

Döpfner, Manfred und Lehmkuhl, Gerd

Mißerfolgs- und Widerstandsanalyse in der Verhaltenstherapie am Beispiel eines Eltern-Kind-Programmes zur Behandlung von hyperkinetisch und oppositionell auffälligen Kindern

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 45 (1996) 1, S. 10-19

urn:nbn:de:bsz-psydok-38825

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

Begutachtung bei strittigen Sorge- und Umgangsrechtsfragen

- DU BOIS, R./RÖCKER, D.: Zur Dynamik der kindlichen Suggestibilität beim Vorwurf des sexuellen Mißbrauchs im Scheidungsverfahren (Allegations of Sexual Abuse in Divorce Conflicts and the Problem of Suggestibility) . . 339
- KARLE, M./KLOSINSKI, G.: Empfehlungen zum Ausschluß des Umgangsrechts – Gründe und Begründungen aus 30 Gutachten (Recommendations for the Exclusion of the Right of Visitation – Reasons and Substantiations from 30 Expert Opinions) 331
- ROHMANN, J.A.: Elternschaft und Kooperation in der Sorgerechts-Begutachtung (Parenthood or rather Parenting and Cooperation. Topics of Forensic Psychology Dealing with Custody Problems) 323
- SIEFEN, R.G./BOERGER, G./KLAR, W.: Familienrechtliche Begutachtung bei Alkoholerkrankung der Eltern (Legal Testimony in Families with Alcohol Abusing Parents) . 343

Erziehungsberatung

- LÜTKENHAUS, P./HASLER-KUFNER, P./PLAUM, E.: Evaluation eines präventiven Gruppenangebots für Scheidungskinder (Evaluation of a Preventive Group Intervention Program for Children of Divorce) 238
- MADERTHANER, A./HABEL, G./SAMITZ, U./SPRANGER, B.: Das Linzer Modell: Trennung – Scheidung – Neubeginn (The Linz-Project: Separation – Divorce – New Beginning) 244

Forschungsergebnisse

- HIRSCHBERG, W.: Stationäre Sozialtherapie bei Jugendlichen mit Störungen des Sozialverhaltens (In-Patient Social Therapy with Conduct-Disordered Adolescents) . . 374
- HOPF, H./WEISS, R.H.: Horror- und Gewaltvideokonsum bei Jugendlichen. Eine Untersuchung von Sprachproben von Videokonsumenten mit der Gottschalk-Gleser-Sprachinhaltsanalyse (Consumption of Horror and Violence Videos by Adolescents) 179
- KLICPERA, C./GASTEIGER KLICPERA, B.: Die Situation von „Tätern“ und „Opfern“ aggressiver Handlungen in der Schule (The Situation of Bullies and Victims of Aggressive Acts in School) 2

Kinder- und Jugendpsychiatrie und Entwicklungspsychopathologie

- BERGER, C.: Soziale Beziehungen von Kindern im Grundschulalter. Eine Untersuchung mit dem SOBEKI-Verfahren an acht- bis elfjährigen Grundschulkindern (Social Relations of Children in Primary School Age. An Investigation of Eight-to Eleven-Year-Old Primary School Children with the „SOBEKI-Verfahren“) . . . 102
- CRITTENDEN, P.: Entwicklung, Erfahrung und Beziehungsmuster: Psychische Gesundheit aus bindungstheoreti-

- scher Sicht (Evolution, Experience, and Intimate Relationships: An Attachment Perspective on Mental Health) 147
- DOERFEL-BAASEN, D./RASCHKE, I./RAUH, H./WEBER, C.: Schulanfänger im ehemaligen Ost- und Westberlin: Sozio-emotionale Anpassung und ihre Beziehung zu den Bindungsmustern der Kinder (School Beginners in Previously East and West Berlin: Socio-emotional Adoption and its Relation to Attachment Patterns) 111
- FEGERT, J.M.: Verhaltensdimensionen und Verhaltensprobleme bei zweieinhalbjährigen Kindern (Behavior and Emotional Problems in Two-to Three-Year-Old German Children) 83
- HUSS, M./LEHMKUHL, U.: Coping im familiären Kontext: Aktive und vermeidende Strategien bei Jugendlichen aus Scheidungsfamilien (Coping in the Context of the Family: Active and Avoidant Strategies of Adolescents of Divorce) 123
- KREPPNER, K.: Kommunikationsverhalten zwischen Eltern und ihren jugendlichen Kindern und der Zusammenhang mit Indikatoren des Selbstwertgefühls (Communication Behavior in the Family and the Development of Self-esteem during Adolescence: Links between Judgement and Reality) 130
- LEHMKUHL, U./RAUH, H.: Die Bedeutung entwicklungspsychologischer Modelle für die Kinder- und Jugendpsychiatrie (Relevance of Developmental Psychology Models for Child and Adolescent Psychiatry) 78
- ZIEGENHAIN, U./MÜLLER, B./RAUH, H.: Frühe Bindungserfahrungen und Verhaltensauffälligkeiten bei Kleinkindern in einer sozialen und kognitiven Anforderungssituation (Influence of Attachment Quality and Intensity of Attachment Insecurity on Cognitive Performance and Emotional State of 20 Months-Old Infants in a Test Situation) 95

Praxisberichte

- KLOSINSKI, G.: Bibliothераapeutische Traumarbeit nach akuter psychotischer Dekompensation (Bibliothераapeutic Dream Work after Acute Psychotic Decomperasation) 174
- KLOSINSKI, G.: Muttermord durch die Tochter – Familiendynamik und Mythologie (Matricide by the Daughter – Familydynamic and Mythology) 217
- LORENZ, A.L.: Versorgungsdokumentation und Qualitätssicherung: Vorschläge für eine praktikable Lösung (Proposals for a Practical Solution of Care Documentation and Quality Assurance) 19
- MACKENBERG, H.: Fallstudie zur Behandlung einer Schulphobie unter Einsatz eines varierten Reizkonfrontationsverfahrens (Case Study of a Treatment of School Phobia using a Varied Scheme of Stimulus Confrontation) 57

Sexueller Mißbrauch von Kindern und Jugendlichen: individuelle und institutionelle Reaktionen

- BERGER, C./KLOPPER, U./BREUER, B./DEGET, F./WOLKE, A./FEGERT, J. M./LEHMKUHL, G./LEHMKUHL, U./LÜDERITZ, A./WALTER, M.: Institutioneller Umgang mit strafrechtlichen Maßnahmen bei sexuellem Mißbrauch. Ergebnisse einer Expertenbefragung (German Criminal Law in Cases of Sexual Abuse. An Expert Interview Study on Attitudes towards Criminal Prosecution) . . . 300
- BUSSE, D./VOLBERT, R.: Belastungserleben von Kindern in Strafverfahren (Emotional Impact of Criminal Court on Children) . . . 290
- HÄUSSERMANN, R.: Spannungsfeld Familie während der Situation des Verdachts (The Family as Area of Conflict while in a Situation of Suspicion) . . . 280
- KIRCHHOFER, F.: Institutioneller Umgang mit sexueller Kindesmißhandlung (Institutional Handling of Sexual Abuse) . . . 294
- KIRCHHOFF, S.: Kommentar zu dem Beitrag „Belastungserleben von Kindern in Strafverfahren“ . . . 293
- OBERLOSKAMP, H.: Staatlicher Umgang mit sexuellem Mißbrauch (Official Approach to Sexual Abuse) . . . 273
- RAACK, W.: Kommentar zu dem Beitrag „Staatlicher Umgang mit sexuellem Mißbrauch“ . . . 279
- REMSCHMIDT, H./MATTEJAT, F.: Die Beiträge der kinder- und jugendpsychiatrischen und entwicklungspsychologischen Forschung zur „Objektivierung“ des Kindeswohlbegriffs (Towards an „Objectivation“ of the Term „Child Well-being“ in its Contents: Contribution of Child and Adolescent Psychiatry and Developmental Psychology) . . . 266
- ROHLEDER, C./WEBER, M.: Zwei Schritte vor und einer zurück? – Antworten der Jugendhilfe auf sexuelle Gewalterfahrungen von Mädchen und Jungen (Two Steps ahead, one Step back? – Sexual Abuse and Changes in the System of Social Help) . . . 297
- WIESNER, R.: Zwischen familienorientierter Hilfe und Kinderschutz – Interventionen im Rahmen des KJHG: Ein unlösbares Dilemma? (Family-Oriented Support or Child Protection – Interventions within the KJHG (German Child Care and Protection Legislation): An Irreconcilable Dilemma?) . . . 286
- Kinds of „Identification with the Aggressor“ – following Ferenczi and Anna Freud) . . . 198
- KOPECKY-WENZEL, M./HIPFNER, A./FRANK, R.: Fragen zur psychosexuellen Entwicklung – Entwurf eines Leitfadens zur Diagnostik von sexuellem Mißbrauch (A Questionnaire Relating to the Psychosexual Development of Children) . . . 230
- LANDOLT, M.: Psychologische Aspekte bei schweren Brandverletzungen im Kindes- und Jugendalter (Psychological Aspects of Severe Burn Injuries in Children and Adolescents) . . . 47
- MARTINIUS, J./KRICK, G./REITINGER, H.: Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendhilfe: Der Alltag des Umgangs miteinander – Ergebnisse einer Untersuchung (Child and Adolescent Psychiatry and Social Welfare Services and Child Protection: A Study of Transferral Practices and Obstacles to Cooperation) . . . 170
- RAUCHFLEISCH, U.: Zur Beratung männlicher Adoleszenten mit homosexueller Orientierung und ihrer Eltern (Counseling of Adolescents with a Homosexual Orientation and their Parents) . . . 166
- RUDNITZKI, G.: Gruppenbilder der Adoleszenz – Erfahrungen mit Adoleszenzphänomenen aus der gruppenanalytischen Position (How the Group Reflects Adolescence – Group Analytical Experience with the Phenomena of Adolescence) . . . 362
- SCHMIDT, B.: Psychoanalytische Überlegungen zur rechts-extremistischen Orientierung männlicher Jugendlicher (Psychoanalytic Thoughts on Extreme Right-Wing Tendencies of Male Youth) . . . 370
- TSCHUSCHKE, V.: Forschungsergebnisse zu Wirkfaktoren und Effektivität von Gruppentherapie bei Jugendlichen (Research Results in Regards to Therapeutic Factors and Outcome in Group Therapies With Adolescents) . . . 38

Werkstattberichte

- BOHLEN, G.: Das Früherkennungsteam – ein Modell für institutionsübergreifende Zusammenarbeit in der Diagnostik von Entwicklungsverzögerungen im ländlichen Raum (The Diagnostic Team – a Way of Interinstitutional Cooperation in Diagnosing Developmental Disorders in the Country) . . . 25

