

Probleme und Missverständnisse beim Einsatz der In-vivo-Methode

Wolfgang Wendlandt

Bei der In-vivo-Arbeit kommt es immer wieder zu Problemen. Dies ist nach Ansicht des Autors vielfach die Folge einer falschen Anwendung. Er unterbreitet Überlegungen für einen günstigeren Einsatz dieser Methode und wirbt dafür, Veränderungen in sehr verschiedenartigen „Räumen“ anzustoßen – nicht nur im Therapiezimmer.

auf KlientInnenseite hat seine Entsprechung bei den TherapeutInnen: Für sie wird sich in den ausgewählten Alltagssituationen beweisen, ob sie „gut genug gearbeitet“, die KlientIn „gründlich genug vorbereitet“ haben.

► **Erwartungsangst:** KlientInnen wissen, dass die TherapeutInnen sie an schwierige Situationen heran führen werden. Sie erwarten, dass es Situationen mit Kommunikationsanforderungen sein werden. Und genau das haben TherapeutInnen ja tatsächlich vor. Kommunikationssituationen sind nun aber für unsere KlientInnen Situationen, die mit Misserfolgen und zum Teil Schamgefühlen und Ängsten verbunden sind. Der bevorstehenden In-vivo-Sitzung kann nicht mehr freudig entgegengesehen werden, weil sich Erwartungsangst breit macht.

► **Vermeidungs- und Fluchtendenzen:** Das Erregungsniveau bei den KlientInnen steigt, Ängste nehmen zu und eingeschliffene Schutzmechanismen wie Flucht- und Vermeidungstendenzen werden aktiviert. Plötzlich und vehement können sich Unruhe, Unlust und Ärger einstellen, manchmal kommt es zu unfruchtbaren Theorie-Diskussionen zwischen KlientIn und TherapeutIn über den Sinn und Unsinn der In-vivo-Arbeit.

► **Motivationsprobleme:** Mit den zunehmenden Unsicherheiten und Anspannungen können Widerstände bei den Betroffe-

nen – oft ohne dass sie sich selbst dessen bewusst sind – auftreten, beispielsweise „vergessen“ KlientInnen Sitzungstermine, melden sich krank, kommen zu spät zu den verabredeten Treffpunkten, oder es kommt zu „unerwarteten Rückfällen“, die eine „Aufarbeitung im Behandlungszimmer“ notwendig machen. TherapeutInnen, die mit diesen Widerständen nicht angemessen umgehen, riskieren bei ihren KlientInnen Einbrüche bei der Therapiemotivation – die Mitarbeitsbereitschaft kann, nicht nur für die In-vivo-Arbeit, drastisch sinken.

Probleme wie die eben geschilderten treten grundsätzlich immer wieder in Behandlungen auf. Wir müssen mit ihnen rechnen. Es ist aber unsinnig, diese Probleme durch die besondere Art und Weise, wie wir eine Standardmethode verwenden, gezielt herzustellen. Eine andere konzeptionelle Sichtweise von „In-vivo-Arbeit“ erlaubt einen völlig anderen Umgang mit dieser Methode und schließt die beiden, den Problemen zugrunde liegenden therapeutischen „Kunstfehler“ aus: 1. den zeitlich zu späten Einsatz der Methode und 2. die einseitige Anwendungsorientierung der Methode, die den gezielten Einsatz von im Behandlungsraum gelernten Verhaltenszielen proklamiert.



Prof. Dr. Wolfgang Wendlandt

hat an der TU Berlin Psychologie studiert und ist seit 1979 Professor für Psychologie mit dem Schwerpunkt Beratung und Therapie an der Alice-Salomon-Fachhochschule für Sozialarbeit und Sozialpädagogik Berlin. Als Psychologischer Psychotherapeut macht er seit drei

Jahrzehnten Fortbildungen für Sprachtherapeuten, ist Autor von zahlreichen Publikationen auf dem Gebiet „Sprache und Kommunikation“ und „therapeutische Interventionsmethoden“ und gilt als Experte auf dem Gebiet des Stotterns.

