

BERICHT  
aus dem  
PSYCHOLOGISCHEN INSTITUT  
DER UNIVERSITÄT HEIDELBERG

Diskussionspapier Nr. 20

Juli 1980

DAS KONZEPT 'PSYCHOTHERAPEUTISCHE STRATEGIE'  
AM BEISPIEL DES PROBLEMLÖSENS

von

A n n e t t e K ä m m e r e r

## INHALT:

- I. Die Notwendigkeit einer Begriffsklärung
- I.1. Erster Schritt zur Überwindung einer therapeutischen Schulendifixierung: Eklektizismusansätze
- I.2. Zweiter Schritt zur Überwindung einer therapeutischen Schulendifixierung: Konzipierung von Interventionsstrategien
- II. Rekonstruierende Explikation der Merkmale eines Strategiebegriffs
- III. Anwendung der Strategiemerkmale auf klinisch-psychologische Problemstellungen: Möglichkeiten, Probleme und paradigmatischer Ansatz
- III.1. Das Strategiekonzept als Mittel zur Komparation/Integration von Therapieschulen
- III.2. Rekonstruktion unter Strategieaspekten als Verbesserung von Therapieansätzen
- III.2.1 Unterschiede zwischen denkpsychologischen und therapeutischen Problemlöseansätzen
- III.3. Konsequenz: Fragen an die Rekonstruktion des Problemlösens als therapeutische Strategie
- IV. Anwendungsorientierte Überprüfung der Metamerkmale des Strategiebegriffs: Die therapeutische Strategie 'Problemlösen'
- IV.1. Kognitionspsychologische Grundlegung des Problemlösens als Therapieverfahren
- IV.2. Diskussion der Problemlösekonzeption(en) unter dem Aspekt der Merkmale einer therapeutischen Strategie
- V. Konsequenzen: Bestimmungsstücke einer *therapeutischen Strategie* und Verbesserungsvorschläge für Problemlösekonzeptionen
- V.1. Diskussion und Festlegung der Metamerkmale für das Konzept einer *therapeutischen Strategie*
- V.2. Verbesserung des therapeutischen Problemlösens in Anlehnung an die Erfordernisse einer *therapeutischen Strategie*
- VI. Zusammenfassung und Ausblick

## I. DIE NOTWENDIGKEIT EINER BEGRIFFSKLÄRUNG

Die Entwicklung psychologischer Therapietheorien und das mit ihnen verbundene praktische Handeln war und ist an inhaltlichen Konzeptionen orientiert, die - unter dem Signum 'Therapieschulen' - die unterschiedliche Sichtweise von Psychotherapie dokumentieren (PONGRATZ 1977). Der Vorteil derartiger 'schulorientierter' Ansätze lag anfänglich sicher in der damit verbundenen Möglichkeit, psychische Beeinträchtigungen aus sehr verschiedenen Perspektiven zu beschreiben, zu erklären und zu behandeln. Diese Unterschiedlichkeit der Therapieschulen führte jedoch zu einem mehr oder weniger dezidierten Alleinvertretungsanspruch und - als Folge - zu einer Abschottung jeder einzelnen, was dem hochkomplexen Gegenstandsbereich "abweichendes Verhalten" kaum noch gerecht wurde; zumal diese traditionellen Psychotherapiekonzepte durch ihre Globalität in der konkreten Umsetzung wenig hilfreich waren, da es nicht gelang, sie auf die zunehmend differenzierten Aufgaben praktischen Therapierens abzustimmen (BROMME 1978).

Zu diesem praktischen Ungenügen kam erschwerend ein theoretisches hinzu: Eingeführte Theorien im Bereich der Klinischen Psychologie erwiesen sich als unzureichend (vgl. die sog. "Kognitive Wende", zuseh. MAHONEY 1974) bzw. ihre Kernannahmen waren mit der Realität wissenschaftlichen Handelns nicht mehr kompatibel (vgl. den sog. "Paradigmawechsel", zuseh. GROEBEN&SCHEELE 1977).

Die Folge einer solchen praktischen wie theoretischen Insuffizienz zeigte sich auf zwei Ebenen: Hinsichtlich der therapeutischen Praxis entwickelten sich immer neue Therapieverfahren, die versuchten, den differenzierten Bedürfnissen nach therapeutischer Hilfestellung unter rein pragmatischen Gesichtspunkten gerecht zu werden. Sie distanzieren sich weitgehend von wissenschaftlichen Regeln, traten mit mehr oder weniger exotischem Impetus auf und 'bereicherten' das psychotherapeutische Angebot (vgl. STROTZKA 1978). Die andere Folge der erwähnten Insuffizienz war der Versuch ihrer konstruktiven Überwindung und äußerte sich in dem wissenschaftlichen Anspruch nach fundierterer Grundlagenforschung im Bereich der Klinischen Psychologie und Psychotherapie (QUEKELBERGHE 1979) und einer stringenteren empirischen Überprüfung der Wirksamkeit ihrer Vorgehensweisen.

Der Versuch einer Integration von praktisch-pragmatischen Interessen *und* empirischen Überprüfungsansprüchen wurde zuerst von Autoren unternommen, die ein eklektizistisches Vorgehen in der Therapie propagierten.

### I.1. ERSTER SCHRITT ZUR ÜBERWINDUNG EINER THERAPEUTISCHEN SCHULENFIXIERUNG:

#### EKLEKTIZISMUSANSÄTZE

A.A. LAZARUS (1971, dtsh 1978; 1976) zählt zu den vehementesten Vertretern eines eklektizistischen Ansatzes. Für ihn kommt es vor allem darauf an, die psychothera-

peutischen Techniken von den Theorien zu trennen, da es nicht die Theorien, sondern die Techniken sind, die auf ein zu therapierendes Individuum wirken. Von daher ist für ihn brauchbar, was wirksam ist: "Wenn wir die Psychotherapeuten dazu überreden könnten, das was sie tun, von dem zu trennen, weshalb es ihrer Meinung nach funktioniert, würde das zu Fortschritten führen" (1978,33). Die empirisch erwiesene Nützlichkeit von therapeutischen Vorgehensweisen wird somit zum zentralen Auswahlkriterium hinsichtlich einer Vielzahl von Handlungsalternativen. Von einem, dem technischen Eklektizismus nahestehenden Therapeuten verlangt LAZARUS demgemäß ein kreatives und bewegliches Umgehen mit den verschiedensten Klienten und deren unterschiedlichen Problemen: "Wie schon erwähnt, sind in diesem Rahmen Flexibilität und Vielseitigkeit der Schlüssel zu einer effizienten und erfolgreichen therapeutischen Interaktion" (1978,39).<sup>1)</sup>

Diesem Ansatz nahe stehen GOLDSTEIN&STEIN (1976), die die Idee individualisierter Therapiepläne verfolgen, die nicht durch theoretische Überlegungen blockiert sein sollen, sondern problem- und zielgerichtet das jeweilige Anliegen eines Klienten aufs Korn nehmen: "...our field (= Psychotherapie, A.K.) is in need of precision rifles, not therapeutic shotguns" (1976, 6). Die Rechtfertigung eines solchen individualisierten, eklektizistischen Vorgehens sehen sie in einer Analyse sog. nicht-spezifischer psychotherapeutischer Wirkfaktoren, die bisher - eben unter der Verblendung einseitig theoriegeleiteter empirischer Überprüfung - innerhalb psychotherapeutischer Forschung kaum Beachtung gefunden haben, obwohl davon auszugehen sei, daß dies genau jene Faktoren sind, die von allen Therapeuten angewandt würden und damit zu einer integrativen Erhellung wesentlich beitragen könnten.

Diese Integrationsfunktion beurteilt QUEKELBERGHE (1979) in seiner Auseinandersetzung mit dem klinisch-psychologischen Eklektizismus skeptischer. Seine Kritik richtet sich vor allem gegen die fehlenden Bemühungen, den eklektischen Einsatz von Techniken i.S. einer integrativen Therapietheorie nutzbar zu machen. Nach seiner Meinung bleiben die gegenwärtigen Eklektizismusansätze solange im Vorfeld einer systematischen Integration, als kein Bezugssystem angegeben werden kann, das Regeln für die Kombination von Verfahren enthält.

Innerhalb der psychotherapeutischen Praxis besteht offensichtlich - dies zeigt die doch recht intensive Diskussion um eklektisches Vorgehen - die Notwendigkeit, in Problemsituationen, frei von theoretischen Zwängen, verschiedene therapeutische Vorgehensweisen einzusetzen. Diese Verwendung von Techniken geschieht zumeist intuitiv ("Different strokes for different folks", GARFIELD&KURTZ 1977, 80), eine Rechtfertigung erfolgt bestenfalls auf der Ebene moralisch-ethischer Aussagen, wobei die Einzigartigkeit des Klienten und seiner Probleme als Ansatzpunkt gewählt wird.

Gleichzeitig wird die Frage nach empirischer Evidenz der verwendeten Verfahren betont (s.o. LAZARUS 1978; GOLDSTEIN&STEIN 1976), da dadurch erst die Begründung für eine Ablehnung theoretischer Fixationen geliefert werden kann. Eine solche Empirie könnte allerdings nur dazu beitragen, die Intuition hinsichtlich des Einsatzes von Techniken empirisch anzureichern; das von QUEKELBERGHE (s.o.) erwähnte Fehlen expliziter Regeln zur Kombination/Indikation verschiedener Verfahren bleibt dadurch unangetastet. Außerdem ist auch die Forderung nach Effizienzüberprüfung kaum durchführbar, solan-

<sup>1)</sup> Ähnlich bekannt sind die Überlegungen von LONDON (1972), die sich aber so gut wie gar nicht von denen LAZARUS' unterscheiden, weshalb hier auf eine detaillierte Betrachtung verzichtet wird.

ge es kein theoretisches Bezugssystem gibt, aus dem heraus einheitliche, zu überprüfende Hypothesen generiert werden können. QUEKELBERGHE (1979) schlägt hierzu eine komparative Psychotherapieforschung vor, die als Hintergrund eine allgemeine kognitiv-psychologische Grundlegung der Psychotherapie besitzt. Meines Erachtens kann dies jedoch nur ein Schritt innerhalb einer konstruktiv-kritischen Aufarbeitung eklektischer Ansätze sein. Eine notwendige Ergänzung besteht in der Herausarbeitung von Kriterien, die einen Vergleich der einzelnen psychotherapeutischen Verfahren - und dadurch Möglichkeiten einer Kombination - überhaupt erst gestatten.

Diese kritischen Einwände hinsichtlich überhöhter Erwartungen an einen empirischen Evidenznachweis psychotherapeutischer Techniken zeigen deutlich den größten Nachteil eines eklektizistischen Vorgehens: Die - positive - Überwindung schulorien- tierter, theoretischer Starrheit steht in der praktischen Umsetzung immer in der Gefahr, zu einem nach den Gesetzen des 'Versuch und Irrtum' geleiteten 'Probieren' zu werden.

#### Exkurs: Merkmalsdimensionen von 'Probieren'

KAMINSKI (1970, 339ff) führt aus, daß 'Probieren' relativ rasch aus der Phase der kognitiven Vorkalkulation in die des praktischen Handelns übergeht. Das beinhaltet, daß dem 'Probieren' zumeist nicht vollständig durchdachte Lösungshypothesen zugrunde liegen, die in einer unmittelbar folgenden, durch intuitives Handeln gekennzeichneten, praktischen Phase der Überprüfung unterzogen werden und damit neue Informationen zur Lösungsgenerierung bereitgestellt werden. KAMINSKI orientiert sich hierbei an der TOTE-Einheit von MILLER/GALANTER/PRIBRAM (1960, dt. 1973) und wählt als Beispiel für 'Probieren' das auch von diesen Autoren verwendete Bild des Einschlagens eines Nagels in die Wand.

Aus dieser Möglichkeit einer raschen Aufeinanderfolge von Testphase und Handlungsphase ergibt sich ein strukturelles Merkmal von 'Probieren': die flexible Binnenstruktur, d.h. die Regeln der Herangehensweise an eine Problemstellung sind nicht festgelegt. Zentrales Prüf- und Änderungskriterium für diese Regeln ist das Erreichen/Nichterreichen eines Zielzustandes.

In diesem Sinne kann 'Probieren' auch unbewusst ablaufen, d.h. ein betreffendes Individuum kann etwas 'probieren', ohne eine Bewusstheit über diese Handlung als solche zu haben. Dementsprechend ist 'Probieren' weitgehend von eher zufälligen Ereignissen abhängig und im Falle des erfolgreichen Abschlusses von 'Probieren', d.h. mit Erreichen des Handlungszieles, stellt sich die Frage nach den Determinanten des Erfolgs. Diese letztgenannten Aspekte stellen zwei weitere Merkmalsdimensionen von 'Probieren' dar: Zum einen die Möglichkeit der Identifikation des Handelns als 'Probieren' auch nach dem Vollzug der Handlung, und zum anderen das eher ungeplante, zufällige Erreichen des Erfolgskriteriums, das erst im Nachhinein durch eine Rekonstruktion des Handlungsvollzugs die entscheidenden Bedingungen für den Erfolg ausmachen kann.

Da ein technisch-eklektizistisches Vorgehen an dem Motto orientiert ist: "My basic strategy is to use whatever method makes sense and which works" (GARFIELD&KURTZ 1977, 81), scheint der Vorwurf des Probierens - unter Verwendung der herausgearbeiteten Merkmalsdimensionen - gerechtfertigt. Eklektizistische Therapeuten handeln in Abhängigkeit von den je spezifischen Bedingungen der konkreten Bedürfnissituation, es fehlen geeignete Störungskonzepte und daraus ableitbare Prognosevariablen für den Therapieerfolg. Insofern ist die 'Flexibilität der Binnenstruktur' als Kennzeichnungskriterium sinnvoll und angemessen.

Unter der Perspektive einer Überwindung von Schulenfixierung im Bereich der Psychotherapie entwickelte sich eine andere Forschungsrichtung, die versuchte, die Nachteile des Eklektizismusansatzes zu vermeiden, indem sie die von den einzelnen Therapieschulen konzipierten therapeutischen Techniken unter einem Strategiebegriff subsummierte.

## I.2. ZWEITER SCHRITT ZUR ÜBERWINDUNG EINER THERAPEUTISCHEN SCHULENFIXIERUNG: KONZIPIERUNG VON INTERVENTIONSSTRATEGIEN

Das Ziel eines solchen Ansatzes ist die Herausarbeitung und Beschreibung inhaltlich vergleichbarer Merkmale therapeutischen Tuns, um auf dem Weg einer prozessualen Analyse der psychotherapeutischen Interaktion, allen Therapeuten gemeinsame Vorgehensweisen ausfindig zu machen.

In einem solchen Sinn verwendet BASTINE (1978) den Strategiebegriff und definiert: "Die systematische Kombination von psychotherapeutischen Methoden unter komplexen Zielaspekten werden hier als psychotherapeutische Strategien bezeichnet" (61). Interventionsstrategien sind demgemäß übergreifende Vorgehensweisen, die in kleinere Interventionstechniken aufteilbar sind. Diese Techniken sind zur Erreichung von Teilzielen geplant einzusetzen. Sechs Strategien werden beschrieben: 1. Selbstaktivieren, 2. Konkretisieren/Vereinfachen, 3. Stabilisieren, 4. Attribuieren, 5. Konfrontieren und 6. Amplifizieren. Ungelöst bleibt das Problem der Indikation einzelner Strategien. Dennoch geht seine Beschreibung über einen oben skizzierten Eklektizismus hinaus, insofern zumindest der Versuch unternommen wird, für die verschiedenen therapeutischen Handlungsmöglichkeiten ein einheitliches Beschreibungsraster zu finden. 1)

KANFER (1979) versucht, mithilfe der Verwendung von Strategien, die Generalisierungsproblematik der Verhaltensmodifikation zu lösen. Nach seiner Auffassung hat die Hinwendung zu kognitiven Prozessen dazu geführt, therapeutisches Handeln in zunehmendem Maße so zu verstehen, daß Strategien oder Verhaltensregeln vermittelt werden, die in unterschiedlichsten Situationen anwendbar sind. Etwas abweichend von dieser Verwendung des Strategiebegriffs charakterisiert er dann vier grundlegende Strategien der Verhaltensänderung: 1. Interaktionelle Therapie, 2. Anspornende Therapie, 3. Replizierende Therapie und 4. Intervenierende Therapie (188-190). Wenngleich - so seine Auffassung - jede dieser Therapiestrategien einen relativ unterschiedlichen theoretischen Bezugsrahmen hat, sei eine Kombination in zunehmendem Maße an der Tagesordnung therapeutischer Praxis. Als gemeinsamen Nenner der verschiedenen Strategien - und damit als wesentliche positive Kraft der Generalisierung - sieht er die aktive Teilnahme des Klienten, seine Möglichkeit zu (kognitiver) Kontrolle der Therapiesituation an. Sein Aufriß der gesamten therapeutischen Situation ähnelt sehr stark den von BASTINE (1978) formulierten Konzepten der Zielfindung, Zielvereinbarung und Zielumsetzung.

BECK (1976) sieht in der Vielzahl kognitiver Techniken, die mittlerweile zur thera-

<sup>1)</sup> Ein ähnlicher Versuch wird von PROCHASKA (1979) unternommen: Er unterscheidet zwischen fünf grundlegenden Änderungsprozessen: Erhöhung der Sensibilität des Klienten, Katharsis, Wahl-/Kontrollmöglichkeiten, Stimuluskontrolle und Kontingenzkontrolle. Er versucht, die unterschiedliche Ausprägung dieser Basisprozesse in verschiedenen Therapiemethoden ausfindig zu machen, um zu einem theoretischen Eklektizismus zu gelangen. Diesen Anspruch kann er m.E. allerdings nicht einlösen.

peutischen Verfügung stehen, die Gefahr, daß die Behandlung nach dem 'Versuch- und-Irrtum-Prinzip' geraten kann. Dem vorbeugend, müsse für jeden Fall eine Gesamtstrategie entworfen werden. Diese umreißt er (heuristisch) so, daß der Therapeut die Problembereiche des Klienten genau erfassen muß, Informationslücken füllen sollte, Beziehungen zwischen den verschiedenen Daten herzustellen seien und Generalisierungen anzustreben sind.

