

1

Theorie und Praxis der Diagnostik

1.1 Verhaltenstherapeutische Diagnostik

1.1.1 Verhaltensbeschreibung

MAX LEIBETSEDER UND KAROLINE VERENA GREIMEL

1 Einleitung

In der Verhaltenstherapie wird angestrebt, ein problematisches Verhalten durch die Anwendung psychologischen und psychophysiologischen Grundlagenwissens systematisch und methodengeleitet zu verändern (Birbaumer, 1988). Diese Methoden können nur dann differenziert eingesetzt werden, wenn das kritische Verhalten genau beschrieben und erklärt wurde (Reinecker, 1994a). Haynes und O'Brien (1990, S. 654) definieren die funktionale Analyse eines Verhaltens als Identifikation der bedeutsamen, kontrollierbaren und verursachenden Beziehungen. Aus seinen spezifischen Merkmalen und den Annahmen über die jeweils auslösenden bzw. aufrechterhaltenden Bedingungen lassen sich Pläne zur Veränderung dieses Verhaltens ableiten (vgl. Kanfer und Phillips, 1975).

Maßgebliche Informationen über die Konstituierung eines Verhaltens werden aus Beobachtungen, davon angefertigten Protokollen und aus Verhaltensberichten gezogen (Reinecker, 1994b; Schulte und Kemmler, 1976). Diese Daten sind stets das Resultat zweier Prozesse: Sie bestehen einerseits aus den Reaktionen der beobachteten Person und beruhen andererseits auf den Urteilstendenzen des Beobachters selbst. Der Hof-Effekt, Positionseffekte, der Milde- und der Strenge-Effekt, Kontrast- und Ähnlichkeitsfehler und die implizite Persönlichkeitstheorie des Beobachters beeinflussen seine Explorationsstrategien.

Verhaltensdaten sollten jedoch den testtheoretischen Gütekriterien genügen.

Auch Erklärungen problematischen Verhaltens müssen sich an wissenschaftlichen Kriterien orientieren. Kausale Annahmen über die ein Verhaltensproblem auslösenden und aufrechterhaltenden Bedingungen sind wegen der Vielzahl in Betracht kommender Variablen und ihrer Wechselwirkungen theoretisch und empirisch kaum zu rechtfertigen (Reinecker, 1994a). Ein Verhalten kann jedoch, im Rahmen deduktiv-nomologischer Argumentation, dann als erklärt gelten, wenn dieses aus allgemeinen Gesetzesannahmen (G) und spezifizierenden Antezedensbedingungen (A) ableitbar ist. Die jeweilige Kombination aus Gesetzesannahmen und spezifizierenden Bedingungen wird als Explanans, das zu erklärende Verhalten als Explanandum bezeichnet. (Reinecker, 1983; Schulte, 1982; Westmeyer, 1998).

Das seiner Mutter gegenüber aggressive Verhalten eines Jungen (Explanandum) beispielsweise ließe sich mit dem Lerngesetz des operanten Konditionierens (G) erklären, welches besagt, dass die Darbietung eines positiven Verstärkers unmittelbar nach Verhaltensausführung die Auftretenswahrscheinlichkeit

dieses Verhaltens erhöht. Für die situationsspezifische Anwendung dieses Gesetzes sind zusätzliche Annahmen, d.h. Antezedensbedingungen einzuführen: A1. auf aggressives Verhalten folgt eine Zuwendung durch die Mutter; A2. mütterliche Zuwendung ist ein positiver Verstärker für den Jungen. Daraus folgt: Die Wahrscheinlichkeit seines aggressiven Verhaltens steigt.

Das die Problematik des Kindes verstärkende Zuwendungsverhalten der Mutter (Explanandum) wäre seinerseits mit dem Gesetz der negativen Verstärkung (G) zu erklären, demzufolge die Wahrscheinlichkeit für jene Verhaltensweise steigt, durch welche ein aversiver Reiz beendet werden konnte. Auf die konkrete Situation spezifisch angewendet, wäre anzunehmen: A1. Zuwendung der Mutter bedingt Beendigung der Aggression des Kindes; A2. Beendigung der Aggression des Kindes ist ein negativer Verstärker für die Mutter. Daraus folgt: Es steigt die Wahrscheinlichkeit, auf aggressives Verhalten des Jungen mit Zuwendung zu reagieren.

Die Entscheidung über die Angemessenheit einer Verhaltensklärung und davon abgeleiteter therapeutischer Pläne sollte im Rahmen eines heuristischen Verhandlungsmodells getroffen werden (Westmeyer, 1987, 2000).

! **Merke:** Die funktionale Analyse eines Verhaltens besteht in der Identifikation der bedeutsamen, kontrollierbaren und verursachenden Beziehungen. Um einen hohen Standard für die Beschreibung und Erklärung eines Verhaltensproblems sicherzustellen, sind präzise formulierte Instrumente, konkrete Fragetechniken und ständige professionelle Diskurse erforderlich.

2 Modelle der Verhaltensanalyse

2.1 Beschreibung des problematischen Verhaltens

2.1.1 Gliederung von Problembereichen, Erwartungen und Motiven

In den ersten Gesprächen einer Problemanalyse findet zunächst eine für beide Seiten (für Th. und für Kl.) grundsätzliche Orientierung statt (Bartling et al., 1998)

Dabei gilt es zu klären,

- an welchen Inhalten und
- innerhalb welcher Rahmenbedingungen gearbeitet werden soll;
- was Kl. veranlasst hat, sich in eine Therapie zu begeben, und
- welche Erwartungen bzgl. des Therapieverlaufes,
- der Zielerreichung und
- der jeweiligen Rollen bestehen.

Einer Therapieentscheidung geht in der Regel ein längerfristiger Bewertungsprozess des/r Kl. voraus. Dieser pflegt maßgeblich auf jene Reize oder Situationen gegründet zu sein, welche für diese Person hohe negative Valenz besitzen, wie emotionaler oder physischer Leidensdruck, soziale Kritik auf Grund von Verhaltensauffälligkeiten oder Hilflosigkeitsannahmen nach wiederholt erfolglosen eigenen Problemlöseversuchen. Lernpsychologischem Verständnis nach handelt es sich dabei um ein Vermeidungsverhalten zur Verminderung dieser aversiven Situationen. Diesen zur Aufnahme einer Therapie positiv motivierenden Anlässen stehen die Gewinne aus einer Störung als negativ motivierende Ereignisse gegenüber. Ein „äußerer“ Gewinn eines Verhaltensproblems kann in positiven materiellen und sozialen Konsequenzen bestehen (z.B. besondere Aufmerksamkeit oder Zuwendung); ein „innerer“ Gewinn kann sich aus möglichen selbstwertdienlichen Folgen ergeben. Diese störungsbedingten Nutzenaspekte wirken der Änderungsmotivation eines/r Kl. entgegen (Kanfer et al., 2000; Schulte, 1996b).

Was die Rollenstrukturierung betrifft, sollte der Arbeitscharakter dieser Allianz deutlich gemacht werden. Der/die Th. fungiert als professionelle/r Helfer/in mit entsprechendem Wissen und Können, welches dem/der Kl. im Rahmen einer zeitlich begrenzten Interaktion zur Verfügung steht, um sich künftig bei Problemen selbst helfen zu können. Th. übernimmt die Verantwortung für den technisch-fachlichen Ablauf des Veränderungsprozesses und überprüft kontinuierlich die diagnostischen bzw. therapeutischen Hypothesen. Kl. sollte die Spielregeln der Therapie und ihre Methoden akzeptieren können und die Effektivität eigenen Handelns an der Realität überprüfen. Ihm/ihr ist ein „Recht auf Widerstand“ und damit letztendlich auch auf Abbruch der Therapie einzuräumen (Kanfer et al., 2000).

Analog zu einem „medizinischen“ Krankheitsmodell wird seitens der Kl. oft eine rapide Veränderung ihrer Symptomatik erwartet, im Wesentlichen ohne dafür einen eigenen Verhaltensaufwand erbringen zu müssen. Diese Therapieannahmen und die Zuschreibung einer eigenen passiven Rolle können zwar zunächst – als Hinweise auf den Leidensdruck oder auf Attitüden der Hilflosigkeit – diagnostisch belangvoll sein, sie sollten aber bereits frühzeitig und ggf. während des gesamten Therapieverlaufes kontinuierlich bearbeitet werden (Kanfer et al., 2000).

Nach Klärung dieser Voraussetzungen können persönliche Daten von Kl. erhoben und eine diagnostische Klassifikation des Problemverhaltens vorgenommen werden. Laireiter und Baumann (2000) referieren einen systematischen Überblick dazu.

! Merke: Eine Problemanalyse beginnt mit einer grundsätzlichen Orientierung über die zu bearbeitenden Themen und einer Klärung der Erwartungen und der Rahmenbedingungen.

In den nächsten Schritten soll die Problematik strukturiert werden. Es gilt zu klären (Bartling et al., 1998),

- an wie vielen Problemen gearbeitet werden soll,
- wie weitreichend, d.h. mit welchen Bedingungen und Folgen aus anderen, möglicherweise nicht erwähnten Lebensbereichen ein Thema vernetzt ist und
- ob tatsächlich ausschließlich mit dem/der Kl. gearbeitet werden muss oder ob durch die Definition des Problems nicht auch andere beteiligte Personen zu identifizieren und in die Therapie mit einzubeziehen sind; eine Frage, welche vor allem dann zu stellen ist, wenn Interaktionspartner die Verhaltensstörungen von Kl. bedingen oder aufrechterhalten oder als Modellpersonen dafür fungieren.

Wie verwoben Themen sein können, zeigt das Beispiel eines Kl., der wegen sozialer Ängste und Isolation in Therapie kommt. Er erwähnt, auf sein Vermeidungsverhalten gegenüber sozialen Angeboten mit selbst abwertenden inneren Dialogen zu reagieren, während welcher er stets Alkohol konsumiere. Das Trinkverhalten sei nun seinerseits zu einem gravierenden Problem geworden, das Kontrollen durch andere Familienmitglieder, von ihm daraus gefolgerte Geringschätzung und berufliche Schwierigkeiten nach sich ziehe.

Die Probleme von Kl. sollten, nach ihrer Darlegung unter diesen Gesichtspunkten, in eine therapierelevante Abfolge gebracht werden. Diese richtet sich (vgl. Bartling et al., 1998, S. 30-31)

- nach ihrer Beeinträchtigung und Belastung für Kl,
- nach dem äußeren Druck und den negativen Folgen eines Aufschubs,
- den Erfolgsaussichten bzw.
- der Realisierbarkeit zum gegebenen Zeitpunkt,
- nach dem Grad der Angstbesetztheit und
- nach der funktionalen Vor- bzw. Übergeordnetheit eines Themas.

! Merke: Die komplexen Themen eines/r Kl. müssen strukturiert, d. h. in einzelne Probleme unterteilt und als solche in eine Reihenfolge gebracht werden, in der sie therapeutisch bearbeitet werden können. Für jedes einzelne Problem ist zunächst eine eigene Verhaltensanalyse zu erstellen.

Nun ein Beispiel, an dem die weitere Vorgangsweise gezeigt werden soll:

Herr Z., 31 Jahre, ledig, kaufmännischer Angestellter, konsultiert eine psychotherapeutische Ambulanz, welche ihm von der Krisenabteilung der Psychiatrie empfohlen worden sei. Diese habe er in Begleitung seines Bruders wegen einer Alkoholintoxikation freiwillig aufgesucht und sei dort vier Wochen stationär aufgenommen gewesen. Er sei entgiftet und hinsichtlich seines körperlichen Zustandes abgeklärt worden. Bereits dreimal sei er – jedoch ohne längerfristigem Erfolg – bemüht gewesen, sein Alkoholproblem im Rahmen von Entziehungskuren zu bewältigen. Zuletzt habe er, bereits am Morgen damit beginnend, täglich wenigstens eine Flasche Wodka getrunken. Während seines jetzigen stationären Aufenthaltes seien ihm weitere Probleme wie sein geringer Selbstwert, seine Isolation, seine sozialen Ängste und familiäre und berufliche Schwierigkeiten deutlich geworden. Er müsse befürchten, nach seinem

1.1 Verhaltenstherapeutische Diagnostik

Krankenstand gekündigt zu werden, da er unterlassen habe, seinen Arbeitgeber von diesem in Kenntnis zu setzen. Dzt. wohne er – in des Wortes doppelter Bedeutung, wie er sich ausdrückte – in eisigen Verhältnissen auf dem Bauernhof seines Vaters, den aber bereits sein älterer Bruder mit seiner Familie bewirtschaftete. Der Kl. werde von den anderen Familienmitgliedern verachtet und wurde wiederholt darauf angesprochen, sich eine eigene Wohnung zu suchen. Zwei weitere Geschwister, ein älterer Bruder und eine ebenfalls ältere Schwester, hätten bereits Familien gegründet und würden nicht mehr zu Hause wohnen. Seine Mutter sei 1980 an den Folgen einer Gehirnblutung verstorben.

Das Alkoholproblem sei gegenwärtig kein aktuelles Thema, denn er sei völlig abstinent und besuche wöchentlich die Gruppensitzungen in der Psychiatrie. Als beträchtliche Belastung empfinde er jedoch seine soziale Angst und, damit verbunden, seine Isolation. Zumindest teilweise erscheine ihm sein Alkoholkonsum mit seinen Ängsten verflochten, zumal er nach von ihm selbst zurückgewiesenen sozialen Angeboten, abwertende Selbstgespräche führe, dabei erhebliche innere Unruhe empfinde und in diesem Zusammenhang stets ziemlich prompt einige Gläser Wodka trinke. Außerdem befürchte er berufliche Schwierigkeiten, da er sich in Gesprächen, in Konflikten, unter Leitungsdruck etc. massiv beeinträchtigt fühle. Allem zu Grunde liege aber seines Frachtens eine schwere Selbstwertstörung.

Er sei bereits in der Krisenstation auf eine Verhaltenstherapie vorbereitet worden und erwarte sich von dieser praktikable Anweisungen, um „die Ängste wegzubekommen und um selbstbewusster zu werden“. Er stelle sich vor, zunächst sechs Monate lang einmal pro Woche zu einer einstündigen Sitzung zu kommen. Er würde „alles tun, was da empfohlen wird“. Verdeutlicht wurde ihm in diesem Zusammenhang aber, dass Übungen und therapeutische Anregungen zwar wichtig seien, dass der Th. aber vor allem weiterführende und konstruktive Fragen (Beck et al., 1981; Cormier und Cormier, 1985) zu stellen versuchen werde, deren Antwort er, der Kl., durch eigene kleine „Experimente“ erkunden und entscheiden sollte. Auswirkungen seiner Verhaltensänderungen müssten dann von ihm beobachtet und bewertet werden.

Ein strukturiertes Interview (Wittchen und Pfister, 1997) zur differenziellen Beurteilung der vorliegenden Verhaltensprobleme ergab, dass diese als „Alkoholabhängigkeit“ und als „soziale Phobie“ zu klassifizieren sind.

So weit wurden die Voraussetzungen für die anschließende differenzierte Analyse einer Verhaltensweise erarbeitet. Diese sollte jedoch stets, auch bei Berichten mit evident erscheinender Verursachung, durchgeführt werden. Bartling et al. (1998, S. 27) formulieren die Devise:

! Merke: Nicht gleich auf dem ersten Gleis abfahren

Im Modell von Vogel und Schulte (1991) wird angenommen, dass sich ein therapeutischer Prozess auf der Basis von Entscheidungen entwickelt. Große Bedeutung wird dabei den Absichten beigemessen. Diese stellen globale, auf das automatisierte und implizite Wissen einer Person gegründete Zielmomente dar und

werden durch den Aufforderungscharakter der jeweiligen Situation aktiviert. Stets ist zwischen mehreren miteinander konkurrierenden Absichten zu wählen. Zeitlicher, emotionaler und motivationsbedingter Druck oder die augenfällige Korrespondenz zwischen einer Absicht und einer Situation vermögen dabei ein sog. hypervigilantes Muster in Gang zu setzen (Janis und Mann, 1979, 1982). Nach nur geringfügiger Exploration werden Erklärungen für ein problematisches Verhalten formuliert, bedeutsame Schlussfolgerungen daraus gezogen (Russo und Schoemaker, 1989) oder Entscheidungen getroffen, welche den Verlauf einer Therapie längerfristig prägen können. Suchprozesse, Prozeduren der Aufnahme und Bewertung neuer Informationen oder eine differenzierte Analyse der Alternativen und ihrer Attribute werden durch diese spontanen Aktionen empfindlich irritiert (Janis und Mann, 1979, 1982).

