

Frank, R. und Eysel, H.

Psychosomatische Störung und Autonomieentwicklung: ein Fallbeispiel zu einem kombinierten verhaltenstherapeutisch und systemtheoretisch begründeten Behandlungsvorgehen

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 31 (1982) 1, S. 19-25

urn:nbn:de:bsz-psydok-28888

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de
Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

INHALT

Zum 65. Geburtstag von Annemarie Dührssen	1	drawal and Stereotypes: Two Behavioral Patterns in Service of Stimulation)	25
In Memoriam Hermann Stutte	285	B. Mangold: Psychosomatik und Familientherapie. Theorie und Klinische Praxis (Psychosomatic Disease and Familytherapy)	207
Aus Praxis und Forschung			
W. Bettschart: Zehnjährige Arbeit an der Tagesklinik mit psychotischen Kindern und ihren Familien (Ten Years of Experience at a Day Clinic with Psychotic Children and Their Parents)	87	M. Martin, R. Walter: Körperselbstbild und Neurotizismus bei Kindern und Jugendlichen (Body-satisfaction and Neuroticism in Children and Adolescents)	213
E. J. Brunner: Zur Analyse von Interaktionsstrukturen im Familiensystem (Interaction Analysis in the Field of Family Therapy)	300	H.-U. Nievergelt: Legasthenie? ein Fall nichtdeutender Kinderanalyse, der diese Frage stellt (Dyslexia? A case of Noninterpretative Child Analysis in Which This Question Arose)	93
C. u. B. Buddeberg: Familienkonflikte als Kollusion – eine psychodynamische Perspektive für die Familientherapie (Family Conflicts as Collusion – a Psychodynamik View vor Family Therapy)	143	M. Nowak-Vogl: Die „Pseudodemenz“ (The „Pseudodementia“)	266
W. Dacheneder: Zur Diagnose von Wahrnehmungsstörungen mit den Coloured Progressive Matrices (Diagnosis of Perceptual Dysfunction by Means of Raven's Coloured Progresses Matrices)	180	E. Obermann: Förderung eines behinderten Jungen durch Rollenbeispiele unter besonderer Berücksichtigung der kognitiven Entwicklungstheorie (The Furtherance of an Impede Boy by Role-games with Spezial Attention to the Cognitive Theory of Development)	231
G. Deegener: Ödipale Konstellationen bei Anorexia nervosa (Oedipus Complex in Patients with Anorexia nervosa)	291	A. Overbeck, E. Brähler u. H. Klein: Der Zusammenhang von Sprechverhalten und Kommunikationserleben im familientherapeutischen Interview (The Connection between Verbal Behavior and Experience of Communication in the Family Therapy Interview)	125
H. Dellisch: Schlafstörungen und Angst (Sleep Disturbances and Anxiety)	298	W. Pittner u. M. Kögler: Stationäre Psychotherapie eines schwer verhaltensgestörten Mädchens (Inpatient Psychotherapy of a Girl Suffering from Severe Behaviour Disorder)	308
H. Dietrich: Zur Gruppentherapie bei Kindern (Group Therapy with Children)	9	A. Polender: Entspannungs-Übungen – Eine Modifikation des Autogenen Trainings für Kleinkinder (Autogenes Training in Modification to Small Children)	15
R. W. Dittmann: „Feriendialyse“ – Ein Ferienaufenthalt für chronisch kranke Kinder und Jugendliche unter Berücksichtigung psychosozialer Probleme. Erfahrungen mit Planungsanspruch und Realisierungsmöglichkeiten („Holiday Dialysis“ – A Summer Camp of Children and Juveniles with Chronic Renal Disease with Regard to Psychosocial Problems. Experiences in Planning and Realisation)	103	A. Polender: Entspannungs-Übungen (Relaxation Exercises)	50
R. Frank u. H. Eysel: Psychosomatische Störung und Autonomieentwicklung: ein Fallbeispiel zu einem kombinierten verhaltenstherapeutisch und systemtheoretisch begründeten Behandlungsvorgehen (Psychosomatic Disorder and the Development of Autonomy)	19	T. Reinelt, E. Friedler: Therapie einer kindlichen Eß-Störung (Therapy of an Infantile Eating Disorder)	223
B. Gassner: Psychodrama mit körperbehinderten Jugendlichen und Heranwachsenden (Psychodrama with Physically Disabled Teenagers and Grown up Teenagers)	98	H. Remschmidt: Suizidhandlungen im Kindes- und Jugendalter – Therapie und Prävention (Suicidal Acts in Childhood and Adolescence – Therapy and Prevention)	35
B. Geisel, H. G. Eisert, M. H. Schmidt, H. Schwarzbach: Entwicklung und Erprobung eines Screening-Verfahrens für kinderpsychiatrisch auffällige Achtjährige (SKA 8) (Parent-teacher Ratings as a Screening Instrument (SKA 8) for Eight-year old Psychiatrically Disturbed Children)	173	R. Schneider: Gibt es eine „Problemkinderkurve“ im HAWIK? Zur Geschichte von Intelligenztestergebnissen (Is there a „Problem Child Curve“ in HAWIK?	286
Th. Hess: Einzelpsychotherapie von Kindern und Jugendlichen und Familientherapie: Kombinierbar oder sich ausschließend? (Individual or Family Therapy?)	253	H.-Ch. Steinhausen u. D. Göbel: Die Symptomatik in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Population – II. Zusammenhangs- und Bedingungsanalysen (Symptoms in a Child and Adolescent Psychiatric Population – II. Analysis of Determinants and Correlation)	3
G. Horn: Anwendungsmöglichkeiten des Katathymen Bilderlebens (KB) bei Kindern im Rahmen der Erziehungsberatung (Applicability of Guided Affective Imagery to Children in Connection with Educational Counselling)	56	G. Süssenbacher: Die Verwendung eines Märchenentwurfes zur Auflösung einer pathogenen Doppelbindung: Fallberichte zur Behandlung einer Windphobie (The Use of a Fairy-Tale-Design in the Modification to a Pathogenic Double Bind: Report on a Therapy of a Wind Phobia)	185
A. Kitamura: Eine vergleichende Untersuchung der Suizidversuche deutscher und japanischer Jugendlicher (A Comparative Study of Attempted Suicides among German and Japanese Adolescents)	191	A. Wille: Der Familienskulptur-Test (Family Sculpting Test)	150
M. Kögler: Integrierte Psychotherapie in der stationären Kinderpsychiatrie (Integrative Psychotherapy in Inpatient Child Psychiatry)	41	P. Zech: Konflikte und Konfliktdiagnostik in der stationären Kinderpsychotherapie (Conflicts and Conflict Diagnosis in Inpatient Child Psychotherapy)	47
K. Krisch: Enkopresis als Schutz vor homosexuellen Belästigungen (Encopresis as a Defense against Homosexual Approaches)	260	P. Zech: Stationsgruppen in der stationären Kinderpsychotherapie (Ward Groups in In-patient Child Psychotherapy)	218
P. J. Lensing: Gesichtabwenden und Stereotypien – Zwei Verhaltensweisen im Dienste der Stimulation in normaler Entwicklung und bei frühkindlichem Autismus (Facial With-		Pädagogik, Jugendpflege, Fürsorge	
		B. Bron: Drogenabusus und Sexualität (Drug Abuse and Sexuality)	64
		G. Gutezeit: Linkshändigkeit und Lernstörungen? (Lefthandedness and Learning Disorders)	277
		R. Honegger: Kasuistischer Diskussionsbeitrag zur Einweisung Jugendlicher in geschlossene Erziehungsinstitutionen (Case Study as Contribution to the Discussion on Referring Juvenile Delinquents in Closed Educational Establishments)	110