Alle dargestellten Vertreter eines Strategieansatzes im Rahmen psychotherapeutischen Handelns betonen die Notwendigkeit einer Orientierung am Problem des Klienten und negieren das Verharren innerhalb orthodoxer Anforderungen von Therapieschulen, das allzu rasch dazu tendiert, therapeutisches Vorgehen lediglich an der Realisierung bestimmter therapieschulenimmanenter Interventionen zu beurteilen.

Dennoch bleiben einige Problemstellungen offen: so fehlen Aussagen, die die beschriebenen Handlungsweisen als Strategien ausweisen. Auch die von BASTINE angeführte Definition (s.o.) hilft nicht weiter, da deren Bestimmungsstücke selbst zu unklar sind, um wirkliche Aufklärung zu bringen.

Aus dieser ungenügenden Definition ergibt sich eine weitere - von BASTINE bereits selbstkritisch aufgeführte - Einschränkung des Ansatzes: die unterschiedliche Komplexität der einzelnen Interventionsstrategien. Diese wirklich zu klären erfordert Empirie, die - ähnlich wie bei den Eklektizismusansätzen - schwierig wird, wenn der hypothesenliefernde und interpretationsstützende Bezugsrahmen fehlt.

Wenngleich durch eine prozessuale Analyse des konkreten Handelns von Psychotherapeuten eine integrationsfördernde Überwindung eklektizistischer Ansätze geleistet werden konnte, bleibt das Problem vereinheitlichender Überlegungen zur Explikation von Merkmalen des Strategiebegriffs. Die Aufarbeitung solcher Merkmale wäre allerdings auf zwei Ebenen relevant: Zum einen würde das Begriffsinventar vereinheitlicht und der (notwendige) formale Rahmen geschaffen, der die definitorischen Bedingungen zur Verwendung des Begriffs innerhalb der Psychotherapie klärt und dadurch - und das wäre die zweite Ebene - erst eine sinnvolle Voraussetzung zu inhaltlichen Überlegungen herstellt.

Aus dieser Relevanzbestimmung ergibt sich als Ziel eine umfassende und brauchbare Konzeptualisierung des Begriffs der 'therapeutischen Strategie', die die nachgewiesenerweise relevanten Merkmalsdimensionen expliziert und präzisiert. Dabei erscheint es sinnvoll und notwendig, auch jene Überlegungen zum Strategiebegriff heranzuziehen, die - eher außerhalb der engeren Psychotherapieforschung - in anderen Teildisziplinen der Psychologie angestellt worden sind.

## II. REKONSTRUIERENDE EXPLIKATION DER MERKMALE EINES STRATEGIEBEGRIFFS

Die wohl umfassendste Operationalisierung des Strategiebegriffs wurde im Bereich jener Theorieansätze geleistet, die menschliches Verhalten in Analogie zu Informationsverarbeitungsprozessen bzw. Problemlöseprozessen sehen.

Zur Vermeidung von Redundanz werden in dieser Arbeit beispielhaft Ansätze behandelt, die einerseits grundlegende Merkmale des Strategiebegriffs skizzieren und andererseits durch ihre Nähe zu psychologischen Problemstellungen für eine Aufarbeitung des Strategiekonzepts unter psychotherapeutischen Gesichtspunkten brauchbar erscheinen. Beiden Anforderungen genügen m.E. die Überlegungen von MILLER/GALANTER/PRIBRAM (1960; 1973) zur Rekonstruktion menschlichen Verhaltens unter der Perspektive einer sog. "TOTE-Einheit", die Ansätze von 'Informatiktheorien' (bsp. DÖRNER 1974, 1976), sowie Konzeptualisierungen aus dem Bereich der Denkpsychologie (bsp.h. SEIDEL 1976; OERTER 1972). Als grundlegend erachte ich auch die Überlegungen KAMINSKI (1970) zum Strategiebegriff; auf sie werde ich zurückgreifen, insofern dadurch eine Ergänzung der anderen Modelle geleistet werden kann. Hierbei werde ich - entsprechend der Fragestellung - vor allem auf die übereinstimmenden, strukturellen Aspekte der einzelnen Ansätze eingehen, nicht auf die inhaltlichen Unterschiede (z.B. der untersuchten Problemkategorien etc.).

Ausgehend von einer axiomatisch festgelegten, hierarchischen Struktur des menschlichen Verhaltens konstruieren MILLER/GALANTER/PRIBRAM ein Begriffssystem, das - neben anderen - den der 'Verhaltensstrategie' explizit enthält. In Anlehnung an TOLMANS (1948) Terminologie sind damit die molaren Elemente innerhalb der Verhaltensorganisation gemeint, während die molekularen mit dem Begriff 'Verhaltenstaktik' belegt werden (26). Zentral ist bei dieser Unterscheidung die hierarchische Organisation, die die (selbstgesetzte) Forderung der Autoren impliziert, Verhalten auf allen Ebenen zu beschreiben, um nicht der - wesentlichen - strukturellen Eigenschaften verlustig zu gehen.

Wichtig sind weiterhin noch die Begriffe "Plan", "Bild" und die sog. "TOTE-Einheit". Der Plan umfasst im Sinne der Autoren "eine Hierarchie von Instruktionen" (25); er kann beobachtbar sein oder intrapsychisch ablaufen.

Das Bild besteht demgegenüber aus dem, was ein Mensch über sich selbst und seine Umwelt weiß. Insofern wirken Plan und Bild in komplexer Weise ineinander, determinieren sich gegenseitig, sei es in ergänzender, widersprechender oder sonstwie im menschlichen Verhalten möglicher Form. Um vor dieser Komplexität nicht zu kapitulieren, führen MILLER/GALANTER/PRIBRAM die "TOTE-Einheit" ein, die das ordnende Schema liefert, das auf allen hierarchischen Ebenen des Verhaltens eingesetzt werden kann.

Verhaltensstrategien sind vor allem im Zusammenhang mit Plänen relevant. Strategische Teile von Plänen sind umfassender als die dazugehörigen Taktiken. Die Autoren betonen, daß das Planen gekennzeichnet sei durch das Aufstellen einer Reihe von Prüfkriterien (43f/63f). Entsprechend der sowohl horizontalen wie vertikalen Verwendung der TOTE-Einheit gehen sie (bei der Bearbeitung der Frage, wie Werte, Vorsätze etc. in der Ausführung von Plänen zusammenwirken) davon aus, daß bei der vertikalen Verwendung die Prüfphasen eher die strategischen Teile eines Plans darstellen, "da sie mit übergeordneten Bewertungsmaßstäben verbunden sind" (63). In diesem Fall beinhaltet das strategische Moment die Determination von Plänen durch Normen etc. Selbstverständlich sind die strategischen Aspekte aber auch bei der horizontalen Verwendung des TOTE-Schemas möglich.

Auch KAMINSKI (1970) verwendet eine Unterscheidung zwischen Strategien und Taktiken in einem ähnlichen Sinn: Strategisches Handeln hat für ihn die Bedeutung, eine übergeordnete Fragestellung zu determinieren, während der taktische Aspekt in der Konkretion derselben besteht (254, 280, 359ff).

Im Zusammenhang mit strategischer Planung weist er auf die Bedeutung von Zielsetzungen hin; er betont die Wichtigkeit/Notwendigkeit der Hierarchisierung von Zielen und der Beachtung von Hindernissen bzw. unerwünschten Nebenfolgen.

Hauptproblem beim Übergang von strategischer zu taktischer Planung ist die Notwendigkeit der Wahl und der Gestaltung von Beeinflussungsmaßnahmen auf der taktischen Ebene (vgl. 578ff).

Hinsichtlich der hier thematischen Fragestellung, Merkmale des Strategiebegriffs herauszuarbeiten, sind an dem Ansatz von MILLER/GALANTER/PRIBRAM bzw. KAMINSKI drei Aspekte von grundlegender Bedeutung:

1. Strategisches Handeln kann auf unterschiedlichen Hierarchisierungsebenen ablaufen; 2. Es ist flexibel und 3. Es ist situations- und zeitvariant.

Ad 1: Menschliches Verhalten, das mit dem Attribut 'strategisch' versehen wird, kann hierarchisch gegliedert werden (Strukturierungshilfe ist die TOTE-Einheit). Durch diese Möglichkeit erhält die Zielorientierung eine besondere Bedeutung als steuerndes Merkmal: Zielsetzungen können zum Kriterium für eine Veränderung von hierarchischen Sequenzen werden. Dies stellt eine entscheidende Überwindung einer bloßen Regularitätsperspektive von Verhalten dar, innerhalb derer das Zielkriterium als feste Größe eingebaut ist und lediglich die Mittel zur Erreichung dieses Zielkriteriums variabel eingesetzt werden.

Ad 2: Durch diese Hierarchisierung weist strategisches Handeln eine hohe Flexibilität hinsichtlich der Generalität von Zielen auf (sowohl sehr abstrakte als auch konkrete Ziele können behandelt werden). Das bedeutet, daß sich die Möglichkeit einer flexiblen Aufteilung in konkrete und übergreifende Verhaltenseinheiten ergibt.

Ad 3: Aus den Punkten 1 und 2 ergibt sich fast zwangsläufig als Konsequenz, daß strategisches Handeln situations- und zeitübergreifend ist. Hierarchisierung und Flexibilität des Generalisierungsgrades sind als kennzeichnende Merkmale von Strategie nur dann sinnvoll, wenn sie - im Sinne der Vorordnung - unabhängig von situationalen und zeitlichen Beschränkungen ablaufen können.

#### Exkurs: Merkmale vs. Metamerkmale

Spätestens an dieser Stelle wird deutlich, daß es notwendig ist, einige terminologische Klärungen einzuführen. Es erscheint sinnvoll und notwendig, die hier zu definierenden Bestimmungsstücke von Strategien als 'Metamerkmale' zu klassifizieren, da sie allen Strategien gemeinsame Aspekte darstellen sollen und dadurch eine über die konkreten Strategieinhalte hinausgehende Funktion erhalten. Der Begriff 'Metamerkmale' bzw. 'Metavariablen' wurde von TREIBER (1979) im Zusammenhang mit pädagogisch-psychologischen Problemstellungen ausführlich erörtert. Ausgehend von den wachsenden Komplexitätsgraden solcher Fragestellungen, was sich insbesondere an der Schwierigkeit inhaltlicher Rekonstruktionen des Zusammenhangs von Schulklassenunterricht und des in ihm erreichten/erreichbaren kognitiven Leistungsniveaus zeigen läßt, schlägt er die Einführung von Metavariablen vor. Diese beschreiben, "...WIE verfügbare Instrumente und Instrumentaleinheiten in vielfach intransparenten, eigendynamischen und vernetzten Unterrichtssituationen eingesetzt und gehandhabt werden" (129).

In einem vergleichbaren Sinn soll der Begriff 'Metamerkmale' auch hier verwendet werden: zur Deskription von übergeordneten Aspekten psychotherapeutischer Strategien, die letztlich der Anwendungs- und Effektoptimierung einzelner inhaltlicher

Strategieansätze dienen. Demgemäß bleibt die Benennung der Merkmale von Strategien für inhaltliche Charakterisierungen des konkreten strategisch-therapeutischen Handelns vorbehalten.

Entsprechend dieser terminologischen Regelung sind die vorher erwähnten Strategieaspekte des Ansatzes von MILLER/GALANTER/PRIBRAM als Metamerkmale bzw. Metavariablen aufzufassen und ermöglichen dadurch eine Ergänzung des Punktes 3:

Die situations- und zeitunabhängige Invarianz der Struktur einer Strategie, wie sie in den Metamerkmale zum Ausdruck kommt ist die Grundlage für den Vergleich einzelner Strategien (z.B. hinsichtlich des Komplexitätsgrades) und die Voraussetzung für ein variables und problemzentriertes Einsetzen der betreffenden Strategie(n) auf der Objektebene des konkreten (therapeutischen) Handelns.

DÖRNER (1976) benutzt den Strategiebegriff nicht direkt. Dennoch erscheint es mir nutzbringend, seine Analyse von Denkprozessen unter informationstheoretischer Perspektive hinsichtlich solcher Aussagen zu prüfen, die, in Anlehnung an die Ausführungen von MILLER/GALANTER/PRIBRAM, zu weiteren Bestimmungsstücken von Strategien führen könnten.

Ähnlich wie MILLER/GALANTER/PRIBRAM sieht er die Organisation des Denkens als eine regelhafte, vielschichtige an. Nach seiner Auffassung besteht der Denkvorgang (und das ist für ihn die "heuristische Struktur") aus einer Abfolge unterschiedlicher Prozesse. Solche können z.B. Veränderungsprozesse, Prüfprozesse oder auch Zielexplikationen sein. Dabei sind diese Teilprozesse nicht willkürlich aneinandergereiht, sondern es ist wahrscheinlich, daß auf einen Veränderungsprozeß ein Prüfprozeß folgt (39ff).

Wichtig hinsichtlich der Explikation eines Strategiebegriffs ist die Unterscheidung zwischen Operator und Operation. Ersteres ist ein allgemeines Handlungsprogramm, während letzteres die konkrete Realisierung desselben bedeutet. DÖRNER ordnet den Operatoren bestimmte Eigenschaften zu, die beim Handeln jeweils in Rechnung gestellt werden. Dies sind: Wirkungsbreite, Reversibilität, Größe des Anwendungsbereichs, Wirkungssicherheit und materielle und zeitliche 'Kosten' des Operators (21).

Obwohl DÖRNER den Strategiebegriff nicht explizit verwendet, können vor allem seine Beschreibungen von Operatoreigenschaften hinsichtlich einer Klärung definitiver Metamerkmale von Strategie verwendet werden. Insbesondere der Aspekt der Reversibilität, d.h. der Möglichkeit, die Effekte eines Operators immer wieder ohne materielle und/oder zeitliche Kosten aufheben zu können, erweitert den durch MILLER/GALANTER/PRIBRAM als bedeutsam herausgearbeiteten Flexibilitätsanspruch. Zieht man entscheidungstheoretische Termini zur bildlichen Verdeutlichung heran, so kann man sagen, daß bei diesen Autoren die Flexibilität im Sinne des dadurch entstehenden 'Nutzens' rekonstruiert wurde, indem die durch die Flexibilität entstehenden Vorteile präzisiert wurden. Bei DÖRNER kommt mit dem Aspekt der Reversibilität so etwas wie eine 'Kostenkalkulation' hinzu. Diese führt in das Konzept der Strategie die Forderung nach geringen 'Kosten', d.h. einer Minimalisierung bzw. Ausschaltung von negativen Konsequenzen bei der Veränderung und/oder Aufhebung einer Strategie ein.

SEIDEL (1976) versucht, zu Beginn seiner Überlegungen einen historischen Abriss über die Entwicklung der Theorie des Problemlösens zu geben. Dabei arbeitet er m.E.

hervorragend die zentralen Unterschiede der älteren Ansätze (bspw. Würzburger Schule, Gestaltpsychologie) zu den neueren Ansätzen (bspw. NEWELL&SIMON 1972; KLIX 1971) heraus und kommt schließlich zu dem Ergebnis: "Im Mittelpunkt der neueren TPL (=Theorie des Problemlösens, A.K.) steht das Konzept der Strategie: die Lösung eines Problems wird dadurch erreicht, daß der Problemlöser eine bestimmte Strategie des Vorgehens besitzt. Diese Strategie ist wesentlich eine *Suchstrategie* (Hervorh. A.K.); denn das Problem stellt sich dar als eine zwar geordnete aber riesengroße Menge von möglichen Lösungen oder Lösungswegen" (143). Im Weiteren arbeitet er die Merkmale dieses Suchprozesses auf und betont dabei, daß das wesentliche Moment in der Fixierung des Ziels liegt: "Die Endlichkeit in der Definition des Problems unterstreicht einen Charakter des Problembegriffs der modernen TPL, nämlich den Charakter der Abgeschlossenheit. In einem gewissen Sinn ist der Problemlöseprozeß abgeschlossen, wenn das Ziel fixiert ist" (143). Diese Fixierung des Ziels muß Anforderungen genügen, die im Rahmen unserer Untersuchung von Bedeutung sind: In dem Moment, wo es sich nicht mehr um ausschließlich subjektive Zielsetzungen handelt (bspw. in der Wissenschaft und, innerhalb dieser, im therapeutischen Prozeß), ist ein Ziel dann fixiert, wenn überprüfbar ist, ob jede der vorgeschlagenen Lösungen tatsächlich eine Lösung ist. Das heißt nichts anderes, als daß der Zustand der Zielerreichung als ein solcher intersubjektiv feststellbar sein sollte (127/128).

In der Kritik an den sehr exakt definierten Problemstellungen ("well-defined" sensu NEWELL&SIMON 1972, 73) der neueren TPL erarbeitet SEIDEL, daß durch die Festlegung des Zielzustandes bei solchen Problemstellungen auch die Auswahl der Mittel beschränkt ist und das problemlösende Individuum nicht mehr mit der *Schaffung* von Mitteln, sondern nur noch mit der *Auswahl der adäquaten* beschäftigt sei. Dadurch wird die Endlichkeit des Problemraums evident, der - vor dem erkenntnistheoretischen Hintergrund des Autors - den Menschen letztlich am begreifenden Erkennen hindert (vgl. 156ff). 1)

OERTER (1972) kommt bei der Aufarbeitung klassischer Experimente zur Erkundung von Denkstrategien ("Turm von Hanoi") zu der Feststellung, daß sich der Strategiebegriff immer dann anwenden läßt, "wenn das Problem so beschaffen ist, daß jeder einzelne Schritt in einer äußerlich sichtbaren Entscheidung oder Aktion verfolgt werden kann" (220). Demgemäß sieht er Denkstrategien als Verhaltenspläne während des Problemlösens an, die sich besonders an Aufgaben beobachten lassen, die eine Transformation von Denkschritten in Handlungsschritte erfordert (244). Ähnlich wie SEIDEL betont auch er den prospektiven Aspekt von Strategien: "Strategien können oft als Kette von Hypothesen aufgefasst werden, die man aufstellt und hinterher überprüft. In jedem Fall aber nehmen Strategien die Zukunft vorweg oder sie planen in die Zukunft hinein" (35).