Das jeweilige Verhalten des/r Th. in derartigen Situationen sollte in darüber stattfindenden Metaentscheidungen (Leibetseder, 2001; Russo und Schoemaker, 1989) reflektiert werden. Kritisch zu hinterfragen wäre beispielsweise,

- ob die Entscheidung des/r Th. überhaupt notwendig bzw. aktuell erforderlich ist;
- ob sie von ihm/r getroffen werden sollte;
- welche persönlichen Voraussetzungen oder Einschränkungen gegeben sind;
- ob die zeitlichen Grenzen willkürlich festgelegt wurden oder real vorgegeben sind;
- ob Aspekte davon delegiert oder gesondert bearbeitet werden sollten;
- ob weitere Informationen oder Ratschläge eingeholt werden sollten;
- ob hinreichend Zeit für die Entscheidung besteht;
- inwieweit die wichtigen Aspekte der problematischen Situation berücksichtigt wurden;
- ob intuitiv oder analytisch entschieden wurde;
- welche Folgerungen aus Rückmeldungen in ähnlichen Situationen gezogen werden können;
- inwieweit diese auch tatsächlich berücksichtigt wurden;
- wie sich eine andere, in Entscheidungen kompetente Person verhalten hätte;
- welche Einflussnahmen auf Affekte oder andere Entscheidungen erwartet wurden.

2.1.2 Beschreibung der Komponenten des problematischen Verhalten

a) Zunächst soll die zur Disposition stehende und in diesem Sinne **kritische Verhaltensweise** (= **V** bzw. **R**) genau beschrieben werden. Drei Aspekte sind dabei herauszuarbeiten (Schulte, 1976, S. 81f):

- ihre Topographie und Intensität,
- ihre Frequenz und deren Oszillationen und
- der Typ der Symptomatik, dem die Verhaltensweise auf Grund ihrer Frequenz zuzuordnen ist.

Mit „Topographie und Intensität“ ist die „Erscheinungsform“ der jeweiligen Verhaltensweise gemeint. Diese soll in ihren

- motorischen,
- emotionalen,
- verbalen bzw. kognitiven und
- physiologischen

Komponenten beschrieben werden (vgl. Kanfer et al., 2000; Reinecker, 1994b). Kombinationen dieser Ebenen führen zu unterschiedlichen Reaktionsmustern, welche je nach Situation differenziell aktiviert werden können und therapeutisch eventuell unterschiedlich zu bearbeiten sind (Reinecker, 1994b, S. 60f). Daraus ergeben sich auch Hinweise auf den jeweiligen Schwierigkeitsgrad einer Situation und auf den Erfolg bislang praktizierter Bewältigungsmechanismen einer Person.

Die in diesen Merkmalsebenen erfasste kritische Verhaltensweise soll auch bezüglich

- ihrer Auftretenshäufigkeit pro Zeiteinheit und
- deren Schwankungen

protokolliert werden. Erstens kann damit ihre Grundrate erhoben und zweitens kann aus den Änderungen ihrer Auftretenshäufigkeit der Zusammenhang mit den spezifischen und relevanten Situationsmerkmalen erschlossen werden.

Unser in seiner Angst- und Alkoholproblematik bereits oben eingeführter Kl. beschreibt seine Zustände folgendermaßen: „Ich fühle mich unsicher und aufgeregt, werde zappelig, verkrampe mich, fühle mein Herz klopfen und denke ständig: ‚Jetzt darfst du ja keinen Fehler machen‘ oder ‚Warum schon wieder ich?‘ „Ich glaube, ich bin zu langsam, ich schaffe das nicht, vielleicht sage ich was Unpassendes oder gebe eine falsche Auskunft‘. Dann beginne ich zu stottern und spreche überhaupt so zaghaft und leise. Ständig überlege ich dabei, was die anderen denken werden, wenn ich so stottere, oder ich finde gar keine Antwort; ich delegiere, wenn möglich, das Gespräch z. B. an Kollegen oder breche es schnell ab.“ Danach gefragt, ob er immer so reagiere, antwortete er, manchmal sei „das besonders arg; da schau ich schon, ob ich bemerkt werde und ob andere Personen herschauen, ich bekomme Hitzewallungen und Schwindelgefühle; ich habe dabei das Gefühl, alle würden mich anschauen. Wenn es geht, verlasse ich so schnell wie möglich den Raum“. Manchmal hingegen empfinde er zwar Unsicherheit, aber nicht diese erwähnte Unruhe und Erregung, er sei aufgeregt, könne aber dennoch reden, ohne zu stottern, und ein Gespräch zu Ende führen; er könne sich dann auch in seinen Gefühlen beherrschen, wobei er zu sich sage: „Siehst du, es geht ja, die Person kennst du ja, da brauchst du dich nicht zu schämen.“ Einladungen zu geselligen Zusammenkünften mit Bekannten, Nachbarn etc. oder Restaurantbesuche lehne er ab. Seine sportlichen Aktivitäten wie Laufen oder Rad fahren betreibe er nur am Abend, wenn er sicher sein könne, nicht erkannt und gegrüßt zu werden.

Folgende **Komponenten seines kritischen Verhaltens** werden von unserem Kl. berichtet: **emotional**: Unsicherheit, Unruhe, Aufgeregtheit; **physiologisch**: Hitzewallungen, Beschleunigung der Herzschlagrate, Schwindelempfindungen, Schwitzen, Erröten; **kognitiv**: Selbstverbalisationen wie die Aufforderung, keine Fehler zu machen, die Erwartungen anderer mit einzubeziehen, den eigenen Verhaltensablauf zu kommentieren; **verbal**: Stottern, Sprechen mit leiser Stimme, Abbrechen eines Gesprächs, seine Fortsetzung an andere zu delegieren; **motorisch**: Anspannen der Muskulatur, schnelle, kleine Bewegungen (zappelig), Verlassen des Raumes mit möglichst schnellen Bewegungen.

Hinsichtlich ihrer Frequenz vermag nun eine Verhaltensweise aus vier Gründen auffällig und in diesem Sinne symptomatisch zu werden:

1. weil sie gänzlich unangemessen ist, (z. B. Angst vor Lift)
2. weil sie, obgleich angemessen, zu häufig auftritt, (z. B. Waschzwang)
3. weil sie, an sich zwar angemessen, aber zu selten auftritt, (verbale Kommunikation bei Mutismus).
4. weil sie gänzlich fehlt.

Diese auf seine Häufigkeit gegründete Einordnung eines kritischen Verhaltens ist deswegen bedeutsam, weil sich damit Hinweise für die therapeutische Veränderungsrichtung ergeben, wie z. B. die Entwicklung eines alternativen resp. die Konstruktion neuen Verhaltens bei Typ 1 und 4, oder die Verminderung bzw. Erhöhung seiner Auftretensrate bei Typ 2 und 3.

Das symptomatische Verhalten unseres Kl., des Herrn Z., ist dem Typ 1 zuzuordnen und als „unangemessen“ einzustufen. Therapeutische Bemühungen werden wohl – so lässt sich spekulieren – der Entwicklung alternativen Reagierens gewidmet sein müssen.

! Merke: Eine problematische Verhaltensweise wird beschrieben: hinsichtlich ihrer Topographie und ihrer Intensität und hinsichtlich ihrer Frequenz bzw. deren Oszillationen. Je nach ihrer Häufigkeit wird sie einem Typ der Symptomatik zugeordnet.

b) Im nächsten Schritt sollen die dem problematischen Verhalten unmittelbar vorausgehenden (= S) und nachfolgenden Bedingungen (= C) herausgearbeitet und in zeitlich geordneten Reiz-Reaktionsfolgen (= S-R/V-Ketten) dargestellt werden. Prinzipiell kommen bei der Situationsanalyse Merkmale in Betracht (Bartling et al., 1998, S. 38f.) wie:

- problemrelevante Aspekte einer Situation (z. B. *Leistungsdruck*)
- räumliche, zeitliche, materielle Anordnungen (z. B. *die Beschaffenheit eines Zimmers*)
- Verhaltensweisen anderer (z. B. *ein Kommunikationsangebot*) und
- eigene Affekte, Gedanken und Verhaltensweisen (z. B. *Erinnerung an eine traumatische Episode*)

Situationen, welche auf ein Verhalten folgen, können je nach Entstehungsort und Zeitpunkt in

- externe (e),
- interne (i),
- kurz (k) – und
- langfristig (l) wirkende Konsequenzen

eingeteilt werden. Mit welchen spezifischen vorhergehenden oder nachfolgenden Reizmerkmalen welches Muster von Reaktionskomponenten tatsächlich zusammenhängt, kann nur über die situativ bedingten Änderungen seiner jeweiligen Auftretenshäufigkeit entschieden werden (s. o.).

Unser Kl. berichtet, dass seine Ängste dann auftreten, wenn er in Anwesenheit seines Chefs Auskünfte erteilen müsse, ein Telefonat zu übernehmen habe, wenn er öffentliche Lokale wie

1.1 Verhaltenstherapeutische Diagnostik

Kaffeehäuser, Restaurants etc. zu betreten gedenke oder wenn er einen Autobus oder einen Zug zu benutzen beabsichtige; hier erlebe er seine Ängste besonders intensiv; als weniger schwierig empfinde er ein Gespräch mit Kollegen oder Bekannten. Nachdem ihm gelungen war, derartige Situationen zu vermeiden oder abzukürzen, fühle er sich erleichtert. Zu Hause, in seinem Zimmer, denke er jedoch an diese, von ihm so genannten Misserfolge, er bezeichne sich als unfähig, lebensuntüchtig, empfinde Hass gegen sich und trinke hastig einige Gläser Wodka.

Sein Bericht soll nun in eine Abfolge von Reizen/ Situationen und Reaktionen gebracht werden:

a) Zunächst eine Situation im Dienst

S1:

Anfrage durch eine andere Person in Anwesenheit des Chefs
Signal eines neben ihm befindlichen Telefons

R1=V1:

kog. – „Warum denn immer ich?“, „Wenn ich nur nichts Falsches sage“, „Ich kann das nicht“

R2=V2:

emo. – Unruhe, Aufregung

phy. – erhöhter Herzschlag, Schwitzen, Hitzewallungen, Erröten

kog. – „Was denkt sich der bloß, wenn ich stottere?“

ver. – stottert, spricht leise

mot. - verkrampft sich, macht schnelle, kleine Bewegungen

R3=V3:

ver. – ersucht Kollegen, das Gespräch weiterzuführen

mot. – verlässt die Situation

C:

i./k. Erleichterung; Abnahme der Angst

i./k. Hass sich selbst gegenüber; Selbstabwertungen, Alkoholkonsum

i./l. Aufrechterhaltung seiner sozialen Defizite; Isolation

e./k. abwertende Äußerungen von seinen Geschwistern

b) Ein Restaurantbesuch als eine andere prototypische und Angst auslösende Situation, kann gleichermaßen in eine Abfolge von Reiz- und Reaktionsmerkmalen aufgelöst werden. Die Situation (S) wird durch andere, zumeist unbekannte Personen bestimmt. Herr Z. reagiert darauf mit Selbstverbalisationen wie „Ich werde von allen angeschaut und beobachtet“, „Was werden sich die bloß über mich denken?“ (V1/kog.), woraus sich Schwindelgefühle, Herzrasen (V2/phys.), innere Unruhe und hohe Angst (V2/emo) entwickeln. Er verlässt möglichst schnell den Raum (V2/mot.). Anschließend empfindet er zwar einerseits Erleichterung, wertet sich aber andererseits dieses „Misserfolges“ wegen ab (K i. k.) bzw. wird durch andere abgewertet (K e. k. und l.).

! **Merke:** Nach der Beschreibung des problematischen Verhaltens muss seine Verknüpfung mit vorausgehenden und nachfolgenden Reizen erhoben und in eine zeitliche Abfolge gebracht werden. Dieser Zusammenhang wird in sog. S-R-Ketten dargestellt.

c) Bei der Ausformung eines Verhaltensproblems spielen auch sog. **Organismus-Variablen (O)** eine wichtige Rolle. Darunter werden sowohl relativ überdauernde (z. B. Gehirnschädigun-

gen) als auch kurzzeitige organische Funktionsstörungen (z. B. Folgen eines erhöhten Alkoholkonsums) subsumiert (Schulte, 1976). Bartling et al. (1998; Bartling und Echelmeyer, 1996) unterscheiden dabei außerdem Variablen, welche den Wahrnehmungsprozess (WP) betreffen und solche, welche sich auf die innere Verarbeitung (IV) beziehen. Der Realisierung einer Verhaltensweise gehen demnach Mechanismen der Reizauswahl und der Reizbewertung voraus. Dem Wahrnehmungsprozess wird zugerechnet,

- welche Attribute einer Situation entnommen und
- wie global oder differenziert diese aufgefasst werden.

Zu den Prozessen der inneren Verarbeitung werden gezählt

- die Interpretation und Ursachenzuschreibung von Situationsmerkmalen,
- die Bewertung dieser Aspekte durch einen Vergleich mit eigenen Bedürfnissen, Ansprüchen und Zielen und
- die Handlungsvorbereitung durch die Abschätzung der eigenen und der Kompetenz der anderen.

! **Merke:** Unter Organismus-Variablen werden kurz- und langfristige Funktionsänderungen und Prozesse der Reizauswahl und der Reizbewertung subsumiert.

d) Selbstkontrolle

Als Selbstkontrolle werden alle jene Bemühungen einer Person aufgefasst, die Wahrscheinlichkeit oder die Intensität einer problematischen Verhaltensweise zu verändern. An ihrem für die Selbstkontrolle erbrachten Verhaltensaufwand lässt sich erkennen, welche Aktionen zu Verbesserungen oder zu Verschlechterungen des kritischen Verhaltens geführt hatten und welche ohne Einfluss geblieben waren.

Den Berichten unseres Kl. ist zu entnehmen, dass er während der Konversation mit bekannten Personen gleichzeitig andere innere Dialoge mit sich zu führen vermag wie mit unbekanntem oder in sozialen Situationen mit Leistungsanforderungen. Durch Sätze wie „Du brauchst dich nicht zu schämen“ oder „Siehst du, es geht ja“ etc. erhöht er offenbar die Chance, derartige Situationen durchzuhalten.

! **Merke:** Unter Selbstkontrolle sind sämtliche eigeninitiierten Versuche zu verstehen, ein symptomatisches Verhalten zu modifizieren.

3 Prüfungsfragen: Verhaltensbeschreibung

1. Nach welchen Gesichtspunkten kann eine Problematik strukturiert und in eine therapierelevante Abfolge gebracht werden? (s. 1.1)
2. Hinsichtlich welcher Komponenten kann ein problematisches Verhalten erfasst werden? (s. 1.2)
3. Inwiefern vermag ein Verhalten hinsichtlich seiner Auftretenshäufigkeit symptomatisch zu werden? (s. 1.2)

1.1 Verhaltenstherapeutische Diagnostik

1.1.2 Verhaltenserklärung

MAX LEIBETSEDER UND KAROLINE VERENA GREIMEL

1 Horizontale Verhaltenserklärung

Nach der Beschreibung eines problematischen Verhaltens und der mit ihm zeitlich korrespondierenden Situationen folgt nun die Erklärung, was in zwei Schritten geschieht:

- a) Zunächst soll eine Gleichung erstellt werden, in der die spezifischen Reiz- und Reaktionsmerkmale zu einer zeitlich geordneten, d. h. „horizontalen“ Sequenz verknüpft sind.

Diese Gleichung hat formal folgende Gestalt:

S	WP	IV	V	C	KV
intern, extern	Attribute einer Situation, Differenziertheit	Situationserwartung, Kompetenzerwartung, Ergebniserwartung, Folgerwartung	physiologisch, emotional, verbal, motorisch	kurzfristig, langfristig, intern, extern, +, ✗, -, ✓	Quotenverstärkung, Intervallverstärkung

(Gleichung 1; vgl. Barting et al., 1998, S. 43f.)