H. E. Kehrner u. E. Temme-Meickmann: Negativismus bei frühkindlichem Autismus (Negativism in Early Childhood Autism)	60
B. Langenkamp, I. Steinacker, B. Kröner: Autogenes Training bei 10jährigen Kindern – Beschreibung des Kursprogramms und des kindlichen Verhaltens während der Übungsstunden (Autogenic Training Programme for Ten-year-old Children).	238
B. Meile u. M.-H. Frey: Educational Therapy: ein ganzheitliches Modell für die Erziehungsberatung (Educational Therapy: A Model for Educational Counselling)	160
C. Rössler: Möglichkeiten einer wirksamen Konflikt-erziehung in der Grundschule (Possibilities of an Effective Education of Conflicts in Elementary School)	243
R. Schleiffer: Zur Psychodynamik von Stieffamilien mit einem psychisch gestörten Kind (Psychodynamics in Step-families with a Psychically Disturbed Child)	155
F. Specht: Erziehungsberatung – Familie – Autonomie (Child Guidance – Family – Autonomy)	201
A. Stiksrud, J. Markgraf: Familien mit drogenabhängigen Jugendlichen (Drug-addict Adolescents and their Families)	271
J. Wienhues: Schulen für Kranke in kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen (Schools for Patients in Psychiatric Institutions for Children and Adolescents)	313

Bericht aus dem Ausland

C. Odag: Über einige Erfahrungen mit Gruppen von Jugendlichen in der psychiatrischen Klinik der Universität Ankara (Experiences with Groups of Adolescents in the Psychiatric Clinic, University of Ankara)	75
---	----

Tagungsberichte

H. Moschtaghi: Bericht über das Jubiläum Symposium der ISSP am 5. und 6. 9. 1981 in Zürich (Report on the Anniversary Symposium of the ISSP, September 5 and 6, 1981, in Zürich)	116
H. Remschmidt: Bericht über ein Symposium des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe „Kinder- und Jugendpsychiatrie. Geschichtliche Entwicklung – jetziger Stand – aktuelle Probleme – Zukunftsperspektiven“ am 20. u. 21. 10. 1981 in Marl-Sinsen (Report on an Symposium held bei the Regional Association of Westfalen-Lippe on „Child and Adolescent Psychiatry“)	81
H. Remschmidt: Bericht über das 2. Internationale Symposium zum Thema „Epidemiology in Child and Adolescent Psychiatry – Research Concepts and Results“ (Report on the 2nd International Symposium in „Epidemiology Adolescent Psychiatry-Research Concepts and Results“)	118
H. Remschmidt: Bericht über den 10. Internationalen Kongreß der International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions vom 25.–30. 7. 1982 in Dublin	318

Literaturberichte: Buchbesprechungen (Bookreviews)

Biermann, G. (Hrsg.): Handbuch der Kinderpsychotherapie	249
Herzka, H. S.: Kinderpsychopathologie, ein Lehrgang mit tabellarischen Übersichten	171
Hoffmann, Sven Olaf: Charakter und Neurose	171
Jochmus, I., Schmidt, G. M., Lohmar, L. und Lohmar, W.: Die Adoleszenz dysmelter Jugendlicher	250

Mitteilungen (Announcements) 33, 84, 120, 172, 206, 251, 284, 320	
---	--

Psychosomatische Störung und Autonomieentwicklung: ein Fallbeispiel zu einem kombinierten verhaltens- therapeutisch und systemtheoretisch begründeten Behandlungsvorgehen

Von R. Frank und H. Eysel

Zusammenfassung

Ausgehend von der regulativen Funktion einer Miktionsstörung bei der Bewältigung von Ängsten in Verbindung mit der Ablösung vom Elternhaus wird das Ergänzungsverhältnis von verhaltenstherapeutischer Individualbehandlung und Konzepten und Methoden struktureller Familientherapie exemplarisch dargestellt. Beide Ansätze erlauben in Kombination miteinander in effektiver Weise, sowohl die vorliegende psychosomatische Störung als auch die defiziente Autonomieentwicklung zu beheben.

Der Therapieplan sieht vor, daß durch gezielte Gestaltung des therapeutischen Settings und die Art der gewählten Techniken verhaltenstherapeutischer und/oder systemischer Art die jeweils veränderungsbegünstigsten Bedingungen geschaffen werden. Durch die Beschreibung des Therapieverlaufs wird die Notwendigkeit einer Erweiterung des verhaltenstherapeutischen Arbeitsrahmens durch eine beziehungsorientierte Störungssicht und ein strategisches Therapieverständnis unter Einbezug strukturell-familientherapeutischer Interventionsweisen veranschaulicht.

Kombination von verhaltenstherapeutischer Individualtherapie und struktureller Familientherapie

Am vorliegenden Fallbeispiel, einem 18jährigen jungen Mann mit Miktionsstörungen, soll das Ergänzungsverhältnis der Verhaltenstherapie und strukturellen Familientherapie (z.B. *Minuchin*, 1977; *Selvini-Palazzoli*, 1977; zusfd.