Während bei MILLER/GALANTER/PRIBRAM als ein wichtiger Bestandteil strategischen Handelns die Hierarchisierung, sowie die Flexibilität von Zielen herausgearbeitet wurde, was dann durch die Arbeiten DÖRNERs um den Aspekt der Reversibilität erweitert wurde, betonen SEIDEL und - annäherungsweise - auch OERTER den Aspekt des

1) Diese Endlichkeit des Problemraums (und damit auch des Suchraums) ist für SEIDEL eine Beschränkung der gegenwärtigen TPL innerhalb der Denkpsychologie, da durch die damit verbundene vorwegnehmende Festlegung der Ziele und der zugelassenen/zuzulassenden Mittel die historische Dimension der Eingebundenheit des Problemlöseprozesses in die wirkliche und konkrete Lebenstätigkeit des Individuums wegdefiniert wird. M.E. ist diese negative Sichtweise jedoch innerhalb einer therapeutischen Perspektive strategischen Handelns eher ein Vorteil: in der psychotherapeutischen Praxis erweist es sich als nahezu lebensnotwendig, den Suchraum für mögliche Lösungen zu konkretisieren, auf das Machbare zu beschränken, die anzugehenden Ziele eindeutig zu formulieren und festzulegen.

Suchens als Metavariablen von Strategie. Dieser Suchaspekt beinhaltet, daß das strategische Handeln realitätsadäquat und zielfindend im Sinne einer anzustrebenden Lösung sein sollte. Eine so verstandene Intentionalität überwindet das nach den Regeln von 'Versuch und Irrtum' organisierte 'Probieren' und konkretisiert den Hierarchisierungsprozeß im Hinblick auf die zu findende Lösung, die sich - intersubjektiv - als eine solche auszuweisen hat.

Zusammenfassend ergeben sich sechs Merkmalsexplikationen des Strategiebegriffs, die - entsprechend der vorher festgelegten Terminologie - als Metavariablen fungieren und unabhängig sind von zeitlichen und situationalen Beschränkungen. Die Charakterisierung der einzelnen Strategieaspekte als Metavariablen führt gleichzeitig zu einer strukturellen Invarianz, die - zusammen mit der zeitlichen und situationalen Varianz - ein hohes Ausmaß an Variabilität und Adäquatheit in Bezug auf konkrete Probleme/Objektbereiche ermöglicht:

1. Kennzeichnende strukturelle Merkmale von Strategien sind Zielexplication und - festlegung. Beide Merkmale können unterteilt werden, sodaß Zwischenziele entstehen, die ihrerseits Kriterium zur Veränderung von Zielexplication wie auch Zielfestlegung werden können.
2. Strategien weisen eine hierarchische Binnenstruktur auf. Eine Hierarchisierung kann sowohl zwischen verschiedenen Problemen, als auch innerhalb eines Problems stattfinden. Im ersten Fall können Probleme auf unterschiedlichen Generalisierungsebenen der Dimension Abstraktheit/Konkretheit behandelt werden; im letzteren Fall führt die jeweils angewandte Strategie zu einer zunehmend konkreten oder auch abstrakten Sichtweise des Problems.
3. Beide bisher genannten Strategie Merkmale - Zielexplication/-festlegung und Hierarchisierung - implizieren, daß Strategien eine hohe interne Flexibilität aufweisen müssen, d.h. alle unterschiedlichen Ebenen von Zielgenerierung und Hierarchisierung müssen flexibel durchlaufen werden können; Rückkopplungsschleifen sind - entsprechend der TOTE-Einheit - möglich.
4. Durch die Zielorientierung sind Strategien im weitesten Sinne Suchprozesse: innerhalb einer ungeordneten Menge von Möglichkeiten kann strategisches Handeln jene herausfinden, die zum Ziel führen. Eine solche Intention konkretisiert den Hierarchisierungsprozeß im Hinblick auf Kohärenz der zu explizierenden bzw. festzulegenden Ziele, was gleichzeitig eine Abkehr vom 'Probieren' mit sich bringt.
5. Gemäß der Forderung nach intersubjektiver Überprüfbarkeit einer Zielgenerierung als angemessen im Sinne der Problemlösung, muß strategisches Handeln durch Realitätsfundierung als ein strukturelles Kennzeichen ausgezeichnet sein. Dies beinhaltet eine Orientierung an den jeweiligen intra- wie extrapsychischen Gegebenheiten eines Individuums (vgl. hierzu den Aspekt des 'Sollen impliziert Können', der von ALBERT (1971) als sog. 'Brückennorm' eingeführt wird).

6. Nicht zuletzt ist als Metavariablen von Strategie die Reversibilität zu nennen. Das heißt, daß Strategien ohne Hinterlassung negativer Konsequenzen verändert bzw. beendet werden können.

### III. ANWENDUNG DER STRATEGIEMERKMALE AUF KLINISCH-PSYCHOLOGISCHE PROBLEMSTELLUNGEN: MÖGLICHKEITEN, PROBLEME UND PARADIGMATISCHER ANSATZ

#### III. 1. DAS STRATEGIEKONZEPT ZUR KOMPARATION/INTEGRATION VON THERAPIESCHULEN

Ausgangspunkt der Überlegungen zur Herausarbeitung von Metavariablen eines Strategiebegriffs war die Konstatierung der Unzulänglichkeit in sich abgeschlossener, 'schulorientierter' Therapiekonzeptionen und die Notwendigkeit, den integrativen Überwindungsversuchen solcher schulenfixierter Therapieansätze ein stringenteres, definitorisches Gerüst zu geben. Zur Erreichung eines solchen Ziels sind die herausgearbeiteten Begriffsmerkmale in *zweierlei* Hinsicht anwendbar:

1. Zur Rekonstruktion theoretischer und therapeutischer Entwürfe einzelner Therapiesysteme mithilfe der Strategie Merkmale:

Das bedeutet, daß schulorientierte therapeutische Handlungsmodelle auf die explizierten Strategie Merkmale hin untersucht, kategorisiert, d.h. rekonstruiert werden. Die Herausarbeitung von Möglichkeiten der Verwendung des Strategiebegriffs innerhalb gängiger Therapiesysteme, wie bspw. der Gesprächspsychotherapie, der Verhaltenstherapie oder auch der Psychoanalyse, wäre zuerst einmal auf der Ebene der Theoriebildung relevant und könnte prinzipiell ohne verändernde Konsequenzen für das therapeutische Handeln bleiben. Vielmehr würden die unterschiedlichen Therapietheorien mit einem (von sicher mehreren möglichen) vereinheitlichenden Begriffsinventar versehen. Dies hätte insbesondere positive Auswirkungen für den Vergleich, d.h. der präziseren Benennung von Unterschieden und potentiell zu integrierenden Gemeinsamkeiten einzelner Therapiekonzepte. Die kürzestmögliche Notation für einen solchen Vergleich bestünde z.B. darin, daß für die sechs herausgearbeiteten Strategie Merkmale eine Plus-Minus-Sequenz hinsichtlich einzelner Therapieansätze aufgestellt wird (z.B. GT: -, -, +, -, +, +; VT: +, +, -, +, -, + etc.). Davon könnte u.a. eine Komparative Psychotherapieforschung (QUEKELBERGHE 1979) profitieren, die nicht eo ipso den Anspruch einer Integration von Therapietheorien verfolgt.

Dennoch bleibt unbenommen, daß die Einführung und Verwendung des Strategiebegriffs innerhalb schulorientierter Psychotherapiekonzepte auch ein neuer Versuch eines integrativen Ansatzes sein könnte. Dieser hätte u.U. den Vorteil, von den bisher geleisteten 'Vorarbeiten' einzelner psychotherapeutischer Theorien zu profitieren, da es nicht unbedingt notwendig wäre, die traditionellen (und als wirksam erwiesenen) Vorgehensweisen über Bord zu werfen. Vielmehr

würden sie lediglich in einen neuen Bezugsrahmen eingeordnet, der eben nicht mehr an einzelnen Schulen, sondern - in diesem Fall - an der Sinnhaftigkeit eines strategischen Handelns in der Psychotherapie orientiert wäre.

2. *Zur Rekonstruktion des konkreten Therapeutenhandelns:*

Das Verfahren könnte ähnlich sein, wie unter 1. skizziert; der Unterschied bestünde jedoch darin, daß nicht primär von den theoretischen Konzeptionen ausgegangen würde, sondern daß die unmittelbaren therapeutischen Prozesse unter Strategieaspekten rekonstruiert würden. Dies beinhaltet die (eklektizistisch-kritische) Heranziehung und Berücksichtigung aller 'funktionierenden' Therapieverfahren und ermöglicht nicht nur den Vergleich, sondern durchaus auch schon eine Integration, und das heißt in diesem Fall auch fruchtbare Weiterentwicklung, von übereinstimmenden Teilprozessen auf der Grundlage z.B. identischer Strategie Merkmale. Ein solches Vorgehen könnte z.B. die von BASTINE (1978; s.o.) erwähnte Komplexitätsproblematik integrativer Interventionsstrategien lösen, da die Strategie Merkmale einen heuristischen Rahmen zur besseren Vergleichbarkeit der einzelnen Therapieprozesse darstellen. Zentral für diesen Ansatz bleibt jedoch die weitgehende Neuorientierung psychotherapeutischer Konzeptbildung an dem, was ein Psychotherapeut in einer konkreten Therapiesituation *tut*, um darauf aufbauend zu einer veränderten Theorienbildung zu kommen, die, besser als das (traditionelle) Ableiten von Interventionen aus Theorien, erklären kann, welches die relevanten Faktoren psychotherapeutischen Handelns sind.

Selbstverständlich wäre das übergeordnete Ziel der Integration von Therapieansätzen am besten zu erreichen, wenn man beide Rekonstruktionsperspektiven parallel und sich gegenseitig ergänzend anwendet. Dazu ist allerdings noch eine Menge an Forschungsarbeit notwendig, denn das 'Ende' einer solchen Rekonstruktion bestünde praktisch in der Entwicklung eines elaborierten Systems der Psychotherapie (mit den Strategievariablen als Raster). Eine solche Lösung ist hier natürlich nicht leistbar. Deshalb soll im Vordergrund dieser Arbeit die Verdeutlichung der Rekonstruktion therapeutischer Vorgehensweisen unter Strategieaspekten anhand eines Beispiels stehen.

III. 2. REKONSTRUKTION UNTER STRATEGIEASPEKTEN ALS VERBESSERUNG VON THERAPIE-ANSÄTZEN

Die hier thematische Aufarbeitung eines in Theorie und Praxis eingeführten Therapieverfahrens ist intendiert als eine präzisierende Explikation eben dieses Ansatzes unter der Perspektive der Strategie Merkmale. Eine solche Betrachtung bleibt selten ohne Folgen, sie bewirkt so gut wie immer eine Modifikation (OPP 1970, 162ff). Eine derartige Modifikation in Richtung auf Explizitheit und Präzisierung des zu betrachtenden Gegenstandes wird in der Wissenschaft als Verbesserung beschrieben

(s.o. OPP 1970). Hieraus begründet sich die Relevanz für die vorgeschlagene Rekonstruktionsperspektive: sie ist intendiert als eine Verbesserungsmöglichkeit des jeweiligen Ansatzes. Damit könnte aus dem Strategiekonzept Nutzen gezogen werden, bevor eine Komparation und/oder Integration mit anderen Therapiemethoden/-theorien überhaupt zur Diskussion steht, da der einzelne therapeutische Ansatz zuerst einmal in einer für Therapietheorie und Therapiepraxis nützlichen Richtung erweitert werden kann.

Neben diesen Auswirkungen auf das rekonstruierte Therapieverfahren bleiben weitere, konstruktive Möglichkeiten für eine kritische Überprüfung der Strategiemerkmale: auch für diese gilt der Aspekt der Modifikation durch Explizierung und Präzisierung. So bleibt bspw. zu überprüfen, ob, und gegebenenfalls wo, eine Anpassung/Veränderung der Strategievariablen als Resultat ihrer Anwendung auf die spezifischen Bedingungen einer therapeutischen Situation vorzunehmen ist.

Diese Rekonstruktion eines Therapieverfahrens unter Strategiemerkmalen, mit dem Ziel einer sich polar ergänzenden Verbesserung sowohl der Metavariablen als auch der therapeutischen Methode, soll am Beispiel des '*therapeutischen Problemlösens*' verdeutlicht werden und wird deshalb der zentrale Diskussionspunkt des nächsten Kapitels (IV.) sein.

Aus der Wahl des therapeutischen Problemlösens als zu rekonstruierendem Therapieverfahren kann sich als mögliches Problem die Zirkularität einer solchen Rekonstruktion ergeben, denn da die Strategiemerkmale vorwiegend aus Problemlösetheorien entwickelt wurden, müssten sie ja sozusagen aus analytischen Gründen wieder herauskommen! Es gibt hierzu jedoch eine Reihe von Gegenargumenten, die darin begründet sind, daß das Problemlösen als therapeutisches Handlungsmodell zentrale Unterschiede zu den denkpsychologischen Problemlöseansätzen aufweist. Diese Verschiedenartigkeit der Modelle verhindert eine analytische, d.h. definitorische Identität der beiden Problemlöseansätze und ermöglicht es dadurch, eine Anwendung der Strategiemerkmale auf therapeutisches Problemlösen als im Ergebnis durchaus offen zu legitimieren. Die Konstatierung dieser Differenzierungen erfordert allerdings zunächst eine zumindest grundsätzliche Benennung derselben.

### III. 2.1. UNTERSCHIEDE ZWISCHEN DENKPSYCHOLOGISCHEN UND THERAPEUTISCHEN PROBLEMLÖSEANSÄTZEN

Ein erster Unterschied therapeutischer Problemlöseansätze zu den denkpsychologisch erforschten Problemlöseprozessen besteht darin, daß die Letztgenannten sich so gut wie immer durch die Geschlossenheit der Aufgabe und die Bekanntheit der Lösung auszeichnen, d.h. daß sowohl das Endziel als insbesondere auch die möglichen Lösungswege hinreichend bekannt sind. Der zentrale Ansatzpunkt denkpsychologischer Problemlöseforschung besteht demgemäß darin, durch eine *Rekonstruktion* der von

Individuen verwandten Lösungswege zu einer Erhellung von Problemlöseprozessen und damit zu Erkenntnisfortschritt bei der Aufdeckung/Erkundung menschlicher Denkvorgänge zu gelangen.

Beim therapeutischen Problemlösen liegen die Dinge in der Regel ganz anders: Lösung und Lösungsweg sind auch nach der Klärung der Problemstellung, d.h. nach der Definition der Ausgangslage völlig offen, es besteht lediglich ein Konsensus hinsichtlich formaler Aspekte, der gleichbedeutend ist mit der Übereinkunft, die Problemlöseregeln, d.h. die einzelnen Schritte der Problemlösesequenz anzuwenden, um zu einer Lösung zu kommen.<sup>1)</sup> Diese Offenheit gilt in der Therapiesituation sowohl für den 'Forscher', der hier gleichzusetzen ist mit dem Therapeuten, als auch für die 'Versuchsperson', in diesem Fall den Klienten. Auch die zentrale Betrachtungsperspektive verschiebt sich von der Rekonstruktion auf die Konstruktion von Zielen und Wegen bei prinzipiell vergleichbarer, d.h. offener Ausgangslage von Klient und Therapeut.

Diese Nichtbekanntheit der optimalen Lösung für Klient und Therapeut verdeutlicht ein weiteres unterscheidendes Merkmal zwischen denkpsychologischen und therapeutischen Problemlöseansätzen: Denkpsychologische Untersuchungen beziehen sich auf Problemlösen als einen *intraindividuell* ablaufenden Prozeß, während es sich bei dem in der Therapie verwendeten um einen *interindividuellen* Prozeß handelt.

Diese Beteiligung mehrerer Personen im therapeutischen Geschehen hat zur Folge, daß eine intensive Explizierung der Problemlöseregeln erfolgen muß, d.h. Therapeut und Klient müssen sich über die einzelnen Schritte verständigen, abstimmen etc. Bei einer *intraindividuellen* Anwendung der Problemlöseregeln im Rahmen denkpsychologischer Forschungsexperimente ist dies keineswegs in dem Maß der Fall; es wird sogar davon ausgegangen, daß die betreffenden Versuchspersonen die Problemlöseregeln sozusagen 'unbewusst' anwenden können (RÖHRLE 1979).

Weiterhin kann (und wird) sich das 'involvement' der im denkpsychologischen bzw. therapeutischen Problemlöseprozeß beteiligten Personen unterschiedlich verteilen: während bei *intraindividuellem* Problemlösen z.B. die Definition/Kategorisierung des Problems als lösungsadäquat immer vom Problemlöser selbst vorgenommen wird, ist es bei dem therapeutischen (*interindividuellen*) Problemlösen so, daß, zumindest zu Beginn der Therapie, eine solche Definition eher vom Therapeuten vorgenommen wird und nicht vom (inhaltlichen) Problemlöser selbst, d.h. vom Klienten. Der Prozeß der therapeutischen Interaktion bis zu seinem (potentiellen) Ende besteht in der sukzessiven Ausblendung des Therapeuten aus dem Problemlöseprozeß des Klienten, d.h. der Überführung des *interindividuellen* Geschehens in ein dann *intraindividuelles*.

---

<sup>1)</sup> Wobei selbstverständlich die berechtigte Annahme - und dies ist die Verbindung prinzipieller Art zur Denkpsychologie - besteht, daß diese Regeln lösungsführend sind.

Neben den genannten Aspekten der Offenheit der Lösung und der Beteiligung mehrerer Personen am Problemlöseprozeß, gibt es auch noch einen weiteren Ansatz der Unterscheidung zwischen denpsychologischen Problemlöseprozessen und dem therapeutischen Vorgehen. Dieser betrifft vor allem die zugrundegelegten Kompetenzen eines Individuums: Das denpsychologische Problemlösen geht in der Regel davon aus, daß der Problemlöseprozeß vor allem kognitive (z.T. motivationale) Anforderungen stellt, die von einer Mehrzahl der Versuchspersonen erfüllt werden (OERTER 1972). Beim therapeutischen Problemlösen wird dagegen praktisch immer ein aktuelles Defizit kognitiver, emotionaler und verhaltensrelevanter Möglichkeiten vorliegen, das die Ursache (und auch Folge) davon ist, daß der Klient mit seinen Problemen nicht 'klar' kommt. Problemlösehandeln in der Psychotherapie muß allerdings voraussetzen, daß dieses aktuelle Defizit tatsächlich ein solches und kein strukturelles ist. Diese Annahme ist insofern äußerst wichtig, als durch die Anwendung des therapeutischen Problemlösens die aktuelle Unfähigkeit eines Individuums, mit seinen Problemen adäquat umzugehen, ja gerade durch eine Strukturverbesserung dieser aktuellen Handlungsweisen (i.S. der Anwendung lösungserleichternder Problemlöseregeln) überwunden werden soll.