- **S** steht für Merkmale einer vorausgehenden Situation
- **WP** und **IV** für die Prozesse der Wahrnehmung und der inneren Verarbeitung
- **V** symbolisiert die Komponenten der problematischen Verhaltensweise
- **C** steht für die Merkmale der nachfolgenden Situation mit vier Valenzausprägungen (Darbietung eines positiven oder negativen Reizes = C⁺ oder C⁻; Entfernung eines positiven oder negativen Reizes = ~~C⁺~~ oder ~~C⁻~~)
- **KV** symbolisiert die Kontingenzverhältnisse = Verstärkungspläne

Als Beispiel die Verhaltensgleichung für das problematische Verhalten unseres Kl. in seiner Arbeitstelle

S (extern)	WP	IV	V	C
Anfrage, Chef zugegen; Telefonsignal	„immer ich“	„Nur nichts Falsches sagen“ „Ich kann das nicht“	emo. Unruhe phy. Herzschlag, Erröten, Schwitzen, Hitzewallungen kog. „Was der sich denkt?“ ver. stottert, spricht leise ersucht Kollegen, weiterzusprechen mot. verlässt die Situation	i./k. Abnahme der Angst i./k. Selbstabwertungen i.k. Alkoholkonsum i./l. Aufrechterhaltung seiner sozialen Defizite e./k. Abwertungen von seinen Geschwistern

Diese Gleichung könnte sich umgangssprachlich folgendermaßen anhören: Herr Z. ist in der Arbeit. Sein Chef ist gerade anwesend, als sich jemand an Herrn Z. wendet. Er kennt diese Person nicht (S extern). Als sie eben zu sprechen beginnt, wird ihm bewusst, schon wieder wird er angesprochen, warum ist es denn immer nur er (WP), der angesprochen wird. Es fällt ihm schwer, einem anderen zuzuhören, während er gleichzeitig mit sich beschäftigt ist. So recht und schlecht gelingt ihm das, auch mit geteilter Aufmerksamkeit. Fast unwirklich empfindet er die Situation, denn gleichzeitig, während er vernimmt, was die Person von ihm möchte, kreisen in ihm Sätze wie „Nur ja nichts Falsches sagen, nur ja nicht“, „Ich kann das nicht“, „Ich glaub, ich kann das nicht“ (IV). Er verspürt Unruhe, sein Herz beginnt zu rasen (V phys.), leise stottert er eine Antwort (V verbal), befürchtet, was der sich wohl denkt (V kog.), wenn er so stottert, er verkrampft sich, schaut sich um, da sieht er seinen Kollegen! Der soll weitersprechen und Auskunft geben! Schnell verlässt Herr Z. den Raum (V mot). Er wird ziemlich bald ruhiger, seine Angst lässt Gott sei Dank nach. Für kurze Zeit fühlt er sich besser (E^z i./k.). Dann aber beginnt er an sich zu zweifeln (C⁻ i./k.), denn so gut war das doch nicht, einfach wegzulaufen, irgendwie versagt er in solchen Situationen immer, und wenn das so weitergeht, wird er noch völlig isoliert sein. Er beschimpft sich regelrecht dafür. Nach Dienstschluss beschäftigt ihn das Problem immer noch, bis nach Hause.

b) In einem zweiten Schritt sollen allgemeine Gesetzesannahmen über jene Bedingungen formuliert werden, durch welche das problematische Verhalten ausgelöst und aufrechterhalten wird. Zwei Hypothesen kommen dazu in Betracht: Nach der **Hypothese des klassischen Bedingens** würde das symptomatische Verhalten durch die vorausgehenden Reizmerkmale (S) ausgelöst werden; nach der **Hypothese des instrumentellen Bedingens** würde das symptomatische Verhalten durch die verstärkende Wirkung der nachfolgenden Reizmerkmale (C) aufrechterhalten werden (vgl. Kanfer und Phillips, 1975; Kanfer und Saslow, 1976; Schulte, 1976); dieses Verhalten wird als **operant** bezeichnet, während ein durch konditionierte Stimuli aktiviertes Verhalten als **respondent** bezeichnet wird.

Lernen vollzieht sich nach der Theorie des klassischen Konditionierens vor einem evolutionären Hintergrund, denn bestimmte Reize sind dazu disponiert, bestimmte Reaktionen eines Organismus auszulösen. Diese Reize sind in der Regel mit einem seiner emotionalen oder motivationalen Programme verknüpft. Es besteht also eine genetisch festgelegte Kombination zwischen einem unkonditionierten Stimulus (UCS) und einer unkonditionierten Reaktion (UCR). In dieses Muster können nun jedoch neutrale Stimuli (NS) eingebaut werden. Sofern diese mit dem unkonditionierten Reiz zeitlich gekoppelt sind, können sie ihrerseits, ohne der gleichzeitigen Applikation des unkonditionierten Reizes, die unkonditionierte Reaktion auszulösen. Der entsprechende neutrale Reiz ist damit zu einem konditionierten Stimulus (CS) geworden; jenes Verhaltensprogramm, das durch einen konditionierten Stimulus aktiviert zu werden vermag, stellt eine konditionierte Reaktion (CR) dar.

Nach der instrumentellen Konditionierungstheorie entscheiden nicht die einem Verhalten vorausgehenden, sondern die nachfolgenden, d. h. die kontingenten Reize, welche der spontan

emittierten Reaktionen aufrechterhalten wird. Folgende Wirkungen verhaltenskontingenter Reize sind möglich (vgl. Schulte, 1996, S.144):

1. Die Reaktion zieht die Darbietung eines angenehmen Stimulus oder positiven Verstärkers nach sich. Über diesen Mechanismus der positiven Verstärkung wird die Wahrscheinlichkeit eines Annäherungsverhaltens erhöht.
2. Ein unangenehmer Reiz oder negativer Verstärker wird entfernt oder abgeschwächt. Über diesen Mechanismus der negativen Verstärkung wird die Wahrscheinlichkeit eines Vermeidens- oder Fluchtverhaltens erhöht.
3. Die Reaktion zieht einen unangenehmen Reiz oder negativen Verstärker nach sich. Über diesen Mechanismus der Strafe/Typ1 wird die Wahrscheinlichkeit der jeweiligen Verhaltensweise erniedrigt.
4. Ein angenehmer Reiz oder positiver Verstärker wird reaktionskontingent entfernt. Über diesen Mechanismus der Strafe/Typ2 wird die Wahrscheinlichkeit der jeweiligen Verhaltensweise erniedrigt.

Nicht nur die Valenz reaktionskontingenter Stimuli, auch ihre Häufigkeit oder das zeitliche Muster ihres Eintretens bzw. ihres Ausbleibens beeinflusst die Verknüpfung von Reizen und Reaktionen. Ein Verstärkungsplan definiert, in welchen Zeitintervallen oder in welcher Häufigkeit die kontingenten Stimuli auftreten bzw. auftreten sollen (Kanfer und Phillips, 1975; Kanfer und Saslow, 1976). Bei Intervallplänen erfolgt die Verstärkung/Bestrafung nach einer fixen oder variablen zeitlichen Spanne auf das gezeigte Verhalten; bei Quotenplänen erfolgt die Konsequenz erst nach einer bestimmten Anzahl von emittierten Reaktionen. Ob ein Stimulus verhaltensrelevant ist – genauer, ob er als Belohnung oder als Bestrafung für ein Verhalten gelten kann, ist nur über die Erhöhung oder Verminderung der Auftretenshäufigkeit des jeweiligen Verhaltens entscheidbar (Schulte, 1996).

Der Theorie klassischen Bedingens zufolge müsste Herr Z. irgendwann einmal eine ihn physisch oder psychisch bedrohende Situation erlebt und darauf mit Angst reagiert haben. Ein unkonditionierter, nämlich der bedrohliche Reiz (UCS) hatte zu einer unkonditionierten, im gegebenen Falle zu einer Angstreaktion (UCR) geführt. „Zufällig“ dürften sich in dieser Situation auch andere Personen befunden haben. Bislang waren Menschen für ihn nicht bedrohlich gewesen und fungierten deswegen gewissermaßen als „neutrale Stimuli“ (NS). Auf Grund ihrer gleichzeitigen Anwesenheit während der bedrohlichen Stimulation wurden sie aber ihrerseits zu Signalen für bedrohliche Situationen. Seine Angstreaktion vermochte nunmehr auch durch Personen ausgelöst zu werden. Diese waren somit zu konditionierten „Reizen“ (CS) und das durch sie aktivierte Verhalten war zur konditionierten Reaktion (CR) geworden.

Nach der Theorie des operanten Bedingens hingegen müsste Herr Z. in einem sozialen Kontext einmal „zufällig“ Angst erlebt haben. Sich aus dieser Situation zu entfernen oder sie zu vermeiden, musste jedoch schnell zur Beendigung bzw. zur Verhinderung der als aversiv empfundenen Angstreaktion (E^z i./k.) geführt haben. Soziale Situationen waren damit aber zu Hinweisreizen oder diskriminativen Stimuli (SD) für sein Vermeidungsverhalten geworden. Dieser Theorie nach wird

1.1 Verhaltenstherapeutische Diagnostik

also die Kombination aus sozialer Situation und Vermeidungsreaktion durch die negative Verstärkungswirkung der Konsequenzen aufrechterhalten.

Durch drei Fragen lässt sich klären, ob das kritische Verhalten als respondent oder als operant aufzufassen ist (Schulte, 1976, 1996, S.147; vgl. Reinecker, 1994b).

- (1) Steht ein angeborenes, reflexartiges Verhalten wie eine Kontraktion der glatten Muskulatur oder eine Tätigkeit von Drüsen zur Disposition? Nein: respondentes Verhalten unwahrscheinlich. Handelt es sich dabei um Kontraktionen der quer gestreiften Muskulatur? Ja: Hinweis auf operantes Verhalten.
- (2) Erfolgt das Verhalten in 100% der Beobachtungen auf den vorausgehenden Stimulus? Nein: respondentes Verhalten unwahrscheinlich.
- (3) Verändern die dem Verhalten unmittelbar nachfolgenden Reize dessen Auftretenshäufigkeit? Nein: respondentes Verhalten; ja: operantes Verhalten.

Eine Entscheidung zwischen diesen beiden Lernmechanismen ist für die differenzielle Zuordnung therapeutischer Methoden wichtig. Bei respondentem Verhalten oder bei unangemessenem Verstärkungswert von Reizen (z. B. soziale Anerkennung durch eine „idealisierte“ Person) sind konfrontative Techniken indiziert; bei unangemessener positiver Verstärkung unerwünschten Verhaltens, bei unzureichender positiver Verstärkung oder unangemessener Bestrafung erwünschten Verhaltens ist eine operante Löschung bzw. eine operante Verstärkung erforderlich; Änderungen der Kontingenzverhältnisse müssen bei unangemessener Verhaltensabhängigkeit (Deprivation oder Sättigung) und bei unangemessener Situationsabhängigkeit der Verstärkung erwogen werden (Schulte, 1996b, S.149f; vgl. Reinecker, 1990a).

Ist das Verhaltensmuster unseres Kl. als respondent oder als operant aufzufassen? Es setzt sich aus unterschiedlichen Merkmalen zusammen: z. B. V phys. wie Erröten, Steigerung der Herzschlagrate, Transpiration, Hitzewallungen oder V mot. bzw. verb.: Er stottert, spricht leise, berücksichtigt die Erwartungen seines Gesprächspartners, geht, nachdem er das Gespräch delegieren konnte, aus dem Raum etc. Sowohl reflexartig ablaufende vegetative als auch willkürlich gesteuerte Verhaltenskomponenten sind hier vernetzt. Die vegetativen Reaktionsmerkmale treten zu 100% und stets auf vorhergegangene Reizapplikationen hin auf; die motorischen oder verbalen Anteile seines Verhaltens hingegen sind seltener zu beobachten und hängen von den Änderungen der nachfolgenden internen Reizbedingungen ab. Wir haben somit ein Muster mit sowohl respondenten als auch operanten Anteilen vor uns. Die Angstreaktion des Kl. wird demnach einerseits durch soziale Signale ausgelöst und andererseits durch die anschließenden Verstärkungsbedingungen aufrechterhalten.

Dieser Ansatz entspricht dem Modell von Mowrer (1960), in dem Phobien durch eine Kombination klassischer und instrumenteller Bedingens erklärt werden. Angstreaktionen auf ursprünglich neutrale Reize werden klassisch konditioniert, während das anschließende Vermeidungsverhalten durch operante Verstärkung auf-

rechterhalten wird. Es verhindert eine Konfrontation mit dem Angstreiz und damit auch eine Löschung der Angstreaktion. Der therapeutische Zugang besteht diesem Modell zufolge aus graduierter Annäherung an soziale Situationen und gleichzeitiger Verhinderung des bisherigen Vermeidungs- bzw. Fluchtverhaltens.

! Merke: In der horizontalen Verhaltensanalyse wird ein symptomatisches Verhalten als Funktion vorausgehender und nachfolgender Bedingungen aufgefasst. Schritt 1: Erstelle die Verhaltensgleichung mit den spezifischen Merkmalen der vorausgehenden Situation, den Komponenten des symptomatischen Verhaltens und den spezifischen Merkmalen der nachfolgenden Situation. Schritt 2: Erkläre das symptomatische Verhalten durch allgemeine Lerngesetze (z. B. im Rahmen der Theorie klassischer oder instrumenteller Bedingens oder durch ein Modell, in welchem beide Ansätze kombiniert werden können).

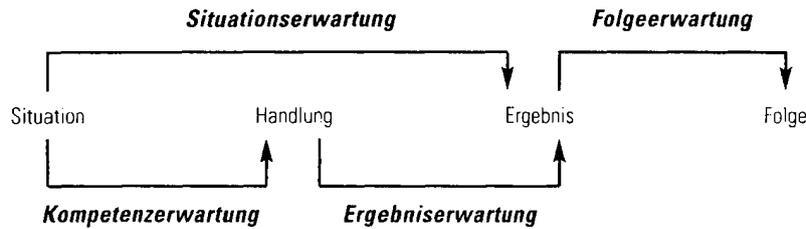
2 Kognitive Verhaltensklärungen

Bisher waren S und C bzw. KV die maßgeblichen Variablen der Verhaltensgleichung zur Erklärung des problematischen Verhaltens. Nunmehr interessieren die Variablen WP und IV. Sie symbolisieren die inneren Prozesse einer Person und werden aus deren Vorstellungen und inneren Dialogen erschlossen. Ihre darin enthaltenen Annahmen müssen nicht grundsätzlich „falsch“ sein; sie sind aber „für diese spezielle Person und nur dann ungünstig, wenn sie ein bestimmtes Therapieziel erreichen möchte“ (Schulte, 1996b, S.150). Diese inneren Prozesse entsprechen ihren Erwartungen über die Zusammenhänge zwischen (1) Reizen, (2) eigenem Verhalten, (3) den Ergebnissen dieses Verhaltens und (4) den aus diesen wiederum resultierenden Folgebedingungen (Schulte, 1996b, S. 150ff; vgl. Leibetseder, 2001). Charakteristisch für derartige Sätze sind Bewertungswörter (z. B. schön, schrecklich etc.) und die ihnen immanenten subjektiven Ansprüche und Normen der Person (z. B. ich muss unbedingt die beste Klassenarbeit schreiben, sonst bin ich nicht intelligent), durch die Emotionen ausgelöst oder verstärkt werden. Diese Annahmen sind in Abbildung 1 schematisch dargestellt.

Eine **Situationserwartung** enthält die Annahme über das Ausmaß, in welchem eine Situation autonom, d. h. unabhängig vom eigenen Verhalten, auf eine bestimmte Änderung zustrebt. Im Rahmen dieser Erwartungshaltung ist eine Person auf die Eigendynamik einer Situation eingestellt und tendiert dazu, einen Zusammenhang zwischen den Reizmerkmalen einer Situation (1) und denen eines Ergebnisses (3) anzunehmen (z.B. „Gleich wird etwas passieren“).

In der **Kompetenzerwartung** kommt ihre Annahme zum Ausdruck, in der gegebenen Situation zu einem bestimmten Verhalten fähig oder nicht fähig zu sein. Unterstellt wird ein Zusammenhang zwischen den Merkmalen einer Situation (1) und den Komponenten einer Handlung (2). Hier sind mit anderen Worten handlungserleichternde oder –erschwerende Bedingungen formuliert (z. B. „Ich kann das nicht“). Diese Annahme geringer Selbstwirksamkeit oder eigener Inkompetenz würde einer Hilflosigkeitsattitüde entsprechen.

Abbildung 1: Verschiedene Arten von Erwartungen (nach Schulte, 1996, S. 152)



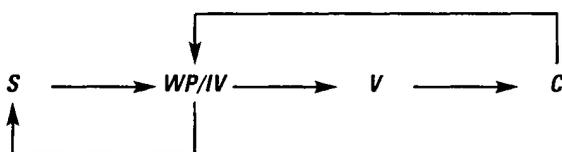
In einer **Ergebniserwartung** kommt zum Ausdruck, in welchem Ausmaß das eigene Verhalten bestimmte Konsequenzen nach sich zu ziehen vermag, was der Annahme eines Zusammenhangs zwischen eigenem Handeln (2) und seinem Ergebnis (3) entspricht (z. B. „Ich erreiche das/nicht“).

Eine **Folge- oder Kontingenzerwartung** beinhaltet, ob bzw. inwieweit aus einem Verhaltensergebnis weitere Situationsänderungen resultieren; angenommen wird hier ein Zusammenhang zwischen Ergebnismerkmalen (3) und Merkmalen darauf folgender Situationen (4) (z. B. „Wenn ich das nicht schaffe, dann hat alles keinen Zweck“). Diese Kognition würde der Attitüde der Hoffnungslosigkeit entsprechen.