Übersichten

- BERNS, U.: Das zentrale Beziehungsgeschehen – seine Dynamik in der Kinder- und Jugendpsychotherapie (The Core Relational Process – Its Dynamic in the Child and Youth-Psychotherapy) . . . 205
- BOEGER, A./SEIFFGE-KRENKE, I.: Geschwister chronisch kranker Jugendlicher: Hat die chronische Erkrankung Auswirkungen auf ihre Entwicklungsmöglichkeiten? (Siblings of Physically Ill Adolescents: Does Chronic Illness Affect Their Developmental Possibilities?) . . . 356
- DÖPFNER, M./LEHMKUHL, G.: Mißerfolgs- und Widerstandsanalyse in der Verhaltenstherapie am Beispiel eines Eltern-Kind-Programmes zur Behandlung von hyperkinetisch und oppositionell auffälligen Kindern (Analysis of Failure and Resistance in Behavior Therapy using the Example of Parent-Child-Program for the Treatment of Hyperactive and Oppositional Children) . . . 10
- HIRSCH, M.: Zwei Arten der Identifikation mit dem Aggressor – nach Ferenczi und Anna Freud (Two different

Buchbesprechungen

- AMELANG, M./ZIELINSKI, W.: Psychologische Diagnostik . . . 32
- ARENZ-GREIVING, I./DILGER, H. (Hrsg.): Elternsüchte – Kindernöte. Berichte aus der Praxis . . . 162
- ARNOLD, W./EYSENCK, K. J./MEILI, R. (Hrsg.): Lexikon der Psychologie, Bd. 1–3 . . . 230
- BECKER, M.: Sexuelle Gewalt gegen Mädchen mit geistiger Behinderung. Daten und Hintergründe . . . 230
- BIEN, W./KARIG, U./LANG, G./REISSIG, M.: Cool bleiben – Erwachsen werden im Osten . . . 159
- BLANZ, B.: Psychische Störungen und Compliance beim juvenilen Diabetes mellitus . . . 256
- BOTT, R. (Hrsg.): Adoptierte suchen ihre Herkunft . . . 317
- BÜTTNER, C.: Gruppenarbeit – eine psychoanalytisch pädagogische Einführung . . . 225
- DEGENER, G.: Anamnese und Biographie im Kindes- und Jugendalter . . . 228

DETER, H.-C./HERZOG, W.: Langzeitverlauf der Anorexia nervosa. Eine 12-Jahres-Katamnese	315	KURZ-ADAM, M./POST, I. (Hrsg.): Erziehungsberatung und Wandel der Familie	67
DULZ, B./SCHNEIDER, A.: Borderline-Störungen. Theorie und Therapie	189	LOTZ, W./KOCH, W./STAHL, B. (Hrsg.): Psychotherapeutische Behandlung geistig behinderter Menschen	191
DUSS-VON WERDT, J./MÄHLER, J./MÄHLER, H.-G. (Hrsg.): Mediation: Die andere Scheidung. Ein interdisziplinärer Überblick	195	LUKESCH, H.: Einführung in die pädagogisch-psychologische Diagnostik	33
EGGERS, C./BILKE, O.: Oligophrenien und Demenzprozesse im Kindes- und Jugendalter	230	MANES, S.: Mama ist ein Schmetterling. Papa ein Delphin	252
EICKHOFF, F.W. (Hrsg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 35	351	MOGEL, H.: Geborgenheit. Psychologie eines Lebensgefühls	229
EICKHOFF, F.W./LOCH, W. (Hrsg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 34	313	MOGEL, H.: Psychologie des Kinderspiels. Die Bedeutung des Spiels als Lebensform der Kinder, seine Funktion und Wirksamkeit für die kindliche Entwicklung	189
EIHLER, U.: Über das Bettnässen und wie man es los wird	255	NISSEN, G. (Hrsg.): Aggressivität und Gewalt. Prävention und Therapie	255
ERMERT, C.: Spielverhalten im Scenotest. Entwicklung und Erprobung von Beobachtungssystemen bei Kindern im Vorschulalter	188	NISSEN, G. (Hrsg.): Angsterkrankungen – Prävention und Therapie	226
FRANKE, U. (Hrsg.): Therapie aggressiver und hyperaktiver Kinder	314	OERTER, R./MONTADA, L.: Entwicklungspsychologie	225
FREEMAN, A./REINECKE, M.A.: Selbstmordgefahr? Erkennen und Behandeln: Kognitive Therapie bei suizidalem Verhalten	253	Österreichische Studiengesellschaft für Kinderpsychoanalyse (Hrsg.): Studien zur Kinderpsychoanalyse XII	192
FRITZ, J. (Hrsg.): Warum Computerspiele faszinieren. Empirische Annäherungen an Nutzung und Wirkung von Bildschirmspielen	350	PETERMANN, F. (Hrsg.): Asthma und Allergie. Verhaltensmedizinische Grundlagen und Anwendungen	193
FRÖHLICH, V.: Psychoanalyse und Behindertenpädagogik	162	PETERMANN, U. (Hrsg.): Verhaltensgestörte Kinder	31
GÄNG, M. (Hrsg.): Ausbildung und Praxisfelder im Heilpädagogischen Reiten und Voltigieren	227	RAUE, R.: Im Labyrinth der Gewalt. Jugendliche zwischen Macht und Ohnmacht	191
HARNACH-BECK, V.: Psychosoziale Diagnostik in der Jugendhilfe	187	REISTER, G.: Schutz vor psychogener Erkrankung	232
HARNISCH, G.: Was Kinderträume sagen	226	REMSCHMIDT, H./MATTEJAT, F.: Kinder psychotischer Eltern	161
HAUG, H.-J./STIEGLITZ, R.-D. (Hrsg.): Qualitätssicherung in der Psychiatrie	252	RIEGEL, K./OHRT, B./WOLKE, D./ÖSTERLUND, K.: Die Entwicklung gefährdet geborener Kinder bis zum fünften Lebensjahr	194
HÉDERVÁRI, E.: Bindung und Trennung. Frühkindliche Bewältigungsstrategien bei kurzen Trennungen von der Mutter	192	SALGO, L.: Vom Umgang der Justiz mit Minderjährigen	316
HOCKE, M./SCHÄPFER, G.: Mädchenwelten: Sexuelle Gewalterfahrungen und Heimerziehung	66	SAYLOR, C.F. (Hrsg.): Children and Disasters	29
HOLLER-NOWITZKI, B.: Psychosomatische Beschwerden im Jugendalter. Schulische Belastungen, Zukunftsangst und Streß-Reaktionen	186	SCHARFETTER, C.: Der spirituelle Weg und seine Gefahren	66
HOLTSTIEGE, H.: Montessori-Pädagogik und soziale Humanität	188	SCHLACK, H. (Hrsg.): Sozialpädiatrie. Gesundheit – Krankheit – Lebenswelten	316
HUNDSALZ, A./KLUG, H.-P./SCHILLING, H. (Hrsg.): Beratung für Jugendliche. Lebenswelten, Problemfelder, Beratungskonzepte	311	SCHMALOHR, E.: Erklären statt Beschuldigen. Beratungspsychologie mit Eltern, Kindern und Lehrern	253
HUNDSALZ, A.: Die Erziehungsberatung. Grundlagen, Organisation, Konzepte und Methoden	259	SCHMID, R.G./TIRSCH, W.S.: Klinische Elektroenzephalographie des Kindes- und Jugendalters. Ein Atlas der EEG-Aktivität: Altersbezogene Normkurven und Pathologie	258
JÄGER, R./PETERMANN, F. (Hrsg.): Psychologische Diagnostik. Ein Lehrbuch	231	SCHON, L.: Entwicklung des Beziehungsdreiecks Vater-Mutter-Kind	158
KAUFMANN-HUBER, G.: Kinder brauchen Rituale. Ein Leitfaden für Eltern und Erziehende	230	SCHULTE, D.: Therapieplanung	312
KLICPERA, C./GASTEIGER-KLICPERA, B.: Psychologie der Lese- und Schreibschwierigkeiten	257	SCHUSTER, M.: Kinderzeichnungen. Wie sie entstehen, was sie bedeuten	30
KÖTTER, S.: Besuchskontakte in Pflegefamilien. Das Beziehungsdreieck „Pflegeeltern-Pflegekind-Herkunftseltern“	158	SCHWERIN, A.-C.: Sterben, Tod und Trauer im Bilde verwaister Eltern	190
KRAPPMANN, L./OSWALD, H.: Alltag der Schulkinder. Beobachtungen und Analysen von Interaktionen und Sozialbeziehungen	232	SEHRINGER, W./JUNG, G.: Schulreform von unten – Leistungsdifferenzierung an einem Gymnasium und Begabungsuntersuchungen an weiterführenden Schulen in einer süddeutschen Region	350
KUBINGER, K.: Einführung in die Psychologische Diagnostik	231	SOREMBA, E.M.: Legasthenie muß kein Schicksal sein	67
		SPANGLER, G./ZIMMERMANN, P. (Hrsg.): Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung	229
		TEXTOR, M./WARNDORF, P.K. (Hrsg.): Familienpflege. Forschung, Vermittlung, Beratung	228
		VOGT, M./WINIZKI, E.: Ambulante Gruppentherapie mit Jugendlichen	227
		WINNICOTT, D.W.: Die spontane Geste. Ausgewählte Briefe	190
		WOLFRAM, W.-W.: Präventive Kindergartenpädagogik. Grundlagen und Praxishilfen für die Arbeit mit auffälligen Kindern	313

ZIMBARDO, P.G.: Psychologie	258	Editorial 77, 265, 322
ZOLLINGER, B.: Die Entdeckung der Sprache	68	Autoren und Autorinnen dieses Heftes 28, 64, 155, 186, 223, 251, 307, 349, 383
		Ehrungen 383
		Zeitschriftenübersicht 64, 156, 223, 309, 383
		Tagungskalender 34, 69, 163, 196, 233, 260, 318, 353, 390
		Mitteilungen 35, 69, 164, 196, 234, 261, 319, 353, 390

Mißerfolgs- und Widerstandsanalyse in der Verhaltenstherapie am Beispiel eines Eltern-Kind-Programmes zur Behandlung von hyperkinetisch und oppositionell auffälligen Kindern

Manfred Döpfner und Gerd Lehmkuhl

Zusammenfassung

Widerstand in der Therapie ist ein zentrales Konzept der Psychoanalyse, das auch in der Verhaltenstherapie in zunehmendem Maße an Beachtung gewinnt. Dieser Beitrag grenzt Widerstandsphänomene (eine Intervention wird nicht durchgeführt) von Mißerfolgen (eine Intervention wird durchgeführt, ohne daß sich eine Veränderung der Symptomatik einstellt) in der Verhaltenstherapie ab. Am Beispiel eines Eltern-Kind-Programmes zur Behandlung von hyperkinetischen und oppositionell auffälligen Kindern werden potentielle Ursachen für Mißerfolge und Widerstandsphänomene in der Verhaltenstherapie aufgezeigt und das Vorgehen bei Mißerfolgs- und Widerstandsanalysen beschrieben. Die Thematisierung solcher Implementierungsprobleme wird als eine wichtige Voraussetzung für die Verbesserung der Wirksamkeit verhaltenstherapeutischer Interventionen betrachtet.