Somit ergibt sich aus der Differenzierung denpsychologischer und therapeutischer Problemlöseansätze gleichzeitig ein wichtiges Kriterium für das Letztgenannte: Voraussetzung für eine sinnvolle Anwendung von Problemlösen in der Therapie ist die Annahme einer zugrundeliegenden individuellen Rationalitätskompetenz, die durch strukturelle Verbesserungen von Kognition(en), Emotion(en) und/oder Verhalten soweit gefördert werden kann, daß eine Überwindung subjektiven Leidensdrucks erreicht wird.

### III.3. KONSEQUENZ: FRAGEN AN DIE REKONSTRUKTION DES PROBLEMLÖSENS ALS THERAPEUTISCHE STRATEGIE

Die herausgearbeiteten, charakterisierenden Merkmale eines therapeutischen Problemlösens, und dabei insbesondere der Aspekt der Interindividualität wie auch der zuletzt aufgeführten Persönlichkeitsvoraussetzungen, machen es theoretisch möglich, wenn nicht sogar wahrscheinlich, daß die anhand nicht-psychotherapeutischer Forschungsprogramme entwickelten Strategiemerkmale mit dem Ansatz des therapeutischen Problemlösens keineswegs in allen Punkten kompatibel sind.

Die im Folgenden versuchte Rekonstruktion wird daher im Interesse einer sich gegenseitig befruchtenden Analyse in mehrerer Hinsicht durchzuführen sein: zum einen sind jene Merkmale herauszuarbeiten, an denen eine Übereinstimmung zwischen den beiden Konzepten besteht - dies ist sicherlich der unproblematischste Punkt. Daneben ist zu klären, wo das therapeutische Problemlösen die Strategiemerkmale

nicht erfüllt, aber sinnvollerweise erfüllen sollte und deshalb zu verbessern ist; die Benantwortung dieser Frage ist insbesondere im Hinblick auf die unter Punkt III.2. genannte Perspektive der Verbesserung von Therapieansätzen auf der Grundlage ihrer Analyse unter Strategieaspekten sinnvoll und notwendig. Gleichzeitig kann natürlich auch der Fall eintreten, daß eine festgestellte Divergenz zwischen therapeutischem Problemlösen und Strategiemerkmalen nicht zu Lasten des Problemlösens verbucht werden kann, da eine Veränderung des Therapievorgehens keineswegs zu einer Verbesserung führen würde. Insbesondere anhand solcher Probleme kann diskutiert werden, ob die Strategiemerkmale hinsichtlich ihrer Verwendung für einen spezifischen Begriff 'therapeutische Strategie' ggf. zu modifizieren sind, d.h. ob für therapeutische Strategien ein beschränkter Satz von (definitiven, d.h. notwendigen) Merkmalen anzusetzen ist, ob und welche Übergänge es gibt etc.

Im nächsten Kapitel wird zunächst ein detaillierter Überblick über die Ansätze und das Vorgehen des therapeutischen Problemlösens gegeben; die daran anschließende Rekonstruktion versucht, sowohl für die Ebene des Klientenhandelns als auch des Therapeutenhandelns zwei Fragen zu beantworten:

1. Welche Aspekte des therapeutischen Problemlösens lassen sich unter die Strategie-merkmale subsumieren, gegebenenfalls rekonstruieren, und wie ist damit das therapeutische Handeln zu verbessern?
2. Welche Aspekte des therapeutischen Problemlösens lassen sich begründet nicht unter die Strategie-merkmale subsumieren? Liegt das an den grundsätzlichen Bedingungen der therapeutischen Situation? Und als Folge davon: Welche Konsequenzen sind für das allgemeine Konzept einer 'therapeutischen Strategie' zu ziehen?

#### IV. ANWENDUNGSORIENTIERTE ÜBERPRÜFUNG DER METAMERKMALE DES STRATEGIEBEGRIFFS:

##### DIE THERAPEUTISCHE STRATEGIE 'PROBLEMLÖSEN'

#### IV.1 KOGNITIONSPSYCHOLOGISCHE GRUNDLEGUNG DES PROBLEMLÖSENS ALS THERAPIEVERFAHREN

Innerhalb einer kognitiv orientierten Psychotherapie wird das Problemlösen seit Anfang der siebziger Jahre lebhaft diskutiert. Im Rahmen der eingangs erwähnten 'kognitiven Wende' (MAHONEY 1974) gelangte die durch die Denkpsychologie hinlänglich dokumentierte Systematik kognitiver Prozesse bei der Bearbeitung und Lösung von Problemen (DUNCKER 1935; SÜLLWOLD 1966; KLIEX 1971; NEWELL&SIMON 1972) zunehmend in den Blickpunkt des Interesses von Psychotherapeuten. Nahezu alle Aspekte der gesamten Problemlösesequenz wurden hinsichtlich einer möglichen Nutzbarmachung für klinisch-psychologische Fragestellungen diskutiert:

- URBAN&FORD (1971) benutzten als Erste das Problemlöseschema, um die Methoden- und Theorienvielfalt der Psychotherapie zu Beginn der 70er Jahre kritisch zu reflektieren. Vor dem Hintergrund sich ausweitender und zunehmend heterogener werdender psychotherapeutischer Vorgehensweisen betonten sie die Notwendigkeit einer konzeptuellen Vereinheitlichung psychotherapeutischer Theorienbildung, sowie psychotherapeutischen Handelns und Diagnostizierens. Die fünf Phasen des Problemlöse-

prozesses, die sie in Anlehnung an DEWEY (1933) übernehmen, sind die Richtschnur, um Unterschiede und Gemeinsamkeiten therapeutischen Handelns in Theorie und Praxis herauszuarbeiten: "One of the conclusions with which the writers have emerged is the inherently sensible interrelationship that obtains between what has called the 'problem-solving-approach' and the practice of psychotherapy" (7).

- Im gleichen Jahr veröffentlichen D'ZURILLA&GOLDFRIED (1971) ihren Problemlöseansatz, den sie als neue Methode der Verhaltensmodifikation vorstellen. Sie explizieren fünf Problemlöseschritte, die in der unmittelbaren Interaktion zwischen Therapeut und Klient zur Anwendung kommen und auf seiten des Klienten angesichts einer problematischen Situation vor allem zu einer Erhöhung von potentiell effektiven Verhaltensmöglichkeiten und der Fähigkeit, daraus die sinnvollste auszuwählen, führen.  
Sie betonen, daß die Unfähigkeit von Individuen, mit problematischen Situationen umzugehen, oft genug zu emotionalen Einbrüchen und Handlungsunfähigkeit führen (GOLDFRIED&DAVISON 1976), was dann wiederum die Notwendigkeit einer therapeutischen Intervention nach sich zieht. Durch das Problemlösetraining kann der Klient ein "learning set" (HARLOW 1949) ausbilden, das ihn dazu befähigt, Lösungen zu einer Menge von Problemen zu entdecken und/oder zu entwickeln.  
Problemlösen als ein behavioraler Prozeß, der sowohl 'offen' als auch 'verdeckt' ablaufen kann, wird von den Autoren von Selbstkontrolle abgegrenzt: "The major difference between the problem -solving approach and most other forms of self-control is that in problem -solving almost the entire procedure is performed without prior awareness of the 'correct' response, whereas in the typical self-control procedure the response to be manipulated is known in advance" (D'ZURILLA&GOLDFRIED 1971, 111).  
Dieser Problemlöseansatz von D'ZURILLA&GOLDFRIED hat bis heute im Bereich der therapeutischen Anwendung außerordentliche Gültigkeit behalten und zahlreiche andere Arbeiten auf diesem Gebiet inspiriert.
- Eine weitere, intensive Auseinandersetzung zum Problemlösen im therapeutischen Kontext erfolgte in der Arbeitsgruppe um SPIVACK, PLATT&SHURE (1976). Für diese Forscher ist vor allem die Frage der interpersonalen Problemlösepotentiale eines Individuums thematisch. Sie betonen, daß die Fähigkeit zu einem sinnvollen Problemlöseverhalten selten Gegenstand klinischer Untersuchungen war oder ist. Vielmehr wird davon ausgegangen, daß eine Konfliktbewältigung oder Angstreduktion fast automatisch zu einem angemessenen Problemlösen führt. In Abhebung von derartigen Kontinuitätsannahmen diskutieren sie die Bedeutung, die ein ineffektives, interpersonales Problemlöseverhalten als ätiologischer Faktor bei der Genese von Verhaltensstörungen erhalten kann (PLATT&SPIVACK 1975).  
SPIVACK, PLATT&SHURE (1976) konzipieren fünf "interpersonal cognitive problem-solving skills" (5), die in etwa den gängigen Schritten des Problemlöseschemas (s.u.) vergleichbar sind. 1)  
Die Autoren haben mit sehr unterschiedlichen Personengruppen Problemlösetrainings durchgeführt und auch versucht, die Effekte empirisch zu belegen (zusf. SPIVACK, PLATT&SHURE 1976; SHURE&SPIVACK 1978). Ihr Training für Erwachsene umfasst 19 Einheiten, die ein effektives Problemlöseverhalten angesichts interpersonaler Problemstellungen heausbilden sollen. Im Einzelnen bedeutet das die Fähigkeit das Problem zu erkennen/benennen, unterschiedliche Zielsetzungen zu generieren, die relevanten und angemessenen Mittel zur Zielerreichung herauszufinden, mögliche Hindernisse zu antizipieren, zeitliche Dimensionen zu berücksichtigen, sowie die Konsequenzen einer veränderten Handlung mitzubedenken (PLATT&SPIVACK 1975, 2).

1) Von PRIESTLY et al. (1978) wird ein ähnlicher Ansatz vertreten: auch sie sehen Problemlösen als "social skills" an und legen sehr detaillierte und praxisorientierte Vorschläge vor, wie Individuen zu einer Verbesserung des Problemlöseverhaltens gelangen können.

- Die Idee, die ätiologische Bedeutung der Problemlöse(un) fähigkeit zur Genese von Verhaltensstörungen aufzuarbeiten, wurde im deutschen Sprachraum von HOFFMANN (1977) ausgearbeitet. Entsprechend den einzelnen Abschnitten der Problemlösesequenz lassen sich, ihrer Meinung nach, unterschiedliche Schwerpunkte bei Verhaltensstörungen finden: z.B. kann die Problemanalyse zu global sein ("ich bin unglücklich" oder die Strategiewahl erfolgte ohne eine detaillierte Aufschlüsselung möglicher Konsequenzen ("ich handele immer nach dem ersten Impuls"). 1)
- Ein - auch theoretisch - sehr ausdifferenziertes Konzept des Problemlösens in Gruppen wurde von GRAWE, DZIEWAS & WEDEL (1980) vorgelegt. Sie versuchen, ein individuelles Problemlösen (jeder der Teilnehmer einer Gruppe kann die Schritte des Problemlösens auf sich und seine Probleme anwenden) mit einem interaktionellen (das Verhalten eines jeden Teilnehmers in der Gruppe kann mithilfe des Problemlöseschemas analysiert werden; es können damit interaktionelle (Beziehungs-) Probleme aufgearbeitet werden) zu verbinden. Für den Therapeuten ist das Problemlösekonzept Orientierungshilfe, um immer wieder zu überprüfen, an welcher Stelle des Problemlösprozesses er sich gerade befindet. Daraus ist die Richtung des weiteren Vorgehens ableitbar: "Insofern verstehen wir das Problemlöseschema in erster Linie als Entscheidungsgrundlage für die Planung seiner (= der Therapeut, A.K.) eigenen Interventionen" (25). Die Autoren betrachten ihr Problemlöseverfahren als 'Plan' im Sinne von MILLER/GALANTER/PRIBRAM (1960/1973) und betonen die diagnostische Verwertbarkeit des Problemlösens, indem sie das Konzept einer "vertikalen Verhaltensanalyse" (38) einführen. Diese bemüht sich vor allem um die Aufdeckung übergeordneter, das Verhalten steuernder Pläne. Ähnlich zentral ist in ihrem Konzept der Begriff 'Barriere' (in Anlehnung an DÖRNER 1976): "Wenn jemand um Psychotherapie nachsucht, können wir daher per definitionem davon ausgehen, daß ein Teil seines Problems in einer noch näher zu bestimmenden Barriere besteht, die ihn daran hinderte, das Problem selbst zu lösen" (32).
- Für FIEDLER (1979) ist das Problemlösen Orientierungs- und Strukturierungshilfe, um den Prozeß einer sozial-kognitiven Problemlösung zu analysieren: "Ein gangbarer Weg, die gesamttherapeutische Situation strukturell zu untergliedern, geht über Versuche, Therapie als einen kontinuierlichen Prozeß der individuellen Problemlösung (von Klient oder Therapeut) und der interpersonellen Problemlösung (von Klient und Therapeut) aufzufassen" (206). Unter diesem ordnenden Rahmen versucht er, die diagnostische und therapeutische Verwertbarkeit kognitiver Verhaltensanteile unter enger Bezugnahme auf Verhaltensregeln, herauszuarbeiten.
- ZIELKE (1979) versucht, mithilfe der von DÖRNER (1974, 1976) erarbeiteten Problemlöseaspekte, ein Handlungsmodell des diagnostisch-therapeutischen Prozesses in der Gesprächspsychotherapie zu entwickeln. Er formuliert den Anspruch, "daß es aufgrund seiner Systematik und Stringenz das Denken von Therapeuten über den gesprächspsychotherapeutischen Prozeß strukturiert und dadurch neues Denken entstehen lässt" (61). Zwar stellt es einen unbestreitbar innovativen Versuch dar, den Therapieraum als dreidimensionalen Raum zu sehen, der durch die Startpunktwahl, die Operatorsuche und die Zielpunktsetzung bestimmt wird (44), und in dem versucht wird, sowohl Therapeuten- als auch Klientenmerkmale anzusiedeln, aber die Komplexität des daraus resultierenden Modells erinnert an die Vernetztheit von Schaltplänen für ausgefeilte elektronische Geräte und zeigt m.E. deutlich die Grenzen der Sinnhaftigkeit von Flußdiagrammen in der Klinischen Psychologie.

Die Nützlichkeit des Problemlöseansatzes für die theoretische wie auch praktische Weiterentwicklung der Psychotherapie scheint hinlänglich dokumentiert. Bei der Rezeption der einzelnen Ansätze verdeutlicht sich eine unterschiedliche Forschungs-

---

1) Ein ähnlicher Versuch der Klassifikation psychischer Störungen im Rahmen der Kinderpsychotherapie wurde von SCHMIDTCHEN (1978) entwickelt.

entwicklung in den USA und im deutschen Sprachraum: Amerikanische Untersuchungen konzentrieren sich weitaus mehr auf die Möglichkeiten des Problemlösens in der konkreten therapeutischen Interaktion und sehen hierin die deutlichsten Vorteile des Ansatzes (KANFER 1978), was bisweilen sogar in euphorische Stellungnahmen münden kann: "Among the cognitive learning therapies, it is our opinion that the problem solving perspectives may ultimately yield the most encouraging clinical results. This is partly due to the fact that - as a broader clinical endeavour - they encompass both the cognitive restructuring and the coping skills therapies... With the problem solving approaches, clients are not only taught specific coping skills but also the more general strategies of assessment, problem definition and so on" (MAHONEY&ARNKOFF 1979, 27).

Dagegen wird das Problemlösen in der BRD bevorzugt als theoretisches Paradigma verwendet, das geeignet erscheint, globale(re) Therapiemodelle adäquat abzubilden. Die Gründe hierfür liegen auf der Hand, denn das Problemlösen bietet sich als ein brauchbarer Rahmen zur Beschreibung menschlichen Handelns und für die Entwicklung und Erprobung handlungstheoretischer Ansätze an, die sowohl auf Mikro- als auch auf Makroebene angewendet werden können. Daneben kommt es durch die Analogien zu informationstheoretischen Begriffen dem Bedürfnis nach Transparenz, Planung und Prognostizierbarkeit klinisch-psychologischer Prozesse entgegen. Auf diese u.U. aber auch nachteilige Nähe zu den Computerwissenschaften weist WEINERT (1978) warnend hin: Wenngleich, so seine Aussage, in Anlehnung an deren Ergebnisse mittlerweile valide zwischen dem Wissen eines Menschen (epistemische Struktur sensu DÖRNER) und einer Verfügbarkeit über Vorgehensweisen beim Herangehen an zu bewältigende/berarbeitende Probleme (heuristische Struktur sensu DÖRNER 1976) unterschieden werden kann, bleibt nach wie vor unbenommen, daß ein solches Denken gelernt werden muß (WEINERT 1978, VII).

Dies verdeutlicht m.E. die Notwendigkeit, den Problemlöseansatz verstärkt auf das konkrete therapeutische Handeln anzuwenden und nicht nur für komplizierte Modellbildungen zu verwahren. Das Problemlösen als konkretes Therapieverfahren hat viele, bisher nur annähernd ausgeschöpfte Möglichkeiten, die einem um Psychotherapie nachsuchenden Klienten bei der Bewältigung von schwierigen Lebensereignissen helfen können.

Zusammenfassend sei nochmals auf die einzelnen Schritte des Problemlösens, so wie sie in den skizzierten Forschungsansätzen zum Ausdruck kommen, eingegangen, um eine sich daran anschließende Einordnung in das zuvor erarbeitete Konzept einer therapeutischen Strategie zu erleichtern.

