

*Methoden wissenschaftlich
anerkannter psycho-
therapeutischer Verfahren*

9.1 Verhaltenstherapie

NICOLE AUFDERMAUER UND HANS REINECKER

1 Einleitung

Verhaltenstherapie als Wissenschaft und Therapieansatz hat eine vergleichsweise kurze Vergangenheit. Von vereinzelt früheren Ansätzen abgesehen, liegen ihre Ursprünge in der Mitte des 20. Jahrhunderts, wobei mehrerer Personen in verschiedenen Ländern als „Gründerväter“ zu nennen sind: H.J. Eysenck in England, J.D. Wolpe, A.A. Lazarus und S.J. Rachman in Südafrika und schließlich B.F. Skinner und später u.a. F.H. Kanfer in den USA. Hierdurch war die Verhaltenstherapie gerade in der Anfangsphase durch eine Heterogenität der Verfahren und Forschungsansätze gekennzeichnet, beschäftigten sich doch die genannten Wissenschaftler/Praktiker schwerpunktmäßig nicht unbedingt mit exakt den gleichen Themen.

Seit dieser Zeit wurden theoretische Grundlagen und therapeutische Verfahren der Verhaltenstherapie stetig weiterentwickelt. Die Erforschung menschlichen Verhaltens geht schon lange deutlich über die Beschäftigung mit beobachtbaren Verhaltensweisen hinaus. So wird mittlerweile den kognitiven Prozessen als Moderatoren des sichtbaren Verhaltens große Aufmerksamkeit zuteil – ganze Therapieansätze legen hier einen Schwerpunkt und konstituieren die „kognitiv-behaviorale Therapie“. Emotionale und psychophysiologische Prozesse erhalten explizit einen wichtigen Stellenwert, der sich im Einbezug entsprechender Theorien niederschlägt.

Das Menschenbild der modernen Verhaltenstherapie begreift das Individuum als aktiv, seine Umwelt mitgestaltend und fähig zu Selbstkontrolle und Selbstmanagement. Somit lässt sich Verhaltenstherapie beschreiben als äußerst breiter psychologisch fundierter Ansatz, der sich vielerlei Techniken zunutze macht. Sie hat den Anspruch, Personen bei der Erweiterung ihres Handlungsspielraums zu helfen und sie zu Selbstmanagement-Experten zu machen, die in der Zukunft auftretende Probleme selbstständig lösen können. Die Rolle des Therapeuten kann somit als eine Art „Änderungsassistent“ verstanden werden, der die Verantwortung für den prozessualen Ablauf der Therapie trägt, während der Klient als inhaltlicher Experte für seine Probleme angesehen wird.

In der aktuellen Versorgungslage nimmt die Verhaltenstherapie mittlerweile den bedeutendsten Platz ein – die Grundlagen verhaltenstherapeutischen Arbeitens sollten daher jeder Psychotherapeutin/jedem Psychotherapeuten bekannt sein; dieses Kapitel möchte hierfür einen Grundstock legen bzw. einen Einblick in die wichtigsten verhaltenstherapeutischen Prinzipien und deren Bedeutung für das therapeutische Handeln vermitteln. Zu ergänzen bleibt, dass es sicherlich anmaßend wäre, im Rahmen

dieses Artikels von „der Verhaltenstherapie“ zu sprechen, denn natürlich existieren auch innerhalb der Verhaltenstherapie unterschiedliche Auffassungen und therapeutische Stile. Die hiesigen Ausführungen verstehen sich vor allem in der Tradition F.H. Kanfers (vgl. Kanfer et al., 2006).

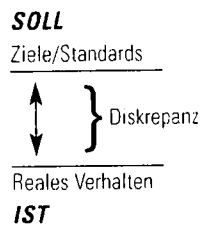
2 Therapie als Problemlöseprozess

In der Verhaltenstherapie werden psychische Störungen als Probleme einer Person definiert, nicht jedoch als Krankheit (vgl. Kap. 2.1 Lern- und verhaltenspsychologische Krankheitslehre). Es wird davon ausgegangen, dass jegliches Verhalten erlernt wird, dass somit auch problematische/dysfunktionale Verhaltensweisen durch Lernprozesse erworben werden („Lernen“ immer begriffen als ein äußerst komplexer Vorgang auf unterschiedlichen Ebenen, vgl. Kapitel 2.1). Jedes Verhalten kann dem zufolge aber auch wieder verlernt werden und genau dies ist der Ansatzpunkt für Therapie: Es gilt, dem Klienten durch gezielte korrigierende Erfahrungen ein Verlernen seines Problemverhaltens sowie das Erlernen funktionaler und zielführender Verhaltensmuster zu ermöglichen.