Konzeptionelle Überlegungen, die hilfreich sind ...

In-vivo-Arbeit sollte, entgegen der oben beschriebenen Praxis, in der Regel wie folgt praktiziert werden:

► **In-vivo-Arbeit stellt eine gleichberechtigte Arbeitsform neben anderen Arbeitsformen dar:**

In-vivo-Maßnahmen sollten in einer Behandlung von Anfang an zum Einsatz kommen. Sie stehen gleichberechtigt neben anderen Arbeitsformen, die innerhalb des Therapiezimmers stattfinden. TherapeutInnen arbeiten in allen Therapiephasen immer auch außerhalb des Behandlungsraumes. Dadurch ergeben sich beispielsweise wichtige diagnostische Erkenntnisse schneller, und sie sind in einem realen Kontext (z.B. an einem Zeitungskiosk) aussagekräftiger als aufgrund einer Rollenspielszene. Wenn In-vivo-Arbeit von Anfang an praktiziert wird, haftet ihr nicht der Hauch des Besonderen an, es bauen sich keine unnötigen Ängste

Begriffsklärung zur Orientierung

„In-vivo-Arbeit“ bezeichnet die therapeutische Arbeit außerhalb des Behandlungsraumes. TherapeutIn und KlientIn gehen „ins wirkliche Leben“, suchen Alltagssituationen auf, in denen sich die jeweils aktuellen Therapieziele bearbeiten lassen. Zum einen werden neue Verhaltensweisen und Fähigkeiten erprobt, systematisch trainiert und gefestigt. Zum anderen kommt es zu einem gezielten Abbau von Unsicherheiten und Ängsten, indem TherapeutIn und KlientIn in wiederholter Abfolge und Variation den Umgang mit sozialen Belastungssituationen „life“ üben. In der Folge wird es möglich, das kommunikative Vermeidungsverhalten, das für viele Störungen des Sprechens, der Sprache und der Stimme typisch ist, aufzulösen und kommunikative Sicherheit und Selbstvertrauen aufzubauen.

Die In-vivo-Methode gilt zweifellos als ernstzunehmender Behandlungsbaustein logopädischer Therapien. Seitdem im deutschen Sprachraum darüber vor mehr als fünfzehn Jahren erstmals im Zusammenhang mit der Therapie des Stotterns berichtet wurde (*Wendlandt, 1984*), scheint die In-vivo-Arbeit in unterschiedlichen Therapiebereichen eingesetzt zu werden. Und das bei unterschiedlichen Störungsbildern und Altersstufen.

Aber: Hat sie sich bereits als Standardmethode der Logopädie etabliert? Wird auf Fachtagungen und in wissenschaftlichen Publikationen darüber berichtet? Hier sucht man vergeblich nach entsprechenden Veröffentlichungen. Eine Fachdiskussion zur In-vivo-Arbeit fehlt ebenso wie ihre Berücksichtigung in den einschlägigen Lehrbüchern! Warum ist das so? Im Bereich der Klinischen Psychologie ist die In-vivo-Arbeit bereits seit langem fest etabliert und gilt als Standardbaustein verhaltenstherapeutischer Behandlungen (*Reinecker, 1999; Margraf, 2000*).

Wenn Schwierigkeiten auftauchen ...

Ich höre es immer wieder von LogopädInnen: In-vivo-Arbeit sei für mache KlientInnen eine „schwierige Angelegenheit“, „sie machen nicht so recht mit“, „Angst tritt auf“, „so richtig Spaß macht es nicht“. TherapeutInnen berichten in Supervisionsitzungen und Fortbildungsveranstaltungen,

dass es zu Problemen bei der Arbeit außerhalb des Behandlungsraumes komme und dass sich die Hoffnungen, die in die Methode „In-vivo-Arbeit“ gesetzt werden, öfter nicht erfüllen. Statt zu einem weiteren Fortschreiten im Veränderungsprozess zu kommen, stagniere sogar manchmal die Behandlung, KlientInnen würden in ihrer Mitarbeitsbereitschaft nachlassen, ihre Motivation scheint zu sinken. Und auch auf Seiten der LogopädInnen stellen sich Enttäuschungen ein, die die Behandlung belasten.