1 Einleitung

Elterntrainings stellen einen erfolgversprechenden Ansatz bei der Behandlung oppositionell und hyperkinetisch auffälliger Kinder dar, der freilich häufig durch andere Interventionen (Interventionen im Unterricht, Selbstinstruktions- und Selbstmanagementtraining, kindzentrierte Intervention zur Steigerung von Spiel- und Beschäftigungsintensität, Stimulanzienbehandlung) ergänzt werden muß (DÖPFNER 1995; DÖPFNER u. LEHMKUHL 1995; DÖPFNER u. SATTEL 1992). Die Schwierigkeiten mit Elterntrainings bei hyperkinetisch gestörten Kindern sind mit denen von Elterntrainings bei oppositionell-aggressiv auffälligen Kindern vergleichbar, die wesentlich besser untersucht worden sind. In dieser Störungsgruppe erwiesen sich Elterntrainings gegenüber unbehandelten Kontrollgruppen, Placebo-Therapie und Psychotherapie als wirkungsvoller (PATTERSON et al. 1982; WALTER u. GILMORE 1973; WILTZ u. PATTERSON 1974). Mehrere Studien zeigen darüber hinaus, daß sich die behandelten Kinder bei Behandlungsende nicht mehr von unauffälligen Gleichaltrigen unterscheiden (EYBERG u. JOHNSON 1974; PATTERSON 1974; WELLS et al. 1980) und daß sich die Therapieeffekte bis zu

4;6 Jahren nach Behandlungsende nachweisen lassen (FLEISCHMANN u. SZYKULLA 1981; BAUM u. FOREHAND 1981; PATTERSON u. FLEISCHMANN 1979; DALY et al. 1985; STRAIN et al. 1982). Trotz dieser ermutigenden Effektivitätsnachweise darf nicht übersehen werden, daß ein nicht unbeträchtlicher Anteil der Eltern sich durch mangelnde Kooperation und Compliance auszeichnet (z.B. FIRESTONE u. WITT 1982; KAZDIN et al. 1993) und die Behandlung vorzeitig beendet. KAZDIN (1990) u. KAZDIN et al. (1993, 1994) berichten von einer Abbruchquote von 30% bis 40% bei kindzentrierten und familienzentrierten Interventionen für aggressiv auffällige Kinder.

2 Definition von Mißerfolg

Bei der Betrachtung von Erfolg und Mißerfolg in der Verhaltenstherapie stellt sich zunächst die Frage nach den Kriterien, anhand derer Erfolg oder Mißerfolg bemessen wird. Das wichtigste Kriterium für einen Therapieerfolg ist Symptomminderung, d.h. daß die psychischen Störungen, derentwegen eine Behandlung begonnen wurde, bei Therapieende weniger stark ausgeprägt sind als vorher. KAZDIN (1990) publizierte eine Analyse von 223 Studien zur Wirksamkeit von Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. Dreiviertel der Studien überprüften die Effektivität verhaltenstherapeutischer Verfahren. Die meisten der von KAZDIN untersuchten Studien haben die Psychopathologie als Kriterium für den Therapieerfolg erfaßt. Symptomminderung ist zwar wichtig, reicht aber als ausschließliches Erfolgskriterium häufig nicht aus. Je nach Störungsform und Problemkonstellation können schulische Adaptation, Leistungs- und kognitive Parameter, Selbstkonzept, allgemeine Persönlichkeitsmerkmale, soziale Kompetenzen der Patienten als weitere Erfolgskriterien von Bedeutung sein, die in den empirischen Studien leider relativ selten erhoben wurden. Erst in den letzten Jahren werden die Auswirkungen verhaltenstherapeutischer Interventionen auf andere Familienmitglieder und auf familiäre Beziehungen untersucht. Hier ist ein eklatanter Mangel festzustellen.

Die einzelnen Erfolgskriterien können über verschiedene Maße operationalisiert werden. Damit stellt sich das

Problem der *Erfolgsmaße*. Dabei können verschiedene Methoden zur Anwendung kommen, vor allem Verhaltensbeobachtung, Fragebogenverfahren, direkte Testleistungen. Jede dieser Methoden hat spezifische Vorteile und spezifische Fehlerquellen und – wiederum – sie kovariieren nicht sehr eng miteinander. Beurteilungen können außerdem durch verschiedene Beurteiler erfolgen: durch die Patienten selbst, durch Eltern und Lehrer und durch Experten. Auch hier ergibt sich die gleiche Situation: Die verschiedenen Beurteiler stimmen, wenn sie das Gleiche gefragt werden, erschreckend wenig miteinander überein. Schon bei der Einschätzung recht gut beurteilbarer Verhaltensweisen, z. B. von aggressivem Verhalten auf den von ACHENBACH entwickelten Eltern-Lehrer- und Selbsturteilsfragebogen (ACHENBACH 1991 a, b, c; Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist 1993 a, b, c) sind die Übereinstimmungen relativ gering. Die Einschätzungen von Vater und Mutter korrelieren noch mit $r > .70$ miteinander, was einer Varianzaufklärung von über 50% entspricht; beim Vergleich von Eltern- und Lehrerurteilen lassen sich nur noch 20% an gemeinsamer Varianz finden und bei den Korrelationen der Urteile von Eltern und Jugendlichen bzw. von Lehrern und Jugendlichen sind die Beziehungen noch geringer (vgl. ACHENBACH 1991 d); DÖPFNER u. LEHMKUHL 1994). Vergleichbare Ergebnisse wurden für die Übereinstimmung von Eltern und Erzieherinnen bei Vorschulkindern nachgewiesen (DÖPFNER et al. 1993). Natürlich spielen hier Reliabilitätsprobleme eine Rolle, die jedoch längst nicht alles erklären können. Auch Validitätsprobleme sind im Spiel – z. B. Dissimulationstendenzen bei einzelnen Beurteilern. Aber vieles spricht dafür, daß sich ein erheblicher Anteil der nicht aufgeklärten Varianz durch die Situationsspezifität von Verhalten erklären läßt.

Erfolg und Mißerfolg, genauer: der Grad des Erfolges oder Mißerfolges kann deshalb nur in Abhängigkeit von den Erfolgskriterien und Erfolgsmaßen bestimmt werden und je nach Kriterium und Maß wird man möglicherweise zu unterschiedlichen Ergebnissen kommen. Erfolgskriterien können letztendlich nur individuell festgesetzt werden. Bei einem neunjährigen Kind mit isolierter Enuresis nocturna, das massiv unter dieser Symptomatik leidet, wird der Behandlungserfolg stärker an der Minderung des Symptoms „Einnässen“ zu bemessen sein als bei einem sechsjährigen ebenfalls einnässenden hyperkinetischen und entwicklungsretardierten Kind mit Mutter-Kind-Beziehungsstörung. Erfolgskriterien lassen sich also nur in Abhängigkeit von den *Therapiezielen* bestimmen. Diese hängen nicht nur von den psychischen Auffälligkeiten ab, sondern auch von den Werten und Normen des Patienten, der Eltern, des Therapeuten und anderer wichtiger Bezugspersonen (z. B. der Lehrer) sowie von motivationalen Aspekten und Erwartungen, von Rahmenbedingungen, von den zur Verfügung stehenden Behandlungsmethoden und von der funktionalen Analyse, der Analyse der Bedingungsbeziehungen. Bei einem oppositionell auffälligen Kind, dessen Probleme nach der funktionalen Analyse unter anderem auf einem Defizit an positiven Mutter-Kind-Interaktionen beruht, wird der Therapeut den Auf-

bau positiver Mutter-Kind-Interaktionen als ein zentrales Therapieziel vorschlagen.

Therapieziele werden weder von Patienten oder den Eltern noch vom Therapeuten alleine definiert, sondern können nur in einer gemeinsamen *Zielanalyse* geklärt werden. Zu den häufigsten Ursachen für Therapiemißerfolge zählt vermutlich eine nicht hinreichende Definition von Therapiezielen zu Behandlungsbeginn oder ein fehlender Konsens zwischen den Beteiligten – Patient, Eltern, Lehrer, Therapeut – hinsichtlich der Therapieziele. Deshalb ist zu Beginn einer Verhaltenstherapie der gemeinsamen Zielanalyse und Zielbestimmung besondere Aufmerksamkeit zu widmen. Mit der Bestimmung der Therapieziele lassen sich auch die Kriterien für den Therapieerfolg festlegen. Zur Überprüfung der Wirksamkeit einer Therapie müssen jedoch darüber hinaus die Erfolgsmaße definiert sein, d. h. es muß festgelegt sein, wie die Erfolgskriterien überprüft werden können. Eine methodische Möglichkeit, das Problem für die Forschung und auch für die Praxis in den Griff zu bekommen, stellt die Ziel-Erreichungs-Skalierung (goal attainment scaling) dar, bei der sich die Behandlungsziele und der Grad der Zielerreichung spezifizieren und die einzelnen Zielbereiche gewichten lassen (DÖPFNER u. LEHMKUHL 1995).

Drei *Arten von Mißerfolg* lassen sich unterscheiden:

- (a) Die Behandlung wird vorzeitig abgebrochen.
- (b) Im Verlauf der Behandlung stellt sich keine hinreichende Veränderung ein, d. h. die definierten Behandlungsziele werden nicht erreicht.
- (c) Die erreichten Therapieeffekte lassen sich nach Behandlungsende nicht stabilisieren.

3 Definition von Widerstand

Der Begriff „Widerstand“ ist historisch gesehen untrennbar mit psychoanalytischen Modellvorstellungen verbunden. Das Konzept spielt in Theorie und Praxis der Psychoanalyse eine herausragende Rolle (vgl. THOMÄ u. KÄCHELE 1985, 1988). In der Psychoanalyse bezeichnet „Widerstand“ einen Mechanismus, mit dessen Hilfe sich das Individuum gegen das Bewußtwerden der unbewußten Bedürfnisse aus dem Es bzw. gegen die verdrängten Anforderungen und Schuldgefühle aus dem Bereich des Über-Ich wehrt. THOMÄ und KÄCHELE (1985) unterscheiden für die Technik der Psychoanalyse verschiedene Typen von Widerstand, nämlich den Übertragungs-, den Verdrängungs-, den Über-Ich-, den Es-Widerstand und den Widerstand aufgrund sekundären Krankheitsgewinns.