Olson, 1976) dargelegt werden. Es soll gezeigt werden, daß Verhaltenstherapie als „übender“ Ansatz erst unter gezielten Eingriffen in familiäre Regelmäßigkeiten zur vollen Wirkung gelangt. Es soll aber auch deutlich gemacht werden, daß ein familientherapeutisch-systemischer Zugang allein gerade bei somatischen Störungsanteilen keine gezielte Behandlungsmöglichkeit zur Behebung chronischer, körperlicher Fehladaptationen bietet.

Eine Kombination von verhaltens- und familientherapeutischen Maßnahmen vermag die Symptombeseitigung zu beschleunigen und eröffnet die Möglichkeit, veränderungsbegünstigende Bedingungen für den gesamten familiären Lebensverband zu schaffen. Erst der Aufbruch fixierter familiärer Regelmäßigkeiten und die gezielte Herstellung struktureller Veränderungen wird auch Raum für individuelle Änderungen schaffen. Das gewährleistet eher, daß stabile Symptombeseitigung und auch eine Verbesserung der nur partiell gelungenen Verselbständigung erfolgt, wie sie häufig gerade mit psychosomatischen Störungen im Kindes- und Jugendalter gegeben ist.

Voraussetzungen für die Kombination verhaltenstherapeutischer Einzeltherapie und gezielter Eingriffe in den Familienverband ist eine beziehungsorientierte Grundhaltung des Therapeuten und ein strategisches Therapieverständnis. Auch in Einzelsitzungen müssen die nicht anwesenden, aber funktionell bedeutsamen Familienmitglieder, deren Motive, Kommunikationsfähigkeit und die Regelmäßigkeit des Umgangs miteinander präsent sein. Nur so können Bezüge zum Lebensumfeld in Verbindung mit der jeweiligen Zielsetzung in der Settingwahl oder anderen

Formen strategischer Intervention Berücksichtigung finden. Daß eine solche therapeutische Arbeitshaltung möglich ist, ist durch die Anwendung von integrativen Partnertherapiekonzepten (vgl. Kommunikationstherapie von Mandel u. a., 1971) hinlänglich belegt.

Wie in der folgenden Falldarstellung deutlich werden wird, ist das direktive Eingreifen des Therapeuten in den Entwicklungsprozeß des jugendlichen Patienten nur teilweise für Patient und Familie als durchsichtiges, rational einsichtiges Vorgehen angelegt. Das „strategische“ Vorgehen umfaßt auch Einflußnahmen, die soweit sie therapiebedingte Widerstände betreffen, durch kognitive Umdeutungen für den Patienten verdeckt-manipulativ stattfanden, um so Widerstände veränderungsförderlich nutzen zu können (vgl. hierzu Watzlawick u. a., 1972, 1974).

2. Grenzen der klassischen Verhaltens-Diagnostik

Auch bei umfassender Problemaufschlüsselung nach multimodalen Gesichtspunkten (vgl. BASIC-ID-Schema von Lazarus, 1978) wird im Ergebnis nur eine individuumszentrierte, additive Problemsicht erzielt. Zur Klärung des Sinnzusammenhangs der einzelnen Problemanteile untereinander liefern klassische Modelle der Verhaltensdiagnostik keine ausreichenden Anhaltspunkte (vgl. Braun u. Tittelbach, 1978). Neuere verhaltensdiagnostische Entwicklungen zielen inzwischen darauf ab, regelhafte kognitive Anteile zu analysieren (z.B. Fiedler, 1979) oder insbesondere die interaktionalen Bezüge zu beleuchten (vgl. Grawe, 1980). Andere versuchen in umfassender Weise die verschiedenen in hierarchischer Ordnung zueinander stehenden Verhaltensebenen (Verhalten in Situationen, Verhaltensregelhaftigkeiten, Systemregeln; vgl. Bartling u. a., 1980) zu erfassen, die problemrelevante Information zur Therapieplanung liefern.

Bei der vorliegenden Problematik einer Miktionsstörung bei einem Jugendlichen wurden vor allem die systemischen Anteile besonders beachtet. Die Entstehung und Veränderbarkeit der Symptomatik wurde auf dem Hintergrund der Familienstruktur dahingehend analysiert, ob sich hier Ansatzpunkte für die Wahl des Therapiesettings und die Art der Maßnahmen (verhaltenstherapeutische und/oder familientherapeutische) ergeben und wo mögliche veränderungsbehindernde Einflüsse liegen. Die therapiestrategischen Maßnahmen wurden hierauf abgestellt.

3. Therapieziel „Autonomie-Förderung“: Wahl des geeigneten Behandlungssettings

Bei Jugendlichen wird immer auch das Ziel einer Autonomie-Förderung ein entscheidender Orientierungspunkt bei der Therapieplanung sein. Verhaltenstherapeutische Individualtherapie und strukturelle Familientherapie stecken hier bereits durch ihr Behandlungs-Setting einen sehr unterschiedlich gearteten Veränderungsrahmen ab. Bezüglich der Zielsetzung „Autonomieförderung“ ist zudem ein konzeptuell anderes Verständnis darüber gegeben, was dieser Vorgang impliziert und wie er zu erreichen ist.

Wird eine verhaltenstherapeutische Individualtherapie gewählt, dann liegt in der Wahl des dyadischen Therapie-Settings bereits ein erster systematisch nutzbarer Modifikationsschritt zur Herauslösung aus dem Elternhaus und zur Anregung von Eigenständigkeit. Der Einbezug von Familienmitgliedern ist aus dieser Sicht heraus eher veränderungsbehindernd.

Aus der Sicht der Familientherapie dagegen wird die Ablösung vom Elternhaus als eine gemeinschaftlich zu erbringende Leistung des Gesamtsystems Familie aufgefaßt. Diese ist am besten unter Ausnutzung aller Systemkräfte der Familie zu bewerkstelligen. Autonomieförderung kann entsprechend der beziehungsorientierten Störungssicht am besten innerhalb der eigenen Familie durch Intervention erfolgen, die an den Interaktionen aller Betroffenen ansetzen. Sie bietet zugleich auch für alle Beteiligten neue Entwicklungschancen.