Lassen sich diese Erwartungen in den inneren Dialogen unseres Kl. identifizieren bzw. aus ihnen erschließen? Zunächst der Satz „Warum denn immer ich?“ Diese Situationserwartung enthält die Annahme, speziell er werde in einer sozialen Situation angesprochen, und dies, ohne dazu einen Beitrag zu leisten, wie z. B. auf sich aufmerksam zu machen. Sein anderer Satz „Wenn ich nur ja nichts Falsches sage“ stellt eine Ergebniserwartung dar; er beinhaltet seine Ansprüche und Bewertungen dabei, denn implizit heißt dieser Satz: „Meine Auskunft muss unbedingt richtig sein.“ Die geringe Kompetenzerwartung des Kl. zeigt sich in den Sätzen „Ich kann das nicht“ oder „Ich bin ein Versager“.

In der funktionellen Verhaltensgleichung muss nun berücksichtigt werden, dass zwischen den Merkmalen der vorausgehenden und der nachfolgenden Situation einerseits und den Organismusvariablen andererseits Rückmeldeprozesse bestehen. Dies ist in Abbildung 2 dargestellt.

Abbildung 2: Rückmeldeprozesse (Kanfer et al. 2000, S. 244)



Erwartungen prädisponieren zu einer Voreinstellung auf kritische Situationen und werden durch die Ergebnisse eines Verhaltens, also reaktionskontingent, belohnt oder bestraft. Sie werden als verdeckte verbale Reaktionen aufgefasst und als „coverants“ (= covert und operant) bezeichnet (Kanfer und Phillips, 1975, S.480 ff). Diese Voreinstellung wird als Bestätigungstendenz oder „confirmation bias“ bezeichnet, womit die Bevorzugung jener Informationen gemeint ist, die mit einer Erwartung übereinstimmen. In einer Situation werden selektiv die erwartungsentsprechenden Aspekte wahrgenommen, welche ihrerseits wiederum jene Erwartung bestätigen, die den Auswahlprozess bestimmt hatte (Hager und Weißmann, 1991).

In dem Satz „Warum denn immer ich?“ kommt die Annahme unseres Kl. zum Ausdruck, in sozialen Situationen würde stets und – verglichen mit anderen Personen, wie wir unterstellen wollen – speziell er ausgewählt, beachtet, angesprochen, bewertet etc. (warum denn **immer/nur** ich?). Umgekehrt lässt sich daraus aber folgern, er würde soziale Situationen bereits mit dieser Voreinstellung betreten. Hinweisreize, welche geeignet sind, diese zu bestätigen, würden von ihm mit größerer Wahrscheinlichkeit registriert werden als neutrale oder widersprechende Situationsmerkmale (Bördlein, 2000; Mineka und Sutton, 1992; McNally, 1994). Er würde also nicht berücksichtigen, wie oft andere Personen angesprochen werden, wie oft er nicht beachtet wird, wie unterschiedlich die an ihn gerichteten sozialen Signale sein können oder an welche Eigenschaften seiner Persönlichkeit sie adressiert sind.

Bei der Analyse der Erwartungen muss zwischen **dysfunktionalen Kognitionen** und **irrationalen Überzeugungen** unterschieden werden, je nachdem, ob die betreffende Person „akzeptieren kann, dass die sich ... aufdrängenden“ Gedanken „im Hinblick auf das Therapieziel ungünstig ... und durch funktionale Kognitionen zu ersetzen“ sind oder ob sie subjektiv von der Richtigkeit ihrer Annahmen überzeugt ist und meint „dass alternative, für die Zielerreichung angemessene Gedanken doch ‚falsch‘ wären“ (Schulte, 1996, 158f). Das wesentliche Kriterium zur Unterscheidung zwischen den Kategorien „dysfunktionale Gedanken“ und „irrationale Überzeugungen“ ist somit die Flexibilität der betreffenden Person. Eine Annahme ist als dysfunktionaler Gedanke einzustufen, sofern die betreffende Person deren Angemessenheit nicht als subjektive Gewissheit empfindet und anders lautenden Erklärungen gegenüber zugänglich ist. Eine Annahme ist als irrationale Überzeugung einzustufen, sofern die betreffende Person deren Angemessenheit als subjektive

1.1 Verhaltenstherapeutische Diagnostik

Gewissheit empfindet und anders lautenden Erklärungen gegenüber unzugänglich ist. Irrationale Überzeugungen sind das Resultat von „Denkfehlern“, wie z. B. von Übergeneralisierungen oder dichotomem Denken (Beck et al., 1981). Bei dysfunktionalen Gedanken ist ein Selbstverbalisationstraining und bei irrationalen Überzeugungen eine kognitive Umstrukturierung indiziert.

Die Äußerung unseres Kl., mit einer Auskunft überfordert zu sein, stellt einen dysfunktionalen Gedanken dar, denn Herr Z. ist – so bleibt zu ergänzen – von seiner intellektuellen Leistungsfähigkeit durchaus überzeugt und betont immer wieder den ihn hemmenden Effekt derartiger Sätze. Seine Annahme, keine Fehler machen zu dürfen, ist als eine irrationale Überzeugung aufzufassen. Er vertritt die Meinung, dies von sich erwarten zu müssen, seine Arbeit sei sonst schlecht, weswegen er seinen Arbeitsplatz verlieren würde. Dieser Anspruch habe sich außerdem bewährt, denn er habe alle Kurse im zweiten Bildungsweg mit Auszeichnung abgeschlossen, ferner würde er bei „unsinnigen Aussagen“ verlacht und nicht für wert befunden werden, ein öffentliches Lokal zu betreten.

Merke: Aus den inneren Dialogen werden die verhaltensrelevanten Kognitionen identifiziert und jene Wörter analysiert, die Bewertungen und Ansprüche ausdrücken. Anschließend wird geklärt, welcher Erwartung sie zuzurechnen sind und ob sie als dysfunktionale Gedanken oder als irrationale Überzeugungen aufzufassen sind, je nach der subjektiven Überzeugung der betroffenen Person und ihrer Zugänglichkeit für alternative Annahmen.

3 Vertikale Verhaltensanalyse und die Analyse von Schemata

Die zeitliche Abfolge der spezifischen Merkmale und Komponenten einer Reiz-Reaktionsverbindung war bislang als horizontale Sequenz angeordnet und durch lernpsychologische Gesetze interpretiert worden. Menschliches Handeln kann aber auch als Funktion verhaltenssteuernder Motive und Bedürfnisse aufgefasst werden. Diese „hinter“ einem Verhalten wirkende Motivstruktur einer Person systematisch zu erschließen, wird im Rahmen der **Vertikalen Verhaltensanalyse** (Caspar, 1995, 1996b; Caspar und Grawe, 1982; Grawe, 1980, 1982) angestrebt. Die grundlegende Analyseeinheit ist der Plan, zu dem eine „Zielkomponente“ und eine „Mittelkomponente“ verknüpft werden.

Nehmen wir zwei Sätze aus den Protokollen unseres Kl.: (1) „Vermeide es, Fehler zu machen, indem du Auskünfte an deinen Kollegen delegierst“, (2) „Vermeide es, Fehler zu machen, um geschätzt zu werden“. Im Satz (1) wird formuliert, dass das Ziel „keine Fehler = sei perfekt“ mit dem Mittel „delegiere Auskünfte“ erreicht werden soll. Satz (2) zeigt, dass das Ziel von Satz (1), nämlich „keine Fehler = sei perfekt“, seinerseits ein Mittel für das übergeordnete Ziel „erreiche Wertschätzung“ darstellen kann.

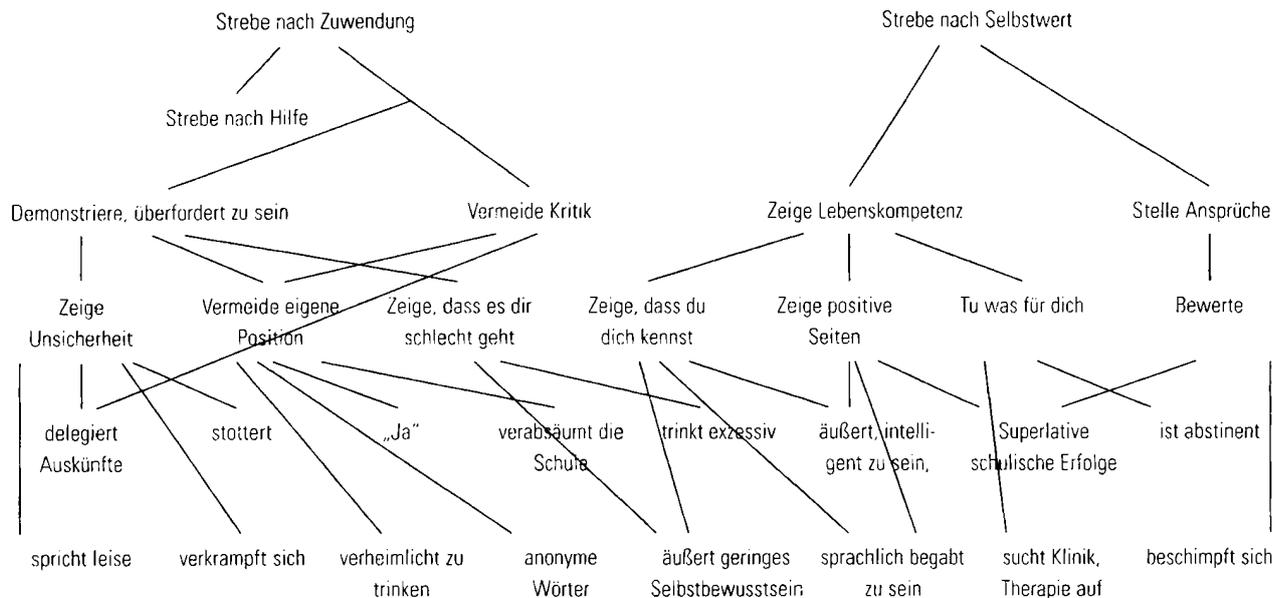
Jeder Plan ist zugleich Ziel eines vorgereichten, spezifischeren Unterplanes und Mittel für einen nachgereichten, abstrakteren Oberplan. Ein Plan kann sich auf mehrere Oberpläne beziehen und/oder auf mehrere Unterpläne gegründet sein. Verhalten wird hier als Funktion hierarchisch angeordneter Pläne aufgefasst; insofern findet nun seine „vertikale“ Analyse statt (Reinecker-Hecht und Baumann, 1998).

Die Extraktion der Pläne beginnt bei beliebigen – beobachteten oder berichteten – Verhaltensweisen, introspektiven Angaben, biografischen Episoden und Ereignissen, Berichten anderer etc. Diese werden zusammengefasst und unter einem übergeordneten intentionalen Begriff subsumiert. Die begrifflichen Etiketten dieser Hierarchiestufe werden wieder auf Grund gemeinsamer intentionaler Aspekte zu einem Oberbegriff gebündelt usw., bis letztlich eine Ebene allgemein verbindlicher Bedürfnisse erreicht ist (wie z.B. „lebe“, „habe Selbstwert“ etc.). Diese Prozedur orientiert sich an zwei Fragen: (1) „bottom – up“: Durch die Frage *wozu?* werden von der Verhaltensbasis aus die stets abstrakteren Zielaspekte der Pläne erschlossen, und (2) „top – down“: Durch die Frage *womit, wodurch?* wird auf die stets spezifischeren Mittelaspekte bis zur Verhaltensbasis rückgeschlossen. Im Rahmen einer vertikalen Verhaltensanalyse können einerseits zu überprüfende Annahmen über weitere, bisher noch nicht zur Diskussion gestandene Verhaltensweisen abgeleitet werden, zum anderen muss je nach erweiterter Datengrundlage auch die Struktur der Pläne stets modifiziert werden.

Den bisherigen Berichten unseres Kl. und aus Ergänzungen dazu können mehr oder weniger „beliebig“ folgende Handlungen, Empfindungen, Episoden, Ereignisse etc. entnommen werden, auf die eine vertikale Verhaltensanalyse gegründet werden soll. Herr Z. berichtete, exzessiv Alkohol getrunken und deswegen früher den Unterricht in der Schule versäumt zu haben. Zwar habe er heimlich getrunken, aber dennoch sei dies in der Familie offenkundig geworden. Mehrfach habe er deswegen eine Klinik aufgesucht. Er habe nicht gewagt, seinen Chef von seinem letzten Aufenthalt zu informieren. Gegenwärtig sei er völlig abstinent. In nunmehr ambulanter Therapie, schilderte er große Ängste im sozialen Bereich. Er würde, wenn sich jemand an ihn wende und eine Auskunft wünsche, entweder sehr leise sprechen, furchtbar stottern und sich völlig verkrampfen oder die Fortsetzung des Gespräches an jemand anderen weitergeben. Anschließend beschimpfe er sich als totalen Versager, der zu überhaupt nichts taugt und nicht einmal wert sei, sich in eine Gesellschaft oder ein Lokal zu begeben, weil ihn alle für unfähig halten müssten, auch nur einen vernünftigen Satz von sich zu geben. Man müsse sich für ihn schämen. Zwar betreibe er gerne Sport, aber nur am Abend, wenn ihn, der Dunkelheit wegen, niemand mehr erkennen würde. Er sei sich bewusst, dass seine sämtlichen Probleme auf seinem geringen Selbstbewusstsein beruhen würden. Während des Gespräches fiel auf, dass Herr Z. häufig zustimmte und Fragen des Th. pauschal bejahte. Auf die Frage nach seinen Fähigkeiten erwähnte er seine schulischen Erfolge und sich generell für intelligent und für sprachlich begabt zu halten.

In Abbildung 3 ist skizziert, wie diese Daten des Kl. zu intentionalen Konzepten zusammengefasst werden können. Seine Verhaltensweisen wie „leise zu sprechen“, „zu stottern“, „sich zu

Abbildung 3: Zusammenfassung der Daten zu intentionalen Konzepten



verkrampfen“ „eine Auskunft zu delegieren“ können auf der ersten Ebene der Pläne zu „Zeige Unsicherheit“ zusammengefasst werden. „Ja zu sagen“, sein „Trinkverhalten zu verheimlichen“, den „Schulbesuch zu verabsäumen“, „anonymisierende Wörter“ wie „man“, „alle“, „Formulierungen im Passiv“ etc. ergeben die Etikette „Vermeide, eine eigene Position zu beziehen“. „Exzessiv zu trinken“ und „dieses zu signalisieren“ ergibt den Plan „Zeige, dass es dir schlecht geht“. Unter dem Begriff „Verheimliche, dass es dir schlecht geht“ sind Verhaltensweisen zu subsumieren wie „versäumt die Schule“, „trinkt heimlich“, „betreibt Sport in der Dunkelheit“. Die Annahme geäußert zu haben, seine gesamte Problematik sei auf sein geringes Selbstbewusstsein gegründet, kann als Hinweis für den Plan aufgefasst werden „Zeige, dass du über dich Bescheid weißt“. „Bekundet, intelligent zu sein“, „berichtet sprachliche Fähigkeiten“, „berichtet schulischen Erfolg“ könnten neben den „Kenntnissen über sich“, der Etikette „Zeige positive Seiten“ untergeordnet werden. „Sport zu betreiben“, „eine Klinik aufgesucht zu haben“, „sich in Therapie zu begeben“, konstituieren den Oberbegriff „Tu etwas für dich“. Des Weiteren können „beschimpft sich“ und „verwendet Adjektive im Superlativ“ dem Plan „Bewerte“ zugeordnet werden. „Zeige Unsicherheit“, „Vermeide eine eigene Position zu beziehen“, „zeige dass es dir schlecht geht“ ergibt auf der zweiten Hierarchieebene „Demonstriere, überfordert zu sein“. Der Plan „Zeige Lebenskompetenz“ ergibt sich aus „Zeige, dass du über dich Bescheid weißt“, „Zeige positive Seiten“ und „Tu etwas für dich“. Aus „Bewerte“ und dem Verhalten, „Fehler zu vermeiden“, ergibt sich „Stelle Ansprüche“. Nun zur nächsten Hierarchieebene. „Demonstriere, überfordert zu sein“ vermag den übergeordneten Begriff „Strebe nach Hilfe“ zu bedingen. Auf oberster Ebene können Sätze wie „Zeige Lebenskompetenz“ und „Stelle Ansprüche“ zu „Strebe nach Selbstwert“ zusammengefasst werden; „Strebe nach Hilfe“ kann als Hinweis für „Strebe nach Zuwendung“ gelten.

