutet – entscheidend auch noch dadurch weiter abgesichert werden, daß Therapeuten unmittelbar die Möglichkeiten sozialer Ressourcen und Stützsysteme ausloten und zeitgleich eine Einbeziehung relevanter Bezugspersonen in Betracht ziehen (vgl. unten: kurzzeitige Familien- und Angehörigentherapie): Dabei geht es dort, wo dies möglich ist, vor allem um das Zusammenbringen von Menschen, die in der *Familie – gelegentlich auch im Beruf* – an der Krisenentwicklung beteiligt waren oder die für eine langfristige Krisenbewältigung eine Gewähr für *soziale Unterstützung und Sicherung* bieten können.

Indikation für Langzeittherapie: Kriterien dafür, ob eventuell dennoch an eine *Verlängerung der Behandlung* gedacht werden sollte, sind (a) das Bedürfnis der Patienten nach weiterer Behandlung und (b) Anzeichen für das Bestehenbleiben zentraler Symptome der Belastungsreaktion. Zu letzteren zählen u.a. das bewußte Vermeiden einer Auseinandersetzung mit den Traumabedingungen durch die Patienten sowie ein Bestehenbleiben emotionaler Symptome (wie Ängstlichkeit, Dysphorie und eine Einschränkung des Funktionsniveaus). Letztere bergen das Risiko der Entwicklung einer posttraumatischen Belastungsstörung bzw. einer Anpassungsstörung in sich, und Patienten sollten auf dieses Problem aufmerksam gemacht werden (vgl. die Arbeiten in Maerker, 1997, mit weiteren konkreten Hinweisen für die Behandlung posttraumatischer Störungen).

Kurzzeittherapie in Lebenslaufkrisen

Problemsystem: Die Probleme und Belastungen des Ratsuchenden resultieren aus antizipierten oder bereits bestehenden, vielfach natürlichen Veränderungen im Lebenslauf. Ursachen- und Entwicklungsbedingungen der Lebenslaufkrisen sind zumeist kritische Phasen der Lebensentwicklung – wie das Verlassen des Elternhauses, Elternwerden, Ausscheiden aus dem Beruf, Arbeitslosigkeit, Berentung, Folgeprobleme bei Migration oder langdauernde Erkrankungen. Nicht immer ist es so, daß

sich bei den Betroffenen eindeutige psychische Störungen diagnostizieren lassen. Im Vordergrund stehen in solchen Fällen zumeist Schwierigkeiten und Probleme, die in zwei anderen Leitdiagnosen besser zusammengefaßt werden können: (a) komplexe Störungen des zwischenmenschlichen Beziehungsverhaltens sowie (b) ein grundlegendes Insuffizienserleben der Betroffenen, das jedoch nicht die Kriterien einer posttraumatischen Belastungsstörung oder Anpassungsstörung erfüllt, wenngleich das Leiden der Betroffenen durchaus beträchtlich sein kann.

Intervention: Ganz allgemein wird im Falle psychischer Störungen und Schwierigkeiten, die sich mit Lebenslaufkrisen in einen Zusammenhang bringen lassen, zumeist in der Einzelfallberatung eine sachlich-nüchterne *Bestandsaufnahme* der jeweiligen Lebensentwicklungen und Lebensumstände als sinnvoll erachtet. Dies ist dann in einer Kurzzeitbehandlung möglich, wenn sich der Therapeut mit dem Patienten darum bemüht, die Behandlung auf eine Identifikation und Behandlung konkreter Alltagsprobleme abzustellen. In der Kurzzeittherapie treten dabei eindeutig Ziel-Aspekte in den Vordergrund. Damit ist u.a. die konkrete Suche *nach möglichst konkreten Alternativen* zur Erreichung persönlicher Ziele und Wünsche gemeint, die gegenüber *konkret benennbaren* Konfliktpartnern bestehen.