4. Fallbeschreibung

Der Patient Klaus ist 18 Jahre alt. Er besucht die 13. Klasse eines Gymnasiums. Sein Problem besteht darin, daß er außerhalb des Elternhauses keinen Harn lassen kann. Kommt es außerhalb des Elternhauses zu Harndrang, vermeidet er es, zur Toilette zu gehen, bis sich der Harndrang bis zur Schmerzhaftigkeit steigert. Er versucht dann, nach Hause zu fahren. Werden die Schmerzen vorher unerträglich, bemüht er sich in Ausnahmefällen auch außerhalb des Elternhauses zur Toilette zu gehen. Dies setzt voraus, daß er eine Möglichkeit findet, völlig unbeobachtet eine Toilette aufzusuchen. Er muß sich dort zur Erleichterung des Urinierens mit einer oder beiden Händen am Gesäß kitzeln. Bisweilen kommt er im Stadium des verzögerten Urinierens zu einer Erektion, die er als störend erlebt.

Gelingt ihm das Urinieren, stellt sich ein enormes Gefühl der Erleichterung und Entspannung ein. Da es vornehmlich im Elternhaus zu dieser Erleichterungsreaktion kommt, hat sich die Verhaltensstendenz, beschleunigt ins Elternhaus zurückzukehren, für ihn als zentrale Lösungsmöglichkeit herausgebildet.

Vor und beim Harnlassen hat Klaus große Angst, andere Personen könnten sein Problem bemerken. Insbesondere die vermeintlich größere Verweildauer auf der Toilette führt er als Begründung für die Befürchtung an. Bereits auf dem Weg zur Toilette fühlt sich Klaus unbehaglich, befürchtet, beobachtet zu werden und von anderen wegen seines Problems eine negative Bewertung zu erfahren. Es haben sich deutliche Erwartungsängste herausgebildet, kritisch beobachtet zu werden.

Das Symptomverhalten tritt nicht auf, wenn sich Klaus in seinem Elternhaus aufhält und unter keinerlei Zeitdruck oder Beobachtung durch fremde Menschen steht. Klaus vermeidet inzwischen möglichst alle Situationen, die ihn länger von Zuhause fernhalten könnten. In der Schule wartet er eine Freistunde ab, die ihm genügend Zeit läßt, ungestört und ungesehen zur Toilette gehen zu können.

Erstmals soll die Problematik im 7. Schuljahr aufgetreten sein, nachdem Klaus von seinem Heimatdorf in das Städtische Gymnasium umgeschult worden war. Zu diesem Zeitpunkt, meint er sich zu erinnern, sei ihm auch das praktizierte Verhalten des Kitzelns am Gesäß, um das Urinieren zu erleichtern, als „nicht normal“ aufgefallen. Das Kitzeln am Gesäß führt er auf eine Technik zurück, die seine Mutter bei ihm als Kind angewandt haben soll. Anfangs habe er im Gymnasium immer die hintersten Becken aufgesucht, dann habe er sich jedoch immer stärker geschämt und sei bevorzugt in eine Kabine gegangen.

Lerntheoretisch betrachtet kann die Entstehung der Miktionsstörung als klassisch konditionierter Vorgang verstanden werden. Zu den unkonditionierten Ausgangsbedingungen können anhand des vorliegenden Explorationsmaterials nur Spekulationen erfolgen. Plausibel erscheint, daß eine mit dem Kitzeln (UCS) verbundene Erektion (UCR) auftrat, die auf dem Hintergrund einer sexualfeindlichen Erziehung mit ambivalenten Gefühlen verbunden war. Möglicherweise tatsächlich erfahrene Kritik von anwesenden Beobachtern (C-), könnte als ergänzende operante Bedingung die aversive Qualität der Erregung gefördert haben. Bei hoher Erregungsintensität erlebte der Patient, daß er nicht sofort Harn lassen konnte, was zu Ängsten führte. Es kann vermutet werden, daß in der Folgezeit die Anwesenheit anderer Personen verbunden mit der Erwartung von Kritik zum konditionierten Reiz (CS) wurde, der als konditionierte Reaktion (CR) Angst auslöste. Die momentane Aufrechterhaltung der Symptomatik, insbesondere der Rückzugstendenz bei aufkommendem Harndrang, kann durch operantes Konditionieren erklärt werden. Die häusliche Umgebung stellt eine S-Delta-Bedingung dar, d.h. sie ermöglicht dem Patienten symptomfreies Verhalten, allerdings zu dem Preis einer erheblichen Einschränkung seines gesamten sozialen Betätigungsfeldes. Als diskriminativer Stimulus für sein Rückzugs- und Vermeidungsverhalten dagegen gilt jegliches Außer-Haus-Sein verbunden mit dem Verspüren von Harndrang, aber auch schon die Antizipation möglichen Harndrangs außerhalb des Elternhauses. Die Symptomatik wird mit der Dauer zunehmend bedrohlicher für Klaus, weil er niemals für längere Zeit von zu Hause wegbleiben kann, jede Reise zum Problem wird und die Ableistung der Bundeswehrzeit bevorsteht.

Im vorliegenden Fall haben die Miktionsstörungen deutlichen Bezug zur Selbstständigkeitsentwicklung. Sie sind auch als Störung des familiären Interaktionsgefüges faßbar, wenngleich auch das Verhältnis zu den Eltern vom Patienten als „problemfrei“ bezeichnet wird.

Im folgenden sollen nur einige Elemente der Familienstruktur erwähnt werden, die besonders wichtig erscheinen.

Das Verhalten der Mutter wird von Klaus als „verhätschelnd“ beschrieben. Sein Verhältnis zu seinem Vater beschreibt Klaus als nicht schlecht, jedoch wenig intensiv. Er erlebt ihn im Umgang mit seiner Mutter als streitsüchtig und unberechenbar. Das Verhältnis zur Schwester wird als problemlos bezeichnet. Über seine Symptomatik hat er bisher nur mit der Mutter gesprochen, er nimmt an, daß sie auch den anderen Familienmitgliedern davon berichtet habe.

Sexuelle Aufklärung erfuhr Klaus im Alter von etwa 6 Jahren durch die Schule. Zuhause wurde nicht über sexuelle Themen geredet. Erstmals onaniert hat Klaus im Alter von etwa 15 Jahren. Er empfand es als angenehm, erlebte aber auch Schuldgefühle, die sich seinen Angaben zufolge inzwischen nicht mehr einstellen.

Er geht Mädchen aus dem Wege. Er möchte lieber ein „unabhängiges Leben“ führen und sexuelle Beziehungen erst bei einer festen Bindung aufnehmen.