Wenn Störungen als Probleme konzipiert werden, so liegt es nahe, Therapie als Problemlöseprozess zu beschreiben. Probleme sind in der allgemeinen Psychologie definiert als bestehend aus einem Ausgangszustand, einem Zielzustand und dem – meist erst zu suchendem – Mittel, um von ersterem zu letzterem zu gelangen. Probleme im klinisch-psychologischen Bereich sind in aller Regel dynamisch, d.h., Ausgangs- und Endzustände sind oft schlecht definiert, vage, sie ändern sich ständig, es werden wiederholt Neuentscheidungen fällig etc. und sie sind somit nicht mit statischen Problemstellungen vergleichbar. Dennoch gibt die Beschreibung von Therapie als Problemlöseprozess wesentliche Hinweise darauf, was für verhaltenstherapeutisches Vorgehen unabdingbar ist: Wenn damit zu rechnen ist, dass der Ausgangszustand bei klinisch-psychologischen Problemen anfangs meist nur vage festzustellen ist, so geht es in erster Linie darum, ihn so weit wie irgend möglich zu präzisieren – Gleiches gilt für den Zielzustand. Erst wenn diese Punkte geklärt sind, kann in einem weiteren Schritt geplant werden, was zu tun ist, um die Differenz zwischen Ausgangs- und Endzustand zu verringern, im besten Fall zu beseitigen. Hier ist dann der Einsatz bestimmter Interventionen einzuordnen.



Abbildung 1: Therapie als Problemlöseprozess



Die genannten Parallelen zum Problemlöseprozess spiegeln sich in den verhaltenstherapeutischen Bausteinen der Verhaltensanalyse, Zielklärung und Therapieplanung, die durch folgende Fragestellungen repräsentiert werden:

1. Unter welchen Bedingungen wurde das Verhalten erworben und welche Faktoren halten es momentan aufrecht?
2. Welche spezifischen Verhaltensmuster bedürfen einer Veränderung in ihrer Auftrittshäufigkeit, ihrer Intensität, ihrer Dauer oder hinsichtlich der Bedingungen, unter denen sie auftreten?
3. Welches sind geeignete praktische Methoden, um angestrebte Veränderungen bei einer Person zu erzielen?

(Kanter und Saslow, 1969, übersetzt und in der Reihenfolge verändert)

Verhaltenstherapie auf die Anwendung bestimmter Techniken zu reduzieren, griffe also zu kurz. Die Vielschichtigkeit des therapeutischen Prozesses wird unten anhand des 7-Phasen-Modells therapeutischer Veränderungen detaillierter dargestellt. Im Folgenden wird auf die Rolle der Diagnostik in der Verhaltenstherapie eingegangen und das System-Modell menschlichen Verhaltens vorgestellt, welches das Prinzip einer funktionalen Sichtweise auf Probleme veranschaulicht.

3 Diagnostik in der Verhaltenstherapie

Die Krankheitslehre der verschiedenen Therapieansätze ist eng verzahnt mit den jeweiligen diagnostischen Vorgehensweisen. Verhaltenstherapeutische Diagnostik unterscheidet sich deshalb in Zielsetzung und Methode zum Teil deutlich von klassisch-diagnostischen Strategien.

In der klassischen Diagnostik wird davon ausgegangen, dass durch Testungen Kenntnisse über bestimmte Persönlichkeitsmerkmale des Probanden erlangt werden, d.h., die Fragebögen bzw. Tests sind gemäß einer ausgewählten Persönlichkeitstheorie so konstruiert, dass die Antworten/Reaktionen des Probanden als Hinweise auf die Ausprägung eines Persönlichkeitskonstrukts gedeutet werden können. Das offene Verhalten einer Person, wie z.B. das Bejahen eines Fragebogenitems, wird somit als Zeichen für ein diesem Verhalten zugrunde liegendes Persönlichkeitsmerkmal bzw. dessen Störung betrachtet; die klassische Diagnostik wird in diesem Sinne auch als **Zeichenansatz** bezeichnet.

Wie schon ausgeführt wird in der Verhaltenstherapie auf der Ebene des Problemverhaltens selbst angesetzt; es wird nicht angenommen, dass gewissermaßen im Verborgenen, „hinter“

dem offenen Verhalten liegende Merkmale für den Therapieprozess bedeutsam sind. Für Verhaltensdiagnostik ist somit entscheidend, das Problemverhalten möglichst in all seinen Facetten präzise zu erfassen. Die Antworten bzw. die in einer Beobachtungssituation oder in einem Test gezeigten Verhaltensweisen werden in diesem Sinne als mehr oder weniger gute Stichprobe des interessierenden Verhaltensbereichs gewertet. Man spricht deshalb auch vom **Stichprobenansatz**. Die diagnostische Herausforderung besteht darin, durch gezielte Gesprächsführung bzw. durch die überlegte Auswahl von Beobachtungssituationen ein möglichst gutes Abbild des Kriteriumsverhaltens zu bekommen. Im Gegensatz zum Verständnis von Reliabilität und Validität in der klassischen Diagnostik liegt in der Verhaltensdiagnostik der Fokus auf der Repräsentativität der erhobenen Verhaltensstichprobe, sie stellt das entscheidende Validitätskriterium dar.

Dies hat Implikationen für das diagnostische Vorgehen: Das Gespräch ist auch in der Verhaltenstherapie ein zentrales Instrument der Diagnostik, die Gesprächsführung zeichnet sich durch stetes Bemühen um maximale Konkretisierung und Verhaltensnähe der Klientenschilderungen aus. Dennoch ist davon auszugehen, dass die Informationen durch ein Interview meist nicht vollständig bzw. durch die Wahrnehmung des Klienten verzerrt sind. Deshalb wird in der Verhaltensdiagnostik die **Beobachtung** des Problemverhaltens im natürlichen Setting oder zumindest in einer vergleichbaren Situation angestrebt. Darüber hinaus werden u.U. noch andere Erfassungsmethoden eingesetzt wie Selbstbeobachtung, Fremdberichte, Verhaltensinventare etc.