Stützensystem: Fokusbildung auf konkret realisierbare Ziele unter Beachtung sinnvoller sozialer Ressourcen ist gemeint. Dabei gilt es zumeist konsequent eine verhaltenstherapeutische Grundregel einzuhalten, die folgendes beinhaltet: Real gegebene Streß- und Konfliktsituationen im Alltag der Betroffenen und die damit assoziierten Konflikte und Ambivalenzen sind die wichtigsten Anknüpfungspunkte einer in dieser Hinsicht konsequent inhaltlich strukturierten Kurzzeitbehandlung. Die Ressourcenperspektive der Kurzzeitbehandlung verlangt es nun jedoch, daß der Therapeut den Blick zunehmend von den Problemen weg hin auf brauchbare Quellen persönlicher und sozialer Selbsthilfemöglichkeiten lenkt. Ohne perspektivische Ressourcen „als Motor“ können Problembewältigungsansätze ihre Wirkung nicht hinreichend entfalten.

Indikation für Langzeittherapie: Für eine eventuelle Verlängerung der Behandlung über eine Kurzzeittherapie hinaus können einerseits die im vorhergehenden Punkt benannten Probleme angesehen werden. Gelegentlich können sich Hinweise finden lassen, daß die Lebenslaufkrisen im Privatleben oder im Beruf durch Persönlichkeitsstile oder gar Persönlichkeitsstörungen mitbedingt sind. Insbesondere bei Vorliegenden gravierender Persönlichkeitsstörungen sollte eine Langzeittherapie erwogen werden, ebenso wenn sich herausstellt, daß das subjektive Leiden oder das psychosoziale Funktionsniveau vorrangig persönlichkeitsbedingt mitbestimmt oder beeinträchtigt wird.

Patientenschulung und Patientenberatung

Patientenschulung und Patientenberatung wurden in den vergangenen Jahren insbesondere zur Adjuvanz organmedizinischer Behandlungsangebote bei früher vorrangig als „psychogen-psychosomatisch“ betrachteten körperlichen Erkrankungen fortentwickelt (Peter-

mann, 1997). So liegen inzwischen ausgearbeitete Konzepte u.a. für Asthma, Diabetes mellitus, atopische Dermatitis, chronische Schmerzen vor, in denen Patienten ein modernes Krankheits- und Behandlungswissen vermittelt wird, das ihnen dazu verhelfen könnte, ihre chronischen Erkrankungen besser zu bewältigen.

Häufig wird jedoch übersehen, daß diese Form der verhaltenstherapeutischen Beratung (als Kurzzeittherapie) – u.a. ausgehend von der traditionellen *verhaltenstherapeutischen Erziehungsberatung* – bereits über eine sicherlich längere Tradition verfügt, als die „psychotherapeutische“ Verhaltenstherapie (vgl. Flüge, 1991). Verhaltenstherapeuten haben die bis in die 70er Jahre hinein üblichen gesprächspsychotherapeutisch oder psychodynamisch inspirierten Gespräche mit Eltern und Bezugspersonen von Problem-Kindern vor allem um den Aspekt direkter psychoedukativer Beratungsgespräche (lern- und verhaltenstheoretisch begründete Information und Aufklärung der Betroffenen über Erziehungsprobleme, z.B. bei kindlicher Angst, Unsicherheit oder auch Aggressivität) erweitert und zunehmend die direkte Einübung neuer elterliche Erziehungsstile (Einübung kommunikativer und sozialer Kompetenz) in die Beratung einbezogen und evaluiert.

Erziehungsberatung ist ganz fraglos ein Prototyp verhaltenstherapeutischer Kurzzeittherapie, der im Zuge der aktuellen Bemühungen um die Etablierung des Psychotherapeuten-Berufes etwas in den Hintergrund getreten ist (aktuell jedoch wieder an Bedeutung zu gewinnen scheint: vgl. Körner und Hörmann, 1998). So wurde und wird nur zu leicht übersehen, daß Verhaltenstherapie immer schon *deutlich mehr* als die „Psychotherapie psychischer Störungen“ war und ist. Mit Blick auf die potentiellen Möglichkeiten einer verhaltenstherapeutischen Kurzzeittherapie dürfen die vielfältigen Neuentwicklungen im Bereich der verhaltenstherapeutischen Beratung nicht leichtfertig übersehen werden (Nestmann, 1997). Die wichtigsten herkömmlichen Ansätze und Innovationen seien hier deshalb kurz genannt:

Verhaltenstherapeutische Beratung von Erziehungsberechtigten sowie von Kindern und Jugendlichen: Verhaltenstherapeutische Erziehungsberatung hat ausgesprochen präventive Zielsetzungen. Neben den bereits genannten Funktionen der Elterntherapie (mit einem oder beiden Eltern, mit und ohne Kinder) sind seit Beginn der achtziger Jahre Familien- und Gruppenkonzepte dazugekommen (Familietherapien, Elterntrainings; Trainings für Erzieher und Lehrer in Kindergärten, Heimen und Schulen). Sie sind alle in zeitlich überschaubarer Länge konzipiert und stellen neben der Vermittlung erzieherischer und kommunikativer Fertigkeiten auch Möglichkeiten des Erfahrungsaustausches sowie schließlich die Aneignung von Informationen für Eltern und die genannten Erziehergruppen bereit. Die therapeutischpräventiven Wirkungen solcher Beratungsangebote sind inzwischen gut untersucht (Fiedler, 1992). Hinzugekommen ist die Bereitschaft verhaltenstherapeutischer Erziehungsberater, Beratungsgespräche für Kinder und Jugendliche allein anzubieten, die auf eine Freisetzung von Selbsthilfe- und Entwicklungskompetenzen der jungen Menschen abzielen (z.B. als Krisenberatung und zur Prävention psy-

chischer Störungen aber Behandlung nach erlebter Gewalt und Mißbrauchserfahrungen).

Verhaltenstherapeutische Schulung und Beratung von Angehörigen psychisch gestörter, chronisch kranker und behinderter Menschen: Hierbei handelt es sich um einen zunehmend wichtiger werdenden Bereich. Ausgearbeitete Verhaltenstherapiekonzepte dieser Art Kurzzeitbehandlung liegen z.B. für Angehörige von Familienmitglieder mit schizophrener Erkrankung, Krebs, Aids, Schwerhörigkeit, Blindheit, chronischem Nierenleiden, Diabetes und Neurodermitis vor (ausführlicher: Fiedler, 1993b; 1996b). Die Funktion dieser Beratung liegt eindeutig im Bereich der Rehabilitation und/oder der Rückfallprophylaxe. Entsprechend werden folgende konkrete Ziele verfolgt:

- a) Information und Aufklärung der Angehörigen (und wo dies möglich ist: immer zusammen mit den Betroffenen) über das vorliegende Wissen über Behinderung oder Krankheit, Prognose, Behandlungsmöglichkeiten, rechtliche Folgen, Finanzierungsfragen;
- b) Erarbeitung von Perspektiven für einen innerfamiliären Umgang mit der Behinderung oder Krankheit, mögliche Lebensperspektiven und Zukunftsplanungen;
- c) Bedeutung der Behinderung oder Erkrankung für eine soziale Einbindung der Familie in Nachbarschaft und Gemeinde;
- d) das Erschließen von Möglichkeiten der Zusammenführung und Solidarisierung mit gleichfalls Betroffenen in professionell geleiteten Angehörigen- oder Selbsthilfegruppen.

Alle diese Möglichkeiten zielen mediär immer auch auf eine Verbesserung oder Ergänzung und damit indirekt auf eine Verkürzung der psychotherapeutischen Behandlung der psychisch gestörten, erkrankten oder behinderten Familienmitglieder. Zudem ergeben sich besondere Perspektiven in der Initiierung wechselseitiger Unterstützung mehrerer Familien z.B. bei der häuslichen Pflege alter oder bettlägeriger Menschen, die in den betroffenen Familien endlich wieder Freiräume für die Erfüllung eigener Bedürfnisse eröffnen könnte.