Diese hierarchische Struktur der Pläne gilt es nun zu interpretieren. In der maßgeblichen **Schemaanalyse** (Grawe, 1998; Grawe et al., 1994, 1996; Heiniger et al., 1996) wird von zwei grundlegenden Richtungen problemlösender Aktivitäten ausgegangen: Unter Assimilation werden jene Verhaltensweisen zusammengefasst, eine Situation an eigene Schemata anzupassen; nicht assimilierbare Umgebungsinformation löst hingegen Handlungen aus, die eigenen Schemata an die Situationsbedingungen zu akkomodieren. Zu unterscheiden sind „positive emotionale – oder Selbstschemata“, die selbstwertdienliche Ziele und Strategien der Annäherung repräsentieren, von „negativen emotionalen Schemata“, die der Vermeidung aversiv bewerteter Stimuli dienen. Probleme einer Person ergeben sich:

- aus Konflikten zwischen diesen Schemata, wobei zwischen Annäherungs-/Annäherungskonflikt, Annäherungs-/Vermeidungskonflikt und Vermeidens-/Vermeidungskonflikt unterschieden werden muss, je nach dem ob Inkongruenzen zwischen zwei Selbstschemata, einem Selbstschema und einem negativen emotionalen Schema oder zwischen zwei negativen emotionalen Schemata bestehen;
- aus externer i. w. sozialer Bedrohung oder Blockierung der Selbstschemata und
- auf Grund instrumenteller Überforderung. Die betreffende Person verfügt nicht über jene Verhaltensweisen, die erforderlich wären, um die kritischen Reize an ein Schema zu assimilieren oder ein eigenes Schema einer Situation anzupassen.

Eine Planstruktur wird nach folgenden Gesichtspunkten analysiert:

- Wie lauten die Selbstschemata und
- wie lauten die Vermeidensschemata?
- Welchen Plänen wird das problematische Verhalten zugeordnet?
- Zu welchen anderen Plänen stehen diese in Beziehung?

1.1 Verhaltenstherapeutische Diagnostik

- Gibt es Inkongruenzen zwischen den Plänen, d. h., erhöht oder vermindert ein Plan die Realisierungschancen eines anderen neben- oder übergeordneten Planes? Beinhaltend deren sprachliche Etiketten zumindest teilweise begriffliche Gegensätze (z. B. „Bleibe abhängig“ vs. „Werde unabhängig/selbstständig“)? „bottom – up“ wird also geklärt, ob die Ziele in einem konsistenten Verhältnis zueinander stehen.
- Werden die Realisierungschancen eines Planes durch einen untergeordneten Plan auf „sinnvolle“ Weise erhöht oder vermindert? Damit ist gemeint, ob die Verwirklichung eines Planes hohe „Kosten“ und Defizite für die Verwirklichung anderer Pläne nach sich zieht (Bartling et. al., 1998) „top – down“ wird geklärt, ob Ziele durch adäquate Mittel erreicht werden.
- Ist die Zielsetzung rational und realistisch? Dieser Aspekt berücksichtigt generelle Ansprüche und solche mit Absolutheitscharakter in den Etikettierungen der Pläne (Bartling et. al., 1998).

Zwei generelle Selbstschemata liegen der Planstruktur unseres Kl. Zu Grunde: a) „Strebe nach Zuwendung“ und b) „Strebe nach Selbstwert“. Diesen trachtet er durch positive emotionale Schemata zu erreichen, wie z. B. Lebenskompetenz zu zeigen, positive Aspekte seiner Persönlichkeit zu betonen, Ansprüche zu stellen etc. Das Schema, nach Zuwendung zu streben, ist einerseits in dem negativen emotionalen Plan verankert, Kritik zu vermeiden; andererseits wird es durch den emotional positiv bewerteten Annäherungsplan bedingt, seine Hilfsbedürftigkeit zu demonstrieren.

In diesem Ausschnitt der Planhierarchie zeigen sich folgende Konflikte: Die Pläne „Demonstriere, überfordert zu sein“ und „Vermeide Kritik“ einerseits und „Stelle Ansprüche“ und „Bewerte“ andererseits bilden einen Annäherungs-/Vermeidungskonflikt. Ein Annäherungs-/Annäherungskonflikt besteht zwischen den Plänen „Zeige Lebenskompetenz“ und „Demonstriere, überfordert zu sein“. Auf der untersten Ebene der Pläne zeigt sich ein weiterer Annäherungs-/Annäherungskonflikt; dieser existiert zwischen jenen Schemata, die ihn auffordern, sowohl zu zeigen als auch zu verheimlichen, dass ihm schlecht geht.

Was die instrumentelle Realisierung von Zuwendung betrifft, wird deutlich, dass diese durch Konsequenzen erworben werden, welche den Selbstwert mindern. Zum Beispiel ist der Plan „Demonstriere Überforderung“ nicht kompatibel mit dem Schema „Strebe nach Selbstwert“. Das Schema „Strebe nach Zuwendung“ auf diese Weise verwirklichen zu wollen, erscheint wenig sinnvoll.

Die wesentlichen Punkte einer vertikalen Verhaltens- und Schemaanalyse werden in so genannten Frames zusammengefasst. Diese sind Listen von differenziellen Aspekten, die für ein intentionales oder Selbstschema und für ein Vermeidens- oder Konfliktschema charakteristisch sind.

- Ein Frame für ein intentionales Schema sollte enthalten: eine Bezeichnung, mit welcher das Schema zu etikettieren ist; eine Ziel- und eine Handlungskomponente; exemplarische Kognitionen; Emotionsangaben; exemplarische Situationen, von denen das Schema aktiviert wird.
- Ein Frame für ein Vermeidensschema sollte enthalten: eine Bezeichnung, mit welcher das Schema zu etikettieren ist; eine

Zielkomponente, mit der die aversiven Stimuli und Emotionen bezeichnet werden, die jemand zu vermeiden trachtet; eine Annäherungs- oder Wunschkomponente, die nicht realisierbar erscheint; Vermeidenspläne und das Vermeidensverhalten; Kognitionen und Emotionen während des Verhaltensablaufes; sofern gegeben, Ansätze des Annäherungsverhaltens; exemplarische Situationen.

Ein Frame unseres Kl. hat folgende Gestalt:

Bezeichnung: Vermeide Kritik

Vermeidungsziel: Abwertung, Abwendung, Peinlichkeit, Scham

Wunschkomponente: Lob

Pläne: Vermeide Fehler, vermeide, dich festzulegen

Kognitionen: Das kann ich nicht, wie peinlich

Emotionen: Unsicherheit und Angst

Vermeidensverhalten: Stottern, leises Sprechen, nach Hilfe suchen

Annäherungsverhalten: Lernaufwand; Bemühungen, die ihm übertragenen Aufgaben akribisch zu erfüllen

Situationen: Arbeitsplatz, Anwesenheit des Chefs, Anfrage durch unbekannte Personen

! Merke: In einer vertikalen Verhaltensanalyse werden die ein Verhalten bestimmenden Motive einer Person erfasst, indem beobachtete oder berichtete Handlungen nach einem gemeinsamen Ziel zu jeweils allgemeineren Plänen oder Schemata zusammengefasst werden. Diese werden je nach Wirkrichtung als Annäherungspläne oder als Vermeidenspläne interpretiert und hinsichtlich ihrer Konfliktmächtigkeit in der Planhierarchie analysiert

Die Ergebnisse aus den einzelnen Modellen, durch welche die zur Disposition stehende problematische Verhaltensweise unseres Kl. betrachtet wurde, lassen sich zu folgender Aussagenkette verknüpfen: a) Die durch soziale Situationen ausgelöste Angstreaktion des Herrn Z. wurde durch klassische Konditionierung gelernt. b) Das anschließende Vermeidensverhalten wurde durch operante Konditionierung erworben. c) Durch operante Konditionierung hatte er die Überzeugung erworben, speziell er werde in diesen Situationen zu sozialen Aktivitäten aufgefordert, welche ihn überbeanspruchen würden, oder er würde abgewertet. Diese Kognitionen sind als irrationale Überzeugungen einzustufen. Seine ebenfalls operant konditionierten Selbstverbalisationen während eines Verhaltensablaufes sind als dysfunktionale Gedanken einzustufen. Es handelt sich dabei um Situations- bzw. um Ergebniserwartungen. d) Sein Vermeidungsverhalten kann dem Bedürfnis nach Zuwendung zugeordnet werden. Es ist in sich inkonsistent und unverträglich mit selbstwertdienlichen Plänen.

4 Genese der problematischen Verhaltensweise

Folgende Fragen sind im Rahmen einer lernpsychologisch orientierten Exploration von Bedeutung (Kanfer et al., 2000, S. 246; Schulte, 1987, S. 88):

- Unter welchen Reizbedingungen trat das problematische Verhalten erstmals auf?
- Durch welche Komponenten war dieses gekennzeichnet?
- Gab es Personen in der Umgebung, die gleiche oder ähnliche Verhaltensweisen zeigten?

Durch diese drei Fragestellungen soll herausgearbeitet werden, ob die symptomatische Verhaltensweise durch klassische oder durch operante Konditionierung erworben wurde und ob Modell-Lernen stattfand.

Unser Kl. berichtete, bereits in seinem 6. Lebensjahr erhebliche Ängste vor der Schule empfunden zu haben. Der Lehrer sei eine furchterregende Persönlichkeit gewesen. Schreiatacken und Schläge für geringe Fehler oder Unzulänglichkeiten seien in seinen Unterrichtsstunden üblich gewesen. Der Kl. habe erbrechen müssen und versucht, den Schulbesuch zu verweigern. Trotz ihrer Offensivität seien seine Ängste weder vom Lehrer noch von den Eltern beachtet worden. Zu Hause habe seit jeher ein „eisiges Klima“ geherrscht. Es sei nämlich nur das Notwendigste gesprochen worden; jedes Familienmitglied sei stets seiner eigenen Wege gegangen. Besonders deprimierend sei für ihn damals gewesen, die ständige Verschlechterung des Gesundheitszustandes seiner an multipler Sklerose erkrankten Mutter miterleben zu müssen.

Diesem tragischen Bericht lassen sich zwei Mechanismen entnehmen: 1. Die reflexartigen Reaktionen des Kindes (UR) auf die Praktiken des Lehrers (US) sprechen für eine klassische Konditionierung der Angst, zumal diese vermutlich durch ursprünglich neutrale Kontexte wie die „Schule“ (NS1=CS1) oder die „soziale Umgebung der Klasse“ (NS2=CS2) aktiviert (CR) werden konnte. Dies stimmt mit der ersten Bedingungs-hypothese überein. 2. Der kommunikative Modus in der Familie, nur das Notwendigste zu sprechen, sich zurückzuziehen etc., könnte eine Modellfunktion für das Sprach- und Sozialverhalten des Kl. darstellen.

Der nächste Schritt einer lernpsychologisch orientierten Exploration betrifft weitere, zeitbedingte Veränderungen im Reiz-Reaktionsrepertoire von Kl. Folgende Fragestellungen sind relevant:

- Haben sich Komponenten der problematischen Verhaltensweise verändert?
- Haben sich Merkmale der vorausgehenden Situation verändert?
- Haben sich Merkmale der nachfolgenden Situation verändert?

In diesen drei Punkten wird herausgearbeitet, ob eine Habituation, eine Reizgeneralisierung, eine Reizdiskriminierung oder eine Generalisierung bzw. Diskriminierung von Reaktionen stattfand.

- Für eine Habituation spricht die sukzessive Abnahme einer Reaktionsbereitschaft nach wiederholter Darbietung eines Reizes. Dieser muss nicht, wie bei seiner Löschung, durch Ver-

stärkung erworben worden sein; als zu Grunde liegender Mechanismus wird hier die sensorische Adaptation an einen Stimulus angenommen (Reinecker, 1994b).

- Für eine Reizgeneralisierung spricht, wenn die gleiche Verhaltensweise durch zunehmende und stets weniger ähnliche, für eine Diskriminierung hingegen, wenn sie nur noch durch immer weniger vorausgehende Reize ausgelöst werden kann.
- Für eine „Symptomverschiebung“ spricht, wenn die gleichen Verstärker nach Löschung einer symptomatischen Verhaltensweise durch ein anderes symptomatisches Reaktionsmuster erreicht werden,
- für eine Reaktionsgeneralisierung, wenn mehrere Verhaltensweisen durch gleiche Konsequenzen verstärkt werden (vgl. Reinecker, 1994b).

Er habe sich vor den Sanktionen des Lehrers zwar immer gefürchtet, dennoch seien diese allmählich zur Tagesordnung geworden. Wenn irgend möglich, habe er jedoch – vor allem in späteren Jahren – den Schulbesuch vermieden. Er habe sich in der Klasse nie als völliger Außenseiter gefühlt, denn zumindest ein oder zwei Freunde habe er stets gehabt.

Seine Mutter sei an den Folgen einer Gehirnblutung verstorben, als er 15 Jahre alt war. Etwa zu dieser Zeit habe er seine Lehre als Großhandelskaufmann abgebrochen. Ihm sei alles zu viel geworden, denn er habe den ganzen Tag durchgearbeitet und nicht gewagt, auch nur eine kurze Pause einzulegen. Diese Arbeitsgesinnung sei ihm zu Hause stets vermittelt worden. Aus dem gleichen Grund habe er auch seine Sehprobleme verschwiegen, die nach Meinung seines Vaters erst ab einem bestimmten Alter glaubhaft seien. Mit anderen Kollegen habe er zwar schon, aber doch eher wenig und nur selten gesprochen. Allein zu arbeiten habe er immer bevorzugt. Gleichzeitig sei er jedoch dem parallel stattfindenden Unterricht ferngeblieben. Als dies anlässlich der halbjährlichen Schulnachricht seinen älteren Geschwistern bekannt wurde, habe er sich sehr geschämt, zumal er von ihnen in seinem persönlichen Wert angegriffen worden sei. Erst sein wiederholtes Schuldeingeständnis habe diese Anwürfe zu vermindern vermocht. Sein Vater habe aber stillschweigend eingewilligt, dass er weder eine Schule noch eine Arbeitsstelle besuchte, und habe ihn im eigenen landwirtschaftlichen Betrieb beschäftigt. Trotz dieser Entlastung von beruflichen Stress habe er sich nicht wohl gefühlt, da er sich immer geschämt habe, anderen seine Situation zu erklären, oder befürchtet habe, sich ihren Einwänden gegenüber rechtfertigen zu müssen. Er habe begonnen, sich zurückzuziehen, z. B. den Besuch von Gaststätten zu vermeiden, Sport erst abends zu betreiben, wenn ihn der Dunkelheit wegen niemand erkennen und auf seine Situation ansprechen könne etc.

Deutlich wird aus dieser Passage, dass sich Herr Z. an die beängstigenden schulischen Bedingungen adaptiert hatte. Seine unregelmäßige Teilnahme am Unterricht dürfe allerdings seine Ängste nach dem Muster eines intermittierenden Verstärkungsplanes aufrechterhalten haben.

Seine Angstreaktion und sein Vermeidungsverhalten blieben nicht auf die Schule beschränkt; sie konnten auch durch Arbeitssituationen, öffentliche Lokale etc. ausgelöst zu werden. In der Genese seiner Angst hatte mit anderen Worten eine Reizgeneralisierung stattgefunden.

Das Vermeidungsverhalten wurde sowohl über negative als auch über positive Verstärkungen, also operant konditioniert (z. B. Verminderung von Angst durch sozialen Rückzug, durch die Arbeit zu Hause, Zuwendung und Hilfestellung durch den Vater etc.). Dies stimmt mit der zweiten Bedingungsannahme überein. Die ebenfalls operante Konditionierung seiner Kognitionen wird an den Mechanismen positiven und negativen Verstärkers seiner Anpassung an familiäre Ansprüche und seiner Bekundung ersichtlich, mit der Kritik an seiner Person übereinzustimmen. Dadurch konnte er Zuwendung bekommen oder zumindest erreichen, nicht weiter abgewertet zu werden. Sein Vermeidungsverhalten und seine – auch verbalen – Reaktionen, Zustimmung zu bekunden, werden teilweise durch die gleichen Konsequenzen, nämlich durch Zuwendung, aufrechterhalten. Dies spricht für eine Reaktionsgeneralisierung.

Bisher wurde die Lerngeschichte eines symptomatischen Verhaltens als Abfolge differenzieller Bedingungen dargestellt, durch welche dieses ausgelöst bzw. beibehalten wird. Nun wird das symptomatische Verhalten im Kontext seiner sozialen Konsequenzen betrachtet. Diese sollen zur Überprüfung der jeweiligen Planstruktur verwendet werden. Pläne und Schemata werden somit als „repetitive Muster“ aufgefasst, die auf die Herstellung bestimmter Beziehungskonstellationen ausgerichtet sind. In diesem Sinne „stellen sie gleichzeitig Produkte und Produzenten der Entwicklungsgeschichte und gegenwärtigen Lebenssituation dar“ (Grawe et al., 1996, S. 211f).