Darüber hinaus berichten manche KollegInnen, dass sie zum Ende einer Behandlung hin gerne noch In-vivo-Sitzungen durchführen würden, dass sie diese manchmal als unbedingt notwendig erachten, um zu einem guten Therapieabschluss zu kommen. Die Zeit reiche dann aber dafür nicht mehr aus – es würden keine weiteren Sitzungen mehr verordnet. Manchmal wird auch mit Bedauern festgestellt, dass KlientInnen mit Behandlungsende eigentlich noch gar nicht über die Fähigkeiten zu einer systematischen Eigenarbeit verfügen, um die erzielten Therapieerfolge durch weiterführende In-vivo-Übungen zu stabilisieren.

Warum kommt es immer wieder zu derartigen Problemen beim Einsatz dieser Methode? Vergeblich sucht man nach Klärungshilfen – es fehlt eben in der deutschsprachigen Logopädie, wie oben bereits festgestellt wurde, an einer fachwissenschaftlichen Auseinandersetzung über die In-vivo-Methode. Handelt es sich bei dieser Methode um ein „ungeliebtes Kind“, über das nicht gesprochen werden darf? Liegt dies an den oben beschriebenen Problemen? Oder daran, dass eine Arbeit außerhalb der vier Wände des Behandlungszimmers für TherapeutInnen mit ihrer vertrauten Expertenrolle zu kollidieren scheint, dass sie ggf. mehr Zeit in Anspruch nimmt (Anfahrt und Abfahrt), versicherungsrechtliche Probleme aufwirft, ungemütlich bei Regen und Kälte ist, mit weniger Distanz zu den KlientInnen verbunden ist (diese nehmen die Eigenheiten und Stimmungen der TherapeutIn „ungeschminkter“ wahr). Oder hängt die mangelnde fachwissenschaftliche Beachtung mit der relativen Neuheit dieses Behandlungsbausteins zusammen und – in der Folge – mit der Tatsache, dass viel zu wenig ausgewertetes Wissen über den Umgang mit der In-vivo-Methode zur Verfügung steht und TherapeutInnen auch keine ermutigenden Vorbilder für eine derartige behandlungsraumexterne Therapiearbeit

(z.B. durch ihre Ausbildung) kennen lernen?

Wie dem auch sein: Heute wird sich keiner mehr den mahnenden Hinweisen von *Pfingsten* (2000, S. 478) verschließen können, der aus den eindeutigen empirischen Befunden – die beispielsweise zum Training sozialer Kompetenzen vorliegen – die Schlussfolgerung zieht: „Therapeuten können nicht davon ausgehen, dass ein ‚gutes Training‘ bei Patienten automatisch zu Transfereffekten führt (sog. ‚Train and hope-Einstellung‘). Vielmehr sind gezielte Anstrengungen notwendig, um Patienten zur Übertragung des Gelernten auf ihren Alltag anzuleiten.“ Und als gezielte Anstrengungen nennt er ausdrücklich die In-vivo-Arbeit.

Ein Missverständnis, das behoben werden muss ...