Nach NUNBERG (1959) besteht die schwierigste Aufgabe der Behandlung in der Überwindung von Widerständen. GREENSON (1975) differenziert unter klinischen und technischen Gesichtspunkten verschiedene Typen des Übertragungswiderstandes. Er weist darauf hin, daß sich im Verlauf der Behandlung Form und Struktur des Übertragungswiderstandes verändern, wobei es darauf ankommt, die Ursachen, Zwecke, Methoden und ihre Vorgeschichte zu analysieren. Widerstände stellen sich bewußt und unbewußt der Wirksamkeit der Behandlung gegenüber und

verteidigen den Status quo des Patienten. Übertragung und Widerstand sind wechselseitig eng verflochten. Zum besseren Verständnis von Übertragung und Widerstand ist es hilfreich, das Beziehungsgeflecht zwischen Patient und Therapeut in verschiedene Ebenen zu unterteilen (KRUTHKE-RÜPING 1986). In der *Übertragungsbeziehung* werden die konflikthafter neurotischen Anteile des Patienten rein-szeniert. Das *Arbeitsbündnis* wird definiert als der „relativ unneurotische, rationale Rapport zwischen Patient und Analytiker“, in dem die „... relativ unneurotischen, rationalen und realistischen Haltungen des Patienten gegenüber dem Analytiker“ (GREENSON 1975) zum Ausdruck kommen. Das Arbeitsbündnis stellt damit die kooperative Ebene dar, auf der sich das „vernünftige Ich“ des Patienten mit dem Analytiker in gemeinsamer Zielsetzung verbündet, letztlich also die Ebene, auf der Einsicht erfolgt und verarbeitet wird. Die *reale Beziehung* als dritte Ebene beruht auf „realistischer, objektiver Wahrnehmung“ (GREENSON 1975) des Patienten gegenüber dem Therapeuten. Ihr soll erst in der Abschlußphase der Therapie mehr Raum gegeben werden.

HERMANN (1992) trennt nicht zwischen einer sogenannten Realbeziehung und der Übertragung. Er sieht für das Verständnis des psychoanalytischen Prozesses Grenzen darin, die analytische Beziehung in Beziehungssegmente zu zerlegen: „... es erweist sich vielmehr für ein umfassendes Verständnis des analytischen Prozesses als hinderlich, eine Übertragungsbeziehung und eine Realbeziehung als unterschiedliche Beziehungsanteile mit unterschiedlichen technischen Implikationen konzeptuell voneinander zu trennen. Denn die Übertragungsbeziehung hört nicht auf, wo wir die Übertragung in der analytischen Beziehung nicht betrachten, vielmehr nicht sehen oder nicht verstehen oder jedenfalls nicht deuten.“ Auch DESERNO (1992) übt Kritik an dem Konzept des Arbeitsbündnisses.

Wenn Widerstände als Wiederholungen des Patienten verstanden werden, um sich vor Enttäuschungen, Kränkungen und negativen Erfahrungen zu schützen, dann gilt es als ein Hauptanliegen der Therapie, Hintergründe des Widerstandes zu analysieren, zu erkennen und mitzuteilen, d.h. wogegen richtet sich der Widerstand, warum, wie und wozu ist er für den Patienten notwendig? Wird Widerstand in neueren psychoanalytischen Konzepten als Moment der therapeutischen Interaktion verstanden, dann kommt der Arbeit am Widerstand für den Therapieprozeß eine signifikante Bedeutung zu (BUCHHOLZ 1992).

Aber bereits FREUD (1910) wies daraufhin, daß in der Bekämpfung der inneren Widerstände die Aufgaben der Therapie lägen: „Wäre das Wissen des Unbewußten für den Kranken so wichtig, wie der in der Psychoanalyse Unerfahrene glaubt, so müßte es zur Heilung hinreichen, wenn der Kranke Vorlesungen anhört oder Bücher liest. Diese Maßnahmen haben aber ebenso viel Einfluß auf die nervösen Leidenssymptome wie die Verteilung von Menükarten zur Zeit einer Hungersnot auf den Hunger.“ Durch die Analyse der Widerstände des Patienten werden, so MENNINGER u. HOLTZMAN (1977), die zurückliegenden und gegenwärtigen Umstände, die das Elend des Patienten bewirken, für ihn wahrnehmbar.

SANDLER et al. (1982) differenzieren den Begriff des Widerstandes für die Behandlung im Kindes- und Jugendalter. Sie führen aus, daß „erst der Kindertherapeut immer mit zwei Parteien, dem Kind und den Eltern, zu tun hat“. So könne in der Kinderanalyse die Weigerung der Eltern, die Behandlung zu zahlen, als Ausdruck ihrer Ambivalenz und nicht als Ausdruck des Widerstandes des Patienten verstanden werden. Oft würden die Eltern den Wert der Behandlung geringer einschätzen, als sie es nach Ansicht des Therapeuten tun sollten. Bei der Arbeit mit den Eltern sei eines der Ziele, die sekundären Gewinne des Kindes aus seinen Störungen auf ein Mindestmaß zu reduzieren. Man weiß sehr gut, so SANDLER et al. (1982), daß es recht schwer sein kann, die Situation zu ändern, wenn auch die Eltern einen sekundären Krankheitsgewinn haben. Das therapeutische Bündnis mit der Mutter sollte die gesamte Behandlung unterstützen, auch wenn Ängste und Schuldgefühle während des therapeutischen Prozesses bei den Eltern auftreten.

Trotz der innerhalb der psychoanalytischen Schulen vorgenommenen Operationalisierungen von Widerstandsphänomenen blieb das Konzept, wie KANFER und Mitarbeiter (1991) betonen, dennoch stark mit theoretischen und methodologischen Problemen des gesamten Ansatzes verbunden (vgl. BUNGE 1967; GRÜNBAUM 1984; MÖLLER 1976, 1978; PERREZ 1979). Daß es sich hierbei jedoch um ein für alle Therapiemethoden relevantes Phänomen handelt, zeigt sich auch darin, daß der Begriff „Widerstand“ seit geraumer Zeit auch in der Verhaltenstherapie verwendet wird (vgl. CASPAR u. GRAW 1981; GOLDFRIED 1982; KANFER et al. 1991; LAZARUS u. FAY 1982; MEICHENBAUM u. GILMORE 1982; WACHTEL 1981; WITTMANN u. WITTMANN 1986). Die Autoren versuchen damit, die Erfahrung zu beschreiben, daß es auch im Prozeß der Verhaltenstherapie Phasen der Stagnation, geringer oder fehlender Kooperation des Klienten oder Schwierigkeiten beim Zugehen auf ein gemeinsam formuliertes therapeutisches Ziel gibt (vgl. KANFER et al. 1991).

KANFER und Mitarbeiter (1991, S. 475) definieren Widerstand als „eine breite Palette von Reaktionsmustern des Klienten im Rahmen einer therapeutischen Interaktion, die gegen das Erreichen eines zwischen Klienten und Therapeuten vereinbarten Veränderungszieles gerichtet ist“.

Widerstandsphänomene weisen nach KANFER et al. (1991) sowohl auf Probleme in der therapeutischen Interaktion, als auch auf bevorstehende Änderungen hin und können deshalb als *konstruktives* Element im Therapieprozeß genutzt werden. In dieser Hinsicht stellen Widerstandsphänomene oft natürliche und hilfreiche Begleiterscheinungen eines persönlich bedeutsamen Veränderungsprozesses dar (vgl. auch MAHONEY 1985; WITTMANN u. WITTMANN 1986). Bei der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen muß neben dem Widerstand des Patienten auch mit Widerstandsphänomenen bei Bezugspersonen gerechnet werden. Dieser Aspekt wird um so bedeutsamer, je stärker die Bezugsperson (in der Regel die Eltern) in die Therapie einbezogen werden. Dies ist in der Verhaltenstherapie wesentlich stärker der Fall als in der analyti-

schen Kindertherapie. Eine intensive Einbeziehung der Eltern ist generell bei jüngeren Kindern und speziell bei dem hier thematisierten Eltern-Kind-Programm zur Behandlung von hyperkinetisch und oppositionell auffälligen Kindern der Fall. Deshalb wird im folgenden der Widerstand der Eltern und nicht der des Kindes/Jugendlichen thematisiert.

4 Mißerfolgs- und Widerstandsanalyse

Mißerfolge und Widerstandsphänomene, die im Verlauf einer Intervention auftreten, bedürfen einer sorgfältigen Analyse, da sie auch Hinweise dafür liefern können, daß die Intervention nicht optimal auf das individuelle Bedingungsgefüge abgestimmt ist. Bei der ersten Erprobung einer Intervention in der Familie im Rahmen eines Elterntrainings sind Fehlschläge nicht selten. In solchen Fällen sollte gemeinsam mit den Eltern und dem Patienten eine sorgfältige Mißerfolgs- und Widerstandsanalyse durchgeführt und nicht sofort die gesamte Methode als unwirksam zur Seite gelegt werden.

Tabelle 1 unterscheidet zwischen Widerstand (wenn eine Intervention nicht entsprechend der Empfehlungen durchgeführt wurde) und Mißerfolg (wenn eine Intervention durchgeführt wurde, ohne daß sich die Zielprobleme vermindern) und gibt eine Übersicht über mögliche Ursachen von Widerstandsphänomenen und Mißerfolgen in der Therapie, die im einzelnen am Beispiel eines Eltern-Kind-Programmes für Kinder mit oppositionellen und hyperkinetischen Verhaltensstörungen (DÖPFNER et al., in Vorber.; DÖPFNER u. LEHMKUHL 1995) dargestellt und diskutiert werden soll.