#### 1. Schritt: Allgemeine Analyse des Problems

Dieser Schritt beinhaltet eine erste Orientierung über Probleme, die ein Individuum mit sich selbst oder im Kontakt mit anderen hat. SPIVACK, PLATT&SHURE (1976) betonen hierzu den Aspekt der "awareness" für die Vielfalt menschlicher Probleme, die Interaktionsverhalten möglicherweise in sich birgt

(5). Sie weisen auf die Notwendigkeit hin, Kenntnis und Bewusstsein darüber zu besitzen, wie man sich zu sich selbst und zu anderen verhält. Wichtig ist hierbei auch die Sensibilität für den 'historischen' Aspekt von Problemsituationen, was gleichbedeutend ist mit der Beachtung von Entstehungsbedingungen und deren Bedeutung für das Verständnis gegenwärtiger Situationen.

GRAWE und seine Mitarbeiter (1980) weisen in diesem Schritt auf die Wichtigkeit einer Identifizierung der Barrieren hin, die einer erfolgreichen Problemlösung im Weg stehen und zum differentialdiagnostischen Kriterium für eine genauere Problemanalyse werden können.

### 2. Schritt: Konkretisierung des Problems

In diesem Schritt kommt es darauf an, aus der globalen Problemsicht des ersten Schrittes ein Problem herauszugreifen, das mithilfe der weiteren Problemlöse-schritte bearbeitet werden soll.

### 3. Schritt: Alternativen finden

Nachdem ein Problem genau umschrieben wurde, kommt es darauf an, alternative Ziele zu finden, die eine Lösung darstellen.

SPIVACK et al. (1976) betonen diese Kompetenz des Individuums, alternative Lösungen zu Problemstellungen zu finden. In Anlehnung an die Brain-storming-Regeln (OSBORN 1963) sei es nicht so wichtig, die *beste* Lösung von mehreren zu erkennen, sondern überhaupt welche zu finden.

GRAWE et al. (1980) weisen aus ihrer therapeutischen Erfahrung auf einen wesentlichen Aspekt hin: Gerade das Festsetzen von Zielen kann Aufschluß geben über die Veridikalität der Veränderungsmotivation eines Klienten, denn sobald dieser sich einem neuen Ziel zuwendet, bedeutet das gleichzeitig die Aufgabe eines anderen Ziels, das im Zusammenhang mit dem Problemverhalten stand und bisher erfüllt war, ohne daß der Klient offen dazu stehen musste (41).

### 4. Schritt: Entscheidung

Aus der bisher gefundenen Anzahl alternativer Ziele und den dazugehörigen Mitteln soll in diesem Schritt das geeignetste Ziel und der dazu am besten passendste Weg gefunden werden.

Für SPIVACK et al. (1976) ist die Antizipation von Handlungskonsequenzen eine wichtige interpersonale Problemlösekompetenz. Auch BANDURA (1977) weist bei der Ausarbeitung seines Konzepts zur "self-efficacy" darauf hin: "The capacity to represent future consequences in thought provides one cognitively based source of motivation. Through cognitive representation of future outcome, individuals can generate current motivators of behavior" (193).

### 5. Schritt: Durchführung der Problemlösung

Im Vordergrund steht hierbei die Umsetzung der Problemlösung in Verhalten/Handlung.

GRAWE et al. (1980) betonen den Aspekt der immer wieder anzuwendenden Überprüfung der Problemlösung im konkreten Handeln: "...man als Therapeut im vollen Bewusstsein dessen, daß eine Problemdefinition noch sehr unvollständig ist, den Patienten doch schon zur aktiven Durchführung von Problemlösungsschritten ermuntert" (35).

Ein auszeichnendes Charakteristikum des Problemlösens ist die ausschließlich formale Determiniertheit, die durch die einzelnen Schritte gekennzeichnet wird. Innerhalb der therapeutischen Anwendung hat dies den Vorteil, daß der Klient sowohl die Art als auch die Reihenfolge der zu bearbeitenden Konflikte prinzipiell eigenverantwortlich bestimmen kann. Daneben scheint die Spekulation gerechtfertigt, daß die Fixiertheit der Methode, bei umfassender Variabilität der Inhalte, positive Auswirkungen auf die Generalisierung therapeutischer Effekte hat, da der Klient Transparenz hinsichtlich der Problemlösestruktur besitzt und diese durchaus auch außerhalb der Therapiesitzungen auf seine Probleme anwenden kann. Einschränkung

muß jedoch festgehalten werden, daß nicht ohne weiteres ein Transferautomatismus angenommen werden kann, was z.B. innerhalb der Pädagogischen Psychologie durch die Widerlegung der Formalbildungstheorie hinlänglich belegt wurde (WEINERT 1974). Daraus folgt, daß der Transfer explizit geübt werden muß, wobei die Inhaltsvarianz des Problemlösens einem relativ leicht zu erreichenden und positiven Transfereffekt sicherlich entgegenkommt.

#### IV. 2. DISKUSSION DER PROBLEMLÖSE-KONZEPTION(EN) UNTER DEM ASPEKT DER MERKMALE EINER THERAPEUTISCHEN STRATEGIE

Nachdem im vorangegangenen Abschnitt die zentralen Charakteristika des therapeutischen Problemlösens innerhalb gängiger Forschungsansätze dargestellt wurden, steht jetzt die Einordnung des Problemlösens unter die erarbeiteten Bestimmungstücke einer *therapeutischen Strategie* im Vordergrund. Ziel einer solchen Betrachtung ist es, in der Anwendung auf ein konkretes und ausgearbeitetes Therapieverfahren, die Möglichkeiten und Grenzen, gegebenenfalls Modifikationen, eines Strategiebegriffs in der hier vorgeschlagenen Form, herauszuarbeiten.

Zusammenfassend sei nochmals auf die in Kapitel II erarbeiteten Metamerkmale des Strategiebegriffs eingegangen. Folgende Merkmalsexplikationen strategischen Handelns ergaben sich:

1. *Strukturelles Kennzeichen von Strategien sind Zielexplication und Zielfestlegung;*
2. *Strategien weisen eine Hierarchische Binnenstruktur auf;*
3. *Interne Flexibilität ermöglicht unterschiedliche Ebenen der Zielgenerierung und Hierarchisierung;*
4. *Strategien sind zielführende Suchprozesse;*
5. *Realitätsfundierung kennzeichnet die Orientierung dieses Suchprozesses an intra- und interindividuellen Gegebenheiten;*
6. *Strategien müssen reversibel sein.*

Entsprechend den in Kapitel III erarbeiteten Anforderungen für die Anwendung der Strategiemerkmale auf das therapeutische Problemlösen, werde ich im Folgenden versuchen, sowohl die Ebene des Klientenhandelns, als auch die des Therapeutenhandelns zu berücksichtigen, wobei sich durch den Gegenstand der Betrachtung - eine *therapeutische Methode* - sicherlich eine schwerpunktmäßige Verteilung hinsichtlich der Therapeutenperspektive ergeben wird.

##### 1. Zielexplication/Zielfestlegung:

Auf der Ebene des Klientenhandelns sind Zielexplication und Zielfestlegung wesentliches Merkmal des gesamten Problemlöseprozesses: Die Herausarbeitung von Lösungen, d.h. von alternativen Zielsetzungen in als konflikthaft erlebten Situationen fungiert als kennzeichnendes Charakteristikum des Problemlösens als Therapiemethode. Von daher erfüllt die Therapiemethode Problemlösen die Anforderungen dieses ersten Strategiemerkmals für den Klienten nahezu optimal.

Anders sieht es auf der Ebene des Therapeutenhandelns aus: Sicherlich besteht eine übergeordnete Zielsetzung darin, daß - im Sinne der angestrebten Generalisierungs-

effekte - die gesamte Problemlösesequenz vom Klienten übernommen und (auch) auf andere als die in der Therapie behandelten Probleme angewandt werden soll. Durch diese Intention, wie auch durch das stetige Bemühen um Lösungen in der konkreten Anwendungssituation, ist das Problemlösen eine therapeutische Vorgehensweise, die stark ergebnisorientiert ist. Damit grenzt sie sich ab von anderen Therapiemethoden, die eher auf prozessuale Merkmale ausgerichtet sind, wie bspw. gesprächspsychotherapeutische Vorgehensweisen der "Verbalisierung emotionaler Erlebnis-inhalte" (TAUSCH 1973/1975) oder auch des sog. "experiencing" (GENDLIN 1970).

Diese Ergebnisorientierung beinhaltet per se natürlich die Intention, einen Zielzustand zu erreichen. Dennoch ist damit nicht gleichbedeutend die *Explikation* und die *Festlegung* dieser Ziele. Die erwähnte Absicht, dem Klienten die Systematik des Problemlösens beizubringen, sodaß er sie im Sinne der "Selbstanwendung" (GROEBEN 1979) benutzen kann, ist ein lediglich implizit mitlaufender roter Faden, der sich - entsprechend dem weiter oben erwähnten Transferautomatismus - im Laufe des Therapiegeschehens quasi 'von selbst' explizieren soll.

Von daher wäre das Kriterium der Zielexplication und Zielfestlegung für die Ebene des Therapeutenhandelns nur dann vollends erfüllt, wenn dem unmittelbar therapeutischen Prozeß eine 'Instruktionsphase' vorgeschoben wäre, in der die Metaziele des Problemlösens genauer dargestellt und diskutiert würden. Selbstverständlich könnte diese Instruierung des Problemlösens bereits mithilfe der formellen Problemlöseregeln vorgenommen werden, was den zusätzlichen Vorteil des modellhaften Einführens der dann zentralen therapeutischen Vorgehensweisen hätte.

Die Bedeutung einer solchen übergeordneten Zielexplication und Zielfestlegung wird in den dargestellten Forschungsansätzen zum Problemlösen nur peripher und keineswegs ausdrücklich behandelt. So könnte man bspw. erschließen, daß GRAWE et al. (1980) eine solche übergeordnete Zielperspektive vor Augen haben, wenn sie auf die Bedeutung einer gemeinsamen Problemdefinition von Therapeut und Klient als wichtiger Grundlage inhaltlicher Problemlösungsmaßnahmen, hinweisen (8). Oder auch die Aussage von D'ZURILLA & GOLDFRIED (1971), daß Problemlösen und Verhaltensmodifikation identische Ziele haben, die insbesondere im Aufbau von Reaktionen mit positiven Konsequenzen liegen, könnte als ein Schritt in diese Richtung gewertet werden.

## 2. Hierarchische Binnenstruktur

Mithilfe des Problemlösens kann der Klient schon gleich zu Beginn seiner Problembearbeitung Hierarchisierungen herstellen, die ihm den Zugang zu dem Gesamtproblem und zu dessen konstruktiver Überwindung erleichtern.

Dies kann einmal dadurch geschehen, daß bspw. im zweiten Schritt eine Konkretisierung der Problemschilderungen des ersten Schritts erfolgt und dadurch erste Hierarchisierungen herausgearbeitet werden.

Zentraler ist jedoch die Möglichkeit, einen Hierarchisierungsprozeß dadurch in Gang zu setzen, daß mehrere Problemlösedurchgänge stattfinden, wobei jeder zu einer zunehmenden Konkretisierung des Problems führt und somit zu einer Lösungsoptimierung beitragen kann.

Die verbleibende Frage ist, ob diese Hierarchisierungsdynamik auch für die Therapeutenebene des Problemlösens gilt. Der genannte Aspekt der Konkretisierung von globalen Problembereichen durch die Spezifikation und Bearbeitung einzelner Problem-  
aspekte bis hin zum Finden *einer* Lösung, verdeutlicht, daß die Hierarchisierung auch für das gesamte Problemlösen strukturimmanent ist: Jeder einzelne Schritt steht in einem stringenten Verhältnis zum vorhergehenden und führt zu einer zunehmenden Kristallisierung des intendierten Zielzustands. Es bleibt jedoch festzuhalten, daß diese hierarchische Binnenstruktur den durch das erste Kriterium beschriebenen Aspekt der Zielorientierung nochmals verdeutlicht: Die Therapiemethode Problemlösen ist auf das Erreichen von Soll-Zuständen ausgerichtet, d.h. sie hat eine eindeutige Richtungsdynamik.

Die Ausführungen von GRAWE et al. (1980) unterstützen die Subsummierbarkeit des Problemlösens unter das Strategiemerkmal *Hierarchische Binnenstruktur*: Die Orientierung ihres Problemlösevorgehens an "Plänen" im Sinne von MILLER/GALANTER/PRIBRAM (1960/1973) ist ein Hinweis darauf (25), daran anderer Stelle nochmals zum Ausdruck kommt: "Der Therapieprozeß kann daher nach unserem Konzept als ein kreisförmiger Problemlösungsprozeß beschrieben werden, der spiralförmig eine immer höhere Ebene erreicht. Treibendes Prinzip dabei ist, daß der Patient durch sein Problemlösungshandeln systematisch Informationen erzeugt, die wieder in die Problemdefinition eingespeist wird" (34).

### 3. Interne Flexibilität:

Auch hinsichtlich dieses Kriteriums kann man sagen, daß das therapeutische Problemlösen die damit verbundenen Anforderungen auf der Klientenebene erfüllt: An jeder Stelle der gesamten Problemlösesequenz kann der Klient auf andere Schritte des Problemlösens über- bzw. zurückgehen. Die formale Struktur des Problemlösens erweist sich damit als eine flexible Möglichkeit, die je nach den Bedingungen des Klienten und dessen Problem(en) gehandhabt werden kann.

Auf der Ebene des Therapeutenhandelns ist durch die Methode selbst die Möglichkeit der Rückkoppelung nicht eo ipso gegeben, sondern sie wird als eine zwar sinnvolle, aber dennoch zusätzliche Ergänzung zu den einzelnen Problemlöseschritten hinzugefügt. Das bedeutet, daß der Therapeut über die Problemlöseschritte hinausgehende Zusatzinformationen geben muß, damit der Klient zu einer umfassenden Ausschöpfung der Möglichkeiten des Problemlösens kommt und die durch die Zielorientierung bedingte Richtungsdynamik nicht zur Fixation wird, sondern durch Rückkop-

pelungsmöglichkeiten amplifizierende Funktion erhält.

Damit ergibt sich für dieses dritte Kriterium ein ähnliches Bild wie beim ersten: das therapeutische Problemlösen erfüllt auf der Therapeutenebene die durch die Strategiemerkmale formulierten Anforderungen nicht optimal. Interne Flexibilität ist lediglich eine plausible Voraussetzungsannahme, nicht jedoch strukturelles Kennzeichen.

Die Betrachtung der Forschungsansätze verweist auch unter diesem Merkmal wieder auf die detaillierten Ausarbeitungen GRAWEs und seiner Mitarbeiter (1980): In der schematischen Darstellung ihres Problemlöseansatzes (26), zeigen die eingezeichneten Pfeile, daß eine interne Flexibilität insofern besteht, als aus jedem Teilschritt der Sequenz zum Ausgangspunkt zurückgegangen werden kann; ein Springen und/oder Übergehen einzelner Schritte ist dagegen nicht vorgesehen.

#### 4. Suchprozeß

Die Spezifikation dieses Kriteriums lautet (s.o.), daß strategisches Handeln durch den Aspekt des Suchens innerhalb einer ungeordneten Menge von Möglichkeiten die beste herausfinden kann. Auf der Ebene des Klientenhandelns, d.h. beim konkreten Bearbeiten von Problemen, wird dies insbesondere im vierten Schritt versucht, insofern durch eine genaue Analyse möglicher Konsequenzen eine approximativ optimale Entscheidung angestrebt wird.

Dieser Aspekt des Suchens verdeutlicht nochmals die in Kapitel III explizierte Unterscheidung zwischen denkpsychologischen und therapeutischen Problemlöseansätzen: Beim therapeutischen Problemlösen ist das Suchen nach einer subjektiv befriedigenden Lösung das anzustrebende Ergebnis und nicht das Rekonstruieren von Lösungswegen anhand eines Optimalitätskriteriums der 'besten' Lösung. Stattdessen kann es sogar so sein, daß die durch den Suchprozeß gefundene Lösung keineswegs eine optimale, aber dennoch eine befriedigende ist.

Auf der Therapeutenebene ergeben sich hieraus m.E. zwei Konsequenzen: Zum einen kann man sagen, daß das Merkmal des Suchens dem Problemlösen auch auf der strukturellen Ebene inhärent ist, da die gesamte Anstrengung darauf ausgerichtet ist, Ziel-Mittel-Verknüpfungen zu finden und durch eine genaue Analyse der Konsequenzen eine Auswahl zu erleichtern bzw. zu ermöglichen.

Dennoch - und das ist die zweite Konsequenz - ist dieser Suchprozeß durch implizite Voraussetzungen auf Seiten des Therapeuten eingeschränkt: Wenngleich die Lösungsfindung und auch die Lösungsbewertung weitestgehend anhand der durch den Klienten formulierten Bedürfnisartikulation vorgenommen wird, fließen bestimmte Bewertungen des Therapeuten ein und engen damit (sinnvollerweise) den Suchraum ein (s.a. Fußnote auf S.9). Diese Bewertungsmuster stammen aus dem Bedingungs- und Änderungswissen des Therapeuten (ZIELKE 1979; KAMINSKI 1970) und sind letztlich

durch ethische Prinzipien determiniert, die festlegen, daß Psychotherapie nicht zum Schaden des Klienten gereichen soll.

Eine solche Eingrenzung ist primär keine Verletzung dieses Strategiemerknals, weil trotzdem noch hochwahrscheinlich bleibt, die optimalste Lösung für den Klienten zu finden, da das Bedingungs- und Änderungswissen des Therapeuten ja geradezu dazu angetan sein sollte, rasch und sicher dahin zu kommen. Das alles bedeutet, daß der Suchprozeß auf der Ebene des Therapeutenhandelns zwar prinzipiell aber mit Einschränkungen, die durch die Therapiesituation als solche bedingt sind und über das Problemlösen hinausgehen, gewährleistet ist.

Durch die bisherigen Ansätze zum Problemlösen wird vor allem die Subjektivität der Lösungsbewertung aufgegriffen: D'ZURILLA&GOLDFRIED (1971) definieren die zu suchende Lösung als eine Reaktion oder ein Reaktionsmuster, das die Situation so verändert, daß sie für das betreffende Individuum nicht länger problematisch ist und gleichzeitig noch weitere positive Konsequenzen bewirkt und negative verhindert (108/109).