Folgende Aspekte sind für eine schematheoretisch orientierte Exploration von Belang:

- Handlung des/r Kl.
- Reaktion der Bezugsperson
- Reaktion von Kl. auf die Reaktion der Bezugsperson
- Reaktion der Bezugsperson auf die Reaktion des/r Kl.
- Welche Pläne werden durch die Bezugsperson belohnt? Dies ist ein Hinweis auf die instrumentelle Funktion eines Planes (Caspar, 1996a).
- Welche Pläne werden durch die Bezugsperson bestraft? Dies bedeutet, dass diese Pläne bedroht oder blockiert sind (Caspar, 1996a).

Der vertikalen Verhaltensanalyse können wir entnehmen, dass es dem Kl. gelingt, Kritik zu vermeiden, indem er vermeidet, eine eigene Position zu beziehen. Das Konzept „Vermeide Kritik“ dient dabei sowohl seinem Streben nach Zuwendung als auch seinem Streben nach Selbstwert. Der Plan „Vermeide, eine eigene Position einzunehmen“ ist unvereinbar mit dem Plan „Zeige Lebenskompetenz“.

Der an den Schemata und Plänen orientierten Exploration können wir entnehmen, dass sich der Kl. in verschiedenen Situationen im Widerspruch, im Protest, in der Darstellung eigener Meinungen, Probleme, Ängste etc. versucht hatte. Seine Eltern, die Lehrperson und seine Geschwister reagierten entweder mit Missachtung seines Verhaltens oder mit Geringschätzung seiner Person; stimmte er anschließend ihrer Kritik zu, erhielt er Zuwendung. Indem er Probleme und normabweichendes Verhalten verheimlichte, konnte er ihre negativen Reaktionen vermeiden. Angepasstes Verhalten wurde belohnt,

der Lebenskompetenz zuzuordnende Aktionen wurden bestraft.

„Zeige Lebenskompetenz“ ist folglich ein sozial blockierter Plan. Die häufig auftretende Verhaltenstendenz unseres Kl., jede soziale Diskrepanz zu minimieren, z. B. ja zu sagen, vermutlich auch gegen seine Überzeugung, anderen Recht zu geben, ihren Abwertungen seiner Person zuzustimmen etc., sollte jedoch in einem eigenen Plan verankert werden. Dieser könnte lauten „Passe dich vollkommen an“ und wäre jener **instrumentelle Plan**, durch welchen der Kl. positive Rückmeldungen erreichen und die Fortsetzung negativer Rückmeldungen beenden kann.

Ziel seiner Ängste wäre demnach nicht, soziale Situationen zu vermeiden, sondern streng zu kontrollieren, in welchem Ausmaß er sich diesen anzunähern bzw. zuzulassen gedenkt, in diese mit einbezogen zu werden. Dies ist jener Annäherungs-/Vermeidungskonflikt, durch welchen Schüchternheit gekennzeichnet ist (Asendorpf, 1989). Bestehende soziale Interessen und Annäherungsbemühungen (= „Zeige Lebenskompetenz“, „Passe dich vollkommen an“) werden gleichzeitig durch Angst vor fremden Personen (= „Passe dich vollkommen an“) und vor Abwertung (= „Vermeide, eine eigene Position zu beziehen“) oder als nicht hinreichend empfundene Wertschätzung reglementiert. Daraus ergibt sich ein anderes funktionales Verständnis von der Problematik des Kl.: diese wäre nicht als eine soziale Phobie, sondern als soziale Gehemtheit aufzufassen.

Merke: Das Modell über die Ätiologie der problematischen Verhaltensweise dient zur Überprüfung des funktionalen Bedingungsmodells. In einer lerntheoretisch orientierten Exploration werden die Reizbedingungen und die Komponenten des Verhaltens während seines erstmals problematischen Auftretens erfasst, um zwischen seiner klassischen oder operanten Konditionierung zu entscheiden. Die Entwicklung der problematischen Verhaltensweise zu erkunden bedeutet anschließend der Frage nachzugehen, ob Generalisierung oder Diskriminierung des maßgeblichen Reizrepertoires bzw. ob eine Generalisierung oder Diskriminierung im Reaktionsrepertoire stattfand. Schematheoretische Exploration der problematischen Verhaltensweise bedeutet, ihre kommunikativen Konsequenzen zu den verhaltenssteuernden Plänen in Beziehung zu setzen

5 Prüfungsfragen: Verhaltensklärungen

1. Was versteht man unter horizontaler Verhaltensklärung? (s.1)
 - a) Wie ist ein Verhalten unter der Hypothese des klassischen Bedingens und
 - b) wie nach der Hypothese des instrumentellen Bedingens zu erklären? (s.1)
2. Stellen Sie bitte das Konzept einer kognitiven Verhaltensklärung dar. (s. 2)

4 Genese der problematischen Verhaltensweise

Folgende Fragen sind im Rahmen einer lernpsychologisch orientierten Exploration von Bedeutung (Kanfer et al., 2000, S. 246; Schulte, 1967, S. 88):

- Unter welchen Reizbedingungen trat das problematische Verhalten erstmals auf?
- Durch welche Komponenten war dieses gekennzeichnet?
- Gab es Personen in der Umgebung, die gleiche oder ähnliche Verhaltensweisen zeigten?

Durch diese drei Fragestellungen soll herausgearbeitet werden, ob die symptomatische Verhaltensweise durch klassische oder durch operante Konditionierung erworben wurde und ob Modell-Lernen stattfand.

Unser Kl. berichtete, bereits in seinem 6. Lebensjahr erhebliche Ängste vor der Schule empfunden zu haben. Der Lehrer sei eine furchterregende Persönlichkeit gewesen. Schreiatacken und Schläge für geringe Fehler oder Unzulänglichkeiten seien in seinen Unterrichtsstunden üblich gewesen. Der Kl. habe erbrechen müssen und versucht, den Schulbesuch zu verweigern. Trotz ihrer Offensichtlichkeit seien seine Ängste weder vom Lehrer noch von den Eltern beachtet worden. Zu Hause habe seit jeher ein „eisiges Klima“ geherrscht. Es sei nämlich nur das Nötigste gesprochen worden; jedes Familienmitglied sei stets seiner eigenen Wege gegangen. Besonders deprimierend sei für ihn damals gewesen, die ständige Verschlechterung des Gesundheitszustandes seiner an multipler Sklerose erkrankten Mutter miterleben zu müssen.

Diesem tragischen Bericht lassen sich zwei Mechanismen entnehmen: 1. Die reflexartigen Reaktionen des Kindes (UR) auf die Praktiken des Lehrers (US) sprechen für eine klassische Konditionierung der Angst, zumal diese vermutlich durch ursprünglich neutrale Kontexte wie die „Schule“ (NS1=CS1) oder die „soziale Umgebung der Klasse“ (NS2=CS2) aktiviert (CR) werden konnte. Dies stimmt mit der ersten Bedingungs-hypothese überein. 2. Der kommunikative Modus in der Familie, nur das Nötigste zu sprechen, sich zurückzuziehen etc., könnte eine Modellfunktion für das Sprach- und Sozialverhalten des Kl. darstellen.

Der nächste Schritt einer lernpsychologisch orientierten Exploration betrifft weitere, zeitbedingte Veränderungen im Reiz-Reaktionsrepertoire von Kl. Folgende Fragestellungen sind relevant:

- Haben sich Komponenten der problematischen Verhaltensweise verändert?
- Haben sich Merkmale der vorausgehenden Situation verändert?
- Haben sich Merkmale der nachfolgenden Situation verändert?

In diesen drei Punkten wird herausgearbeitet, ob eine Habituation, eine Reizgeneralisierung, eine Reizdiskriminierung oder eine Generalisierung bzw. Diskriminierung von Reaktionen stattfand.

- Für eine Habituation spricht die sukzessive Abnahme einer Reaktionsbereitschaft nach wiederholter Darbietung eines Reizes. Dieser muss nicht, wie bei seiner Löschung, durch Ver-

stärkung erworben worden sein; als zu Grunde liegender Mechanismus wird hier die sensorische Adaptation an einen Stimulus angenommen (Reinecker, 1994b).

- Für eine Reizgeneralisierung spricht, wenn die gleiche Verhaltensweise durch zunehmende und stets weniger ähnliche, für eine Diskriminierung hingegen, wenn sie nur noch durch immer weniger vorausgehende Reize ausgelöst werden kann.
- Für eine „Symptomverschiebung“ spricht, wenn die gleichen Verstärker nach Löschung einer symptomatischen Verhaltensweise durch ein anderes symptomatisches Reaktionsmuster erreicht werden,
- für eine Reaktionsgeneralisierung, wenn mehrere Verhaltensweisen durch gleiche Konsequenzen verstärkt werden (vgl. Reinecker, 1994b).

Er habe sich vor den Sanktionen des Lehrers zwar immer gefürchtet, dennoch seien diese allmählich zur Tagesordnung geworden. Wenn irgend möglich, habe er jedoch – vor allem in späteren Jahren – den Schulbesuch vermieden. Er habe sich in der Klasse nie als völliger Außenseiter gefühlt, denn zumindest ein oder zwei Freunde habe er stets gehabt. Seine Mutter sei an den Folgen einer Gehirnblutung verstorben, als er 15 Jahre alt war. Etwa zu dieser Zeit habe er seine Lehre als Großhandelskaufmann abgebrochen. Ihm sei alles zu viel geworden, denn er habe den ganzen Tag durchgearbeitet und nicht gewagt, auch nur eine kurze Pause einzulegen. Diese Arbeitsgesinnung sei ihm zu Hause stets vermittelt worden.

Aus dem gleichen Grund habe er auch seine Sehprobleme verschwiegen, die nach Meinung seines Vaters erst ab einem bestimmten Alter glaubhaft seien. Mit anderen Kollegen habe er zwar schon, aber doch eher wenig und nur selten gesprochen. Allein zu arbeiten habe er immer bevorzugt. Gleichzeitig sei er jedoch dem parallel stattfindenden Unterricht ferngeblieben. Als dies anlässlich der halbjährlichen Schulnachricht seinen älteren Geschwistern bekannt wurde, habe er sich sehr geschämt, zumal er von ihnen in seinem persönlichen Wert angegriffen worden sei. Erst sein wiederholtes Schuldeingeständnis habe diese Anwürfe zu vermindern vermocht. Sein Vater habe aber stillschweigend eingewilligt, dass er weder eine Schule noch eine Arbeitsstelle besuchte, und habe ihn im eigenen landwirtschaftlichen Betrieb beschäftigt. Trotz dieser Entlastung vom beruflichen Stress habe er sich nicht wohl gefühlt, da er sich immer geschämt habe, anderen seine Situation zu erklären, oder befürchtet habe, sich ihren Einwänden gegenüber rechtfertigen zu müssen. Er habe begonnen, sich zurückzuziehen, z. B. den Besuch von Gaststätten zu vermeiden, Sport erst abends zu betreiben, wenn ihn der Dunkelheit wegen niemand erkennen und auf seine Situation ansprechen könne etc.

Deutlich wird aus dieser Passage, dass sich Herr Z. an die beangstigenden schulischen Bedingungen adaptiert hatte. Seine unregelmäßige Teilnahme am Unterricht dürfte allerdings seine Ängste nach dem Muster eines intermittierenden Verstärkungsplanes aufrechterhalten haben.

Seine Angstreaktion und sein Vermeidungsverhalten blieben nicht auf die Schule beschränkt; sie konnten auch durch Arbeitssituationen, öffentliche Lokale etc. ausgelöst zu werden. In der Genese seiner Angst hatte mit anderen Worten eine Reizgeneralisierung stattgefunden.

Das Vermeidungsverhalten wurde sowohl über negative als auch über positive Verstärkungen, also operant konditioniert (z. B. Verminderung von Angst durch sozialen Rückzug, durch die Arbeit zu Hause, Zuwendung und Hilfestellung durch den Vater etc.). Dies stimmt mit der zweiten Bedingungsannahme überein. Die ebenfalls operante Konditionierung seiner Kognitionen wird an den Mechanismen positiven und negativen Verstärkens seiner Anpassung an familiäre Ansprüche und seiner Bekundung ersichtlich, mit der Kritik an seiner Person übereinzustimmen. Dadurch konnte er Zuwendung bekommen oder zumindest erreichen, nicht weiter abgewertet zu werden. Sein Vermeidungsverhalten und seine – auch verbalen – Reaktionen, Zustimmung zu bekunden, werden teilweise durch die gleichen Konsequenzen, nämlich durch Zuwendung, aufrechterhalten. Dies spricht für eine Reaktionsgeneralisierung.

Bisher wurde die Lerngeschichte eines symptomatischen Verhaltens als Abfolge differenzieller Bedingungen dargestellt, durch welche dieses ausgelöst bzw. beibehalten wird. Nun wird das symptomatische Verhalten im Kontext seiner sozialen Konsequenzen betrachtet. Diese sollen zur Überprüfung der jeweiligen Planstruktur verwendet werden. Pläne und Schemata werden somit als „repetitive Muster“ aufgefasst, die auf die Herstellung bestimmter Beziehungskonstellationen ausgerichtet sind. In diesem Sinne „stellen sie gleichzeitig Produkte und Produzenten der Entwicklungsgeschichte und gegenwärtigen Lebenssituation dar“ (Grawe et al., 1996, S. 211f).

Folgende Aspekte sind für eine schematheoretisch orientierte Exploration von Belang:

- Handlung des/r Kl.
- Reaktion der Bezugsperson
- Reaktion von Kl. auf die Reaktion der Bezugsperson
- Reaktion der Bezugsperson auf die Reaktion des/r Kl.
- Welche Pläne werden durch die Bezugsperson belohnt? Dies ist ein Hinweis auf die instrumentelle Funktion eines Planes (Caspar, 1996a).
- Welche Pläne werden durch die Bezugsperson bestraft? Dies bedeutet, dass diese Pläne bedroht oder blockiert sind (Caspar, 1996a).

Der vertikalen Verhaltensanalyse können wir entnehmen, dass es dem Kl. gelingt, Kritik zu vermeiden, indem er vermeidet, eine eigene Position zu beziehen. Das Konzept „Vermeide Kritik“ dient dabei sowohl seinem Streben nach Zuwendung als auch seinem Streben nach Selbstwert. Der Plan „Vermeide, eine eigene Position einzunehmen“ ist unvereinbar mit dem Plan „Zeige Lebenskompetenz“.

Der an den Schemata und Plänen orientierten Exploration können wir entnehmen, dass sich der Kl. in verschiedenen Situationen im Widerspruch, im Protest, in der Darstellung eigener Meinungen, Probleme, Ängste etc. versucht hatte. Seine Eltern, die Lehrperson und seine Geschwister reagierten entweder mit Missachtung seines Verhaltens oder mit Geringschätzung seiner Person; stimmte er anschließend ihrer Kritik zu, erhielt er Zuwendung. Indem er Probleme und normabweichendes Verhalten verheimlichte, konnte er ihre negativen Reaktionen vermeiden. Angepasstes Verhalten wurde belohnt,

der Lebenskompetenz zuzuordnende Aktionen wurden bestraft.

„Zeige Lebenskompetenz“ ist folglich ein sozial blockierter Plan. Die häufig auftretende Verhaltenstendenz unseres Kl., jede soziale Diskrepanz zu minimieren, z. B. Ja zu sagen, vermutlich auch gegen seine Überzeugung, anderen Recht zu geben, ihren Abwertungen seiner Person zuzustimmen etc., sollte jedoch in einem eigenen Plan verankert werden. Dieser könnte lauten „Passe dich vollkommen an“ und wäre jener instrumentelle Plan, durch welchen der Kl. positive Rückmeldungen erreichen und die Fortsetzung negativer Rückmeldungen beenden kann.

Ziel seiner Ängste wäre demnach nicht, soziale Situationen zu vermeiden, sondern streng zu kontrollieren, in welchem Ausmaß er sich diesen anzunähern bzw. zuzulassen gedenkt, in diese mit einbezogen zu werden. Dies ist jener Annäherungs-/Vermeidungskonflikt, durch welchen Schüchternheit gekennzeichnet ist (Asendorpf, 1989). Bestehende soziale Interessen und Annäherungsbemühungen (= „Zeige Lebenskompetenz“, „Passe dich vollkommen an“) werden gleichzeitig durch Angst vor fremden Personen (= „Passe dich vollkommen an“) und vor Abwertung (= „Vermeide, eine eigene Position zu beziehen“) oder als nicht hinreichend empfundene Wertschätzung reglementiert. Daraus ergibt sich ein anderes funktionales Verständnis von der Problematik des Kl.: diese wäre nicht als eine soziale Phobie, sondern als soziale Geheimtheit aufzufassen.