Tab. 1: Mißerfolgs- und Widerstandsanalyse: Ursachen für Widerstand und Mißerfolg in der Therapie

- | |
|---|
| <p>(1) <i>Widerstand</i>: Intervention wurde nicht entsprechend der Empfehlung durchgeführt wegen:</p> <ul style="list-style-type: none"> (a) divergierender Störungs- und Interventionskonzepte (b) divergierender Prioritäten von Therapiezielen oder Therapiezielkonflikten (c) mangelnde Erfolgs- oder Kompetenzerwartungen (d) äußere Ereignisse oder Belastungen, welche die Durchführung verhindern (e) Problemen in der therapeutischen Beziehung <p>(2) <i>Mißerfolg</i>: Intervention wurde durchgeführt, ohne daß sich die Zielprobleme vermindern, wegen:</p> <ul style="list-style-type: none"> (a) überhöhter Erfolgserwartungen (b) Fehlern bei der Abfolge der Interventionen (c) Fehlern bei der Planung einer Intervention (d) Tiefgreifende Störung der Eltern-Kind-Beziehung (e) Nichtbeachtung anderer Belastungen |
|---|

4.1. Widerstandsanalyse

Wenn eine Intervention nicht entsprechend der therapeutischen Empfehlung durchgeführt wurde, so können dafür verschiedene Ursachen in Frage kommen:

(a) *Divergierende Störungs- und Interventionskonzepte*: Eine der häufigsten Ursachen von Widerstandsphänomenen

sind unterschiedliche Störungs- und Interventionskonzepte bei den Eltern und dem Therapeuten. Deshalb sollten vor Beginn einer Intervention die Störungskonzepte der Eltern (Warum hat das Kind die Verhaltensprobleme?) sorgfältig analysiert werden, damit der Therapeut auf dieser Basis der Vorstellungen der Eltern zusammen mit den Eltern ein gemeinsames Störungskonzept entwickeln kann. Daraus läßt sich dann das Interventionskonzept (Was ist zu tun, damit sich die Verhaltensprobleme vermindern?) ableiten. Eltern eines Kindes mit einer hyperkinetischen und oppositionellen Verhaltensstörung, deren Störungskonzept biologische Faktoren in den Mittelpunkt rückt („Mein Kind hat die Probleme aufgrund einer minimalen cerebralen Dysfunktion / einer Nahrungsmittelallergie“), werden kaum zu einer Eltern-Kind-Therapie bereit sein und die vorgeschlagenen Interventionen nicht umsetzen können, weil diese nach ihrer Vorstellung an der falschen Stelle ansetzen. Das Umgekehrte gilt für Eltern mit primär psychosozialen Störungskonzepten („Mein Kind hat die Probleme, weil sich die Eltern getrennt haben / weil die Mutter inkonsequent ist“) hinsichtlich der Compliance für eine medikamentöse Behandlung. Treten Widerstandsphänomene auf, so sollte der Therapeut zunächst überprüfen, ob ein gemeinsames Störungskonzept tatsächlich vorhanden ist, aus dem sich die Notwendigkeit der spezifischen Intervention ableiten läßt. Ist das nicht der Fall, dann sollte sich der Therapeut zunächst auf die Entwicklung eines Störungs- und Interventionskonzeptes konzentrieren, von dem die Eltern und der Therapeut überzeugt sind und das als Grundlage für die Interventionen dienen kann.

(b) *Divergierende Priorität von Therapiezielen*: Trotz eines gemeinsamen Störungs- und Interventionskonzeptes können Therapeut und Eltern unterschiedliche Prioritäten hinsichtlich der einzelnen Therapieziele und der Interventionsschritte haben. Wählt der Therapeut zunächst ein Therapieziel aus, dem die Eltern eine geringere Bedeutung oder Dringlichkeit zuschreiben, dann können Widerstandsphänomene auftreten. Deshalb sollten die einzelnen Therapieziele und Interventionsschritte gemeinsam mit den Eltern erarbeitet und ihre Abfolge vom Therapeuten begründet werden. Im Rahmen einer solchen gemeinsamen *Zielanalyse* ist auch zu beachten, ob die Problematik des Kindes auch eine positiv oder negativ verstärkende Funktion für die Bezugsperson hat. So ist es beispielsweise möglich, daß die Eltern aufgrund der Problematik des Kindes eine Auseinandersetzung mit ihrer Partnerproblematik vermeiden. Durch eine Zukunftsprojektion („Was wäre, wenn die Problematik nicht mehr vorhanden wäre?“) können solche Aspekte erkannt werden. Das gelingt allerdings nicht immer zu Beginn einer Behandlung, sondern läßt sich häufig erst durch eine erneute Zielanalyse aufklären, die bei auftretenden Widerstandsphänomenen angezeigt ist. Führen die Eltern eine vereinbarte Intervention nicht oder unvollständig durch, dann sollte der Therapeut fragen, ob die Eltern diesen Interventionsschritt zu diesem Zeitpunkt tatsächlich für notwendig und wichtig erachten, ob für sie andere Therapieziele im Vordergrund stehen und welche Nachteile eine Verminderung der Problematik möglicherweise mit sich bringen könnte.

Im Rahmen des Eltern-Kind-Programmes besteht häufig ein erstes Therapieziel in der Verbesserung der Eltern-Kind-Beziehung, welche sich meist durch eine Vielzahl an negativen, gegenseitig erzwingenden Interaktionen äußert. Zur Verbesserung der Eltern-Kind-Interaktionen (und damit der Eltern-Kind-Beziehung) wird mit den Eltern und dem Kind die Durchführung einer speziellen Spielzeit erarbeitet, die darauf abzielt, daß Eltern und Kind wieder vermehrt positive Interaktionen erfahren. Diese gemeinsame Spielzeit, die zunächst in der Therapiesitzung eingeübt wird, soll von den Eltern regelmäßig (alle ein bis zwei Tage) zu Hause durchgeführt werden. Nicht selten berichten die Eltern dann in der folgenden Therapiesitzung, sie hätten „vergessen“, die Spielstunde zu Hause abzuhalten oder es seien immer wieder andere Ereignisse „dazwischen gekommen“. In einer solchen Situation zeigt der Therapeut Verständnis für die Umsetzungsschwierigkeiten, er hinterfragt aber auch die Einstellung der Eltern hinsichtlich der Notwendigkeit und der Bedeutung der Intervention. Tabelle 2 beschreibt beispielhaft eine Widerstandsanalyse in einer solchen Situation.

Tab. 2: Beispiel einer Widerstandsanalyse

- Mutter: Ach wissen Sie, in der letzten Woche ist soviel passiert, die Kleine hat Fieber bekommen und ich mußte auch noch zum Arzt und schließlich habe ich es vergessen, die Spielstunde durchzuführen.
- T: Es war eine schwierige Woche für Sie und andere Dinge waren einfach wichtiger.
- M: Ja und Thomas hat auch wahnsinnig aufgedreht.
- T: Wir haben ja auch besprochen, daß es oft schwer ist, eine solche Spielstunde durchzuführen, obwohl sich alles zunächst so einfach anhört.
- M: Ja!
- T: Oft fällt es Eltern auch schwer eine solche Stunde durchzuführen, weil sie nicht so ganz überzeugt sind davon, daß das wichtig ist und daß es helfen kann, die Probleme zu lösen.
- M: Ja, eigentlich finde ich das schon eine gute Idee, weil ich mit Thomas ja fast nur schimpfen muß und mich über ihn ärgere, aber dann denke ich auch: „Hat er das eigentlich verdient und müßten nicht erst die Hausaufgaben besser klappen?“
- T: Sie meinen, Thomas müßte sich erst ändern und eine Vorleistung bringen, bevor Sie die Spielstunde durchführen?
- M: Eigentlich ja.
- T: Gut, dann lassen Sie uns doch erst noch einmal darüber reden, welche Ziele mit der Spielstunde erreicht werden sollen. Dann können wir uns noch einmal gemeinsam überlegen, ob wir die Spielstunde durchführen können oder ob wir uns zuerst eine andere Maßnahme überlegen müssen.

(c) *Mangelnde Erfolgs- oder Kompetenzerwartungen:* Die Durchführung einer Intervention setzt voraus, daß die Eltern davon überzeugt sind, erstens die Intervention durchführen zu können (Kompetenzvertrauen) und zweitens, daß die Intervention zum Erfolg führen kann (Erfolgserwartung). Die Eltern können ein Kompetenzvertrauen in eine Intervention nur dann entwickeln, wenn sie genau wissen, wie die Intervention durchgeführt wird. Deswegen ist es wichtig, in der Therapiestunde die einzelnen Schritte genau durchzusprechen, möglicherweise direkt einzutüben und potentielle Hindernisse bei der Durch-

führung in der Familie zu bedenken. Wenn es dem Therapeuten gelingt, die geplante Intervention für die Eltern nachvollziehbar aus dem Störungskonzept abzuleiten und die Intervention gemeinsam mit den Eltern detailliert zu planen, dann sind wesentliche Voraussetzungen für eine positive Erfolgserwartung der Eltern hinsichtlich der Intervention gegeben. Eine weitere wichtige Voraussetzung ist, daß der Therapeut von den Eltern als kompetent wahrgenommen wird. Wurde eine Intervention von den Eltern nicht durchgeführt, dann sollten diese Aspekte noch einmal gemeinsam bedacht werden.

(d) *Äußere Ereignisse verhindern die Durchführung:* Trotz der Besprechung möglicher Hindernisse bei der Durchführung der Intervention können äußere Ereignisse die Durchführung vereiteln. Unvorhergesehene äußere Ereignisse werden von Eltern meist als Grund angegeben, wenn eine Intervention nicht durchgeführt wurde. Häufig verbergen sich dahinter andere Ursachen, die bereits diskutiert wurden, gelegentlich können aber auch tatsächlich nicht vorhergesehene Hindernisse eingetreten sein, die es dann zu analysieren gilt.

(e) *Probleme in der therapeutischen Beziehung:* Die Bedeutung einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung als wesentliche Grundlage spezifischer Interventionen wird schon seit langem auch in der Verhaltenstherapie anerkannt. Eine gute Therapeut-Klient-Beziehung ermöglicht es dem Klienten, mit möglichst hoher Offenheit, möglichst viel Vertrauen und möglichst geringer Angst, Nervosität und Anspannung an das kooperative Unternehmen „Problemlösung“ heranzugehen (KANFER et al. 1991). Widerstandsphänomene können darauf hinweisen, daß die Beziehung zwischen Eltern und Therapeuten beeinträchtigt ist und die Eltern dem Therapeuten nicht mit hinreichender Offenheit und ausreichendem Vertrauen gegenüberstehen können. Deshalb sollte auch dieser Aspekt vom Therapeuten angesprochen werden, wenn Widerstandsphänomene auftreten.

Weitere potentielle Ursachen für Widerstandsphänomene sind überhöhte Erfolgserwartungen und Fehler bei der Abfolge oder der Planung von Interventionen sowie tiefgreifende Störung der Eltern-Kind-Beziehung und die Nichtberücksichtigung anderer Belastungen in der Familie, die allerdings häufiger Ursachen für Mißerfolge von Interventionen darstellen und deshalb im folgenden diskutiert werden.

4.2 Mißerfolgsanalyse

Berichten die Eltern, daß sich die erwarteten Effekte nicht eingestellt haben, obwohl sie die Intervention durchgeführt haben, dann sollte sich der Therapeut zunächst die Durchführung der Intervention genau schildern lassen und überprüfen, ob die Maßnahme tatsächlich wie geplant durchgeführt worden sind. Ist dies der Fall, dann sollten folgende Ursachen für den mangelnden Erfolg geprüft werden.

(a) *Überhöhte Erfolgserwartungen:* Vor der Durchführung einer Intervention sollte geklärt werden, welche Effekte für die nächste Zeit von der Intervention zu erwar-

ten sind. Dennoch kann es beispielsweise vorkommen, daß Eltern bei der Durchführung eines Token-Systems (Münzverstärkungsprogrammes), das in mehr als der Hälfte der Situationen zu Verhaltensänderungen geführt hat, enttäuscht oder verärgert berichten, daß das Verfahren fehlgeschlagen sei. In solchen Fällen sollten zunächst die Erwartungen der Eltern hinsichtlich der Effekte der Intervention thematisiert werden und realistische Erfolgs-erwartungen aufgebaut werden.