Klaus beschreibt sich selbst als schüchternen Einzelgänger, der seine Schüchternheit durch Reden überspielt. Er will seine eigenen Gedanken und Pläne verwirklichen, ohne daß er sich mit anderen abstimmen oder sich gar nach ihnen richten muß. Die wenigen Freunde, die er hat, kommen zu ihm ins Haus und wissen nicht um seine Symptomatik. Der Mutter sind diese Kontakte lieber als

solche, bei denen Klaus nicht zu Hause bliebe. Klaus ist mit seinem Leben im allgemeinen zufrieden, nur „sein Problem“ macht ihm das Leben immer wieder „zur Hölle“. Er kann mit niemandem darüber reden.

Regulative Funktion der Miktionsstörung und Bezug zur Familienstruktur

Wie vielfach bei Jugendlichen, zu deren Symptomatik Angstanteile gehören, kann ein Annäherungs-Vermeidungskonflikt angenommen werden (vgl. Dollard u. Miller, 1950), um den Zusammenhang zwischen Miktionsstörungen und Selbstständigkeitsentwicklung zu klären. Der Gedanke an ein selbstbestimmtes, eigenverantwortliches Leben, zu dem noch die notwendigen Erfahrungen fehlen, weckt Ängste vor einer Ablösung vom Elternhaus. Sie werden durch die vorliegende Symptomatik abgeblockt und reduziert. Diese Regulation funktioniert jedoch nur kurzfristig und in sehr labiler Weise, da sie den Konflikt zwischen mehr Freiheit einerseits und zu starker Gebundenheit an das Elternhaus andererseits nicht zu lösen vermag, sondern nur die unangenehmen aktuellen Spannungszustände beseitigt.

Diese Angst- und Aversionsregulation hat ihre Wurzeln in der Familienstruktur und beeinflusst sie wiederum. So treffen die eigenen Tendenzen, sich eng an das Elternhaus zu binden, auf Verhaltensweisen der Eltern, die geeignet sind, die sozio-emotionale Eingeschränktheit von Klaus noch zu potenzieren.

Rein symptomorientiert betrachtet stellt die Miktionsstörung eine automatisierte, durch organische und psychische Faktoren bestimmte Störung dar, die mit sozialen Verhaltensdefiziten verbunden ist. Die Miktionsstörung ist so stark chronifiziert, daß sie eine gezielte symptombezogene Behandlung erforderlich macht. Bei Mitberücksichtigung der sozialen Funktion der Störung und deren Auswirkung auf die Autonomieentwicklung werden zusätzlich systemische Aspekte für die Therapieplanung bedeutsam. Die Auswirkungen der zu liebevoll-beschützenden und andererseits unberechenbaren Kontrolle seitens der Eltern sind als Eßschwernis beim Ausprobieren eigener, expansiver Bedürfnisse des Patienten zu werten. Möglichkeiten angemessener Herausforderung und Unterstützung seitens der Eltern fehlen weitgehend, ebenso Hinweise auf gegenseitiges Abstimmen aller Beteiligten durch direkte Kommunikation. Statt dessen werden auch strittige Punkte in regelhaft gleicher Weise nur indirekt ausgetragen. Auch Klaus, der Konflikte zwischen den Eltern durchaus wahrnehmen kann, schließt sich diesen Umgangsformen an.

Therapieplan

5.1 Symptombezogene Maßnahmen im verhaltenstherapeutischen Individual-Setting

Die Unfähigkeit, außerhalb des Elternhauses Harn lassen zu können, ist auf der Verhaltensebene durch das Vorliegen von Rückzugs- und Vermeidungsstrategien charakterisiert. Hinzu kommen Antizipationen (Kognitionen in Richtung einer Abwertung durch andere), emotionale Begleiterschei-

nungen (ängstliche Gefühle des ständigen Unter-Beobachtung-Stehens auf dem Weg zur Toilette und dort selbst) und körperliche Verkrampfungen.

Der Therapieplan sah vor, daß zunächst eine Behandlung der Ängste auf der Vorstellungsebene erfolgen sollte (Systematische Desensibilisierung). Daran sollte sich ein in-vivo-Toiletten-Training verbunden mit Selbstinstruktionen anschließen. Erst danach sollten Gesichtspunkte der Veränderung des Familiensystems in den Vordergrund treten. Zu diesem Zeitpunkt sollten die im engeren Sinn die Miktionsstörung betreffenden Problemanteile soweit korrigiert sein, daß erste, rudimentäre Formen der Problemkontrolle von Klaus erfahren worden waren.

Als in-vivo-Übungen wurden schwierigkeitsgestaffelte Übungen beginnend mit dem reinen Gang zum Toilettenraum bis hin zur Aufforderung, dort das Harnlassen zu versuchen geplant, die bei niedrigem bis hohem Blasendruck erfolgen sollten.

Hoher Blasendruck sollte durch die verabreichte Trinkmenge hergestellt werden. Die Übungen sollten in gleicher Abfolge unter unterschiedlichen Umgebungsbedingungen durchgeführt werden (Toilette in der Beratungsstelle, Toilette in der Schule, Toilette bei Freunden etc.).

5.2 Beziehungsorientierte Interventionen und familientherapeutisches Setting

Immer dann, wenn es den Fortgang der Behandlung zu beschleunigen versprach, sollten ab einem rudimentären Stadium der Problemkontrolle die Eltern von Klaus in den Behandlungsablauf eingeplant werden. Ziel sollte hierbei die Förderung der Autonomie sein, was über eine Veränderung der Familienstruktur erreicht werden sollte. Dabei sollte das Verhältnis zur Mutter gelockert und die Beziehung zum Vater u.a. über paradoxe Interventionen und kognitive Umstrukturierungen anderer Art verbessert werden.

Autonomieprobleme waren auch in der dyadischen Beziehung des Patienten mit dem Therapeuten zu erwarten. Sie sollten unter gezielter Gestaltung des Behandlungsplanes berücksichtigt werden. Dabei sollte durch eine explizite, schrittweise Verlagerung der Planung der einzelnen Sitzung (zeitliche und inhaltliche Aspekte umschriebener Art) entsprechend der geäußerten Wünsche von Klaus selbst eine zunehmende Selbstverantwortung angeregt werden.

Verlauf der Therapie

Phase I: Motivierung

Zu Beginn der Behandlung spiegelten sich Aspekte der interaktionalen Problemanteile deutlich in den Ansprüchen an die Art der Therapie und das erwartete Therapeutenverhalten wider. Klaus lehnte ängstlich, aber entschieden jegliche Form von symptomferner Problembearbeitung ab. Er hatte zuvor in einer psychoanalytisch orientierten Institution vorgesprochen und dort mit dieser Weigerung eine Überweisung an eine verhaltenstherapeutisch-arbeitende Institution erzielt. Klaus forderte hier eine Hilfe durch Hypnose.