##### 5. Realitätsfundierung

Zeichnet sich therapeutisches Problemlösen auf der Klientenebene durch Realitätsfundierung aus? Sicherlich insofern, als der Klient - durch die Situationsvarianz - das Problemlösen auf alle ihn beschäftigenden Probleme anwenden kann. Diese Anwendung orientiert sich an der psychischen und physischen Realität des Klienten und intendiert eine Maximierung der individuellen Selbstbestimmung.

Diese durchaus positiven Aspekte der Realitätsfundierung von Problemlöseansätzen in der Therapie beinhalten jedoch auch eine Beschränkung. Wenn man davon ausgeht, daß psychische Probleme u.a. auch dadurch gekennzeichnet sind, daß ein Individuum nicht über eine ausreichende bzw. nicht adäquate Problemsensibilität in dem Sinn verfügt, daß Kognitionen, Emotionen und/oder Handlungsweisen als potentiell problematisch 'etikettiert' werden (vgl. HOFFMANN 1977; SPIVACK, PLATT&SHURE 1976), dann kann die prinzipiell positive Realitätsfundierung des Problemlösens auch zu nachteiligen Effekten führen. Dies vor allem dann, wenn gerade eine *Veränderung* der wahrgenommenen 'Realitätsfundierung' von Problemen und deren Lösungsmöglichkeiten erwünschtes Ziel einer therapeutischen Behandlung sind. Therapeutisches Problemlösen hat in der konkreten Anwendung durch den Klienten nämlich nicht per se eine transzendierende Funktion, d.h. die durchaus adäquate Anwendung der Problemlöseregeln trägt keineswegs unbedingt dazu bei, auf Seiten des Klienten bestimmte vorhandene 'Realitäten' in Frage zu stellen und durch bedürfnisgerechtere andere zu ersetzen.

Auf der Ebene des Therapeutenhandelns entsteht dieses Problem m.E. nicht in der Stringenz, wie es auf der Klientenebene möglicherweise der Fall ist. Die thera-

peutische Methode Problemlösen ist strukturell durch Realitätsfundierung in zweierlei Hinsicht gekennzeichnet: Zum einen gewährleistet die Ableitbarkeit aus einem sehr elaborierten Theorienkorpus eine hohe Realitätsadäquanz, da hinreichend belegt werden kann, daß diese Form der Lösungsgenerierung bei Problemen eine dem Menschen angemessene und in diesem Sinne realistische ist. Zum anderen bewirkt die Situationsvarianz des Problem-lösens eine Realitätsfundierung, da sie - entsprechend den Anforderungen auf der Klientenebene - eine unmittelbare Bezugnahme auf die gegebene Bedürfnisstruktur des Klienten zulässt.

Dennoch steht auch der Therapeut vor dem Dilemma der möglicherweise negativen Begleit-/Folgeerscheinungen dieser Realitätsfundierung. Seine (schwierige) Aufgabe besteht in der konstruktiven Oszillation zwischen drei Problemebenen, die, in der Optimierung der Konstruktivität, zu einer nur noch positiv bewertbaren Realitätsfundierung führen sollen. Die erste Ebene ist die affektive Versicherung des Klienten, daß er mit seiner momentanen 'Realität', die überwiegend durch Leidensdruck und Unzulänglichkeitsgefühle gekennzeichnet ist, ernst genommen und akzeptiert wird. Die zweite Ebene ist der motivierende Ansporn des Klienten, auch 'neue' Realitäten auszuprobieren. M.E. ist dies im Rahmen einer kognitiv orientierten Psychotherapie eine wichtige übergeordnete Zielsetzung, die auf Seiten des Klienten im Fall des Gelingens eine weitere wesentliche Generalisierungsdynamik beinhaltet (vgl. hierzu auch die positiven Ergebnisse im Bereich des "Entdeckungslernens" in der Pädagogischen Psychologie; NEBER 1973). Eine dritte Ebene ist die ethische Verpflichtung entsprechend der Norm des 'Sollen impliziert Können': auf diesen Aspekt wurde bereits bei der Spezifikation des Strategiemerkmals *Realitätsfundierung* hingewiesen (s.S.10).

Der Aspekt der potentiellen Fragwürdigkeit vorhandener Realitäten kommt in dem Problemlöseansatz von SPIVACK, PLATT&SHURE (1976) deutlich zum Ausdruck: Innerhalb der von ihnen konzipierten "19 Units" sind es vor allem die übugsteile "Learn The Facts", "The Facts as Others See Them" und "Recognizing Feelings", die dem Klienten zu einer bedürfnisgerechten Realitätsfundierung verhelfen sollen (248-251).

#### 6. Reversibilität:

In der unmittelbaren Anwendung auf zu lösende Konflikte (Klientenebene) kann das Problemlösen jederzeit abgebrochen oder unterbrochen werden, ohne daß sich daraus negative Konsequenzen, die durch die Methode als solche bedingt sind, ergeben. Dies wird vor allem durch die völlige Transparenz des gesamten Geschehens gewährleistet, d.h. der Klient weiß von vornherein über alle Schritte des Problemlösens Bescheid, sodaß er jederzeit überprüfen kann, an welcher Stelle der Problemlösesequenz er sich befindet, wadengemäß entfällt, wenn er sich entschließt, einen Problemlösevorgang abubrechen und wo er, im Fall einer Unterbrechung, wieder in

den Lösungsvorgang einsteigen muß/kann.

Gleiches gilt für die Therapeutenebene; zusätzlich ermöglicht die geringe Eigen-  
dynamik des Problemlösegeschehens dem Therapeuten, entsprechend den Anforderungen  
der Therapiesituation, andere therapeutische Möglichkeiten zusätzlich anzuwenden,  
zwischenzeitlich einzuschieben etc. Gerade dieser letzte Aspekt wird von D'ZURIL-  
LA&GOLDFRIED (1971, 120/121) besonders betont.

Zusammenfassend ergibt sich folgender Überblick hinsichtlich einer Rekonstruktion  
des therapeutischen Problemlösens unter der Perspektive der Metamerkmale von  
Strategien:

	Merkmale					
	1	2	3	4	5	6
Klientenebene	+	+	+	+	+/-	+
Thp.ebene	+/-	+	-	+	+/-	+

- + : das Kriterium wird erfüllt
- : das Kriterium wird nicht erfüllt
- +/- : das Kriterium wird nur zum Teil erfüllt

## V. KONSEQUENZEN: BESTIMMUNGSSTÜCKE EINER THERAPEUTISCHEN STRATEGIE UND VER- BESSERUNGSVORSCHLÄGE FÜR PROBLEMLÖSEKONZEPTIONEN

### V.1. DISKUSSION UND FESTLEGUNG DER METAMERKMALE FÜR DAS KONZEPT EINER THERA- PEUTISCHEN STRATEGIE

Aus der Rekonstruktion des Problemlösens unter Strategieaspekten ergeben sich  
Möglichkeiten einer konstruktiven Modifikation der zuvor erarbeiteten Metamerkmale,  
die insbesondere ihre Nützlichkeit und Anwendbarkeit auf psychotherapeutisches  
Handeln betreffen.

Hinsichtlich der Metavariablen *Zielexplication/-festlegung* zeigt sich, daß sich  
die Notwendigkeit der Festlegung von Zielen, die in der Therapie erreicht werden  
sollen, wie ein roter Faden gerade durch die Diskussion um neuere, kognitiv orien-  
tierte Ansätze psychotherapeutischen Handelns zieht (KÄMMERER&REHAIN 1978; BASTINE  
1980). Diese Transparenz des zu erreichenden Zielzustandes wurde vor allem ange-  
sichts einer notwendigen Differenzierung von Indikationsstellungen in der Psycho-  
therapie reflektiert (vgl. SCHEELE&GROEBEN 1976), und dadurch u.a. auch als Legiti-  
mierung für eine Überwindung schulenfixierten Psychotherapierens ausgewiesen  
(BASTINE 1978). Vor diesem Hintergrund scheint mir gerade dieser Aspekt der Ziel-  
explication und Zielfestlegung ein notwendiges Metamerkmale innerhalb einer ver-

einheitlichenden Konzeptualisierung eines therapieadäquaten Strategiebegriffs zu sein. Wenn Psychotherapiestrategien dem Anspruch genügen wollen, effizienzmindernde Komplexitäten sog. klassischer Therapiesysteme zu überwinden, muß die Explikation und die Festlegung des damit zu erreichenden Zielzustandes auf der Ebene des Therapeutenhandelns *und* des Klientenhandelns unbedingter Bestandteil der therapeutischen Intervention sein.

Die Rekonstruktion des Problemlösens unter der Perspektive einer *Hierarchischen Binnenstruktur* konnte m.E. verdeutlichen, daß ein zentraler Ansatzpunkt bei der Bearbeitung von Problemen im Rahmen einer kognitiven Psychotherapie die Aufteilung von komplexen Problembereichen in einzelne, zu bearbeitende Problementeile ist. In Analogie zu dieser Problemaufteilung werden auch die Ziele in Teilziele und Oberziele aufgeteilt und dementsprechend in Lösungen überführt. Daraus ergibt sich die Frage, ob eine solche hierarchische Problemaufgliederung nicht sinnvollerweise mithilfe einer Intervention bewirkt/bearbeitet werden sollte, die ebenfalls in sich hierarchisch gegliedert ist. Eine derartige Strukturparallelität von Problem- und Methodenaspekten hätte für den Klienten den Vorteil, daß die kognitive Anforderung zur Kristallisierung und Klärung des Problems identisch ist mit der zu Problemlösung notwendigen. Es bleibt jedoch (einschränkend) festzuhalten, daß sich dieser Vorteil der identischen Struktur nur dann als ein solcher manifestiert, wenn - vorgeordnet - auch die hierarchische Ordnung des zu behandelnden Problems und der angestrebten Ziele postuliert und verteidigt wird.

Die weitere Anwendung der Strategiemerkmale auf das Problemlösen zeigte, daß dieses Therapieverfahren nur in beschränktem Maße eine *Interne Flexibilität* aufweist. Daraus ergibt sich die Frage nach möglichen Konsequenzen einer solchen Divergenz für die hier thematische Strategiekonzeption.

Bei der Explikation der formulierten Strategiemerkmale wurde an anderer Stelle (S.3) auf wesentliche Aspekte des 'Probierens' hingewiesen und dabei als ein Charakteristikum von 'Probieren' u.a. die flexible Binnenstruktur der einzelnen Handlungsvollzüge herausgearbeitet. Daran kann m.E. verdeutlicht werden, daß eine Interne Flexibilität im Zusammenhang mit Psychotherapiestrategien der Kombination mit den anderen Merkmalen bedarf, um sich gegenüber einem (als suboptimal erwiesenen) 'Probieren' abzugrenzen. Dies betrifft vor allem die Kombination mit den ersten beiden Merkmalen *Zielexplication/-festlegung* und *Hierarchische Binnenstruktur*, da sie die *Richtung und Struktur* der Internen Flexibilität bei strategischem Handeln verdeutlichen.

Zusätzlich zeigt sich an diesem Merkmal, daß die an vorwiegend intrapsychischen Vorgängen ("geschlossene Aufgaben") gewonnenen Strategiemerkmale in der Anwendung auf die - interaktionelle - Therapiesituation einschränkender Modifikationen bedürfen. Folgende Hypothese ist m.E. gerechtfertigt: Die Manifestation des Strate-

giemerkmal *Interne Flexibilität* auf der Therapeutenebene (der Therapeut versucht, dem Klienten den intern flexiblen Umgang mit einer therapeutischen Vorgehensweise beizubringen) kann tendenziell eine Überforderung des Klienten bedeuten und sollte deshalb als kennzeichnendes Merkmal einer Psychotherapiestrategie lediglich approximativ gefordert werden!

Die Anwendung eines Psychotherapieverfahrens stellt in jedem Fall für einen Klienten eine neue, bisher unbekannte Vorgehensweise dar, die noch dazu in einer psychisch belastenden Problemsituation (= Leidensdruck) eingeführt wird. Dazu kommt, daß strategisches Handeln zielgerichtet, d.h. dezidiert an der Überwindung/Lösung des Problems orientiert ist, was für den Klienten eine hohe Arbeitsmotivation, sowie Mut und Engagement, sich selbst in Frage zu stellen, Neues auszuprobieren etc. notwendig macht. Im Interesse einer angstreduzierenden, lösungskonzentrierten Handhabung der dabei verwendeten Strategie ist es m.E. sinnvoll und notwendig, diese so zu konzipieren, daß nicht durch die Psychotherapie selbst zusätzliche, belastende Faktoren entstehen. Diese entstünden aber, sollte der Klient auch noch vom Beginn der Therapie an mit dem intern flexiblen Umgehen mit der jeweiligen Strategie konfrontiert werden. Es erscheint mir daher sinnvoller, die jeweils verwendete Strategie zuerst einmal als eine Methode vorzustellen, die als Ganze lösungsrelevant ist und dem Klienten helfen kann, eine schwierige Situation zu überwinden. Sollte es zusätzlich möglich sein, einzelne Teilschritte intern flexibel einzusetzen (z.B. einzelne Aspekte intensiver zu üben, bzw. zu überspringen etc), würde das eine positive Auszeichnung der jeweiligen Strategie sein, die wirksam werden kann in Abhängigkeit von den je spezifischen Bedingungen der Therapiesituation.

Daher scheint es mir nicht notwendig, dieses Kriterium der *Internen Flexibilität* als eine 'Muss'-Kategorie zur Kennzeichnung therapeutischer Vorgehensweisen als Strategien einzuführen. Vielmehr reicht es aus, hier eine 'Kann-' oder 'Sollte'-Forderung zu formulieren.

Mit der Metavariablen *Suchprozeß* kommt m.E. ein etwas anderer Bedeutungszusammenhang in die Diskussion um die Strategievariablen, als jetzt nicht mehr überwiegend formale Charakteristika bzw. solche des internen Aufbaus von Strategien thematisch sind, sondern Aspekte hineinkommen, die noch stärker als die vorhergehenden Kennzeichen der spezifisch therapeutischen Situation sind. Das Merkmal *Suchprozeß* weitert nämlich den Strategiebegriff auf die Beziehungsebene aus, da damit impliziert ist, daß Therapeut und Klient *gemeinsam* aus einer ungeordneten, zum Teil unbekanntem Menge von Möglichkeiten einer Problemlösung jene herausuchen, die für den Klienten in seiner individuellen Lebenssituation die passendste ist. Wenn es auch so ist, daß der Suchraum von Klient und Therapeut durch die jeweiligen individualhistorischen Bedingungen gekennzeichnet ist (s.S.25), bedeutet strate-

gisches Handeln in der Psychotherapie *auch* für den Therapeuten das Einlassen auf eine zuerst einmal völlig offene, vielschichtige Situation und ermöglicht dadurch ein potentiell gleichberechtigtes, partnerschaftliches Verhältnis zum Klienten. Diese - intendierte - prinzipielle Gleichberechtigung hinsichtlich der zur Verfügung stehenden Hypothesen in der Anfangsphase der Therapie kann für die gesamte Therapie determinierend sein und bewirkt - als übergeordnetes Ziel des gemeinsamen Suchprozesses - einen konstruktiven Austausch von Klient und Therapeut im Interesse der Lösung des Klientenproblems, was zuerst einmal primär dem Klienten zugute kommt, von diesem genutzt werden kann und dem Therapeuten zu einer Erweiterung seines Wissensspeichers (Erfahrung etc.) verhilft. Es bleibt aber nochmals darauf hinzuweisen, daß dieser Suchprozeß eine prinzipielle Gleichberechtigung im Sinne eines "epistemologischen Subjektmodells" (GROEBEN&SCHEELE 1977) von Therapeut und Klient beinhaltet und nicht dem Therapeuten von vornherein uneingeschränkt bessere Qualitäten aufgrund seines Expertenstatus zubilligt.

Eine solche Charakterisierung erlaubt es, mithilfe dieses Strategiemerkmals differenzierende Aspekte herauszuarbeiten: Alle Therapieverfahren, die den Therapeuten vorwiegend in der Rolle des interpretierenden, "um-die-beste-Lösung-wissenden" Fachmannes sehen, sind sicherlich nicht als therapeutische Strategien zu rekonstruieren, da der Suchraum für Klient und Therapeut sehr unterschiedlich ist, bzw. dem Klienten kaum bis gar nicht vermittelt wird, daß es einen gemeinsamen Suchraum für die Lösung seiner Probleme gibt.

Es konnte weiterhin gezeigt werden, daß sich *Realitätsfundierung* aus ethischen Motiven orientieren muß am 'Sollen impliziert Können' (s.S.26), d.h. strategisches Handeln in der Psychotherapie darf nicht zu brachialer Überforderung des Klienten führen. Dennoch scheint es mir unerläßlich, den experimentellen Charakter der Überwindung von Realitäten des Klienten als roten Faden immer mitlaufen zu lassen. Zu einer solchen Überwindung ist es aber u.U. nötig, z.B. durch Konfrontation auch kurzfristig belastende und tendenziell überfordernde "Realitäten" durch den Therapeuten einzuführen (BASTINE&KOMMER 1979). M.E. können dadurch bedingte, negative Konsequenzen, gerade durch das vorher genannte Merkmal des gemeinsamen *Suchprozesses*, auf der Beziehungsebene aufgefangen werden. Auch Zielorientierung und Hierarchisierung vermindern negative Effekte: *Zielexplication und -festlegung* können dem Klienten verdeutlichen, warum bspw. konfrontierend vorgegangen wird; er kann emotionale Sicherheit auf der Metaebene dadurch bekommen, daß er eine Begründung für das Therapeutenverhalten hat. Durch die *Hierarchisierung* wird es möglich, zuerst einmal bei Teilproblemen 'realitätsüberwindend' zu arbeiten, sodaß der Klient allmählich dazu gebracht wird, eventuell gegebene Realitäten z.B. selbst in Frage zu stellen.

Trotz dieser Argumente für eine Beibehaltung dieses Metamerkmals einer therapeutischen Strategie kann aus der festgestellten Nichtübereinstimmung zwischen Pro-

blemlösen und dieser Variable ein konstruktiver Nutzen gezogen werden, der vor allem die sprachliche Benennung betrifft. M.E. klingt 'Fundierung' alltagssprachlich zu endgültig, sicher, zu statisch. Besser wäre es, dieses Strategiemerkmal Realitätsorientierung zu nennen, da damit das Experimentelle dieser Metavariablen besser zum Ausdruck kommt.