Die Probleme und Schwierigkeiten, die sich bei der In-vivo-Arbeit immer wieder einstellen, sind aus meiner Sicht vor allem das Ergebnis eines falsches Methodeneinsatzes. In-vivo-Arbeit scheint sich im deutschen Sprachraum vor allem als „Generalisierungsmethode“ etabliert zu haben – ein zentrales Missverständnis, das zu konzeptionellen Einengungen geführt hat und in der Behandlungspraxis zu „therapeutischen Kunstfehlern“ verleitet: TherapeutInnen verlassen mit ihren KlientInnen erst dann den Behandlungsraum, wenn die Therapie bereits vorangeschritten ist: Nach einer ganzen Reihe an Sitzungen im Behandlungsraum finden nun die In-vivo-Sitzungen statt, die das ausdrückliche Ziel haben, die KlientInnen mögen die im Behandlungsraum gelernten Fähigkeiten jetzt in „kritischen“ Alltagssituationen einsetzen. Hiermit sind diejenigen Situationen gemeint, die die KlientInnen bisher nur zögerlich aufgesucht haben oder die mit besonders belastenden, negativen Erfahrungen verbunden sind. Die TherapeutInnen sind als BegleiterInnen dabei, um die KlientInnen zu ermutigen und ihnen Anwendungshilfen bei der Umsetzung ihrer Lernziele in den für sie schwierigen Situationen zu geben. Diese Art des Vorgehens begünstigt die Entstehung folgender Probleme (*Wendlandt, 2002, S. 91 f.*):

► **Leistungsdruck:** KlientInnen spüren, dass ein „ganz bestimmtes Verhalten“ gezeigt werden soll, eben das, was in der Behandlung als „Lernziel“ erarbeitet wurde und als „richtig“ gilt. Dieser Leistungsdruck

sozialer Kommunikationssituationen:

Zusätzlich vermag die In-vivo-Arbeit alltägliche Kommunikationssituationen bereit zu stellen, die unsere KlientInnen vermeiden oder nur widerwillig aufsuchen. Hier führt In-vivo-Arbeit zu neuen Lernerfahrungen, arrangiert systematisch kommunikative Anforderungen, die unsere KlientInnen alleine nicht wahrnehmen würden und versucht auf diese Weise, Unsicherheiten und Ängste abzubauen sowie Handlungsspielräume zu erweitern. In derartigen sozialen bzw. kommunikativen Belastungssituationen kommt es bei den KlientInnen vielfach zu eindrücklichen Wahrnehmungen:

Beobachtungen werden mitgeteilt, neue Gedanken stellen sich ein, heftige Gefühle treten ins Bewusstsein – vieles wird hier erfahrbar und kann besprochen werden, was sich der therapeutischen Bearbeitung im Behandlungsraum verschließen würde. Handlungswünsche entstehen, Entscheidungen für Kommunikationsexperimente werden getroffen – Veränderungsbereitschaft stellt sich ein. Und in der Folge kann dann auch ein Bewältigungstraining in denjenigen Stresssituationen beginnen, in denen die Symptomatik besonders ausgeprägt ist. Dort können beispielsweise Zuwendung und Blickkontakt im Kontakt zu fremden Menschen ausgetestet werden, ebenfalls selbstsicheres Auftreten, eine bestimmte feinmotorische Geschicklichkeit, eine Lautkombination, ein bestimmtes Maß an Sprachkompetenz, Sprechflüssigkeit oder stimmliche Präsenz, Formulierungsfreude und Improvisationsvermögen.

► **In-vivo-Arbeit verlangt einen achtsamen Umgang mit der therapeutischen Beziehung:**

In-vivo-Arbeit ist eine therapeutische Arbeitsform, die genauso angenehm oder verspielt oder ruhig oder aufregend oder entlastend oder langweilig ist wie die anderen Arbeitsformen, die im Behandlungsraum stattfinden. Immer geht es darum, eine positive Arbeitsbeziehung und eine tragfähige Mitarbeitsbereitschaft aufzubauen und zu pflegen. TherapeutInnen können lernen, ihre KlientInnen auch unter den komplexeren Bedingungen außerhalb des Behandlungsraumes sensibel wahrzunehmen, sie in ihrer Individualität und ihren Eigenheiten anzunehmen und sich mit ihnen wertschätzend in Beziehung zu setzen. Dabei wird es immer auch darum gehen, dass sich TherapeutInnen die Behandlungsraumexternen Arbeitsbedingungen

so gestalten, dass sie ihre eigenen Grenzen wahren und sich wohlfühlen können.