Verhaltenstherapeutische Paartherapie und Eheberatung: Zum Bereich der verhaltenstherapeutischen Kurzzeittherapie gehören schließlich noch die *Partner- und Eheberatung* dazu, die u.a. durchgeführt werden im Zusammenhang mit gewünschter und ungewollter Konzeption, Problemen vor oder nach Abtreibungen („§ 218“) oder neuerlich zunehmend häufiger als psychologische Begleitung von Paaren mit Trennungs-/Scheidungsabsicht (Scheidungsmediation; Bastine et al., 1995). Verhaltenstherapeutische Paarberatung legt üblicherweise ein Schwergewicht auf die Besprechung und Auflösung von Paarkonflikten, indem Veränderungen im Beziehungsverhalten der Paare durch Instruktion und Einübung angezielt werden (Thurmaier et al., 1992). Im Rahmen der Scheidungsmediation steht die Lösung von Konflikten im Mittelpunkt, die bei einer Scheidung auftreten können, z.B. Fragen der elterlichen Sorge und des Umgangs mit Kindern nach der Scheidung, Haushalts- und Vermögensaufteilung usw. (Haynes et al., 1996).

Praktische Aspekte der verhaltenstherapeutischen Kurzzeitbehandlung

Neben der bereits erwähnten wichtigen Eingangsphase in die verhaltenstherapeutische Kurzzeittherapie (mit Ziel einer möglichst konkreten Problemdefinition, Ziel- und Ressourcenanalyse) bleibt auch für den weiteren Behandlungsverlauf die Herstellung einer vertrauensvollen, kooperativen und transparenten Arbeitsbeziehung maßgeblich, damit die Ratsuchenden mit Hilfe des Therapeuten ihre Einsicht in belastende Problemlagen verbessern und realistische Perspektiven für eine Problemlösung entwickeln können.

Hierzu sind insbesondere in der verhaltenstherapeutischen Erziehungs-, Angehörigen- und Familienberatung vielfältige praktische Vorschläge bis hin zur Entwicklung ausgearbeiteter Manuale publiziert worden, die auch für die Strukturierung anderer Kurzzeittherapieangebote hilfreich sind. Es ist sehr interessant zu sehen, daß sich diese Praxiskonzepte über die unterschiedlichen Therapie- und Beratungsanlässe hinweg sehr ähnlich ausnehmen (vgl. z.B. Bachmair et al., 1989; Hackney und Cormier, 1990; Flügge, 1991; Dryden und Feltham, 1994; Nestmann, 1997). Die wichtigsten Vorschläge betreffen die Beziehungsgestaltung zwischen dem Kurzzeittherapeuten/Berater und seinen Patienten/Klienten, wobei zumeist unterschiedliche Möglichkeiten in Abhängigkeit davon bestehen, ob sich die Kurzzeitbehandlung auf Einzelpersonen, auf Paare oder Familien bezieht oder ob diese in der Gruppe durchgeführt werden kann.

Einzelbehandlung: In der Einzelbehandlung wird sich die Art der Beziehungsgestaltung entscheidend durch den erreichten Stand im Prozeß der Problemlösung bestimmen. Während zu Beginn der Kurzzeittherapie das oben angesprochene Wechselspiel von *empathischer und vertrauensvoller Gesprächsstrategie* des Beraters und eine *auf Transparenz abzielenden Befragung* sinnvoll ergänzen werden, wird es dem Berater im weiteren Verlauf zunehmend darum gehen, *Informationen zu vermitteln* und *konkrete Ratschläge und Hilfestellungen zu geben*. Um die Patienten nicht zu überfordern, sollten kontinuierliche Protokolle bereits während der Sitzung angefertigt werden (möglichst durch den Ratsuchenden selbst), während sich der Therapeut vorrangig um ein einfaches und wenig abstrakt gehaltenes, zudem möglichst klar gegliedertes und um ein auf prägnante Aspekte beschränktes Voranschreiten bemüht. Der jeweils erreichte Stand der Problemlösung sollte durch Rückfragen des Therapeuten an den Patienten möglichst transparent und konsensuell gehalten werden. Im weiteren Verlauf wird es prinzipiell darum gehen, das Selbstvertrauen und das Erleben von Selbstwirksamkeit beim Patienten zu stärken, was u.a. durch gezielte Haus- oder Übungsaufgaben zwischen den Therapiesitzungen und deren sorgsame Besprechung gut unterstützt werden kann.