! Merke: Das Modell über die Ätiologie der problematischen Verhaltensweise dient zur Überprüfung des funktionalen Bedingungsmodells. In einer lerntheoretisch orientierten Exploration werden die Reizbedingungen und die Komponenten des Verhaltens während seines erstmals problematischen Auftretens erfasst, um zwischen seiner klassischen oder operanten Konditionierung zu entscheiden. Die Entwicklung der problematischen Verhaltensweise zu erkunden bedeutet anschließend der Frage nachzugehen, ob Generalisierung oder Diskriminierung des maßgeblichen Reizrepertoires bzw. ob eine Generalisierung oder Diskriminierung im Reaktionsrepertoire stattfand. Schematheoretische Exploration der problematischen Verhaltensweise bedeutet, ihre kommunikativen Konsequenzen zu den verhaltenssteuernden Plänen in Beziehung zu setzen

5 Prüfungsfragen: Verhaltensklärungen

1. Was versteht man unter horizontaler Verhaltensklärung? (s.1)
 - a) Wie ist ein Verhalten unter der Hypothese des klassischen Bedingens und
 - b) wie nach der Hypothese des instrumentellen Bedingens zu erklären? (s.1)
2. Stellen Sie bitte das Konzept einer kognitiven Verhaltensklärung dar. (s. 2)

3. Worin unterscheiden sich dysfunktionale Kognitionen von irrationalen Überzeugungen? (s. 2)
4. Stellen Sie bitte das Konzept der vertikalen Verhaltensanalyse dar. (s. 3)
5. Nach welchen Gesichtspunkten wird eine Planstruktur analysiert? (s. 3)
6. a) Welche Aspekte werden bei der lerntheoretischen Exploration einer problematischen Verhaltensweise herausgearbeitet?
b) Welche Aspekte werden bei der schematheoretischen Exploration herausgearbeitet? (s. 4)

1.1 Verhaltenstherapeutische Diagnostik

1.1.3 Zielanalyse und Therapieplanung

MAX LEIBTSEDER UND KAROLINE VERENA GREIMEL

1 Zielanalyse

Nach der Beschreibung und Erklärung der Problematik soll nun eine Vereinbarung über die anzustrebenden Ziele getroffen werden. Deren Analyse hat folgende Themen zum Gegenstand: a) die Motivation und die Erwartung von Kl., b) persönliche und soziale Bedingungen, c) persönliche und soziale Folgen der Änderung und d) eine Definition angestrebter Verhaltens- oder Merkmalsänderungen der vorausgehenden bzw. nachfolgenden Situationen.

Ad a) Vor der Planung und Durchführung einer Therapie sollten die Motivation und die Erwartungshaltung des/r Kl. erkundet werden. Existiert ein Veränderungswunsch oder besteht ein Klärungsbedürfnis, sollen Zusammenhänge besser verstanden werden? Stellen die erschlossenen Zielkomponenten der Schemata auch die Oberziele für die angestrebte Veränderung dar? (Grawe et al., 1996).

Ad b) Hier geht es vor allem um die Berücksichtigung von Modellpersonen, welche eine ähnliche Symptomatik zeigen (Schulte, 1976), und um die Beleuchtung persönlicher Kompetenzen und Ressourcen des/r Kl. (Grawe et al., 1996). Welche Selbstkontrollmechanismen können mit eingeplant werden? Über welche Fähigkeiten verfügt der/die Kl.?

Eine vom Kl. explizit angegebene Ressource stelle seine sprachliche Fähigkeit dar. Er verfüge über einen umfangreichen Wortschatz und über ein differenziertes begriffliches Verständnis. Es wird zu überlegen sein, inwieweit dieses therapeutisch nutzbringend eingesetzt werden kann.

Ad c) Nach Klärung der Motivation und der tatsächlichen Erwartungshaltung des/r Kl. und nutzbarer Veränderungsvoraussetzungen müssen die Konsequenzen einer Zielerreichung antizipiert werden. Janis und Mann (1979) fassen die auch für eine anstehende Entscheidung relevanten Aspekte zu einem so genannten Bilanzbogenmodell zusammen. Vorteile und Nachteile einer Zielerreichung für sich und andere werden mit den Vor- und Nachteilen der Beibehaltung der Problematik für sich und andere verglichen. In gleicher Weise werden positive den negativen, auf den Selbstwert bezogenen Kognitionen gegenübergestellt. Damit lässt sich systematisch ein Bild über vorwiegend zunehmende Konsequenzen der Therapie anfertigen.

Die Vorteile von ihm selbst bestimmter Bewertungen könnten für unseren Kl. z. B. in geringeren sozialen Ängsten, zuneh-

mender Selbstsicherheit und in einer anderen Freizeitgestaltung bestehen. Ein Nachteil für seinen Bruder könnte im Verlust seines Einflusses auf den Kl. bestehen. Schwierigkeiten für beide könnten sich aus der zunehmenden Konfliktbereitschaft des Kl. ergeben etc.

Ad d) Schließlich sollte bestimmt werden, welche Verhaltensweisen des/r Kl. bzw. der Bezugspersonen und/oder welche Reizbedingungen verändert werden sollten. Ziele sollen positiv und nicht als bloße Negation des Ist-Zustandes formuliert werden. Dafür kann eine so genannte goal attainment scale (vgl. Roecken und Wais, 1987) erstellt werden. Mit dieser werden individuell und spezifisch die angestrebten Veränderungen formuliert. Gleichzeitig kann durch graduiert abgegebene Urteile (von -2 = wesentlich schlechter als erwartet bis 2 = wesentlich besser als erwartet) die therapiebedingte Abweichung vom erwarteten Ergebnis gemessen werden.

Für den Kl. könnte eine Zielerreichungsskala folgendermaßen aussehen: Einem Wert von 2 entspricht, 4x pro Woche 2 bis 3 Stunden mit Freunden etwas zu unternehmen (Kinobesuch, Schwimmen, Tanzen), einem Wert von 1 entspricht, dieses nur 2x pro Woche zu verwirklichen etc., einem Wert von -2 entspricht, dieses nur alle 2 Wochen 1x zu verwirklichen.

2 Therapieplanung

2.1 Variablen und Methoden der Veränderung

Auf das funktionale Bedingungsmodell und die Ergebnisse der Zielanalyse gegründet, soll nun der therapeutische Plan erstellt werden. Drei komplexe Fragen sind dabei wichtig (vgl. Schulte, 1976):

- a) In welche Richtung soll die Veränderung erfolgen? Die Antwort ergibt sich aus dem Typ der Symptomatik.
 - Typ 1 – Änderung der Topographie oder Abbau
 - Typ 2 – Reduktion
 - Typ 3 – Förderung
 - Typ 4 – Aufbau
- b) An welcher Variable des Bedingungsmodells (S, O [= WP, IV, Pläne], V, C, K,) soll
- c) welches Veränderungsprinzip zur Anwendung kommen?

Zu einem therapeutischen Plan müssen verknüpft werden: Ansatzpunkt und Richtung der Veränderung (a und b), Verände-

rungsprinzipien (c) und deren Konkretisierung in umsetzbare Handlungsanweisungen (Bartling et al., 1998, S. 95).

Der Therapieplan unseres Kl.: **Ansatzpunkt der Veränderung** sind seine irrationalen Überzeugungen (= O-Variablen, WP/IV) und dysfunktionalen Gedanken (= V kogn.-Variable), deren **Topografie geändert** werden soll (**Typ 1**). In der zweiten Verhaltensgleichung wurde verdeutlicht, dass diese seine selektive Einstellung auf eine Situation und seine Bewertung der fokussierten Merkmale determinieren. Sie aktivieren seine Ansprüche und seine Angst, zu versagen und sozial disqualifiziert zu sein. In der Hierarchie seiner Pläne sind diese Weichen stellenden Positionen zuzuordnen. Sie entsprechen einerseits dem Schema, Ansprüche zu stellen und Lebenskompetenz zu demonstrieren, und sind gleichzeitig auch mit dem dazu inkongruenten Schema verträglich, Überforderung zu demonstrieren.

Das **Veränderungsprinzip** besteht aus einem einzigen semantischen Schritt: Situationen vor und nach emittierten Verhaltensweisen sollen in seinen inneren Dialogen nicht in bewertenden, sondern in beschreibenden Begriffen und in funktionalen Zusammenhängen abgebildet werden.

Dies musste bedingen: a) eine Verminderung jener Sätze, mit welchen er sich selbst bisher abwertete, b) eine Verminderung aversiver Emotionen, wie z. B. Hassempfindungen sich selbst gegenüber, und von Ängsten, durch andere abgewertet zu werden (Staats, 1975; vgl. Reinecker, 1983), c) auf die Situation und nicht auf die eigene Person bezogene Vorhersagen und d) eine Erhöhung der Wahrscheinlichkeit, soziale Situationen aufzusuchen.

Merke: Der Therapieplan besteht aus: Ansatzpunkt und Richtung der Veränderung, dem Veränderungsprinzip und dessen Konkretisierung

2.2 Veränderungsannahmen

Zunächst muss ganz grundsätzlich angenommen werden, dass durch die systematische Änderung der sprachlichen Repräsentation von Situationen und Ereignissen eine globale Verbesserung der Problematik des Kl. erreicht werden konnte. Diese Verbesserung müsste sein Kontaktverhalten, seine Konzentration und seine Stimmung betreffen. Seine Ängstlichkeit, seine Unsicherheit und sein irrationales Misstrauen müssten geringer werden. Letztlich müssten auch seine in konkreten sozialen Situationen auftretenden Ängste geringer werden.

2.3 Überprüfung der Veränderungsannahmen

Mit dem Modell zur Erklärung eines symptomatischen Verhaltens ließen sich jene Variablen identifizieren, auf die sich die therapeutische Intervention gründen sollte, und jene Methoden bestimmen, mit welchen diese zu modifizieren sein würden. Aus dem Satz zu verändernder Variablen und auf sie anzuwendender Methoden ließen sich wiederum Annahmen über die in einer Therapie angestrebten Effekte formulieren. Nun geht es um den Nachweis der tatsächlichen Wirksamkeit des therapeutischen Vorgehens, indem diese Veränderungsannahmen überprüft werden.

Die drei möglichen methodischen Zugänge sind (Grawe und Braun, 1994):

- die Prä/Postmessung
- die direkte Veränderungsmessung
- die Prozessmessung

Ad a) Die Wirksamkeit einer Therapie kann durch einen Vergleich von Werten auf generellen oder symptom-spezifischen Fragebögen vor und nach der therapeutischen Intervention überprüft werden. Postuliert wird, dass die Differenz der beiden Messwerte als zufällig anzusehen ist bzw. die in der „Unschärfe“ des Tests begründete Differenz übersteigt. Überprüft wird diese Hypothese z. B. durch die kritische Differenz oder durch den „reliable change“-Index (siehe das Beispiel unten).

Ad b) Die Überprüfung von therapiebedingten Veränderungen kann sich auch auf dafür speziell konstruierte änderungssensitive Tests gründen, mit denen die Kl. selbst deren Ausmaß beurteilen (siehe das Beispiel unten)

Ad c) Veränderungen während des therapeutischen Prozesses können durch Verlaufsmessungen eines therapie-relevanten Merkmals erfasst werden. Dazu formulierte Verlaufshypothesen müssen im Rahmen spezieller Untersuchungsdesigns und einer entsprechenden Einzelfallstatistik (siehe das Beispiel unten) entschieden werden (vgl. Julius et al. 2000; Kern, 1997; Kratochwill und Levin, 1992; Petermann, 1978, 1982, 1996; Piessen, 1982; Reinecker, 1982, 1983, 1993).

Merke: Im Rahmen der Evaluation soll die Wirksamkeit der Therapie überprüft werden. Drei Zugänge sind möglich:

- die Prä/Postmessung
- die direkte Veränderungsmessung
- die Prozessmessung

Der therapeutische Prozess unseres Kl. wurde durch änderungssensitive Instrumente, durch Angst- und klinisch relevante Fragebögen und durch tägliche Einschätzungen seiner „Angst in sozialen Situationen“ auf einem 10-stufigen Item überprüft. In unserer ersten Veränderungsannahme wurde eine globale Verbesserung des Zustandes des Kl. postuliert. Diese zufallskritisch abzusichern, beansprucht der „Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens“ (Zielke und Kopf-Mehnert, 1978). Ein hier erreichter Veränderungswert von $x=217$ liegt über der für das 0,1%-Signifikanzniveau geforderten und normierten Marke von $x=200$. Dieses Ergebnis spricht für die hohe Wahrscheinlichkeit einer positiven Veränderung des Befindens des Kl. während des therapie-relevanten Beobachtungszeitraumes. Die zweite Veränderungsannahme bezog sich auf die Aspekte „Kontaktstörung“, „Verstimmungsstörungen“ und „Konzentrationsstörungen“. Änderungen in diesen Merkmals-ebenen wurden durch einen Vergleich der Selbsturteile vor und nach der Therapie mit der „Kielser Änderungssensitiven Symptomliste“ erfasst (Zielke, 1979). Auch die mit diesem Instrument gemessenen Änderungen ließen sich auf allen hier postulierten Aspekten zufallskritisch auf dem 1%-Niveau absichern (soziale Kontaktstörungen vorher $T=61$, nachher $T=40$; Verstimmungsstörungen vorher $T=67$, nachher $T=49$; Konzentrationsstörungen vorher $T=52$,

nachher $T=37$). Es lag nahe, in der dritten Veränderungsannahme eine Verminderung seiner habituellen Angstneigung, seiner Unsicherheit, seiner Tendenz zu phobischen Ängsten und seiner irrationalen Überzeugungen zu postulieren. Durch einen Vergleich der Messwerte vor und nach der Therapie auf dem State-Trait-Angstinventar, Dimension X2, dem generellen Merkmal „Ängstlichkeit“ (Laux et al., 1981) und auf den Dimensionen „Unsicherheit“, „Angstneigung“, „Phobische Angst“ und „Paranoies Denken“ aus dem SCL-90R (Franke, 1995) wurde diese Hypothese überprüft. Dazu wurde der RC(reliable change)-Index von Christensen und Mendoza (1986) berechnet. Dieser setzt die Differenz der Messwerte vor (x_1) und nach (x_2) der Therapie zum Standardmessfehler der Differenzen (s_{diff}) der jeweiligen dysfunktionalen Population in Beziehung, welcher sich seinerseits aus deren Streuung (s_1) und der Test-Retest-Reliabilität des Instrumentes (rtt) bestimmen lässt. Die Formel lautet: $RC = (x_2 - x_1) / s_{diff}$, wobei $s_{diff} = s_1 \sqrt{2(1-rtt)}$. Für die Dimension „Ängstlichkeit“ lautet der Index $RC = 4,03$; für die Dimensionen „Unsicherheit“ beträgt er $RC = 7,31$; für „Angstneigung“ $RC = 4,16$; für „Phobische Angst“ $RC = 4,35$ und „Paranoies Denken“ lautet er $RC = 3,55$. Jeder dieser Werte übersteigt die für das 1%-Niveau erforderliche Signifikanzschwelle von $z = 2,58$. Dies spricht für überzufällige Änderungen auf den bezeichneten Dimensionen zwischen dem Messzeitpunkt vor und dem nach der Therapie. In der vierten Veränderungsannahme wurde eine Abnahme der Einstufungen sozialer Ängste des Kl. während der „diagnostischen Phase“, der „Phase der therapeutischen Intervention“ und der „Übungsphase“ postuliert. Im Rahmen des varianz-analytischen Modells von Shine und Bower (1971) wurde diese Vorhersage überprüft. Während der Abfolge der einzelnen Sitzungen innerhalb jeder der drei therapeutischen Phasen (Faktor A; $n = 0,41$ n. sig.) waren keine Unterschiede in den Angsteinschätzungen nachweisbar: systematische Unterschiede zeigten sich aber zwischen diesen Phasen (Faktor B; $F = 20,2$, $df = 2,3$; sig. 5%). Die Summen der gemittelten Angsteinschätzungen betragen für die „diagnostische Phase“ $SM/d = 13,42$, für die „Phase der therapeutischen Intervention“ $SM/th = 9,93$ und für die „Übungsphase“ $SM/u = 4,48$. Dies entspricht unserer Vorhersage. Faktisch konnte in dieser Therapie erreicht werden, dass der Kl. einem Schachklub beitrug, regelmäßig Tanzveranstaltungen besuchte, an Wochenenden mehrere seiner früheren Freunde traf, einige Bewerbungsgespräche bzgl. einer neuen Arbeitstelle führte, einen ihm seit über einem Jahr geschuldeten Geldbetrag einforderte, seine sportlichen Aktivitäten am Tag und nicht in der Dunkelheit ausübte etc. Noch ist die Therapie nicht abgeschlossen, da er sich eine eigene Wohnung suchen und ferner lernen möchte, sich in Konflikten zu behaupten und allfällige Probleme an seinem nächsten Arbeitsplatz zu bewältigen.