Die hier skizzierte Konzeption einer In-vivo-Arbeit zielt in erster Linie darauf ab, Lernprozesse in unterschiedlichen Kontexten in Gang zu setzen und die jeweils aktuellen individuellen kommunikativen Fähigkeiten der KlientInnen unter verschiedenartigen Alltagsbedingungen zu erproben. Erst in zweiter Linie dient die In-vivo-Arbeit der Übertragung bereits gelernter Verhaltensweisen, die als „Zielverhalten“ das Endergebnis eines längeren Therapieprozesses im Behandlungsraum darstellen. KlientInnen können auf diese Weise befähigt werden, sich unbefangener in ihre Lebensumwelt einzumischen, dies entsprechend ihrer momentanen Kommunikationsmöglichkeiten zu tun und damit die Scheu, die Hemmungen und Ängste zu verlieren, die vielfach mit ihren stimmlichen, sprachlichen und redebedingten Auffälligkeiten zusammenhängen.

Der Therapieraum ist an vielen Orten ...

Therapie findet an unterschiedlichen Orten statt, sitzend am Tisch mit der LogopädIn, stehend am Fenster des Therapieraumes mit Blick auf die belebte Straße, angelehnt am Straßenbaum mit Blick auf den Hauseingang zur Praxis, beim Bummeln über die belebte Straße, während des Aufenthaltes in der Drogerie, in der Schlange beim Bäcker, am Tresen der Käsetheke, im Einkaufszentrum der Nachbarstraße, in Parks und auf Plätzen, in der Post und in Banken, in Straßenbahnen und Bussen, in Fußgängerzonen, unter Brücken, in Eisdielen und am Marktstand. Überall kann gesprochen und beobachtet werden, können neue Erfahrungen gewonnen und bereits erworbene Fertigkeiten erprobt werden. Veränderungsschritte lassen sich an vielen Orten wagen.

Zuerst ist die TherapeutIn anwesend, spricht, hört zu, verstärkt, gibt Hinweise, ist Modell, regt an, vertieft, betritt mit der KlientIn alle diese verschiedenen Räume, in denen Menschen miteinander kommunizieren, Menschen, die sich auf sehr verschiedene Weise in Bezug setzen, die man ansprechen kann, die sich in ein Gespräch verwickeln lassen. Später dann betritt die KlientIn alleine diese Kommunikationsräume, nun vielleicht nicht mehr schweigend, nun vielleicht hörbar, hörbar auf eine neue

Art und Weise. Vielleicht handelt es sich dabei um eine altbekannte Situation, das alltägliche Abendessen in der Familie, bei dem jetzt zum ersten Mal seit Jahren anderes gesprochen wird (mit einem konkreten Lernziel), vielleicht ist es der Raum vor der Tafel im Klassenzimmer, der auf eine neue Weise mit Stimme und Klang und körperlicher Bewegtheit genutzt wird, oder der Umkleieraum im Sportverein oder das Besprechungszimmer für die morgendlichen Arbeitssitzungen...

Der Behandlungs-Raum, der Raum in dem „Behandlung“ stattfindet, umfasst sehr unterschiedliche „Räume“, ist nicht nur das Therapiezimmer mit seinen bekannten Begegnungsformen, nicht nur das Kinderzimmer, in dem beispielsweise die therapeutischen Hausaufgaben erledigt werden. Der Behandlungs-Raum umfasst eine Unmenge weiterer Räume, Räume, die „weiter“ sind, sich öffnen, öffentlichen Raum darstellen, in den hinein das eigene Handeln expandiert: Sich dazu gesellen, sich Raum nehmen, raumgreifend sein, Besuche auf fremdem Terrain abstaten, neue Räume mit eigenen Duftmarken versehen.