Im Zuge der gemeinsamen Therapieplanung wurde die Ambivalenz, sich einerseits einem Therapeuten zur Hypnose voll anzuvertrauen, andererseits aber jegliche vertiefende Problemlösung ängstlich zu verweigern, zu einer kognitiven Umstrukturierung in Richtung Selbständigkeit und Kontrollierbarkeit der Problematik genutzt. Es wurde Klaus versichert, daß in seinem Alter und bei seiner Intelligenz, sowie seinem Bedürfnis nach Unabhängigkeit, Selbstkontrollmethoden die geeigneteren Vorgehensweisen seien, die er zudem nach seinen Wünschen gestalten könne. Die Behandlung begann streng symptomzentriert und stand unter der Zielsetzung „Übung“. Alle vertiefenden Problemlösungen wurden zurückgestellt, gerade auch Fragen zur Sexualität, obgleich sie sich in Verbindung mit der Symptomatik als wichtig andeuteten.

Phase II: Entspannungsübungen, Systematische Desensibilisierung, Verhaltensübungen

Es wurde mit dem Ziel einer Behebung der körperlichen Verkrampfung zunächst das Entspannungsverfahren nach Jacobson eingeübt. Klaus wurde angewiesen, mindestens einmal täglich zu üben. Es gelang ihm rasch, einen guten Muskelentspannungszustand zu erreichen. Parallel zum Entspannungstraining wurde er mit dem Hinweis auf notwendige konkrete Selbstbeobachtungen in der zweiten Sitzung aufgefordert, den Vorraum der Toilette der Beratungsstelle aufzusuchen (Verhaltenstest). Hiermit sollten die bislang wenig präzisen Analysen zu seiner Symptomatik durch Selbst- und Therapeuten-Beobachtungsdaten bereichert werden. Das Vorgehen erwies sich als durchführbar, erweckte zwar Ängste und Antizipation von Versagen, war aber im Schutz der therapeutischen Situation nicht so problematisch, daß eine Vermeidung oder ein Rückzug beobachtbar war. Das führte in der Folge dazu, daß Klaus früher als geplant durch in-vivo-Übungen mit Zielschwerpunkt auf der Verhaltensebene im Umgang mit seiner Symptomatik trainiert wurde. Er wurde zweimal pro Sitzung aufgefordert, die verschiedenen Toiletten der Beratungsstelle aufzusuchen (Übungen siehe Punkt 5.1.). Die Durchführung einer systematischen Desensibilisierung in der Vorstellung wurde auf den Abbau von Ängsten vor kritischem Beobachtetwerden eingegrenzt.

In der 8. Sitzung gelang es Klaus, gut entspannt den Weg zur Toilette anzutreten und sich dort in der Kabine kurz aufzuhalten. In der 9. Sitzung bereits gelang ihm erstmals das Urinieren auf der Toilette der Beratungsstelle. Bei den durchgeführten Desensitivierungsübungen in der Vorstellung stellte sich heraus, daß Klaus mit dieser Methode größte Schwierigkeiten hatte. Schon beim leichtesten Item der Hierarchie verselbständigten sich seine Phantasien in einer Weise, daß eine ungeplante Erhöhung der antizipierten Schwierigkeiten resultierte. Er malte sich in seinen Vorstellungen die katastrophalsten Folgen aus. Aus diesem Grunde wurde der Vorstellungsansatz gänzlich zugunsten von in-vivo-Übungen während der Therapiesitzungen aufgegeben, die besser von Therapeuten hinsichtlich realer Schwierigkeiten und Effekte zu kontrollieren waren.

In Form von begleitenden Hausaufgaben wurde Klaus ab hier zusätzlich aufgefordert, unabhängig davon, wo er sich

gerade befand, täglich mindestens einmal einen Toilettenraum aufzusuchen. Dabei sollte er seine eingeübten Selbstinstruktionen („Nur Mut, es geht, erst mal nur ruhig bis zum Vorraum/zur Tür ...“) einsetzen.

Phase III: Interaktion Mutter-Sohn

Vor der 11. Sitzung erhielt Klaus seinen Musterungsbescheid. Dies führte zu einer schweren psychischen Krise, die verstärkt wurde dadurch, daß die Mutter kein Verständnis für seine Ängste zeigte. Sie verhielt sich vielmehr selbst verängstigt und schien noch hilfloser zu sein als er. Klaus fühlte sich alleingelassen, in einer „ausweglosen Situation“ und äußerte suizidale Gedanken. Er nahm deshalb spät-abends telefonischen Kontakt mit dem Therapeuten auf.

Hier schien es angebracht, den Fokus der Behandlung auf das größere Feld der Familie auszuweiten, denn die Art der Interaktion mit der Mutter erwies sich im Moment von vorrangiger Wichtigkeit.

Klaus wurde deshalb zur 12. Sitzung zusammen mit der Mutter einbestellt. Das Therapiesetting in dieser Sitzung wurde auf eine Kotherapeutin erweitert, um so Klaus weiterhin die Möglichkeit zu bieten, sich „seinem“ Therapeuten vertrauensvoll, bei ungeteilter Aufmerksamkeit zuwenden zu können. Die Kotherapeutin verfolgte schwerpunktmäßig das Ziel, die subjektive Sichtweise der Mutter in der Therapieinteraktion zu evozieren. Die Mutter erkannte erstmals die subjektive Gewichtigkeit der Problematik von Klaus. Ihre Schilderungen verstärkten den Eindruck einer Familienstruktur, die durch Overprotection der Mutter und Peripherität des Vaters gekennzeichnet war. In der Therapie-Interaktion zwischen Mutter und Sohn wurde auf die bisherigen selbständigen Leistungen von Klaus suggestiv hingewiesen. Klaus nahm dies als Anregung auf, erstmals seine Probleme unter Gesichtspunkten mangelnder Unabhängigkeit von zu Hause ansatzweise zu explizieren. Die Sitzung endete damit, daß sich Klaus subjektiv gestärkt fühlte.

Er erhielt zusätzlich ein psychologisches Gutachten für den Musterungsarzt, in dem seine Problematik und der Stand seiner psychologischen Behandlung dargelegt wurde, aber nicht in Zweifel gezogen wurde, daß die noch nicht gänzlich behobene Symptomatik in absehbarer Zeit beseitigt werden würde. Dieser Befund war im Einvernehmen mit ihm erstellt worden. Den Musterungstermin nahm Klaus daraufhin wahr.