Paar- und Familientherapie: In der Kurzzeitbehandlung von Paaren und Familien ist es häufig empfehlenswert, daß die Therapie nicht nur von einem, sondern von zwei Therapeuten durchgeführt wird, die einer durch den Einzeltherapeuten oftmals nicht gleich bemerkbaren Parteilichkeit innerhalb partnerschaftlicher oder fami-

liärer Konflikte vorbeugen könnte. Eine besondere Funktion können im Verlauf der kurzzeitigen Paar- und Familientherapie gemeinsame Absprachen und deren Festlegung in gemeinsam zwischen den Paaren und Familienmitgliedern *ausgehandelten Kontrakten* liegen, die in der Sitzung schriftlich fixiert werden und in Ablichtung sowohl den einzelnen Beteiligten ausgehändigt und in Kopie beim Therapeuten verbleiben. Ähnlich wie die Übungsaufgaben zwischen den Sitzungen dienen die Kontrakte der Erprobung von Veränderungsschritten, und sie sollten entsprechend ermutigend und konkret auf die Betonung von Eigenaktivitäten jedes einzelnen Partners oder Familienmitglieds wie auf gemeinsam mögliche Unternehmungen bezogen werden.

Kurzzeittherapie in Gruppen: Die kurzzeitige Arbeit in und mit Gruppen bietet vor allem durch die Nutzung spezifischer Gruppenmedien weitere wichtige Möglichkeiten, die jedoch gelegentlich auch in der Einzel-, Paar- und Familienberatung einsetzbar sind (vgl. Fiedler, 1996b). Verhaltenstherapeutische Kurzzeittherapie oder Beratung in Gruppen bedient sich dabei vor allem moderner Gruppenmedien, die u.a. aus der Kleingruppenarbeit und der Unterrichtsdidaktik entstammen. Es sind dies beispielsweise der regelmäßige Einsatz unterschiedlichster Informationsmaterialien (Handouts) sowie von Ablichtungen von Texten aus Lehr- und Fachbüchern (etwa zur Grobinformation über spezifische psychische Störungen oder Behinderungen sowie über die Möglichkeiten ihrer Behandlung). Weiter gehören dazu (ebenfalls vorrangig:) Hausaufgaben, aber auch Diavorträge und Frontalunterricht durch den oder die Therapeuten (z.B. über die Verbesserung des eigenen Gesundheitsverhaltens). Zur gruppengemeinsamen Besprechung von Problemen oder zur Einübung spezifischer Skills und Fertigkeiten eignen sich die Kleingruppenarbeit, Formen des Micro-Teachings sowie Rollenspiele.

Einige Verhaltenstherapeuten sind zwischenzeitlich sogar dazu übergegangen, den an Beratungsgruppen teilnehmenden Klienten Teilnahmezertifikate auszustellen, die insbesondere der Kurzzeitgruppen-Beratung eine neue Qualität als Lern- oder Informationsgruppen verleiht, ohne dabei die Wichtigkeit der persönlichen Problemlage und Betroffenheit jedes Gruppenteilnehmers aus den Augen zu verlieren. Die zunächst vorhandene Zurückhaltung gegenüber diesen, nur auf den ersten Blick wenig verhaltenstherapeutisch anmutenden Gruppenmedien insgesamt hat sich zwischenzeitlich gelegt und die Vorbehalte sind angesichts der Vorteile, die die neuen Arbeitsformen für die verhaltenstherapeutische Beratung bieten, kein Thema mehr.

Literatur

Amann G, Wipplinger R (Hrsg) (1998) Gesundheitsförderung. Ein multidimensionales Tätigkeitsfeld. dgvt-Verlag, Tübingen
 Bachmair S, Faber J, Hennig C, Kolb R, Willig W (1989) Beraten will gelernt sein. Ein praktisches Lehrbuch für Anfänger