Und dabei öffnen sich Türen auch zu inneren Räumen, dunkle Gemächer werden hell, Fantasien entfalten sich, neue Ideen von eigenem Handeln, Mut wächst, etwas doch bewältigen zu können, was bisher nicht denkbar schien. Zukunftsentwürfe entstehen als innere Reisen: Ich gestehe mir zu, diese Grenze zu überschreiten. Ich erlaube meinem Fuß, dorthin zu treten. Bilder tauchen auf, die nie geträumt, die nie gemalt wurden. Das bin ich auch! Das gehört zu mir!

Eine neue Identität kann entstehen. Das Bewusstsein weitet sich. Und wenn sich Gedanken konkretisieren, Möglichkeiten vorgedacht sind, werden Entscheidungen im Vorstellungs-Raum getroffen, die nun neues Handeln in der Realität ermöglichen. Das Bewusstsein, das innere Räume durchschritten hat, vermag neue Realitäten in den Handlungsräumen des Alltags zu schaffen. So sind innere Räume und äußere Räume miteinander verknüpft. Und die In-vivo-Arbeit kann in diesem Sinne als Geburtshelferin verstanden werden, aus der Begrenztheit des Behandlungsraumes „Therapiezimmer“ herauszuführen in die Vielfalt der alternativen äußeren und inneren Kommunikationsräume.

vor dieser Arbeitsform auf.

► **Viele therapeutische Arbeitsschritte, die sich behandlungsraumintern durchführen lassen, lassen sich auch behandlungsraumextern durchführen:**

Während der In-vivo-Stunden können viele der Arbeitsschritte durchgeführt werden, die sonst im Behandlungsraum stattfinden. Statt am Logopädentisch werden die Themen und Übungen an anderen Orten bearbeitet: gesprochen, trainiert, entspannt und gemalt werden kann auch auf der Parkbank oder in der Spielecke einer Sparkasse. KommunikationspartnerIn kann vorrangig die TherapeutIn bleiben, aber der Kontext wechselt ständig. In diesen behandlungsraumexternen Sitzungen findet das Sprechen unserer KlientInnen im öffentlichen Raum statt, sie riskieren, gehört und angesprochen zu werden. Und oft ergeben sich Gespräche mit anderen Menschen ganz zwanglos wie von selbst. In diesem Sinne findet eine Gewöhnung an kommunikative Anforderungen statt, was einer Desensibilisierung, einem Angstabbau gleich kommt.

► **In-vivo-Arbeit stellt verschiedene Lernkontexte zur Verfügung, wodurch Transfer begünstigt wird:**

In-vivo-Arbeit ist eine therapeutische Arbeitsform, bei der es nicht sofort um die Anwendung des Zielverhaltens geht. Nicht die KlientIn soll ein gelerntes Verhalten ausführen, sondern sie erwirbt das Zielverhalten unter dem Einfluss verschiedenartiger Umgebungsbedingungen und tut dies mit allen Umwegen und Fehlern und Sprüngen und Rückschritten. (Auch im Behandlungsraum braucht es eine Reihe an Übungen, bis die Lernziele korrekt ausgeführt werden können.)

Durch den Wechsel der Kommunikationsanforderungen und die Verschiedenartigkeit der sozialen Situationen vollzieht sich die Generalisierung des jeweils aktuell Gelernten ein gutes Stück wie von selbst. Die TherapeutIn ist selbst Modell für das gewünschte Verhalten. Sie ist in der Lage, das Zielverhalten flexibel einzusetzen und zwar auch unter den widrigen Bedingungen des Alltags. Sie ist Modell nicht nur im Schonraum und nicht nur für einen kurzen Moment, sondern vermag über die gesamte In-vivo-Sitzung das Zielverhalten zu zeigen – denn das wird von KlientInnen ja auch erwartet!