Beispiel:

Bei einer Patientin mit einer Zwangsstörung werden zunächst im Gespräch erste Informationen über ihre Zwänge erhoben (Wann treten sie auf? Was sind die damit verknüpften Befürchtungen? etc.). Diese werden durch eine Selbstbeobachtungsaufgabe ergänzt: Die Patientin protokolliert ihre Zwänge an mehreren Tagen der Woche. Idealerweise wird dann noch eine Verhaltensbeobachtung von Seiten des Therapeuten durchgeführt, z.B. für eine im Selbstbeobachtungsprotokoll häufig auftretende Situation (wie z.B. Händewaschen nach dem Toilettenbesuch: u.U. sind der Patientin gar nicht all ihre Vermeidungsstrategien bewusst, wie z.B. Wasserhahn nur mit spitzen Fingern anfassen o.Ä.).

Diagnostische Informationen schaffen eine unverzichtbare Grundlage für die therapeutische Veränderung. Es besteht eine enge Verzahnung von Diagnostik und Intervention insofern, als die Informationssammlung selbst therapeutische Effekte haben kann (z.B. bei Selbstbeobachtung), aber auch dadurch, dass Diagnostik als therapiebegleitend verstanden wird, nicht lediglich als ein einmaliges Geschehen zu Beginn einer Therapie. Diagnostik geht somit in Prozessevaluation über, wenn es gilt, Veränderungen im interessierenden Verhaltensbereich festzustellen und im Sinne von adaptiver Indikation das weitere therapeutische Vorgehen zu optimieren.

Mehr-Ebenen-Ansatz

In der Verhaltensdiagnostik und -therapie steht also das Verhalten des Klienten im Blickpunkt des Interesses. Der Begriff „Ver-

9.1 Verhaltenstherapie

halten" wird in der modernen Verhaltenstherapie sehr weit gefasst, es geht keineswegs nur um sichtbare motorische Handlungen des Betroffenen (wie teilweise in der früheren Geschichte der VT postuliert). Man differenziert üblicherweise **drei verschiedene Ebenen**:

1. α -Ebene (Ebene des motorisch-beobachtbaren Verhaltens):

Diese Analyseebene trifft am ehesten die landläufige Bedeutung des Begriffes „Verhalten“. Erfasst werden alle beobachtbaren Verhaltensweisen, die einen Teil des Problems ausmachen. Je nach der Art des Problems können diese natürlich unterschiedlich auffällig sein, können von mimischen Reaktionen bis zu ausgiebigen Zwangsritualen reichen. Bedeutsam für viele Störungen ist auch die Kategorie des Vermeidungsverhaltens, was sich gerade dadurch auszeichnet, dass bestimmte Handlungen eben nicht ausgeführt werden.

2. β -Ebene (Ebene subjektiv-kognitiver Prozesse):

Spätestens seit der „kognitiven Wende“ wird in der Verhaltenstherapie nicht mehr in Frage gestellt, dass kognitive Variablen wie Gedanken, Erwartungen etc. in hohem Maße an der Entstehung und Aufrechterhaltung von psychischen Störungen beteiligt sind bzw. oft selbst einen zentralen Bestandteil der Symptomatik darstellen. Die Erfassung kognitiver Prozesse und des subjektiven Empfindens kann selbstverständlich nur über verbale Äußerungen des Betroffenen erfolgen (z.B. „... und ich fühle mich so als Versager ...“, „... und dann habe ich solche Angst, in Ohnmacht zu fallen ...“).

3. γ -Ebene (Ebene des somatisch-physiologischen Geschehens):

Diese Ebene umfasst alle automatisch ablaufenden körperlichen Reaktionen (etwa die körperliche Aktivierung bei Stressreaktionen, hormonelle Schwankungen etc.), ist nur in Ansätzen von außen beobachtbar und auch von Klienten häufig nicht klar zu benennen. Bei manchen Störungen stellen die somatischen Prozesse allerdings auch im Erleben des Klienten einen zentralen Aspekt dar (z.B. bei Angststörungen).

Es ist offensichtlich, dass je nach Störung, aber auch individuell Unterschiede in der Ausprägung der einzelnen Ebenen beste-

hen. Grundsätzlich ist von einer Asynchronizität auszugehen, d.h. die Intensität der einzelnen Ebenen ist nicht zu jedem Zeitpunkt gleich stark ausgeprägt, es verbietet sich deshalb ein Rückschluss von einer Ebene auf die anderen. In der Therapie sind deshalb stets alle Ebenen des Verhaltens gezielt zu erheben.