(b) *Fehler bei der Abfolge der Interventionen:* Mißerfolge können darauf hinweisen, daß die Intervention zunächst andere Maßnahmen im Rahmen der Eltern-Kind-Therapie voraussetzt, um erfolgreich durchgeführt werden zu können. Generelle Hinweise zur Indikation verschiedener Interventionen im Rahmen einer multimodalen Behandlung hyperkinetisch gestörter Kinder gibt DÖPFNER (1995). Zunächst ist zu entscheiden, in welcher Weise kind-, eltern-, familien- oder schulzentrierte Ansätze kombiniert werden sollen. In vielen Studien hat sich ein zentrales Prinzip der Verhaltenstherapie immer wieder bestätigt, daß die Probleme dort anzugehen sind, wo sie auftreten, weil die Generalisierung von Therapieerfolgen von einem auf den anderen Lebensbereich oft gar nicht oder nur unzureichend gelingt. Kognitive Interventionen beim Kind verändern in erster Linie Kognitionen und manchmal auch Verhaltensweisen, Interventionen in der Familie lösen dort die Probleme, nicht aber die in der Schule oder in der Gleichaltrigengruppe und umgekehrt. Das ist auch der Grund, weshalb isoliert angewandte Selbstinstruktionstrainings bei hyperkinetischen Kindern relativ schlechte Ergebnisse erzielen. Es besteht die Gefahr, daß das Kind eine Technik erlernt, die es nur in der Trainingssitzung aber sonst nicht einsetzt (vgl. DÖPFNER 1995).

Bei Kindern mit ausgeprägter Impulsivität und Aufmerksamkeitschwäche mag es beispielsweise notwendig sein, zunächst durch ein Selbstinstruktionstraining oder eine Stimulantienbehandlung diese Probleme zu vermindern, bevor im Rahmen eines Hausaufgabentrainings Interaktionsstörungen zwischen Eltern und Kind während der Durchführung der Hausaufgaben erfolgreich behandelt werden können. Gelegentlich lassen sich Interventionen, die auf eine Verbesserung der Eltern-Kind-Interaktion abzielen (spezielle Eltern-Kind-Spielstunden) erst dann einsetzen, wenn zuvor Problemsituationen, welche die Eltern-Kind-Beziehung stark belasten (z.B. heftige Probleme während der Durchführung der Hausaufgaben), vermindert worden sind (siehe DÖPFNER u. LEHMKUHL 1995).

(c) *Fehler bei der Planung einer Intervention:* Schließlich können Fehler in der Planung von Interventionen Mißerfolge verursachen. Dies soll am Beispiel von Token-Systemen verdeutlicht werden. Erfolgreiche Token-Systeme verändern erstens das Verhalten der Eltern. Sie lenken ihre Aufmerksamkeit auf angemessene Verhaltens Elemente und veranlassen sie, auf erwünschte Verhaltensweisen positiv mit sozialer und mit Tokenverstärkung zu reagieren. Token-Systeme leiten zweitens die Eltern zu konsistentem Erziehungsverhalten über längere Zeiträume hinweg an. Drittens wird das Kind durch die Eintauschverstärkung zur Verhaltensänderung motiviert. Die erzielten Verhal-

tensänderungen des Kindes wirken wiederum auf die Eltern verstärkend. Erfolgreiche Token-Systeme initiieren also einen Prozeß der Verhaltensänderung bei den Eltern und dem Kind, der sich dann aufgrund gegenseitiger sozialer Verstärkung nach Beendigung des Systems stabilisiert. Damit verändert sich letztendlich die Interaktionsqualität zwischen den Eltern und dem Kind (DÖPFNER 1993). Aus dieser Analyse der Wirkungskomponenten von Token-Systemen lassen sich potentielle Ursachen für deren Fehlschlag und Maßnahmen zur Vermeidung von Mißerfolgen ableiten:

Das Zielverhalten des Kindes ist nicht ausreichend definiert: Ein Token-System kann dann nicht erfolgreich sein, wenn das Zielverhalten des Kindes unklar definiert und wenn nicht klar genug ist, welche Verhaltensweisen durch Token-Vergabe verstärkt werden sollen. Unter diesen Bedingungen können die Eltern nicht zu Verhaltensänderungen veranlaßt werden, und eingefahrene Interaktionsstrukturen können nicht aufgelöst werden. Token-Systeme werden dann schnell als generelle Sanktionsinstrumente mißbraucht. Isolierte Probleme wie Einnässen, Eßprobleme oder Schlafen im elterlichen Bett lassen sich unter anderem deshalb leichter durch Token-Systeme vermindern, weil durch das Symptom das zu verstärkende Zielverhalten klar definiert werden kann. Komplexere Verhaltensweisen, wie aggressives oder hyperaktives Verhalten, erfordern eine sehr genaue Verhaltensanalyse, mit deren Hilfe einzelne Verhaltensprobleme und die sie auslösenden Situationen isoliert werden können. Dabei sollten zunächst nur solche Verhaltensweisen durch ein Token-System behandelt werden, die klar abzugrenzen und an bestimmten auslösenden Situationen festzumachen sind. Bei hyperaktiven Kindern kann beispielsweise das morgendliche Wecken, Anziehen und Essen oder ein Element dieses Ablaufs herausgenommen werden. Mit den Eltern muß ausführlich besprochen werden, daß Verhaltensänderungen nur in kleinen Schritten erfolgen können und daß auch Rückschläge zu erwarten sind. Nie sollten mehrere Token-Programme gleichzeitig angewandt werden.

Verhaltenskriterien für eine Token-Vergabe sind zu hoch angesetzt: Ein Token-System schlägt dann fehl, wenn ein Verhaltenskriterium für eine Token-Verstärkung zwar klar definiert aber zu hoch angesetzt wurde, wodurch das Kind nur sehr geringe Chancen hat, eine Verstärkung zu erhalten. In diesem Fall wendet sich das Token-System gegen das Kind und wird zum Bestrafungsinstrument. Bevor das Token-Programm eingesetzt werden kann, muß also die Stärke/Häufigkeit des Problemverhaltens möglichst genau erfaßt werden, am besten durch eine genaue Beobachtung, zumindest aber durch eine sehr genaue Befragung der Eltern. Mit den Eltern muß außerdem ausführlich besprochen werden, daß bereits eine Verminderung des Problemverhaltens belohnungswürdig ist – eine Sichtweise, die manchen Eltern gelegentlich recht fremd ist. Oft sind zunächst auch zusätzliche Hilfestellungen für das Kind notwendig, damit es das Verhaltenskriterium erreichen kann, beispielsweise, indem es regelmäßig daran erinnert wird, daß zügiges Anziehen am Morgen durch ein Token verstärkt wird. Das Token-System muß insgesamt so entwickelt werden, daß das Kind bereits in den ersten Tagen Erfolge zu verzeichnen hat. Eine Rückmeldung über den Verlauf der Intervention sollte nach spätestens einer Woche erfolgen, um dann eventuell notwendige Korrekturen rechtzeitig durchführen zu können.

Veränderung der Eltern-Kind-Interaktion konnte nicht erreicht werden: Wenn auf der Mikroebene der alltäglichen Interaktion durch das Token-System keine Veränderung erzielt wird, dann stagnieren Token-Systeme nach anfänglichen Erfolgen. Das To-

ken-System wird zwar konsequent durchgeführt, es beschränkt sich jedoch auf ein „mechanisches Punktekleben“. Den Eltern gelingt es nicht, sich dem Kind bei der Token-Vergabe verbal und nonverbal so zuzuwenden, daß dies vom Kind als angenehm erlebt wird. Verschiedene Faktoren können eine solche Situation herbeiführen und die Veränderung des Interaktionsgeschehens verhindern:

- Die Eltern sind mit den erzielten Veränderungen nicht zufrieden und lassen dies das Kind spüren.
- Die Beziehung zwischen Eltern und Kind ist soweit gestört, daß die Eltern zu einer positiven sozialen Verstärkung nicht fähig sind, oder daß die Zuwendung der Eltern vom Kind nicht angenommen werden kann. Token-Systeme sind vor allem dann erfolgreich, wenn die Eltern-Kind-Beziehung lediglich in einzelnen Bereichen beeinträchtigt ist. Bei weitreichenden Beziehungsproblemen können sie als hilfreiches Instrument zum Aufbau positiver Beziehungen eingesetzt werden, nachdem andere Verfahren, wie Einzelgespräche oder Eltern-Kind-Spieltunden, Veränderungen bewirkt haben.
- Eine dritte Ursache für eine gestörte Interaktion zwischen Eltern und Kind kann in mangelnden sozialen und Erziehungs-Kompetenzen der Eltern liegen. Die Eltern können prinzipielle Schwierigkeiten haben, sich kindgemäß zu verhalten. Token-Systeme sind in solchen Fällen erst dann sinnvoll anwendbar, nachdem die sozialen Kompetenzen der Eltern durch die direkte Einübung in der Therapiesitzung verbessert werden konnten.

Die Verstärkerwirkung ist zu gering: Token-Systeme scheitern dann, wenn die eingesetzten Verstärker nicht hinreichend attraktiv sind, um eine Verhaltensänderung zu bewirken. In einem solchen Fall ist entweder die Eintauschverstärkung nicht hinreichend attraktiv oder die für die Verstärkung notwendige Token-Zahl ist zu hoch angesetzt. Diese Fehlerquellen können vermindert werden, wenn zu Beginn der Intervention mit den Eltern und dem Kind gemeinsam der Eintauschverstärkerplan festgelegt wird, in dem aufgeführt ist, welche Token-Zahl für welche Verstärkung notwendig ist. Weitere Eintauschverstärker können nach vorheriger Vereinbarung im Verlauf der Intervention hinzugefügt werden. Erweist sich der Verstärkerplan als nicht attraktiv, dann müssen neue Eintauschverstärker gesucht oder die für die Verstärkung notwendige Token-Menge muß vermindert werden.

(d) Tiefgreifende Störung der Eltern-Kind-Beziehung: Mißerfolge bei einzelnen Interventionen können darauf hinweisen, daß die Eltern-Kind-Beziehung tiefgreifend gestört ist. Daher kann es hilfreich sein, die Beziehungsebene stärker zu thematisieren bevor auf der Verhaltens-ebene weiter gearbeitet werden kann. Dies kann auf der kognitiven Ebene in Gesprächen mit den Eltern und auf der interaktionalen Ebene in gemeinsamen Eltern-Kind-Spieltunden stattfinden. Allerdings ist auch hier vor einer unidirektionalen Sichtweise zu warnen, die davon ausgeht, daß sich immer zuerst die Beziehung verbessern müsse bevor das Verhalten sich ändern kann. Belege dafür, daß auch Verhaltensänderungen Verbesserungen in der Beziehung zur Folge haben können, liefern Studien zur Wirksamkeit von Stimulanzen, die zeigen, daß die Gabe von Stimulanzen nicht nur zu Verhaltensänderungen beim Kind, sondern auch zu einer verbesserten Mutter-Kind-Beziehung führen können (BARKLEY u. CUNNINGHAM 1980).