3 Kritik

Schulte (1993) legte seinen Untersuchungen zu Grunde, dass eine individuelle Verhaltensdiagnose nur dann zu rechtfertigen ist, wenn die daraus gefolgerten spezifischen Behandlungspläne bessere Ergebnisse zeitigen als generelle Standardprogramme. Zu fordern sei mit anderen Worten eine „Treatment-Nützlichkeit“ der individuellen Problemanalyse. Diese Frage wurde exemplarisch im Rahmen einer Behandlung von Phobien und Panikstörungen untersucht. Die Effektivitätswerte folgender drei Stichproben wurden verglichen: Die erste Stichprobe wurde mit einem individuell angepassten Konzept behandelt; bei der zweiten Stichprobe wurde mit einem standardisierten Therapiemanual gearbeitet; jede Person der dritten Stichprobe erhielt ein standardisiertes Manual über eine Behandlung, die zuvor mit jemandem aus der ersten Gruppe durchgeführt worden war. Diese Behandlung war zwar für eine Person aus der ersten, nicht aber für die korrespondierende Person aus der dritten Gruppe individuell geplant worden.

Die erste Gruppe, bei der auf Grund vorhergegangener Verhaltensdiagnose das Behandlungsprogramm individuell angepasst worden war, rangierte allerdings in ihren Effektivitätswerten hinter jenen Gruppen, bei der ein generelles oder individuelles Standardprogramm zu Anwendung gebracht worden war. Die Treatment-Nützlichkeit der Verhaltensdiagnostik scheint zumindest bei Angststörungen fraglich zu sein.

Schiepek und Kaimer (1987) merken kritisch an, dass eine Verhaltensdiagnose deswegen zwangsläufig ein unvollständiges oder unangemessenes Bild von der Problematik ergeben müsse, weil der Prozess, sie zu erstellen, auf bislang nicht explizit mit einbezogenen psychologischen Voraussetzungen beruhe. Einige Beispiele:

- Die Ergänzung der Verhaltensgleichung um jeweils weitere komplexe Variablen beschränke deren Praktikabilität.
- Mit linear angeordneten Wenn-dann-Relationen, seien ver-netzte und rückwirkende Vorgänge kaum zu erfassen. Komplexen Problemstellungen angemessener sei ein Denken in systemischen Mustern.
- „Wirklichkeit“ werde erst in einem Prozess der Informationsverarbeitung konstruiert. Dies gelte auch für Erfassung psychischer und sozialer Merkmale und deren diagnostische Zuordnung. Zwei mit der „Konstruktion von Wirklichkeit“ befasste Systeme würden auch bei der Erstellung einer Verhaltensdiagnose interagieren. Ein Anspruch auf Objektivität könne nicht erhoben werden. Die Verhaltensdiagnose sei ein befristetes Bild, welches „sich die Beteiligten über sich selbst und ihre Umwelt mittels eines Systemmodells schaffen“ (Schiepek und Kaimer, 1987, S. 115).

Umfassende Analysen von Verhaltensdiagnosen nach Maßstäben der Reliabilität und Validität wurden bislang noch nicht erarbeitet (Caspar, 1996b, S. 18): „Verschiedene und durchaus widersprüchliche Fallkonzeptionen können zu Therapieerfolgen führen, und in der Interaktion mit Patienten erfüllen sich viele Prophezeiungen selber ...“. Dennoch sollte daraus nicht die Legitimation für diagnostische Ad-hoc-Urteile abgeleitet werden; gesucht sind hingegen übergeordnete, integrative Konzepte.

rungsprinzipien (c) und deren Konkretisierung in umsetzbare Handlungsanweisungen (Bartling et al., 1998, S. 95).

Der Therapieplan unseres Kl. **Ansatzpunkt der Veränderung** sind seine irrationalen Überzeugungen (= O-Variable, WP/IV) und dysfunktionalen Gedanken (= V kog.-Variable), deren **Topografie geändert** werden soll (Typ 1). In der zweiten Verhaltensgleichung wurde verdeutlicht, dass diese seine selektive Einstellung auf eine Situation und seine Bewertung der fokussierten Merkmale determinieren. Sie aktivieren seine Ansprüche und seine Angst, zu versagen und sozial disqualifiziert zu sein. In der Hierarchie seiner Pläne sind diese Weichen stellenden Positionen zuzuordnen. Sie entsprechen einerseits dem Schema, Ansprüche zu stellen und Lebenskompetenz zu demonstrieren, und sind gleichzeitig auch mit dem dazu inkongruenten Schema verträglich, Überforderung zu demonstrieren.

Das Veränderungsprinzip besteht aus einem einzigen semantischen Schritt: Situationen vor und nach emittierten Verhaltensweisen sollen in seinen inneren Dialogen nicht in bewertenden, sondern in beschreibenden Begriffen und in funktionalen Zusammenhängen abgebildet werden.

Dies musste bedingen: a) eine Verminderung jener Sätze, mit welchen er sich selbst bisher abwertete, b) eine Verminderung aversiver Emotionen, wie z. B. Hassempfindungen sich selbst gegenüber, und von Ängsten, durch andere abgewertet zu werden (Staats, 1975; vgl. Reinecker, 1983), c) auf die Situation und nicht auf die eigene Person bezogene Vorhersagen und d) eine Erhöhung der Wahrscheinlichkeit, soziale Situationen aufzusuchen.

Merke: Der Therapieplan besteht aus: Ansatzpunkt und Richtung der Veränderung, dem Veränderungsprinzip und dessen Konkretisierung

2.2 Veränderungsannahmen

Zunächst muss ganz grundsätzlich angenommen werden, dass durch die systematische Änderung der sprachlichen Repräsentation von Situationen und Ereignissen eine globale Verbesserung der Problematik des Kl. erreicht werden konnte. Diese Verbesserung müsste sein Kontaktverhalten, seine Konzentration und seine Stimmung betreffen. Seine Ängstlichkeit, seine Unsicherheit und sein irrationales Misstrauen müssten geringer werden. Letztlich müssten auch seine in konkreten sozialen Situationen auftretenden Ängste geringer werden.

2.3 Überprüfung der Veränderungsannahmen

Mit dem Modell zur Erklärung eines symptomatischen Verhaltens ließen sich jene Variablen identifizieren, auf die sich die therapeutische Intervention gründen sollte, und jene Methoden bestimmen, mit welchen diese zu modifizieren sein würden. Aus dem Satz zu verändernder Variablen und auf sie anzuwendender Methoden ließen sich wiederum Annahmen über die in einer Therapie angestrebten Effekte formulieren. Nun geht es um den Nachweis der tatsächlichen Wirksamkeit des therapeutischen Vorgehens, indem diese Veränderungsannahmen überprüft werden.

Die drei möglichen methodischen Zugänge sind (Grawe und Braun, 1994):

- die Prä/Postmessung
- die direkte Veränderungsmessung
- die Prozessmessung

Ad a) Die Wirksamkeit einer Therapie kann durch einen Vergleich von Werten auf generellen oder symptom-spezifischen Fragebögen vor und nach der therapeutischen Intervention überprüft werden. Postuliert wird, dass die Differenz der beiden Messwerte als überzufällig anzusehen ist bzw. die in der „Unschärfe“ des Tests begründete Differenz übersteigt. Überprüft wird diese Hypothese z. B. durch die kritische Differenz oder durch den „reliable change“-Index (siehe das Beispiel unten).

Ad b) Die Überprüfung von therapiebedingten Veränderungen kann sich auch auf dafür speziell konstruierte änderungs-sensitive Tests gründen, mit denen die Kl. selbst deren Ausmaß beurteilen (siehe das Beispiel unten)

Ad c) Veränderungen während des therapeutischen Prozesses können durch Verlaufsmessungen eines therapie-relevanten Merkmals erfasst werden. Dazu formulierte Verlaufshypothesen müssen im Rahmen spezieller Untersuchungsdesigns und einer entsprechenden Einzelfallstatistik (siehe das Beispiel unten) entschieden werden (vgl. Julius et al. 2000; Kern, 1997; Kratochwill und Levin, 1992; Petermann, 1978, 1982, 1996; Plessen, 1982; Reinecker, 1982, 1983, 1993).

Merke: Im Rahmen der Evaluation soll die Wirksamkeit der Therapie überprüft werden. Drei Zugänge sind möglich:

- die Prä/Postmessung
- die direkte Veränderungsmessung
- die Prozessmessung

Der therapeutische Prozess unseres Kl. wurde durch änderungs-sensitive Instrumente, durch Angst- und klinisch relevante Fragebögen und durch tägliche Einschätzungen seiner „Angst in sozialen Situationen“ auf einem 10-stufigen Item überprüft. In unserer ersten Veränderungsannahme wurde eine globale Verbesserung des Zustandes des Kl. postuliert. Diese zufalls-kritisch abzusichern, beansprucht der „Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens“ (Zielke und Kopf-Mehnert, 1978). Ein hier erreichter Veränderungswert von $x=217$ liegt über der für das 0,1%-Signifikanzniveau geforderten und normierten Marke von $x=200$. Dieses Ergebnis spricht für die hohe Wahrscheinlichkeit einer positiven Veränderung des Befindens des Kl. während des therapie-relevanten Beobachtungszeitraumes. Die zweite Veränderungsannahme bezog sich auf die Aspekte „Kontaktstörung“, „Verstimmungsstörungen“ und „Konzentrationsstörungen“. Änderungen in diesen Merkmalsebenen wurden durch einen Vergleich der Selbsteurteile vor und nach der Therapie mit der „Kieker Änderungsensitiven Symptomliste“ erfasst (Zielke, 1979). Auch die mit diesem Instrument gemessenen Änderungen ließen sich auf allen hier postulierten Aspekten zufalls-kritisch auf dem 1%-Niveau absichern (soziale Kontaktstörungen vorher $T=61$, nachher $T=40$; Verstimmungsstörungen vorher $T=67$, nachher $T=49$; Konzentrationsstörungen vorher $T=52$,

nachher $T=37$). Es lag nahe, in der dritten Veränderungsannahme eine Verminderung seiner habituellen Angstneigung, seiner Unsicherheit, seiner Tendenz zu phobischen Ängsten und seiner irrationalen Überzeugungen zu postulieren. Durch einen Vergleich der Messwerte vor und nach der Therapie auf dem State-Trait-Angstinventar, Dimension X2, dem generellen Merkmal „Ängstlichkeit“ (Laux et al., 1981) und auf den Dimensionen „Unsicherheit“, „Angstneigung“, „Phobische Angst“ und „Paranoies Denken“ aus dem SCL-90R (Franke, 1995) wurde diese Hypothese überprüft. Dazu wurde der RC(reliable change)-Index von Christensen und Mendoza (1986) berechnet. Dieser setzt die Differenz der Messwerte vor ($x1$) und nach ($x2$) der Therapie zum Standardmessfehler der Differenzen ($s \text{ diff.}$) der jeweiligen dysfunktionalen Population in Beziehung, welcher sich seinerseits aus deren Streuung ($s1$) und der Test-Retest-Reliabilität des Instrumentes (rtt) bestimmen lässt. Die Formel lautet: $RC = x2 - x1 / s \text{ diff.}$, wobei $s \text{ diff.} = s1 \sqrt{2(1-rtt)}$. Für die Dimension „Ängstlichkeit“ lautet der Index $RC=4,03$; für die Dimensionen „Unsicherheit“ beträgt er $RC=7,31$; für „Angstneigung“ $RC=4,16$; für „Phobische Angst“ $RC=4,35$ und „Paranoies Denken“ lautet er $RC=3,55$. Jeder dieser Werte übersteigt die für das 1%-Niveau erforderliche Signifikanzschranke von $z=2,58$. Dies spricht für über-zufällige Änderungen auf den bezeichneten Dimensionen zwischen dem Messzeitpunkt vor und dem nach der Therapie. In der vierten Veränderungsannahme wurde eine Abnahme der Einstufungen sozialer Ängste des Kl. während der „diagnostischen Phase“, der „Phase der therapeutischen Intervention“ und der „Übungsphase“ postuliert. Im Rahmen des varianz-analytischen Modells von Shine und Bower (1971) wurde diese Vorhersage überprüft. Während der Abfolge der einzelnen Sitzungen innerhalb jeder der drei therapeutischen Phasen (Faktor A: $n=0,41$ n. sig.) waren keine Unterschiede in den Angst-einschätzungen nachweisbar; systematische Unterschiede zeigten sich aber zwischen diesen Phasen (Faktor B: $F=20,2$; $df=2,3$; sig. 5%). Die Summen der gemittelten Angsteinschätzungen betragen für die „diagnostische Phase“ $SM/d.=13,42$, für die „Phase der therapeutischen Intervention“ $SM/th.=9,93$ und für die „Übungsphase“ $SM/u.=4,48$. Dies entspricht unserer Vorhersage. Faktisch konnte in dieser Therapie erreicht werden, dass der Kl. ein am Schachklub beirat, regelmäßig Tanzveranstaltungen besuchte, an Wochenenden mehrere seiner früheren Freunde traf, einige Bewerbungsgespräche bzgl. einer neuen Arbeit-stelle führte, einen ihm seit über einem Jahr geschuldeten Geldbe-trag einforderte, seine sportlichen Aktivitäten am Jag und nicht in der Dunkelheit ausübte etc. Noch ist die Therapie nicht abgeschlossen, da er sich eine eigene Wohnung suchen und ferner lernen möchte, sich in Konflikten zu behaupten und allfällige Probleme an seinem nächsten Arbeitsplatz zu bewältigen.

3 Kritik

Schulte (1993) legte seinen Untersuchungen zu Grunde, dass eine individuelle Verhaltensdiagnose nur dann zu rechtfertigen ist, wenn die daraus gefolgerten spezifischen Behandlungspläne bessere Ergebnisse zeitigen als generelle Standardprogramme. Zu fordern sei mit anderen Worten eine „Treatment-Nützlichkeit“ der individuellen Problemanalyse. Diese Frage wurde exemplarisch im Rahmen einer Behandlung von Phobien und Panikstörungen untersucht. Die Effektivitätswerte folgender drei Stichproben wurden verglichen: Die erste Stichprobe wurde mit einem individuell angepassten Konzept behandelt; bei der zweiten Stichprobe wurde mit einem standardisierten Therapiemanual gearbeitet; jede Person der dritten Stichprobe erhielt ein standardisiertes Manual über eine Behandlung, die zuvor mit jemandem aus der ersten Gruppe durchgeführt worden war. Diese Behandlung war zwar für eine Person aus der ersten, nicht aber für die korrespondierende Person aus der dritten Gruppe individuell geplant worden.

Die erste Gruppe, bei der auf Grund vorhergegangener Verhaltensdiagnose das Behandlungsprogramm individuell angepasst worden war, rangierte allerdings in ihren Effektivitätswerten hinter jenen Gruppen, bei der ein generelles oder individuelles Standardprogramm zu Anwendung gebracht worden war. Die Treatment-Nützlichkeit der Verhaltensdiagnostik scheint zumindest bei Angststörungen fraglich zu sein.

Schiepek und Kaimer (1987) merken kritisch an, dass eine Verhaltensdiagnose deswegen zwangsläufig ein unvollständiges oder unangemessenes Bild von der Problematik ergeben müsse, weil der Prozess, sie zu erstellen, auf bislang nicht explizit mit einbezogenen psychologischen Voraussetzungen beruhe. Einige Beispiele:

- Die Ergänzung der Verhaltensgleichung um jeweils weitere komplexe Variablen beschränke deren Praktikabilität.
- Mit linear angeordneten Wenn-dann-Relationen, seien vernetzte und rückwirkende Vorgänge kaum zu erfassen. Komplexen Problemstellungen angemessener sei ein Denken in systemischen Mustern.
- „Wirklichkeit“ werde erst in einem Prozess der Informationsverarbeitung konstruiert. Dies gelte auch für Erfassung psychischer und sozialer Merkmale und deren diagnostische Zuordnung. Zwei mit der „Konstruktion von Wirklichkeit“ befasste Systeme würden auch bei der Erstellung einer Verhaltensdiagnose interagieren. Ein Anspruch auf Objektivität könne nicht erhoben werden. Die Verhaltensdiagnose sei ein befristetes Bild, welches „sich die Beteiligten über sich selbst und ihre Umwelt mittels eines Systemmodells schaffen“ (Schiepek und Kaimer, 1987, S. 115).

Umfassende Analysen von Verhaltensdiagnosen nach Maßstäben der Reliabilität und Validität wurden bislang noch nicht erarbeitet (Caspar, 1996b, S. 18.) „Verschiedene und durchaus widersprüchliche Fallkonzeptionen können zu Therapieerfolgen führen, und in der Interaktion mit Patienten erfüllen sich viele Prophezeiungen selber ...“. Dennoch sollte daraus nicht die Legitimation für diagnostische Ad-hoc-Urteile abgeleitet werden; gesucht sind hingegen übergeordnete, integrative Konzepte.