Systemmodell menschlichen Verhaltens

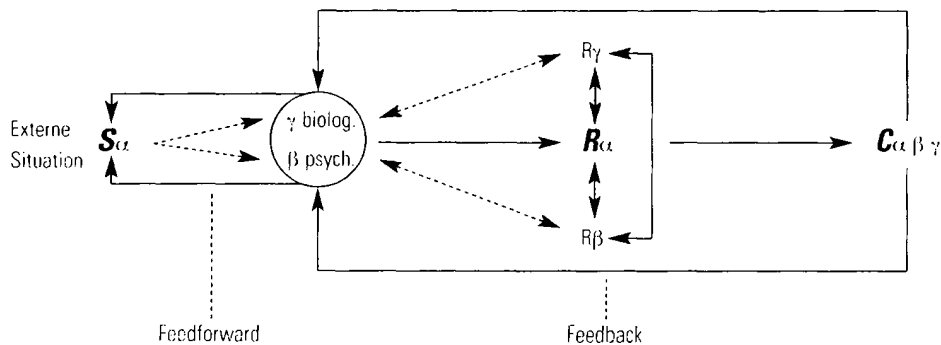
Die Grundannahme der Verhaltenstherapie besagt, dass das Verhalten einer Person gesteuert wird durch vorangegangene und nachfolgende Bedingungen (**funktionales Prinzip**). In den Lerntheorien des klassischen und operanten Konditionierens wurden jeweils Situation oder Konsequenzen als Determinanten des Verhaltens postuliert, wurden Reiz-Reaktions(S-R)- oder Reaktions-Konsequenz(R-K)-Modelle aufgestellt. Diese Prinzipien sind auch heute noch bedeutsam, werden jedoch allein der Komplexität menschlichen Verhaltens nicht gerecht – zu viele Wechselwirkungen zwischen verschiedenen Einflussgrößen sind zu berücksichtigen. Das Systemmodell nach Kanfer (vgl. Kanfer et al., 2006) systematisiert wichtige Variablen und bezieht dynamische Aspekte mit ein: Die sog. Verhaltensgleichung erweitert sich somit zu

Situation – Organismusvariable (Selbstregulationssystem) – Reaktion – Konsequenzen (dem sog. SORC-Modell).

Selbstregulationssystem (Organismusvariable)

Unter der Organismusvariable O wird zum einen verstanden die biologisch/physiologische Ausstattung eines Individuums (O_γ), zum anderen psychologische Variablen, die es als Person kennzeichnen (O_β). Jeder Mensch entwickelt im Laufe seiner individuellen Lerngeschichte bestimmte situationspezifische Schemata, Pläne, Standards etc., die seine Wahrnehmung bestimmter Stimuli/Situationen und natürlich auch seine Reaktionen beeinflussen – entscheidend ist somit immer die subjektive Bewertung/Einordnung eines Stimulus (vgl. Feedforward-Schleife in der Abbildung). Die Bewertung

Abbildung 2: Das SORC-Modell



Bei den Determinanten des Verhaltens, **S** und **C** bedeutet

α : äußere Bedingungen bzw. Konsequenzen

β : kognitive Bedingungen bzw. Konsequenzen

γ : biologisch-physiologische Bedingungen bzw. Konsequenzen

Bei den Reaktionen **R** meint α die Ebene motorischen Verhaltens, β die gedankliche Ebene und γ physiologische Reaktionen (vgl. oben Mehr-Ebenen-Ansatz)

einer Situation bestimmt wiederum maßgeblich die Reaktion der Person, weswegen bestimmte Handlungen erst dann verständlich werden, wenn man sie in Bezug setzt zu den Standards/Plänen der betreffenden Person. Solche handlungsleitenden Pläne einer Person zu präzisieren, ist Aufgabe der kontextuellen Verhaltensanalyse (vgl. unten).

Das SORC-Modell ist zu verstehen als ein Rahmen für die Analyse menschlichen Verhaltens, das natürlich noch weit komplexer ist, als man dies in einem Modell darstellen kann (und möchte, schließlich sollte ein Modell, das auch praktisch anwendbar sein soll, möglichst einfach sein). Mit dieser Strukturhilfe können im Rahmen der Verhaltensanalyse komplexe dynamische Problemverhaltensweisen gegliedert und wichtige Zusammenhänge zwischen unterschiedlichen Ebenen herausgearbeitet werden. Der Analyseausschnitt kann hierbei unterschiedlich gewählt sein, je nachdem, was als Reaktion konzipiert wird, welche zeitliche Erstreckung analysiert werden soll etc. (vgl. unten, Phase 3 des 7-Phasenmodells).

Beispiel:

Bei einer bulimischen Patientin mit massivem sozialen Rückzugsverhalten könnte der bulimische Anfall als Reaktion ($R\alpha$) konzipiert werden und selbstabwertende Gedanken bzw. ein Gefühl von Scham als Konsequenz ($C\beta$). Letztere können allerdings auch als interne Situationsbedingungen ($S\beta$) begriffen werden, die das soziale Rückzugsverhalten maßgeblich mit bedingen.

Für die Analyse im SORC-Modell wählt man somit immer einen bestimmten Ausschnitt einer dynamisch ablaufenden Verhaltenskette. Die Wahl des Ausschnittes – quasi eine Art Fenster – wird durch die Fragestellung des Explorierenden bestimmt.

4 Therapie als Änderungsprozess: 7-Phasen-Modell therapeutischer Veränderung

Der therapeutische Prozess ist ein äußerst komplexes Geschehen, und das Vorgehen ist auf den jeweiligen Klienten individuell zugeschnitten. Das vorgestellte Modell soll dem Therapeuten in der Therapiesituation als Orientierungsrahmen dienen und dabei behilflich sein, aus der Vielfalt von Informationen bestimmte zentrale Punkte herauszuschälen.