- und Fortgeschrittene, 4. Aufl. Psychologie Verlags Union, München
 Bastine R, Link G, Lörch B (1995) Bedeutung, Evaluation, Indikation und Rahmenbedingungen von Scheidungsmediation. Eine Übersicht. In: Duss-von Werdt J, Mähler G, Mähler H-G (Hrsg) Mediation: Die andere Scheidung. Clett-Cotta, Stuttgart, S 186–204
 Dryden W, Feltham C (1994) Psychologische Kurzberatung und Kurztherapie. Einführung in die praktischen Techniken. Reinhardt, München
 Fiedler P (1988) Existentielle Krisen und Krisenintervention. In: Hörman G, Nestmann F (Hrsg) Handbuch der psychosozialen Intervention. Westdeutscher Verlag, Opladen, S 114–127
 Fiedler P (1992) Psychosoziale Intervention und Anwendungsfelder der Klinischen Psychologie. In: Bastine R (Hrsg) Klinische Psychologie, Bd 2. Kohlhammer, Stuttgart, S 361–409
 Fiedler P (1993a) Indikation und Behandlungssetting. In: Linden M, Hautzinger M (Hrsg) Verhaltenstherapie. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo, S 45–51
 Fiedler P (1993b) Angehörigengruppen in der psychosozialen Versorgung. Zeitschrift für Klinische Psychologie 22: 254–263
 Fiedler P (1996a) Verhaltenstherapeutische Beratung. In: Margraf J (Hrsg) Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Bd 1. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo, S 423–433
 Fiedler P (1996b) Verhaltenstherapie in und mit Gruppen. Psychologie Verlags Union, Weinheim
 Flügge I (1991) Erziehungsberatung. Zur Theorie und Methodik. Hogrefe, Göttingen
 Grawe K, Donati R, Bernauer F (1994) Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Hogrefe, Göttingen
 Hackney H, Cormier LS (1990) Beratungsstrategien. Beratungsziele, 3. Aufl. Reinhardt, München
 Haynes JM, Bastine R, Link G, Mecke A (1996) Scheidung ohne Verlierer. Mediation in der Praxis. Kösel, München
 Körner W, Hörmann G (Hrsg) (1998) Handbuch der Erziehungsberatung, Bd 1. Hogrefe, Göttingen
 Lidren DM, Watkins PL, Gould RA, Clum GA (1994) A comparison of bibliotherapy and group therapy in the treatment of panic disorder. J Consult Clin Psychol 62: 865–869
 Maerker A (1997) Therapie der posttraumatischen Belastungsstörungen. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
 Mathews AM, Teasdale J, Munby M, Johnston DW, Shawi P (1977) A homebased treatment program for agoraphobia. Behavior Therapy 8: 915–924
 Nestmann F (Hrsg) (1997) Beratung. Bausteine für eine interdisziplinäre Wissenschaft und Praxis. dgvt-Verlag, Tübingen
 Petermann F (Hrsg) (1997) Patientenschulung und Patientenberatung. Ein Lehrbuch, 2. Aufl. Hogrefe, Göttingen
 Redlich A (1997) Psychologische Beratung ist mehr als verkürzte Therapie. In: Nestmann F (Hrsg) Beratung. Bausteine für eine interdisziplinäre Wissenschaft und Praxis. dgvt-Verlag, Tübingen, S 151–160
 Thurmaier F, Engl J, Eckert V, Hahlweg K (1992) Prävention von Ehe- und Partnerschaftsstörungen EPL (Ehevorbereitung: Ein Partnerschaftliches Lernprogramm). Verhaltenstherapie 2: 116–124
 Volmer T (1997) Wirtschaftlichkeitsüberlegungen bei Patientenschulungen. In: Petermann F (Hrsg) Patientenschulung und Patientenberatung. Hogrefe, Göttingen, S 101–122

Korrespondenz: Prof. Dr. Peter Fiedler, Dipl. Psych., Psychologisches Institut – Klinische Psychologie & Psychotherapie, Universität Heidelberg, Hauptstraße 47–51, D-69117 Heidelberg, Bundesrepublik Deutschland.

Prof. Dr. Peter Fiedler, Dipl. Psych., Psychologisches Institut – Klinische Psychologie & Psychotherapie, Universität Heidelberg; Hauptstraße 47–51, D-69117 Heidelberg; Tel.: 0049-6221-547-293, Fax: 0049-6221-547-348. Hochschul-lehrer für Klinische Psychologie und Psychotherapie am Psychologischen Institut der Universität Heidelberg. Arbeitsschwerpunkte: Psychotherapieprozessforschung; Entwicklung spezifischer Behandlungsverfahren bei Stottern, Depression, Phobien und Persönlichkeitsstörungen; phänomen- und störungsspezifische Verhaltenstherapie.