Hinsichtlich der konzipierten Metavariablen Reversibilität ergibt sich, daß dieses Strategiemerkmal einen anderen Charakter als die restlichen Variablen hat:

Es erscheint mir sinnvoller, Reversibilität als übergeordnetes Konzept zu definieren, ohne das eine Rekonstruktion therapeutischen Handelns unter Strategieaspekten überhaupt nicht sinnvoll wäre. Wenn Therapiestrategien in der Lage sind, die Komplexität einer ausschließlich schulorientierten Therapiepraxis und -theorie, bzw. eines pragmatischen Eklektizismus zu überwinden, dann ist es eine selbstverständliche Notwendigkeit, daß sie ohne Hinterlassung negativer Konsequenzen beendet und/oder durch andere ersetzt werden können. Nur so ist eine differentielle Indikation, die sich an den individuellen Bedürfnissen des Klienten orientiert, ohne auf eine theoretische Systematisierung zu verzichten, möglich und sinnvoll, bzw. die auf Psychotherapieforschung verweisende Frage der Relation und/oder Kombination verschiedener Strategien beantwortbar.

Die Anwendung der eingangs erarbeiteten Strategiemerkmale auf ein therapeutisches Verfahren - das Problemlösen - ergab, daß für einen spezifischen Begriff 'therapeutische Strategie' von den ursprünglich sechs Metavariablen zwei wegfallen: Interne Flexibilität und Reversibilität, da sie zum einen überhöhte Anforderungen an den Klienten stellen würden und zum anderen als eine selbstverständliche Notwendigkeit dem gesamten Strategiekonzept übergeordnet sind. Insgesamt ergeben sich daher vier Metamerkmale zur Kennzeichnung einer therapeutischen Strategie im Rahmen eines integrativen, kognitionspsychologisch orientierten Psychotherapiekonzepts:

1. Eine therapeutische Strategie zeichnet sich aus durch die Explikation und Festlegung des intendierten Zielzustands;
2. Sie ist in sich hierarchisch gegliedert, sodaß der Klient durch die Anwendung der Strategie systematisch vom Abstrakten zum Konkreten geführt wird;
3. Therapeutische Strategien sind auf Lösungen ausgerichtet und ihnen inhärent ist der Aspekt des gemeinsamen Suchens von Therapeut und Klient; dies bewirkt den stark intentionalen Charakter des gesamten strategischen Handelns;
4. Psychotherapiestrategien orientieren sich an den unmittelbaren Realitätsbedingungen des Klienten und versuchen, von dieser Basis aus eventuell notwendige, neue Realitäten zu schaffen.

## V.2. VERBESSERUNG DES THERAPEUTISCHEN PROBLEMLÖSENS IN ANLEHNUNG AN DIE ER- FORDERNISSE EINER THERAPEUTISCHEN STRATEGIE

Auf die Möglichkeiten einer Verbesserung von in der Therapiepraxis eingeführten Problemlösekonzeptionen als Ergebnis ihrer Rekonstruktion unter Strategieaspekten sei hier nur abrißhaft eingegangen:

- Wichtigstes Ergebnis scheint mir zu sein, daß das Problemlösen in den gegenwärtigen Forschungsansätzen mit dem Schwerpunkt einer therapeutischen Anwendung nur unzureichend die mit der Methode verbundenen therapeutischen Ziele expliziert und festlegt. Dies verdeutlicht die Notwendigkeit einer Instruktionsphase vor Beginn der eigentlichen, d.h. problemzentrierten Therapie, in der dem Klienten die durch die Methode intendierten Zielsetzungen dargelegt werden und ihm somit Transparenz des gesamten Therapiegeschehens ermöglicht wird. Eine Möglichkeit einer solchen Instruierung besteht in einem Gespräch zwischen Klient und Therapeut, wobei der Therapeut hierbei prinzipiell bereits die Problemlöseschritte für eine Explikation und Festlegung der Ziele auf der Therapeutebene nutzen könnte. Für den Klienten hätte dies den Vorteil, daß er sich gleich zu Beginn mit der Methode vertraut machen könnte und dem Therapeuten ermöglichte es ein einheitliches Verhaltensrepertoire im Verlauf der gesamten Therapieinteraktion.
- Hinsichtlich der Anforderungen, die durch das Metamerkmal *Hierarchische Binnenstruktur* definiert worden waren, erwies sich das Problemlösen als annähernd optimal. Diese Optimalitätstendenz ist jedoch nicht in allen beschriebenen Problemlöseansätzen gleichermaßen vorhanden. Sie verringert sich dort, wo das Problemlösen als übergeordnetes Analyse-Schema für relativ komplexe, zumeist therapietheoretische Fragestellungen genutzt wird (bspw. FIEDLER 1979 oder ZIELKE 1979). Dagegen steigt sie in den Problemlöseansätzen, die das Problemlösen als konkretes therapeutische Verfahren nutzen (bspw. D'ZURILLA & GOLDFRIED 1971; GRAWE et al. 1980).
- Zentraler Verbesserungspunkt gegenwärtiger Problemlösekonzeptionen ist die Konzipierung von Möglichkeiten, die es dem Klienten erleichtern, bedürfnisgerechte Kognitionen, Emotionen und Verhaltensweisen zu entwickeln, d.h. eine subjektiv befriedigende Realitätsorientierung zu erlangen.

Denkbar wäre dies natürlich durch eine Kombination des Problemlösens mit anderen psychotherapeutischen Vorgehensweisen, bspw. konfrontierenden oder erlebnisaktivierenden Methoden. Gleichzeitig gibt es aber auch noch methodenimmanente Möglichkeiten einer veridikalen Realitätsorientierung. Diese betreffen vor allem die Hinzufügung eines sechsten Schrittes zu den traditionellen fünf, der insbesondere die abschließende Evaluierung eines Problemlöseprozesses betrifft. Die Konzeptionen von FIEDLER (1979) und GRAWE et al. (1980) tragen dem bereits Rechnung. Zentraler Ansatzpunkt eines solchen Evaluationsschrittes ist die kriti-

sche Prüfung der vorangegangenen Problemlösesequenz: Vor allem fehlgeschlagene Problemlöseversuche sollten genauestens analysiert werden, um genaue Auskunft über die Determinanten des Mißerfolgs zu erhalten. Aber auch erfolgreiche Problemlösungen sind abschließend zu bewerten und die einzelnen Aspekte des Erfolgs herauszuarbeiten.

- Problemlösetrainings sollten sinnvollerweise eine Verbesserung der Ziel- und der Mittelgenerierung implizieren. Die individuelle Verfügbarkeit über alternative Ziele in einer problematischen Situation ist gleichbedeutend mit einer Erhöhung der subjektiven Wissensstruktur und einer konstruktiven Sensibilität hinsichtlich des eigenen Wollens, der eigenen Bedürfnisse in konflikthafter, problematischer Situationen. Sie beinhaltet somit auch eine zunehmende Differenzierung der Wahrnehmung im Sinne der Informationsaufnahme und -verarbeitung. Die positiven Konsequenzen einer solchen kognitiven Differenziertheit liegen auf der Hand: die Globalität der Urteilsbildung und der damit verbundenen Handlungspläne wird reduziert und die Flexibilität und Konkretheit von Reaktionsmöglichkeiten erhöht (KÖNIG 1979).

Eine Verbesserung des Zielwissens allein reicht jedoch nicht aus, wenn diese nicht einhergeht mit einer ebensolchen Verbesserung von Verhaltensalternativen durch erweiterte Mittelgenerierung. Die daraus resultierende Möglichkeit, verschiedene Wege zur Zielerreichung einschlagen zu können, erhöht das Verhaltensrepertoire und damit die Wahrscheinlichkeit, tatsächlich die angestrebten Ziele zu erreichen. Aus diesen Gründen ist es notwendig, daß Problemlösetrainings eine Ausgewogenheit hinsichtlich der Erweiterung von Zielwissen und Mittelanwendung besitzen, was zum Beispiel in den "19 Units" von SPIVACK, PLATT & SHURE (1976) nur unzureichend gewährleistet ist.

Aus dieser Auflistung von Verbesserungsmöglichkeiten für Problemlösetrainings ergibt sich konstruktiv die Konzipierung eines solchen Trainings in der folgenden Weise:

#### Schritt 1: PROBLEMBEWUSSTSEIN WECKEN

Um eine möglichst optimale Sensibilisierung für die verschiedenen problematischen Situationen/Reaktionen etc. zu erreichen, wird die Integration verschiedenster Informationsquellen angestrebt: Gedanken, Gefühle, körperliche Reaktionen und/oder konkretes Verhalten können Aufschluß über Problemsituationen geben. Von zentralem Interesse in diesem ersten Schritt der Problemlösesequenz ist die Intensivierung der Selbstbeobachtung. Wichtig ist weiterhin, die Probleme als lösbar zu etikettieren, sie als einen alltäglichen Teil des Lebens zu bewerten und nicht als kaum noch zu beeinflussende Tatsachen.

#### Schritt 2: BENENNUNG UND BESCHREIBUNG DES PROBLEMS

Die Konkretisierung eines zu behandelnden Problems kann erleichtert werden durch Explorationshilfen, die aus der traditionellen Verhaltensanalyse bekannt sind (SCHULTE 1974). Dies sind insbesondere Fragen nach der zeitlichen Dimensionierung ("WANN tritt das Problem auf"), der örtlichen Eingrenzung ("WO tritt das Problem auf"), der Beteiligung/Betroffenheit anderer Menschen ("WELCHE Personen sind daran

beteiligt"), der Häufigkeit ("WIE OFT tritt das Problem auf"), der subjektiven Erklärungskonzepte für das Problem ("WARUM tritt das Problem auf") und der Herausarbeitung bereits durchgeführter Lösungsversuche ("WIE sahen Lösungsversuche aus").

### Schritt 3: SAMMLUNG VON ALTERNATIVEN

Zielfindung und Mittelbenennung sind Teilaufgaben dieses Schrittes. Um eine Bearbeitung zu erleichtern, kommen die von OSBORN (1963) entwickelten "Brain-Storing-Regeln" zur Anwendung, die die Quantität der Qualität vorordnen, negative Kritik an geäußerten Ideen bis zum Abschluß der Generierungsphase verschieben und die Verbesserung und/oder Kombination bereits geäußelter Ideen vorsehen. Diese Regeln sind zuerst für die Explikation von Zielen und dann für die Wege einzusetzen.

### Schritt 4: ENTSCHEIDUNG TREFFEN

Aus den generierten Zielen und Mitteln werden die lösungsrelevantesten herausgesucht. Für die damit verbundenen Auswahlprobleme werden wiederum Hilfen gegeben, die hinsichtlich der Auswahl von Ziel und Weg vor allem die damit verbundenen persönlichen und sozialen, sowie lang- und kurzfristigen Konsequenzen betreffen. Dies impliziert eine Beachtung von möglichen Nebenfolgen, Wunschenken oder eine Entscheidung nach dem 'Gesetz der sauren Trauben' ebenso, wie eine Antizipation ablehnender oder zustimmender Reaktionen durch andere Menschen. Vor allem bei der Auswahl von Mitteln wird zusätzlich auf die möglicherweise notwendige Überwindung der Zweckrationalität hingewiesen.

### Schritt 5: VERWIRKLICHUNG DER ENTSCHEIDUNG

Durch den vorhergehenden Schritt wurden für das zur Diskussion stehende Problem ein Ziel und ein Weg gefunden. Diese bis dahin ausschließlich kognitive Problemlösung soll in diesem Schritt in Handeln überführt werden. Erleichterndes Element für eine Handlungsrealisierung ist das Rollenspiel, das vorab ein Vertrautwerden mit den neuen Verhaltensmöglichkeiten erlaubt und eine allmähliche, unterstützende Annäherung an die reale Problemsituation darstellt.

### Schritt 6: BEWERTUNG DER ENTSCHEIDUNG

Dieser Schritt beinhaltet eine ausführliche Bewertung der Handlungsdurchführung und der vorausgegangenen Problemlösung. Zentrales Merkmal hierbei ist, daß sowohl der erfolgreiche wie auch der erfolglose Problemlösedurchgang genauestens analysiert und bewertet werden. Hinsichtlich einer erfolgreichen Lösung wird nach den Determinanten des Erfolgs gefragt: bspw. Problemkonkretisierung, Generierung von Alternativen, Strukturierung und Planung der realen Situation etc. Gleiches gilt für den erfolglosen Versuch: War die Vagheit der Problembeschreibung ausschlaggebend? War die angestrebte Lösung eigentlich doch nicht Bedürfniskonform? Hatte das angewandte Mittel zu viele unerwünschte Nebenfolgen? Solche Prüffragen geben Aufschluß darüber, an welcher Stelle des Problemlösevorgangs der Fehler anzusiedeln ist, um zukünftige zu vermeiden.

Erste Erfahrungen mit einem solchen Problemlösetraining liegen vor und wurden empirisch überprüft (KÄMMERER, in Vorb.). Dabei zeigte sich, daß vor allem die Darstellung des Problemlösetrainings im Rahmen eines "Leitfadens" (KÄMMERER 1979) eine wichtige informative Funktion hatte: Dadurch wurde der Klient vorab über übergeordnete Ziele der Methode und auch den Aufbau der einzelnen Schritte genau instruiert. Gerade hinsichtlich der erwähnten Verbesserung von Problemlösetrainings unter den Strategieaspekten der *Zielexplication/-festlegung und Hierarchische Binnenstruktur* ist dies eine erste Möglichkeit in diese Richtung. Ähnlich positive Erfahrungen wurden mit den detaillierten Evaluierungsfragen des

sechsten Schrittes gemacht: Hier zeigte sich besonders die motivationale Bedeutung selbstbewertender Reflexionen (BANDURA 1977), die eine große Rolle bei der Entscheidung darüber spielen, ob neue Problemlösdurchgänge begonnen werden oder aber, ob die Methode als 'ungeeignet', 'frustrierend', 'konstruktivistisch' etc. abgetan wird.

## VI. ZUSAMMENFASSUNG UND AUSBLICK

In den vorangegangenen Kapiteln war versucht worden, durch eine Analyse denk-/kognitionspsychologischer Theorienansätze, definitorische Bestimmungsstücke strategischen Handelns als psychologisches Prozeßmerkmal herauszuarbeiten. Auf diese Weise konnten Kennzeichen eines psychologischen Strategiebegriffs entwickelt werden, die in der Anwendung auf eine psychotherapeutische Methode - das therapeutische Problemlösen - in ihrer Nützlichkeit und Brauchbarkeit für das Ziel der Untersuchung: einer Klärung des Begriffs einer *therapeutischen Strategie*, überprüft wurden.

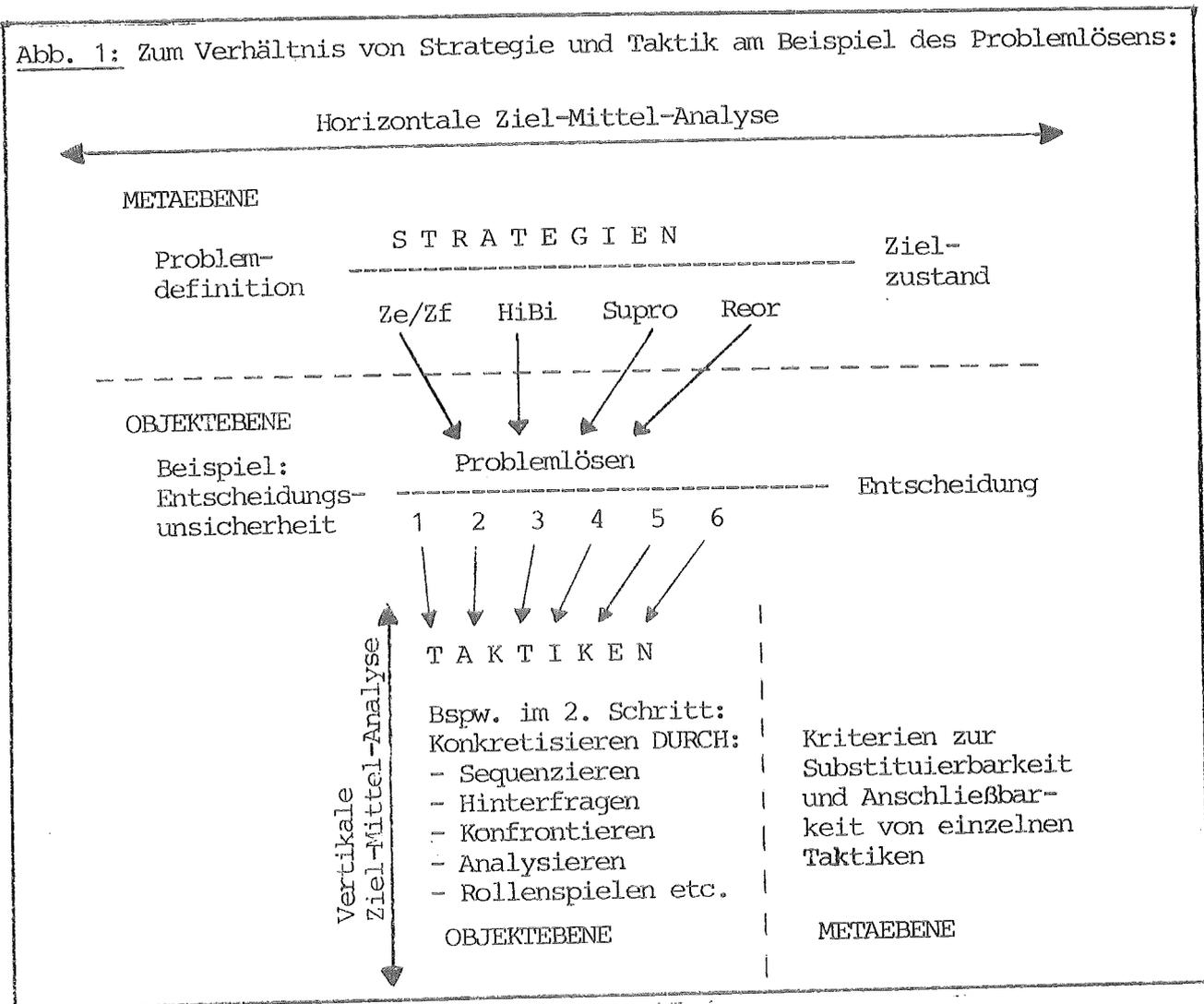
Die synoptische Betrachtung der Strategiemerkmale und des therapeutischen Problemlösens führte zu einer Reduktion der zu Beginn erarbeiteten sechs Strategiemerkmale auf vier, die als Metavariablen den spezifischen Bedingungen eines Strategiebegriffs im therapeutischen Kontext Rechnung tragen.