Das 7-Phasen-Modell sollte nicht als linear verstanden werden, dies würde dem in der Therapie geforderten dynamischen Problemlösen widersprechen. Es kann im Therapieprozess u.U. ganz entscheidend sein, noch einmal zu einer prinzipiell schon bearbeiteten Phase zurückzukehren, wenn beispielsweise klar wird, dass bestimmte Aspekte des Problems doch noch nicht analysiert sind, wenn sich Zielsetzungen verändern etc. Die einzelnen Phasen sind des Weiteren nicht als voneinander abgetrennte Einheiten zu verstehen – auch in einer schwerpunktmäßig der Zielklärung dienenden Phase ist es selbstverständlich möglich, Zusatzinformationen zum Problem zu erheben etc.

Im skizzierten Überblick wird noch einmal deutlich, dass der Methodeneinsatz – und damit der Veränderungsprozess im engeren Sinne – erst relativ spät, nämlich in Phase 5 stattfindet. Das Schaffen bestimmter Voraussetzungen bestimmt dagegen stark die Anfangsphase einer Therapie.

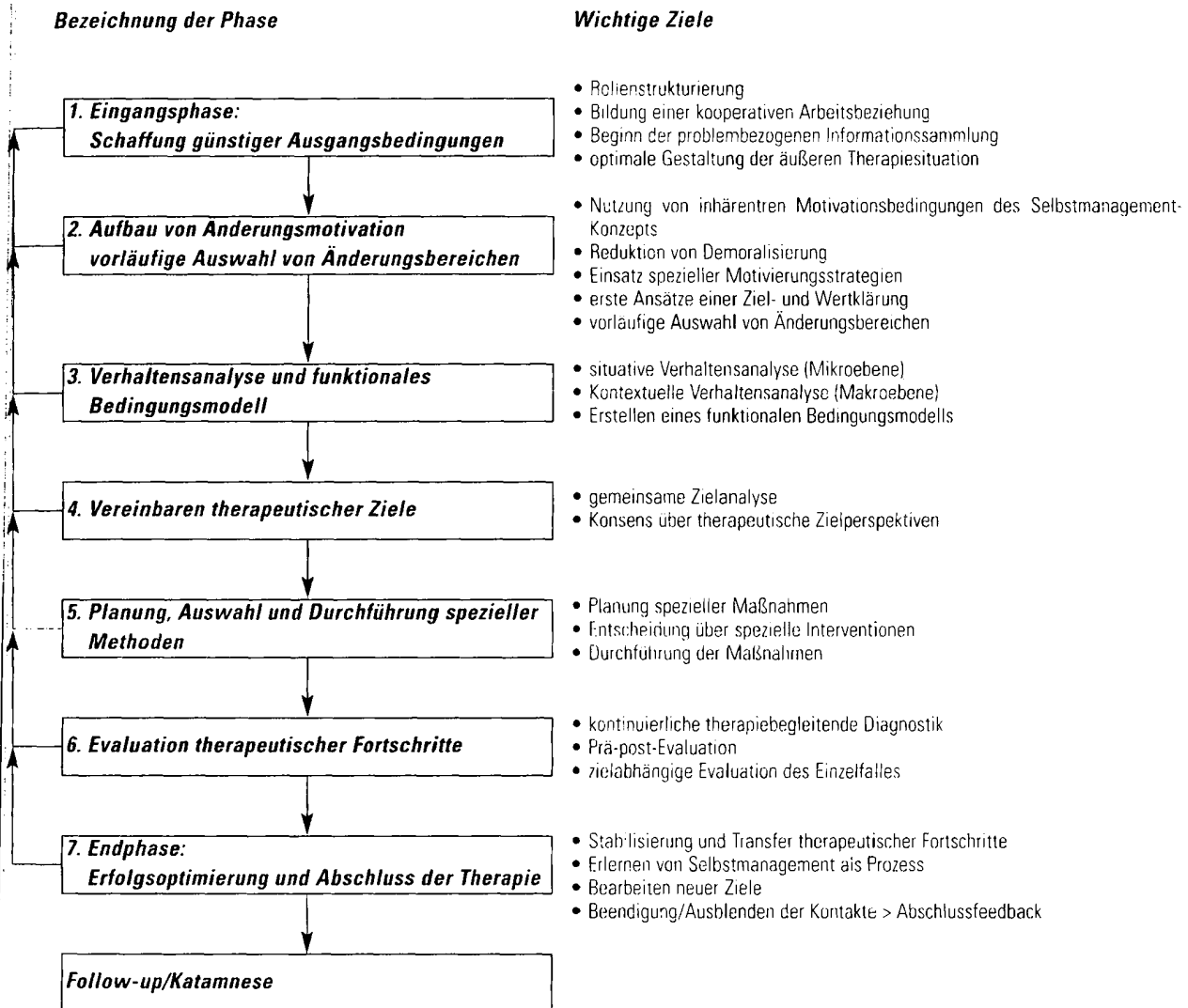
Phase 1: Schaffen günstiger Ausgangsbedingungen