Phase IV: Verselbständigung in der Therapie-Situation

Eine weitere deutliche Änderung der Therapiestrategie begann mit der 13. Sitzung. Klaus wurde nun zur selbständigen Gestaltung des weiteren Therapieprogramms aufgefordert. Damit sollten seine ansatzweise bestehende Autonomietendenzen ausgenutzt und weiter unterstützt werden. Das Problem der Miktionsstörung wurde vom Therapeuten suggestiv als „nicht mehr so wichtig“ in den Hintergrund geschoben. Es wurde zwar weiterhin durch zwei in-vivo-Übungen pro Sitzung bearbeitet, aber bewußt beiläufig weiterverfolgt. Den Zeitpunkt der Toilettengänge sollte

Klaus selbst bestimmen. Dieses Vorgehen wurde zur weiteren kognitiven Umstrukturierung gezielt geplant. Es verfolgte die Absicht, eine Normalisierung der subjektiven Problemsicht zu unterstützen und aktuelle, andere Probleme zu betonen. Probleme die die Ablösung vom Elternhaus betrafen und sein Autonomiestreben, aber auch sein Verhältnis zu Mädchen, einschließlich Fragen der Sexualität, traten während der folgenden Sitzungen in den Vordergrund.

In der 14. Sitzung gelang es Klaus erstmals auch bei niedrigem Blasendruck, in der Beratungsstelle zu urinieren.

Wenige Sitzungen später berichtete Klaus, daß es ihm auch gelungen war, im Haus eines Freundes zu urinieren. Bezüglich der Miktionsstörung entwickelte Klaus selbst plangemäß immer neue hilfreiche kognitive Strategien zur Verharmlosung und des sich Mutmachens. Zunehmend verstärkte sich die Durchsetzung gegen die Mutter. Er berichtete von einer Auseinandersetzung, bei der er seine Interessen vertreten habe. Erstmals ging Klaus auch ausführlich auf sein Verhältnis zu seinem Vater ein. Es folgten Andeutungen über größere familiäre Probleme, die ihn belasteten.

Phase V: Interaktion Vater-Sohn, Veränderung der Familienstruktur

Es wurde mit Klaus verabredet, daß zu den beiden folgenden Sitzungen der Vater mit zur Therapie kommen sollte. Der Therapeut führte diese Sitzung ohne Kotherapeutin durch. Er definierte sie als „Gespräch nur unter Männern“. In dieser Sitzung ließen sich weitere Aspekte der Familienstruktur besprechen, die auch Eheprobleme einschlossen. Der Hinweis, daß die Mutter unter Migräne leidet, wurde für die weiteren Sitzungen zur Fortsetzung der kognitiven Umstrukturierung benutzt. Der Fokus des Interesses wurde durch die Therapeutenintervention kurzfristig der Mutter zugewendet. Sie wurde als die eigentlich Hilfsbedürftige in der Familie herausgestellt, der die Männer bei der Lösung ihrer Probleme, die auch die Findung eines neuen Rollenverständnisses betraf (statt „Mutter“ jetzt wieder vorrangig „Ehepartnerin“), behilflich sein könnten. Konkrete Lösungsschritte wurden diskutiert.

In dieser Phase berichtete Klaus, daß es ihm gelang, auf der Schultoilette in einer Freistunde ohne Probleme zu urinieren, auch außerhalb der Kabine der Schultoilette. Er war darüber sehr überrascht. Noch wichtiger erscheint, daß er erstmals mit einem Freund über seine Symptome gesprochen hat. Als Verselbständigungsaspekt wurde vom Therapeuten verstärkt, daß Klaus plante, in den Ferien bis Semesterbeginn zu arbeiten. Daß es sich um eine Akkordarbeit in einer Fabrik handelte, bei der die Zeiten für Toilettengänge sehr knapp bemessen sind, störte ihn nicht.

Phase VI: Ausblenden des Therapeuten

Ab jetzt bestimmte Klaus das Intervall und das Thema der Therapiesitzungen gänzlich selbst. Es wurden Drei-Wochen-Intervalle möglich, ohne daß Klaus sich durch Auftreten von Problemen zu sehr bedrängt und überfordert fühlte.

Klaus berichtete, daß es ihm in der Zwischenzeit auf der Schultoiilette immer gelang zu urinieren, wenn Leute anwesend waren innerhalb der Kabine, sonst außerhalb. Er berichtete im übrigen sehr offen über Schwierigkeiten in der Familie. Verhättschelungstendenzen der Mutter störten ihn immer mehr; er zeigte Anzeichen, sie explizit abzuwehren.

Er schilderte einen Ausflug mit Übernachtung außer Haus. Die Symptomatik trat nicht auf. Er hatte sich neue, vereinfachte Selbstinstruktionen entwickelt: „Geh einfach auf's Klo“ – „Nur zu“. Klaus äußerte, daß er die Therapie als beendet betrachte, wollte aber die Kontaktmöglichkeiten zum Therapeuten nicht völlig aufgeben. Er erhielt die Zusicherung, jederzeit einen Termin zu bekommen, wenn er es wünsche. Er meldete jedoch in den folgenden 4 Monaten kein Therapiebedürfnis an. Der Therapeut beraumte daraufhin verabredungsgemäß einen Katamnetermin an.

7. Erfolgskontrolle

Es wurden insgesamt 23 therapeutische Sitzungen (verteilt über 5 Monate) durchgeführt. Die Therapie fand ihren Abschluß zu einem von Klaus gewählten Zeitpunkt.

Unmittelbar nach Beendigung der Behandlungen waren die Miktionsstörungen in Umgebungen, die Klaus bekannt waren, völlig verschwunden. Ängste und Antizipationen von kritischem Beobachtetwerden traten nicht mehr als verhaltenssteuernd auf. Für neue Umgebungen fühlte sich Klaus mit geeigneten Coping-Strategien (schrittweise Gewöhnung, innerer Monolog) ausreichend gesichert.

Die Ablösung vom Elternhaus war zwar noch nicht vollends gelungen, aber einen deutlichen Schritt vorangegangen (häufigerer Kontakt zu Freunden beiderlei Geschlechts; mehr Zeit, die der Patient außerhalb des Elternhauses verbrachte; offeneres Austragen von Konflikten mit der Mutter; partnerschaftliches, verständnisvolles Verhältnis zum Vater, der tatkräftig die Bemühungen seines Sohnes um Eigenständigkeit unterstützte).