Mit diesen vier explizierten Merkmalen zur metatheoretischen Beschreibung/Definition einer *psychotherapeutischen Strategie* ist somit eine Möglichkeit gegeben, entsprechend den Ausführungen des Kapitels III, sowohl das konkrete Handeln von Psychotherapeuten zu klassifizieren, als auch therapietheoretische Strukturierungen und Kategorisierungen durchzuführen, die jenen vereinheitlichenden Forschungsrahmen darstellen können, der als Überwindung suboptimaler Integrationsbemühungen in der Psychotherapie zu Beginn thematisiert worden war. Durch eine Rekonstruktion psychotherapeutischer Vorgehensweisen unter den erarbeiteten Strategiemerkmalen könnte eine konzeptuelle Vereinheitlichung stattfinden, die zumindest *eine* Reduktion der zahlreichen Unbekannten psychotherapeutischer Forschungsprogramme darstellte.

Dennoch kommen mehr Probleme hinzu, als gelöst worden sind, aber diese erscheinen mir konstruktiv und weiterführend, was sich insbesondere an zwei Beispielen aufzeigen lässt, die sich als Folgeprobleme aus dem Erarbeiteten ergeben: Zum einen die Frage nach dem Zusammenhang von Strategie und Taktik und zum anderen Überlegungen zu einer Verbesserung von Indikationsstellungen auf der Grundlage der Strategiemerkmale.

Zur metatheoretischen Organisation von Strategie und Taktik könnte es nach meiner Einschätzung sinnvoll sein, als helfendes Strukturierungsmodell die "TOTE-Einheit" von MILLER et al. (1960;1973) einzusetzen und in Analogie dazu das Verhältnis

von Strategie und Taktik als horizontale und vertikale Ziel-Mittel-Analyse abzubilden (s. Abb.1). Es werden dabei spezielle Merkmale von Taktiken gesucht, die als 'Passungskriterien' von Taktiken gelten können und vor allem die Substituierbarkeit und Anschließbarkeit betreffen, d.h. die Frage beantworten, welche Taktiken z.B. gleichermaßen nützlich sind, um Teilziele innerhalb von Strategien zu erfüllen oder aber, welche Taktiken wie miteinander zu kombinieren sind.



Die Bedeutung solcher Fragestellungen lässt sich am Beispiel des Problemlösens besonders gut aufzeigen. So konnte PUTZ-OSTERLOH (1974) nachweisen, daß erfolgreiche Problemlöser nicht starr nach der Instruktion vorgehen, sondern zum Teil Teilstrategien erfinden, die ebenso und/oder besser lösungsführend sind, wie die per Instruktion vorgegebenen (273). Wenn man solche Teilstrategien als Taktiken konzipiert, wäre es bspw. für das therapeutische Problemlösen von großer Wichtigkeit, dem 'problemlösenden' Klienten für jeden Schritt der Problemlösesequenz möglichst viele Taktiken zur Verfügung zu stellen, bzw. ihn dazu zu ermuntern, seinerseits Taktiken zu finden, die eine Art individueller Problemlösestrategie

ergeben.

Diese Überlegungen hängen eng zusammen mit Problemen der Indikation, die nach wie vor zentraler Untersuchungsgegenstand der Psychotherapie sind. Die Konzipierung von Psychotherapiestrategien auf der Grundlage der erarbeiteten Metamerkmale kann sicherlich nicht stringent die herausragende Frage nach der Problem- und Situationsadäquanz einer verwendeten Strategie klären. Aber sie kann den sinnvollen Vergleich auf der Basis vereinheitlichter Interventionskonzeptionen ermöglichen und damit im 'Indikationspuzzle' einige Aspekte erleichtern.

Hinsichtlich der Indikationsfragen wird z.B. immer wieder auf die Bedeutung der Problemklassifikation im Sinne von "well-defined" vs. "ill-defined" hingewiesen (PUTZ-OSTERLOH 1974), die eine unterschiedliche Strategiewahl notwendig macht. Bei der Konstruktion und nachfolgenden Indikation von Psychotherapiestrategien sind deshalb die Merkmale der Probleme besonders zu berücksichtigen.

So weisen bspw. SPIVACK, PLATT & SHURE (1976) in ihrem mehrfach erwähnten Training in der 2. Einheit "Learn the facts" auf die notwendige Unterscheidung zwischen "facts" und "opinion" angesichts von Problemsituationen hin. Bei den "facts" ist zu klären: "Do we actually see them"?, während "opinion" die Frage nach Gefühlen/Bewertungen im Zusammenhang mit den "facts" betrifft (248). Auch für BECK (1976) ist diese Differenzierung von entscheidender Bedeutung; er zitiert - zur Untermauerung seiner Theorie - MASLOW: "Der Neurotiker ist nicht nur emotional krank - er befindet sich kognitiv im Irrtum" (BECK 1976, 67).

Gerade diese zuletzt genannten Aspekte verdeutlichen, daß eine Differenzierung von Probleminhalten in engem Zusammenhang mit Personenmerkmalen steht; so bleibt bspw. die Frage zu klären, ob es charakteristische Problemstrukturen beim Klienten gibt, die einen differentiellen Einsatz von Teilaspekten der Problemlösestrategie nahelegen. Diese unterschiedlichen Problemstrukturen könnten z.B. in einer unterschiedlichen, individuellen Verfügbarkeit über Zielwissen und Mittelanwendung liegen, d.h. Klienten könnten (relativ grob) danach klassifiziert werden, ob sie gut Ziele von sich benennen können, aber nicht wissen, wie sie diese erreichen; umgekehrt könnte es auch so sein, daß ein Klient über ein relativ hohes Ausmaß an Mittelwissen verfügt, aber nicht so recht weiß, wozu er es einsetzen soll. Auch die Ergebnisse der erwähnten Untersuchung von PUTZ-OSTERLOH (1974) könnten hilfreich für die Untersuchung von relevanten Personenmerkmalen im Zusammenhang mit Problemlösestrategien sein. So fand sie u.a., daß problemlöseerfahrene Individuen den möglichen Erfolg ihrer Lösungsbemühungen immer schon im voraus abzuschätzen versuchen oder auch ihre Lösungswege immer wieder neu auf die Ausgangslage beziehen und kaum an früherem Wissen, bzw. früheren Erfahrungen 'kleben' (273). Die Erörterung von Problem- und Personenmerkmalen als Determinanten der Indikation einer Problemlösestrategie ist nicht unabhängig von den damit intendierten psycho-

logischen Effekten zu sehen. So bleibt weiterhin kritisch zu prüfen, ob das therapeutische Problemlösen und - genereller - ob Psychotherapiestrategien z.B. die Bewältigung schwieriger Situationen zum Ziel haben oder eher Fähigkeiten übergeordneter Art vermitteln wollen. Hieran zeigt sich, daß insbesondere konzeptuelle, persönlichkeits-theoretische Aussagen fehlen, die bspw. die strukturellen Zusammenhänge von Emotion, Kognition und Verhalten betreffen.

## VII. LITERATUR

- ALBERT, H. 1971: Kritizismus und Naturalismus. Die Überwindung des klassischen Rationalitätsmodells und das Überbrückungsproblem, in: LENK, H. (ed.): Neue Aspekte der Wissenschaftstheorie. Braunschweig, 111-128.
- BANDURA, A. 1977: Self-efficacy: Toward A Unifying Theory Of Behavior Change. Psychol. Rev. 84/2, 191-215.
- BASTINE, R. 1978: Strategien psychotherapeutischen Handelns, in: REIMER, F. (ed.): Möglichkeiten und Grenzen der Psychotherapie im Psychiatrischen Krankenhaus. 9. Weinsberger Kolloquium, Stuttgart: Thieme, 59-66.
- ders. 1980: Indikationen in der zielorientierten Psychotherapie; erscheint in: BAUMANN, U. (ed.): Indikation zur Therapie psychischer Störungen. München, in Druck.
- ders. & KOMMER, D. 1979: Konfrontation als Strategie psychotherapeutischen Handelns. in: ECKENSBERGER, L.H. (ed.): Bericht über den 31. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Psychologie in Mannheim 1978. Göttingen: Hogrefe.
- BECK, A.T. 1976: Wahrnehmung der Wirklichkeit und Neurose - Kognitive Psychotherapie emotionaler Störungen. München: Pfeiffer
- BROMME, R. 1978: Wissen als Grundlage und Gegenstand therapeutischen Handelns. in: KEUPP, H. & ZAUMSEIL, M. (eds.): Die gesellschaftliche Organisation psychischen Leidens. Frankfurt: Suhrkamp, 469-498.
- DEWEY, J. 1933: How we think. Zit. in: URBAN, H.B. & FORD, D.H. 1971: Some historical and conceptual perspectives on psychotherapy and behavior change, in: BERGIN, A.E. & GARFIELD, S.L. (eds.): Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. New York: Wiley, 3-35.
- DÖRNER, I. 1974: Die kognitive Organisation beim Problemlösen. Bern: Huber.
- ders. 1976: Problemlösen als Informationsverarbeitung. Stuttgart: Kohlhammer
- DUNCKER, K. 1935: Zur Psychologie des Produktiven Denkens. Heidelberg: Springer
- D'ZURILLA, T.J. & GOLDFRIED, M.R. 1971: Problem-solving and behavior modification, J. Abnorm. Psychol., 78,1, 107-126.
- FIEDLER, P. 1979: Diagnostische und therapeutische Verwertbarkeit kognitiver Verhaltensanteile, in: HOFFMANN, M. (ed.): Grundlagen kognitiver Therapien. Bern: Huber, 205-251.
- GARFIELD, S.L. & KURTZ, R.A. 1977: A Study of Eclectic Views. J. Consult. Clin. Psychol. 45, 78-83.

- GENDLIN, E.T. 1970: A Theory of Personality Change, in: HART, J.T. & TOMLINSON, T.M. (eds.): New Directions in Client-Centered Psychotherapy. Boston
- GÖRLITZ, D.; MEYER, W.-U. & WEINER, B. 1977: Bielefelder Symposium über Attribution. Stuttgart: Klett-Cotta.
- GOLDFRIED, M.R. & DAVISON, G. 1976: Clinical Behavior Therapy. New York
- GOLDSTEIN, A.P. & STEIN, N. 1976: Prescriptive Psychotherapy. New York: Pergamon.
- GRAWE, K.; DZIEWAS, H. & WEDEL, S. 1980: Interaktionelle Problemlösungsgruppen. Ein verhaltenstherapeutisches Gruppenkonzept, in: GRAWE, K. (ed.): Verhaltenstherapie in Gruppen. München: Urban & Schwarzenberg.
- GROEBEN, N. 1979: Vorarbeiten zu einem Entwurf eines Moralprinzips zur Generierung von Menschenbildannahmen in der Psychologie. Heidelberg: Unveröffentl. Manuskript.
- ders. & SCHEELE, B. 1977: Argumente für eine Psychologie des reflexiven Subjekts. Darmstadt: Steinkopff.
- HARLOW, H.F. 1949: The Formation of Learning Sets. Psychol. Rev. 56, 51-65.
- HOFFMANN, M. 1977: Zur Genese von Verhaltensstörungen aufgrund fehlgeschlagener Problemlösestrategien. Dissertation, Bielefeld.
- KÄMMERER, A. in Vorb.: Problemlösen als Psychotherapeutische Strategie im Rahmen einer kognitiven Psychotherapie. Phil.Diss., Heidelberg
- dies. 1979: Leitfaden zum Training der Problemlösefähigkeit. Unveröffentl. Manuskript. Heidelberg.
- dies. & REHAHN, S. 1978: Zielsetzungen in der Verhaltenstherapie - Versuch einer Explikation impliziter Aussagen; in: Fortschritte in der Verhaltenstherapie, Kongressbericht, Berlin 1977, Sonderheft I/1978 der "Mitteilungen der DGVT", 127-136.
- KAMINSKI, G. 1970: Verhaltenstheorie und Verhaltensmodifikation. Stuttgart: Klett.
- KANFER, F.H. 1979: Self-management. Strategies and Tactics, in: GOLDSTEIN, A.P. & KANFER, F.H. (eds.): Maximizing Treatment Gains: Transfer-Enhancement in Psychotherapy. Academic Press.
- KLIX, F. 1971: Information und Verhalten - Kybernetische Aspekte der organismischen Informationsverarbeitung. Einführung in naturwissenschaftliche Grundlagen der Allgemeinen Psychologie. Berlin/ost.
- KÖNIG, F. 1979: Problemlösen und kognitive Therapie, in: HOFFMANN, N. (ed.): Grundlagen kognitiver Therapie. Bern: Huber, 155-177.
- LAZARUS, A.A. 1978: Verhaltenstherapie im Übergang. München/Basel: Ernst Reinhardt Verlag. Original 1971
- LAZARUS, A.A. 1976: Multimodal Behavior Therapy. New York: Springer.
- LONDON, P. 1972: The End of Ideology in Behavior Modification. Am. Psychol. 27, 913-920.
- MAHONEY, M. 1974: Cognitive and Behavior Modification. Cambr./Mass.: Ballinger.
- MAHONEY, M. & ARNKOFF, D.B. 1979: Cognitive and Self-Control Therapies, in: GARFIELD, S.L. & BERGIN, A. (eds.): Handbook of Psychotherapy and Behavior Change, New York: Wiley.
- MILLER/GALANTER/PRIBRAM 1973: Strategien des Handelns. Pläne und Strukturen des Verhaltens. Stuttgart: Klett. Orig. 1960.
- NEBER, H. 1973: Entdeckendes Lernen. Weinheim: Beltz
- NEWELL, A. & SIMON, H.A. 1972: Human Problem Solving. New Jersey: Prentice Hall.
- OERTER, R. 1972: Psychologie des Denkens. Donauwörth: Verlag Ludwig Auer.

- OPP, K.D. 1970: Methodologie der Sozialwissenschaften. Hamburg:rororo.
- OSBORN, A.F. 1963: Applied Imagination: Principles and Procedures of Creative Problem-solving (3rd ed.). New York: Scribners.
- PLATT, J. & SPIVACK, G. 1975: The MEPS Procedure. Unveröffentl. Manuskript: Hahnemann Department of Mental Health Sciences.
- PONGRATZ, L.J. 1977: Geschichte, Gegenstand und Grundlagen der Klinischen Psychologie, in: ders. (ed.): Handbuch der Psychologie. Bd.8/1: Klinische Psychologie. Göttingen: Hogrefe 1-59.
- PRIESTLEY, P.; MCGUIRE, J.; FLEGG, D.; HEMSLEY, V. & WELHAM, D. 1978: Social Skills and Personal Problem Solving - A Handbook of Methods. London: Tavistock.
- PROCHASKA, J.O. 1979: Systems of Psychotherapy: A Transtheoretical Analysis. Homewood, Ill.: Dorsey Press.
- PUTZ-OSTERLOH, W. 1974: Über die Effektivität von Problemlösungstraining. Ztschr. f. Psychol. 182/3, 253-276.
- QUEKELBERGHE, R.v. 1979: Systematik der Psychotherapie. München: Urban & Schwarzenberg.
- RÖHRLE, B. 1979: Handlungstheoretische Analyse sozialer Interaktionen beim Problemlösen - Handlungsgrundlagen -. Phil. Diss. Tübingen.
- SCHEELE, B. & GROEBEN, N. 1976: Voraussetzungs- und zielspezifische Anwendung von Konditionierungs- vs. kognitiven Lerntheorien in der Klinischen Praxis. Heidelberg, Ber. Psychol. Inst. Nr. 6.
- SCHMIDTCHEN, S. 1978: Handeln in der Kinderpsychotherapie. Kohlhammer.
- SCHULTE, D. (ed.) 1974: Diagnostik in der Verhaltenstherapie. München: Urban & Schwarzenberg.
- SEIDEL, R. 1976: Denken - Psychologische Analyse der Entstehung und Lösung von Problemen. Frankfurt: Campus
- SHURE, M.B. & SPIVACK, G. 1978: Problem-Solving Techniques in Child-Rearing. San Francisco: Jossey Bass.
- SPIVACK, G.; PLATT, J.J. & SHURE, M.B. 1976: The Problem Solving Approach To Adjustment. San Francisco: Jossey Bass.
- SÜLLWOLD, F. 1966: Bedingungen und Gesetzmäßigkeiten des Problemlöseverhaltens. In: GRAUMANN, C.F. (ed.): Denken. Köln: Kiepenheuer & Witsch, 273-295.
- STROTZKA, H. (ed.) 1978: Psychotherapie: Grundlagen, Verfahren, Indikationen. 2. Aufl. München: Urban & Schwarzenberg.
- TAUSCH, R. 1973/1975: Gesprächspsychotherapie. Göttingen: Hogrefe.
- TOLMAN, E.C. 1948: Cognitive Maps in Rats and Men. Psychol. Rev. 55, 189-208.
- TREIBER, B. 1979: Qualifizierung und Chancenausgleich als Bildungsleistungen von Schulklassenunterricht, Teil 1: Probleme ihrer Beschreibung und Erklärung. Phil. Diss., Heidelberg.
- URBAN, H.B. & FORD, D.H. 1971: Some historical and conceptual perspectives on psychotherapy and behavior change. In: BERGIN, A.E. & GARFIELD, S.L. (eds.): Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. New York: Wiley, 3-35.
- WEINERT, F.E. 1974: Funkkolleg Pädagogische Psychologie, Bd. II. Ffm: Fischer Tb
- ders. 1978: Ist Denken lehrbar? DFG-Mitteilungen 3/78, I-VIII.
- ZIELKE, M. 1979: Indikation zur Gesprächspsychotherapie. Stuttgart: Kohlhammer.

Ich danke für Kritik und Anregung: R. Bastine, C.v. Braunmühl, N. Groeben,  
J. Rosenkranz