Es ist davon auszugehen, dass gerade die ersten Kontakte zwischen Therapeut und Klient relevante Weichenstellungen für die Therapie darstellen. In besonderem Maße gilt dies für Interaktionsmuster, für die **Rollenverteilung** in der therapeutischen Situation. Bei bislang therapieunerfahrenen Klienten ist nicht unbedingt davon auszugehen, dass sie klare Vorstellungen davon haben, in welchen Punkten sich eine therapeutische Beziehung von anderen Beziehungen, wie z.B. zu einer guten Freundin oder auch zum Arzt, unterscheidet. Die jeweiligen Rollenerwartungen nehmen jedoch Einfluss darauf, wie sich Klienten in der Therapie verhalten – es ist somit ein, wenn nicht das wesentliche Ziel der ersten Phase des therapeutischen Prozesses, die Rollenvorstellungen der Klienten zu erfassen und gegebenenfalls zu korrigieren. Dies erfolgt zum einen explizit durch gezielte Fragen und Erklärungen, zum anderen implizit durch die Art der Gestaltung der ersten Sitzungen. Der Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung umfasst allerdings weit mehr als die bloße Rollengestaltung: Oberste Maxime ist am Therapieanfang, dass man nur mit Klienten arbeiten kann, die wiederkommen. Hierfür muss der Klient die Überzeugung gewinnen, gut aufgehoben zu sein, einen kompetenten Ansprechpartner vor sich zu haben, dem er vertrauen kann, der ihn ernst nimmt etc. Die **Realisierung therapeutischer Basisvariablen** wie Verständnis, Akzeptanz und Unterstützung ist hierfür unabdingbar und gerade am Anfang von größter Bedeutung für die Entscheidung des Klienten, mit diesem Therapeuten zusammenzuarbeiten. Bei stark abweichenden Rollenvorstellungen des Klienten muss somit immer ein Gleichgewicht hergestellt werden zwischen der Vermittlung der therapeutisch sinnvollen Rollenstrukturierung und dem Signalisieren von Verständnis für eben diese problematischen Erwartungen.

Grundsätzlich ist verhaltenstherapeutische Gesprächsführung bereits am Anfang der Therapie gekennzeichnet durch eine aktive Strukturierung des Gesprächsverlaufs durch den Therapeuten und durch den stetigen Versuch der Konkretisierung der Problematik. Der Therapeut vermittelt erste Informationen (z.B. über das Verständnis von Therapie oder über das Störungsbild) und vergewissert sich über Zusammenfassungen, dass er den Patienten richtig verstanden hat.

Am Ende dieses Prozesses sollte eine stabile Arbeitsbeziehung, eine **therapeutische Allianz** stehen. Der Klient sollte realisiert haben, dass der Therapeut kein „Wunderheiler“ ist, der seine Probleme für ihn beiseite räumt, sondern eine Art „Bergführer“, der durch gezielte Fragen und Interventionen die Richtung weist, ihm die einzelnen Schritte jedoch nicht abnehmen kann. Diese Haltung ist meist nicht Ergebnis der ersten Sitzung, sondern wird über mehrere Stunden hinweg entwickelt. Von Seiten des Therapeuten ist hierfür wichtig, die **Eigenaktivität** des Klienten stetig zu fördern, was zum einen während der Sitzung erfolgt, indem

Abbildung 3: Das 7-Phasen-Modell im Überblick (nach Kanfer et al., 2006)



der Klient Stellung nehmen muss zu nicht immer einfachen Fragen, und was zum anderen besonders gut mit einfachen Hausaufgaben zu bewirken ist. Auf diese Weise wird von Anfang an betont, dass der Klient maßgeblich für den Therapieerfolg mitverantwortlich ist. Zudem dient die Eigenaktivität des Klienten der Steigerung der **self efficacy** und dem Abbau von Demoralisierung.

Neben diesen vor allem die Beziehung und Rollenstrukturierung betreffenden Aspekten existieren auch **inhaltliche Ziele** in der ersten Therapiephase: Es sollte ein Überblick über die Eingangsbeschwerden (Screening) und die Eingangserwartungen des Klienten gewonnen werden, auf dessen Grundlage erste Überlegungen zu potenziellen therapeutischen Ansatzpunkten angestellt werden können.

Beziehungsaspekte und inhaltliche Aspekte werden nicht voneinander losgelöst verfolgt, sondern greifen ineinander: Während also beispielsweise bestimmte Informationen zu den Beschwerden des Klienten gesammelt werden, wird parallel seine Eigenaktivität gefördert (z.B. durch Selbstbeobachtungs-

aufgaben) und auf diese Art und Weise die erwünschte Rollenstrukturierung vermittelt.

Das **Screening der Eingangsbeschwerden** umfasst die ersten Schritte der Verhaltensdiagnostik bzw. der Verhaltensanalyse. Allerdings liegt in der Phase 1 der Schwerpunkt auf einem überblicksartigen Sammeln der Hauptprobleme, womit eine vor-schnelle Verengung des Blickwinkels auf einen bestimmten Teilaspekt verhindert werden soll. Je nach Art des Problems können verschiedene diagnostische Mittel zum Einsatz kommen.

Die Klärung von **Eingangserwartungen** wurde bereits beim Thema Rollenstrukturierung erwähnt. Neben diesen spezifischen Vorstellungen sind Erwartungen an die Therapie insgesamt von Bedeutung, sowohl was den Ablauf als auch was den Inhalt oder die Ergebnisse angeht. Auch diese Erwartungen können eher vage, z.T. aber auch sehr spezifisch sein, eher förderlich oder problematisch für die Therapie. Wichtig ist es in jedem Fall, dem Klienten realistische Vorstellungen zu vermitteln, ihm die Möglichkeiten und Grenzen der Therapie zu verdeutlichen. Am Ende der ersten Therapiephase sollte der Klient realistische und zugleich positive



Erwartungen an die Therapie entwickelt haben, aus denen Hoffnung auf Erfolg (ein entscheidender Wirkfaktor!) resultiert.