(e) Nichtberücksichtigung anderer Belastungen: Auswirkungen ungünstiger familiärer und sozialer Bedingungen auf den Therapieerfolg wurden relativ intensiv in Studien zur Wirksamkeit von Elterntrainings bei oppositionell auffälligen Kindern untersucht. Wie erwartet, verringern Partnerschaftskonflikte und psychische Störungen der Eltern, vor allem Depressivität und Alkoholismus ebenso die Erfolgchancen wie eine fehlende soziale Unterstützung der Mutter außerhalb der Familie. Außerdem stammen die Abbrecher häufiger aus sozial benachteiligten Familien. Alleinerziehende Eltern mit geringem Bildungsgrad haben die größten Schwierigkeiten bei der Durchführung verhaltenstherapeutischer Interventionen (FIRESTONE u. WITT 1982; PATTERSON 1974; WAHLER 1980).

Ziele der Eltern-Kind-Therapie sind Veränderungen der alltäglichen Eltern-Kind-Interaktionen auf der Mikroebene (Microteaching), die als notwendige Voraussetzungen für eine umfassende Verminderung der Verhaltensprobleme des Kindes gelten. Der familiäre Hintergrund, vor dem diese Interaktionen stattfinden, darf jedoch dabei nicht übersehen werden: Erfolgreiche und vor allem stabile Veränderungen auf der Mikroebene lassen sich nur erreichen, wenn sie in den Gesamtrahmen passen. Ausgangspunkt der Therapie ist deshalb das individuelle familiäre Bedingungsgefüge, das gemeinsam mit den Eltern erarbeitet wird. Verhaltensprobleme des Kindes werden als das Ergebnis von drei Faktoren dargestellt: Erstens von Merkmalen des Kindes (Prädispositionen, Temperamentsmerkmalen, Entwicklungsstand), zweitens von Merkmalen der Eltern (Gesundheitsprobleme, psychische Probleme, Temperamentsmerkmale) und drittens von familiären Belastungen (z.B. Eheprobleme, finanzielle und berufliche Probleme). Diese Faktoren beeinflussen: 1. unmittelbar das Verhalten des Kindes; 2. die Reaktionen der Eltern auf das Verhalten des Kindes und 3. die Wahrnehmung des Verhaltens des Kindes durch die Eltern.

Gemeinsam mit den Eltern wird erarbeitet, inwiefern dieses generelle Modell auf die konkrete Situation in ihrer Familie zutrifft (siehe DÖPFNER u. LEHMKUHL 1985; DÖPFNER et al., in Vorber.). Treten Mißerfolge bei Interventionen auf der Mikroebene auf, dann muß die Durchführbarkeit vor dem Hintergrund der Makroebene immer wieder hinterfragt und problematisiert werden.

Die Bearbeitung weiterer Probleme und Belastungen in der Familie kann für die Verminderung der Verhaltensprobleme des Kindes von großer Bedeutung sein. Deshalb werden diese Probleme parallel zum Elterntraining thematisiert. Bei umfassenden Problemen, die den vorgegebenen Behandlungsrahmen sprengen (z.B. manifeste Depression oder Alkoholismus eines Elternteils, massive Partnerschaftsprobleme) werden die Eltern zur Aufnahme geeigneter Behandlungsformen motiviert. Studien von GRIEST et al. (1982) u. DADDS et al. (1987) zeigen, daß solche Erweiterungen die unmittelbaren Effekte eines Elterntrainings bzw. deren Stabilität verbessern können. Allerdings sind Makro- und Mikroebene zirkulär miteinander verknüpft, die Problembereiche bedingen sich also meist gegenseitig. Eine unidirektionale Interpretation der Bedingungsbeziehungen (die Depression der Mutter

löst die Verhaltensprobleme des Kindes aus) und ein daraus entwickelter unimodaler Behandlungsansatz (zuerst müssen die Depressionen der Mutter behandelt werden) wird der Psycho- und Familiendynamik meist nicht gerecht.

Belastungen, die den wirkungsvollen Einsatz von verhaltenstherapeutischen Interventionen im Rahmen der Eltern-Kind-Therapie verhindern, können einerseits vermindert werden, andererseits können auch zusätzliche Hilfestellungen eingeführt werden, die es beispielsweise einer depressiven Mutter ermöglichen, ein Token-System konsequenter durchzuführen. Auch das einfachste Token-Programm verlangt den Eltern einiges ab – vor allem, über Wochen und Monate hinweg täglich in konsistenter Weise auf bestimmte Situationen und Verhaltensweisen zu reagieren. Um die Eltern bei der konsequenten Durchführung eines Token-Systems zu unterstützen, können beispielsweise kurze telefonische Rückmeldungen im zweitägigen Abstand eingeführt werden.

5 Vorzeitiger Behandlungsabbruch und Instabilität von Behandlungseffekten

Die Merkmale, die das Risiko zu einem vorzeitigen Behandlungsabbruch bei Eltern-Kind-Interventionen erhöhen, überschneiden sich stark mit jenen Merkmalen, die die Stabilität der Behandlungseffekte bei beendeten Therapien ungünstig beeinflussen: alleinerziehender Elternteil, Depressivität der Mutter, sozial benachteiligte und isolierte Familien, Partnerkonflikte der Eltern (WEBSTER-STRATTON 1990; MILLER u. PRINZ 1990). Gleichzeitig stellen diese Merkmale prognostisch ungünstige Faktoren für die weitere Entwicklung der Symptomatik dar.

Präventivmaßnahmen zur Vermeidung von vorzeitigem Behandlungsabbrüchen sind bislang nicht Gegenstand der Forschung gewesen. Eine erfolgversprechende Prävention setzt nicht nur voraus, daß die Risikogruppen frühzeitig identifiziert werden, sondern verlangt vermutlich ein Überschreiten der Grenzen der ambulanten Eltern-Kind-Therapie. Neben Interventionen zur Verminderung der genannten Belastungen (soweit dies möglich ist) ist auch die Integration von stationären/teilstationären Behandlungsansätzen (DÖPFNER u. SCHMIDT 1993) und eine Behandlung im häuslichen Milieu angezeigt. Bei zeitlich begrenzten stationären/teilstationären Maßnahmen stellt die Generalisierung von Verhaltensänderungen, die im Verlauf der stationären/teilstationären Therapie erzielt wurden, auf das natürliche (familiäre und schulische) Umfeld ein Hauptproblem dar.

Zur Stabilisierung erzielter Effekte sind insbesondere bei den genannten Risikogruppen sogenannte „booster-sessions“, Aufwärm-sitzungen in größeren zeitlichen Abständen indiziert. Insbesondere oppositionell-aggressive Verhaltensauffälligkeiten sind mit einem hohen Chronifizierungsrisiko behaftet. Deshalb ist bei Kindern mit diesen Auffälligkeiten eine langfristige Verlaufskontrolle dringend indiziert (vgl. DÖPFNER u. SCHMIDT 1993).

6 Schlußfolgerungen

In der Verhaltenstherapie wurden in den letzten 30 Jahren ausgesprochen wirkungsvolle Interventionen für Kinder mit hyperkinetischen und oppositionellen Verhaltensstörungen entwickelt. Die Wirksamkeit dieser Maßnahmen wird aber durch Implementierungsprobleme, d. h. durch Schwierigkeiten bei der Durchführung der Interventionen, erheblich beeinträchtigt. Darüber hinaus sind die Interventionen so komplex, daß Mißerfolge bei einzelnen Interventionsschritten eher die Regel als die Ausnahme darstellen. Widerstandsphänomene und Mißerfolge bei einzelnen Interventionsschritten können wertvolle Hinweise darauf sein, daß die Interventionen nicht optimal an das individuelle Bedingungsgefüge angepaßt worden sind. Mit Hilfe einer sorgfältigen Mißerfolgs- und Widerstandsanalyse, die gemeinsam mit den Eltern durchgeführt wird, lassen sich die Probleme zu einem nicht unerheblichen Anteil vermindern.

Summary

Analysis of Failure and Resistance in Behavior Therapy using the Example of Parent-Child-Program for the Treatment of Hyperactive and Oppositional Children

Resistance is a central concept of psychoanalysis, which is also increasingly regarded within behavior therapy. This article distinguishes resistance (an intervention is not accomplished) from failure (an intervention is accomplished but symptoms are not reduced) in behavior therapy. Using the example of a parent-child-program for the treatment of hyperactive and oppositional children potential causes for failure and resistance in behavior therapy are demonstrated and the analysis of failure and resistance is described. The consideration of these problems of implementation are an important prerequisite for the improvement of the efficacy of behavioral interventions.

Literatur

- ACHENBACH, T. M. (1991 a): Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 Profile. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry. – ACHENBACH, T. M. (1991 b): Manual for the Teacher's Report Form and 1991 Profile. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry. – ACHENBACH, T. M. (1991 c): Manual for the Youth Self-Report and 1991 Profile. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry. – ACHENBACH, T. M. (1991 d): Integrative Guide for the 1991 CBCL/4-18, YSR, and TRF Profiles. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry. – ADAM, R. (1976): Probleme der Elternarbeit in der analytischen Kinderpsychotherapie. In: G. BIERMANN (Hrsg.): Handbuch der Kinderpsychotherapie, Ergänzungsband. München: Reinhardt, 111-117. – Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (1993 a): Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (CBCL/4-18). Köln: Arbeitsgemeinschaft Kinder-, Jugendlichen- und Familiendiagnostik (KJFD), c/o Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität zu Köln. – Arbeitsgruppe Deut-