► **In-vivo-Arbeit ermöglicht ein Bewältigungstraining individuell schwieriger**

Schlussgedanken

Fiedler (1996, S. 480) arbeitet heraus, dass es – insbesondere bei schweren Fällen – wichtig sei, dass wir uns im Rahmen unserer therapeutischen Arbeit nicht nur den Schwierigkeiten zuwenden, die wir bei unseren KlientInnen im Behandlungsraum wahrnehmen, sondern dass wir uns „ausgesprochen ausgiebig mit Problemen und Problemlösungsversuchen *außerhalb* der Therapie (also im Leben) der Patienten“ beschäftigen, dass wir dies „...*stützend, direkt und Sicherheit vermittelnd*“ tun und dabei „... jede Art Veränderung in Richtung Autonomie“ bekräftigen. Nur so seien effektive Therapieergebnisse zu erzielen.

Es ist also nicht nur wichtig, alltagsbezogene Lernkontexte durch die In-vivo-Arbeit herzustellen, sondern immer wieder auch die Inhalte unserer Therapien auf die alltäglichen Kommunikationssituationen und dortigen Belastungen zu beziehen und Bewältigungsmöglichkeiten für derartige externe Anforderungen systematisch auszubilden. Um diesem Anspruch gerecht zu werden, haben wir zwei wichtige Methoden zum Erwerb und zur Stabilisierung von Verhaltensweisen und Fähigkeiten zur Verfügung, die auch den Transfer des Gelernten in den Lebensalltag der KlientInnen sichern: neben der In-vivo-Arbeit, um die es in diesem Artikel ging, ist es die Methode der therapeutischen Hausaufgaben, über die ich an anderer Stelle ausführlich berichtet habe (Wendlandt, 2002).

Mit den Ausführungen an dieser Stel-

le verbinde ich den Wunsch, dass der Dornröschenschlaf der In-vivo-Methode bald beendet sein möge. Einmal wachgeküsst, erweist sich die In-vivo-Arbeit als hilfreiche Begleiterin durch den dornigen Berufsalltag der TherapeutInnen. Wer bereits mit dieser Methode arbeitet, wird überprüfen können, ob bei den eigenen In-vivo-Maßnahmen ein konzeptionelles Umdenken bzw. veränderte Vorgehensweisen erforderlich sind. Im Rahmen der logopädischen Aus- und Fortbildung sollten Trainingsveranstaltungen zum Standardangebot gehören, die einen umfassenden Alltagsbezug der logopädisch-therapeutischen Interventionen durch eine gründliche In-vivo-Arbeit sichern helfen. (Weiterführende Anregungen zur „In-vivo-Methode“ mit vertiefenden theoretischen und praktisch-methodischen Hinweise finden sich in einer umfassenderen Veröffentlichung: *Wendlandt*, in Vorb.).

Fiedler, P. (1996): *Verhaltenstherapie in und mit Gruppen*. Weinheim: Beltz, PVU

Margraf, J. (2000): *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*. Bd. 1 u. 2. Berlin: Springer, 2. Aufl.

Pfingsten, U. (2000): Training sozialer Kompetenz. In: Margraf, J. (Hrsg.): *Lehrbuch der*

Verhaltenstherapie. Band 1. Berlin: Springer, 2. Aufl., 473-481

Reinecker, H. (1999): *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*. Tübingen: dgvt-Verlag

Wendlandt, W. (1984): Zur In-vivo-Arbeit in der Therapie des Stotterns. Durchführung von Behandlungsmaßnahmen in alltäglichen Belastungssituationen des Stotternden. *Sprache, Stimme, Gehör* 8, 44-50

Wendlandt, W. (2002): *Therapeutische Hausaufgaben. Materialien für die Eigenarbeit und das Selbsttraining. Eine Anleitung für Therapeuten, Betroffene, Eltern und Erzieher*. Stuttgart: Thieme Verlag

Wendlandt, W. (in Vorb.): *In-vivo-Arbeit: Eine Methode verlangt ihr Recht*.

Autor

Prof. Dr. Wolfgang Wendlandt

Diplom-Psychologe

Sembritzkistr. 31

12169 Berlin

wendlandt@asfh-berlin.de