Der Therapeut bildet zu diesem Zeitpunkt bereits erste Ideen über mögliche **therapeutische Ansatzpunkte**. Die Auswahl dieser „targets“ ist bestimmt von zahlreichen Aspekten wie der Bedeutsamkeit und der Belastung durch die Beschwerden, der Motivation des Klienten etc. (vgl. auch Phase 2).

Natürlich sind auch einige **äußere Merkmale der Therapiesituation** Gegenstand der ersten Phase: Organisatorische Belange wie z.B. die Zuständigkeit des Therapeuten, die Kostenfrage und die konkrete Gestaltung des Therapiesettings müssen in den ersten Sitzungen geklärt werden.

Fazit: Mit Beziehungsaufbau und Klärung von Erwartungen wird in der ersten Phase das Fundament für den Therapieprozess gelegt. Die Herstellung eines kooperativen Arbeitsbündnisses ist von entscheidender Wichtigkeit und hat Vorrang vor der Arbeit an inhaltlichen Zielen.

Von Anfang an sind neben der Realisierung therapeutischer Basisvariablen wie Empathie, Akzeptanz und Unterstützung folgende Merkmale typisch für verhaltenstherapeutische Gesprächsführung:

- Strukturiertheit
- Direktivität
- Informationsvermittlung/Psychoedukation
- Zusammenfassungen
- Rückmeldungen.

Phase 2: Aufbau von Änderungsmotivation und vorläufige Auswahl von Änderungsbereichen

Motivation bezeichnet die Energie, die zum Erlangen eines bestimmten Ziels aufgewendet wird – sie ist somit immer zielgerichtet. Jeder Klient ist motiviert. Allerdings nicht unbedingt für diejenigen Ziele, die aus therapeutischer Sicht für sinnvoll erachtet werden, d.h. im Sinne einer Änderungsmotivation. Es ist ein Irrtum, Therapiemotivation gleichzusetzen mit Änderungsmotivation – es existieren vielfältige Gründe, die Klienten zwar motivieren, sich zum Therapeuten zu begeben, aber in keiner Weise eine Änderungsmotivation implizieren (z.B. Notwendigkeit einer Bescheinigung, sich aussprechen wollen etc.). In der Verhaltenstherapie wird Änderungsmotivation nicht als Voraussetzung für eine Therapie betrachtet, sondern als erstes Therapieziel, das oft erst erarbeitet werden muss. Die Aufgabe des Therapeuten besteht somit auch darin, dem Klienten zu helfen, seine Energie auf bestimmte Ziele auszurichten.

Einige **Grundprinzipien** der modernen Verhaltenstherapie bzw. Selbstmanagementtherapie sensu Kanfer et al. (2006) fördern per se die Änderungsmotivation der Klienten:

- Die persönliche Kontrolle des Klienten wird maximiert, er ist durchgängig am Therapieprozess beteiligt und behält die Kontrolle über wichtige Entscheidungen.
- Der Klient setzt sich seine Ziele selbst – hier ist die Motivationswirkung deutlich stärker als für von außen vorgegebene Zielvorstellungen.
- Die Steigerung der „self-efficacy“ ist von Anfang an zentral: Nach dem Motto „Nichts ist so erfolgreich wie der Erfolg“ soll der Klient frühzeitig erste kleine Schritte unternehmen und da-

durch sein Kompetenzzempfinden vergrößern – und Motivation entwickeln.

- Selbststeuerung und Selbstmotivation werden gefordert und gefördert.
- Maximale Transparenz: Der Klient soll verstehen, wozu welche Schritte in der Therapie dienen.
- Freiwilligkeit der Therapie – Druck in Richtung bestimmter Maßnahmen kann allenfalls vorübergehende Effekte zeigen.

Neben diesen grundsätzlich wirksamen Bedingungen ist die **Reduktion von Demoralisierung** ein wesentlicher Baustein für Änderungsmotivation. Klienten kommen häufig in die Therapie mit pessimistischen Grundmustern: Geringe Lebenszufriedenheit, aversive Gefühle, negatives Selbstbild. Es soll in der Therapie nicht darum gehen, vorhandene Probleme zu bagatellisieren, wohl aber darum, vorhandene Ressourcen des Klienten zu aktivieren und seinen Glauben an seine Problembewältigungsfertigkeiten (wieder) zu wecken. Hoffnung und ein „Quäntchen Optimismus“ sind wichtige Wirkfaktoren, die es erst ermöglichen, die Aufmerksamkeit wieder auf reale Lösungsmöglichkeiten zu richten.

Schließlich existieren **spezielle Motivationsstrategien**, die dann zum Einsatz kommen, wenn ein Motivationsproblem manifest wird. Dies ist der Fall, wenn der Klient keine Schritte zur Arbeit an seinem Problem unternimmt, beispielsweise wiederholt Hausaufgaben nicht ausführt etc. Der erste Schritt besteht in einer **Motivationsanalyse**, die klären soll, wozu der Klient derzeit wie intensiv motiviert ist, ob die bestehende Motivation auf therapeutische Ziele zu kanalisieren ist und ob Wissens- oder Fertigungsdefizite vorliegen, die ebenfalls zum Unterlassen bestimmter Schritte führen können.