- sche Child Behavior Checklist (1993b): Lehrerfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (TRF). Köln: Arbeitsgemeinschaft Kinder-, Jugendlichen- und Familiendiagnostik (KJFD), c/o Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Köln. – Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (1993c): Fragebogen für Jugendliche (YSR/11-18). Köln: Arbeitsgemeinschaft Kinder-, Jugendlichen- und Familiendiagnostik (KJFD), c/o Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität zu Köln. – BARKLEY, R.A./CUNNINGHAM, C.E. (1980): The parent-child interactions of hyperactive children and their modification by stimulant drugs. In: R. KNIGHTS/D. BAKKER (Eds.): *Treatment of hyperactive and learning disabled children*. Baltimore: Chevesty Park Press, 219-236. – BAUM, C.G./FOREHAND, R. (1981): Longterm follow-up assessment of parent training by use of multiple outcome measures. *Behavior Therapy* 12, 643-652. – BUCHHOLZ, M.B. (1992): Arbeit am Widerstand. Eine qualitative Analyse kommunikativer Codes. *Forum Psychoanalyse* 8, 217-237. – BUNGE, M. (1967): *Scientific research. I: The search for system. II: The search for truth*. New York: Springer. – CASPAR, F.M./GRAW, K. (1981): Widerstand in der Verhaltenstherapie. In: H. PETZOLD (Hrsg.): *Widerstand. Ein strittiges Konzept in der Psychotherapie*. Paderborn: Junfermann, 349-384. – DADDS, M.R./SCHWARTZ, S./SANDERS, M.R. (1987): Marital discord and treatment outcome in behavioral treatment of child conduct disorders. *J. Consult. Clin. Psychol.* 55, 396-403. – DALY, R.M./HOLLAND, C.J./FORREST, P.A./FELLBAUM, G.A. (1985): Temporal generalization of treatment effects over a three-year period for a parent training program: Directive Parental Counseling (DPC). *Canadian Journal of Behavioral Science* 17, 379-388. – DESERNO, H. (1992): Zum Arbeitsbegriff der Psychoanalyse in Theorie und Praxis. *Psyche* 46, 534-553. – DÖPFNER, M. (1993): Interventionen bei extravertierten Auffälligkeiten. In: M. DÖPFNER/M. SCHMIDT (Hrsg.): *Kinderpsychiatrie – Vorschulalter*. München: Quintessenz, 104-119. – DÖPFNER, M. (1995): Hyperkinetische Störungen. In: F. PETERMANN (Hrsg.): *Lehrbuch der klinischen Kinderpsychologie*. Göttingen: Hogrefe, 166-217. – DÖPFNER, M./BERNER, W./FLEISCHMANN, T./SCHMIDT, M.H. (1993): Verhaltensbeurteilungsbogen für Vorschulkinder (VBV). Weinheim: Beltz. – DÖPFNER, M./LEHMKUHL, G. (1994): Entwicklung von diagnostischen Instrumenten für die Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: H. DILLING/E. SCHULTE-MARKWORT/H.J. FREYBERGER (Hrsg.): *Von der ICD9 zur ICD-10: Neue Ansätze der Diagnostik psychischer Störungen in der Psychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie*. Bern: Huber, 251-260. – DÖPFNER, M./LEHMKUHL, G. (1995): Elternteraining bei hyperkinetischen Störungen. In: H. C. STEINHAUSEN (Hrsg.): *Hyperkinetische Störungen im Kindes- und Jugendalter*. Stuttgart: Kohlhammer, 182-212. – DÖPFNER, M./SATTEL, H. (1992): Verhaltenstherapeutische Interventionen bei hyperkinetischen Störungen im Vorschulalter. *Zeitschr. Kinder- und Jugendpsychiat.* 19, 254-262. – DÖPFNER, M./SCHÜRMAN, S./FRÖHLICH, J. (in Vorbereitung): *Problemkinder. Ein Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischen und oppositionellen Verhaltensstörungen*. Weinheim: Psychologie Verlags Union. – DÖPFNER, M./SCHMIDT, M.H. (Hrsg.) (1993): *Kinderpsychiatrie, Vorschulalter*. München: Quintessenz. – EYBERG, S.M./JOHNSON, S.M. (1974): Multiple assessment of behavior modification with families: Effects on contingency contracting and order of treated problems. *J. Consult. Clin. Psychol.* 42, 594-606. – FIRESTONE, P./KELLY, M.J./GOODMAN, J.T./DAVEY, J. (1981): Differential effects of parent training and stimulant medication with hyperactives. *J. Am. Acad. Child Psychiat.* 20, 135-147. – FIRESTONE, P./WITT, J.E. (1982): Characteristics of families completing and prematurely discontinuing a behavioral parent-training program. *J. Pediatr. Psychol.* 7, 209-222. – FLEISCHMAN, M.J./SZYKULA, S.A. (1981): A community setting replication of a social learning treatment for aggressive children. *Behavior Therapy* 12, 115-122. – FREUD, A. (1927): *Einführung in die Technik der Kinderanalyse*. Frankfurt, 1968: Fischer. – FREUD, S. (1910): *Die zukünftigen Chancen der psychoanalytischen Therapie*, G.W. III. Frankfurt, 1969: Fischer, 101-115. – GOLDFRIED, M.R. (1982): Resistance and clinical behavior therapy. In: P.L. WACHTEL (Ed.): *Resistance, Psychodynamic, and behavioral approaches*. New York: Plenum, 95-113. – GREENSON, R.R. (1975): *Technik und Praxis der Psychoanalyse*. Stuttgart: Klett. – GRIEST, D.L./FOREHAND, R./ROGERS, T./BREINER, J.L./FUREY, W./WILLIAMS, C.A. (1982): Effects of Parent Enhancement Therapy on the treatment outcome and generalization of a parent training program. *Behavior Research and Therapy* 20, 429-436. – GRÜNBAUM, A. (1984): *The foundations of psychoanalysis. A philosophical critique*. Berkeley (CA): University of California Press. – KANFER, F.H./REINECKER, H./SCHMELZER, D. (1991): *Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis*. Berlin: Springer. – KAZDIN, A.E. (1990): Premature termination from treatment among children referred for antisocial behavior. *J. Child Psychol. Psychiat.* 31, 415-425. – KAZDIN, A.E. (1991): Aggressive behavior and conduct disorder. In: R. KRATOCHWILL/R.J. MORRIS (Ed.): *The Practice of child therapy*. New York: Pergamon Press, 174-221. – KAZDIN, A.E./MAZURICK, J.L./BASS, D. (1993): Risk for Attrition in Treatment of Antisocial Children and Families. *J. Clin. Child Psychol.* 1, 2-16. – KAZDIN, A.E./MAZURICK, J.L./SIEGEL, T.C. (1994): Treatment Outcome among Children with Externalization Disorder Who Terminate Prematurely versus Those Who Complete Psychotherapy. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 4, 549-557. – KRUTHKE-RÜPPING, M. (1986): Übertragung, Gegenübertragung, Widerstand – Versuch einer Bestandsaufnahme. In: F. MOHR (Hrsg.): *Zur Patienten-Therapeuten-Beziehung*. München: Reinhardt, 9-23. – LAZARUS, A.A./FAY, R.A. (1982): Resistance of rationalization? A cognitive-behavioral perspective. In: P.L. WACHTEL (Ed.): *Resistance, Psychodynamic and behavioral approaches*. New York: Plenum, 115-132. – MAHONEY, M.J. (1985): Psychotherapy and the human change processes. In: M.J. MAHONEY/A. FREEMAN (Eds.): *Cognition and psychotherapy*. New York: Plenum, 3-48. – McMAHON, R.J./WELLS, K.C. (1989): *Conduct Disorders*. In: E.J. MASH/R.A. BARKLEY (Hrsg.): *Treatment of childhood disorders*. New York: Guilford Press, 73-132. – MEICHENBAUM, D./GILMORE, J.B. (1982): Resistance from a cognitive-behavioral perspective. In: P.L. WACHTEL (Ed.): *Resistance, Psychodynamic and behavioral approaches*. New York: Plenum, 133-156. – MENNINGER, K.A./HOLZMAN, P.S. (1977): *Theorie der psychoanalytischen Technik*. Stuttgart: Frommann-Holzboog. – MILLER, G.E./PRINZ, R.J. (1990): Enhancement of social learning family interventions for childhood conduct disorder. *Psychol. Bulletin* 108, 291-307. – MÖLLER, H.J. (1976): *Methodische Grundprobleme der Psychiatrie*. Stuttgart: Kohlhammer. – MÖLLER, H.J. (1978): *Psychoanalyse – erklärende Wissenschaft oder Deutungskunst?* München: Fink. – NUNBERG, H. (1959): *Allgemeine Neurosenlehre auf psychoanalytischer Grundlage*. Bern: Huber. – PATTERSON, G.R. (1982): A social learning approach to family intervention, Vol. 3. *Coercive family processes*. Eugene, Oregon: Castalia. – PATTERSON, G.R. (1974): Intervention for boys with conduct problems: multiple settings, treatment and criteria. *J. Consult. Clin. Psychol.* 42, 471-481. – PATTERSON, G.R./CHAMBERLAIN, P./REID, J.B. (1982): A comparative evaluation of a parent-training program. *Behavior Therapy* 13, 638-650. – PATTERSON, G.R./FLEISCHMAN, M.J. (1979): Maintenance of treatment effects: Some considerations concerning family systems and follow-up data. *Behavior Therapy* 10, 168-185. – PERREZ, M. (1979): *Ist die Psychoanalyse eine Wissenschaft?* (2. Aufl.) Bern:

- Huber. – SANDLER, J./KENNEDY, H./TYSON, R. L. (1982): Kinderanalyse. Gespräch mit Anna Freud. Frankfurt: Fischer. – STRAIN, P. S./STEELE, P./ELLIS, T./TIMM, M. A. (1982): Long-term effects of oppositional child treatment with mothers as therapists and therapist trainers. *Journal of Applied Behavior Analysis* 15, 163–169. – THOMÄ, H./KÄCHELE, H. (1985): Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie. 1. Grundlagen. Berlin: Springer. – THOMÄ, H./KÄCHELE, H. (1988): Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie. 2. Praxis. Berlin: Springer. – WACHTEL, P. (1981): Psychoanalyse und Verhaltenstherapie. Ein Plädoyer für ihre Integration. Stuttgart: Klett. – WAHLER, R. G. (1980): The insular mother: Her problems in parent-child treatment. *J. Appl. Behav. Anal.* 13, 207–219. – WALTER, H. I./GILMORE, S. K. (1973): Placebo versus social learning effects in parent training procedures designed to alter the behavior of aggressive boys. *Behavior Therapy* 6, 356–366. – WEBSTER-STRATTON, C. (1990): Long-term follow-up of families with young conduct problem children: From preschool to grade school. *J. Clin. Child Psychol.* 19, 144–149. – WELLS, K. C./FOREHAND, R./GRIEST, D. L. (1980): Generality of treatment effects from treatment to untreated behaviors resulting from a parent training program. *J. Clin. Child Psychol.* 9, 217–219. – WILTZ, N. A./PATTERSON, G. R. (1974): An evaluation of parent training procedures designed to alter inappropriate aggressive behavior of boys. *Behavior Therapy* 5, 215–221. – WITTMANN, L./WITTMANN, S. (1986): Widerstand als Chance. Zur Rekonzeptualisierung des Widerstandsbegriffs in der Verhaltenstherapie. *Z. klin. Psychol. Psychopathol. Psychother.* 34, 217–233.
- Anschrift der Verfasser: Dr. Manfred Döpfner, Prof. Dr. Gerd Lehmkuhl, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Universität zu Köln, Robert-Koch-Str. 10, 50931 Köln.