Die Katamnese, 4 Monate nach Abschluß der Therapie, zeigte eine positive Weiterentwicklung. Klaus hatte nach dreimonatiger Arbeit in einem Industriebetrieb das Studium in der Nähe seines Heimatortes aufgenommen. Sowohl an seiner Arbeitsstelle als auch an der Universität behinderte ihn seine Miktions-Symptomatik nicht mehr. Er hatte inzwischen eine feste Freundin, die er als wichtigste Bezugsperson bezeichnete. Die Familienstruktur hatte sich in einer Weise verändert, daß alle Beteiligten den Schritt der Ablösung einschließlich der Veränderungen für die Eltern akzeptierten und sich gegenseitig eher halfen als behinderten.

8. Abschließende Diskussion

Die Darstellung soll deutlich machen, wo sich aussichtsreiche Ergänzungspunkte zwischen verhaltenstherapeutischer Individualbehandlung und Ansätzen struktureller Familientherapie ergeben können. In Phase III wäre der bis dahin erzielte Verhaltenstrainingserfolg durch die allgemeine familiäre Betroffenheit nur unter sehr erschwerten Bedingungen aufrecht zu erhalten gewesen, wäre es aufgrund der bereits eingangs mitanalysierten familiären

Strukturen nicht sofort und gezielt möglich gewesen, diese Betroffenheit in Gegenwart der Mutter zu thematisieren und zugleich die bereits erfolgten Verhaltensänderungen in bezug auf die Miktionsstörungen suggestiv für Mutter und Sohn als Schritte in Richtung einer verbesserten Kontrolle zu veranschaulichen (u. a. ging Klaus während der Sitzung zur Toilette und berichtete anschließend davon).

Die Koalition Mutter-Sohn wurde dann in Phase V zugunsten der Koalition Vater-Sohn verlagert; dabei wurde eine fast nicht existente Beziehung etwas gestärkt, was dazu führte, daß vermehrte Angebote des Vaters zur Unterstützung eigenständiger Aktivitäten des Sohnes resultierten. Zugleich wurde durch Hilfen gegenüber der Mutter die familiäre Balance zu erhalten getrachtet.

Hätte sich auch ohne gezielte Unterstützung der Autonomieentwicklung im Zuge der normalen Weiterentwicklung ein günstiger Therapieverlauf in bezug auf die Miktionsstörungen ergeben? Zumindest scheint der gewählte Ansatz einen kontinuierlichen Abbau der Miktionsstörungen begünstigt zu haben. Es konnte systematisch Raum und Verständnis geschaffen werden für die damit verbundene Möglichkeit zur Ablösung vom Elternhaus. Daß eine strukturelle Familientherapie allein auch die eingeschliffenen Miktionsstörungen zu beheben vermocht hätte, scheint bei dem Umfang der notwendig gewordenen Verhaltensübungen eher fraglich.

Summary

Psychosomatic Disorder and the Development of Autonomy

The case-report of an 18 year old man with micturition-disorders shows a combination of several behavior-therapy-techniques (operant-toilet-training with self-instruction and cognitive reframings, systematic-desensitization procedure) and intervention strategies of structural family-therapy. Both together showed the best chances of training the patient to become more assertive and to loose his psychosomatic symptoms.

The case-description shows the regulatory function of the micturition-disorder in decreasing the anxiety of the patient with respect to living outside his family and in changing the family structure which stops development of assertiveness and autonomic life-style.

The aim of this paper is to indicate at which points of the therapeutic process behavioral strategies are the more effective ones and at which point the setting should be broadend to other family members in order to modify fixed family structures which stop the development of assertiveness.

Literatur

- Bartling, G. u. a.: Problemanalyse im therapeutischen Prozeß. Leitfaden für die Praxis. Urban Taschenbücher, Kohlhammer-Verlag, Stuttgart 1980, Bd. 307. – Braun, P. u. Tittelbach, E.: Neuere Entwicklungen in der Verhaltenstherapie. In: Pongratz, L. J. (Hrsg.) Handbuch der Psychologie, Bd. 8(2), Klinische Psychologie, Göttingen, Hogrefe, 1978, S. 2002–2081. – Dollard, J. u. Miller, N. E.: Personality and psychotherapy, N. Y., McGraw-Hill, 1950. – Fiedler, P. A.: Diagnostische und therapeutische Verwertbarkeit

kognitiver Verhaltensanteile. Praktische Ansätze für eine kognitive Therapie. In: *Hoffmann, N.* (Hrsg.) Grundlagen kognitiver Therapie: Therapeutische Modelle und ihre praktische Anwendung, Bern, Huber, 1979, S.205–251. – *Grawe, K.*: Verhaltenstherapeutische Gruppentherapie. In: *Pongratz, L.* (Hrsg.) Handbuch der Psychologie, Bd.8(2), Klinische Psychologie, Göttingen, Hogrefe, 1978, S.2696–2724. – *Lazarus, A. A.*: Multimodale Verhaltenstherapie. Fachbuchhandlung für Psychologie, Frankfurt/M., 1978. – *Mandel, A., Mandel, K. H.* u. a.: Einübung in Partnerschaft durch Kommunikationstherapie und Verhaltenstherapie. Pfeiffer-Verlag, München, 1971. – *Minuchin, S.*: Familien und Familientherapie, Theorie und Praxis struktureller Familientherapie. Freiburg, Lambertus,

1977. – *Olson, D. H. L.*: Treating Relationships. Graphic Publ. Co., Inc., Iowa 1976. – *Selvini-Palazzoli, M.* u. a.: Paradoxon und Gegenparadoxon. Ein neues Therapiemodell für die Familie mit schizophrener Störung. Klett-Verlag, Stuttgart 1977. – *Watzlawick, P., Beavin, J. H.* u. *Jackson, D. D.*: Menschliche Kommunikation. Huber, Berlin 1972. – *Watzlawick, P., Weakland, J. H.* u. *Fisch, R.*: Lösungen zur Theorie und Praxis menschlichen Wandels. Huber, Bern 1974.

Anshr. d. Verf.: Dipl. Psych. Renate Frank, Fachbereich Psychologie, Justus-Liebig-Universität, Otto-Behaghel-Str. 10, 6300 Gießen.