Motivationsstrategien können parallel zu den Bestandteilen eines Problems am Ausgangszustand „P“, am Zielzustand „Z“ oder an den potenziellen Mitteln von P zu Z ansetzen. Die Umsetzung der einzelnen Strategien kann in diesem Rahmen nicht geschildert werden, eine genaue Beschreibung findet sich bei Kanfer et al. (2006).

In dieser zweiten Phase des Therapieprozesses kommt es bereits zu einer ersten **Ziel- und Wertklärung**, die natürlich nicht als abschließend zu betrachten ist – nicht umsonst erfolgt die eigentliche Zielvereinbarung erst in Phase vier. Aber wie bereits deutlich geworden ist, sind positiv besetzte Ziele ein wichtiger Motivationsfaktor für den Klienten. Und so ist diese erste Zielklärung eher zu verstehen als Anreizbildung und als Anregung zu kontrollierter Informationsverarbeitung, d.h. einer bewussten gedanklichen Neuorientierung, einer Beschäftigung mit ungewohnten Überlegungen. Zudem bietet sich hier die Gelegenheit für den Therapeuten, mit den Werten seines Klienten vertrauter zu werden.

Eine Möglichkeit der Systematisierung besteht darin, Ziele nach Bereichen getrennt zu erfragen, z.B. Beruf, sozialer Kontext, Partnerschaft, Freizeit etc. Eine andere (oder ergänzende) Herangehensweise besteht in **Denkanstößen**, wie z.B.:

„Wenn ich Sie in 3 Jahren besuchen würde und Ihr Leben wäre bis dahin ideal verlaufen – wie würde Ihr Leben dann aussehen?“

„Was wäre, wenn Sie Ihre Probleme nicht mehr hätten – was könnten Sie dann alles tun?“

o. Ä. (nach Kanfer et al., 2006)

9.1 Verhaltenstherapie

Die Beantwortung dieser Fragen fällt den Klienten häufig nicht ganz leicht, Aufgabe des Therapeuten ist es daher, hartnäckig zu bleiben und immer wieder genau nachzufragen („Was bedeutet es, wenn Sie sagen, Sie werden sich dann mit Ihrem Partner besser verstehen? Wie sieht das genau aus, was machen Sie anders?“).

Schließlich findet am Ende der zweiten Phase eine **vorläufige Auswahl von Änderungsbereichen**, therapeutischer „targets“ statt – der Überblick von Phase eins wird aufgrund der neuen Informationen präzisiert. Welche Beschwerden ausgewählt werden, hängt von einer Reihe sachlicher und motivationaler Kriterien ab.

Tabelle 1: Kriterien für die sachliche Auswahl von Änderungsbereichen: u.a.

- Beschwerden mit einem hohen Ausmaß an subjektiver Belastung
- Kernbeschwerden, deren Änderung eine große Bandbreite positiver Folgeeffekte erwarten lässt
- änderbare Beschwerden
- Beschwerden, für deren Besserung eine hohe Erfolgswahrscheinlichkeit besteht.
- etc.

Für die **motivationsabhängige Auswahl** von Änderungsbereichen haben sich die folgenden fünf Fragen bewährt (nach Kanfer et al., 2006)

1. Wie wird mein Leben sein, falls ich mich ändere?
2. Wie werde ich besser dastehen, falls ich mich ändere?
3. Kann ich es schaffen?
4. Was muss ich für eine Änderung investieren? („Lohnt“ es sich?)
5. Kann ich auf die Unterstützung dieses Therapeuten (und dieser Institution) bauen?

Solange diese grundlegenden Fragen vom Klienten nicht positiv beantwortet sind, werden therapeutische Aktivitäten in Richtung Änderung mit großer Wahrscheinlichkeit zum Scheitern verurteilt sein, zu Frustration und Misserfolgen führen. Genug Zeit für die Klärung dieser Punkte aufzubringen bedeutet im Endeffekt also Zeitersparnis in der Therapie. Deutlich wird hierbei auch, dass Verhaltenstherapie nicht gleichzusetzen ist mit dem Abbau von Problemverhaltensweisen, sondern dass die Förderung und Entwicklung von Alternativverhalten von großer Bedeutung ist.

Fazit: Am Ende der zweiten Phase ist (vorläufig) entschieden, welche Probleme des Klienten als Ansatzpunkte in den Änderungsprozess eingehen und in der nächsten Phase genauer betrachtet werden. Neben sachlichen Aspekten ist das Vorliegen von Änderungsmotivation das zentrale Kriterium für die Auswahl der „targets“. Motivationsklärung bzw. auch Motivationsförderung sind somit auch wichtige Ziele dieser Phase.

Phase 3: Verhaltensanalyse und funktionales Bedingungsmodell

Die funktionale Analyse bildet das Herzstück der Verhaltenstherapie, sie mündet in ein „hypothetisches Bedingungsmodell“, das seinerseits das Fundament therapeutischen Handelns darstellt. Zu unterscheiden sind **situative** und **kontextuelle Verhaltensanalyse**: erstere befasst sich mit der Mikroebene des Verhaltens, letztere mit der Makroebene, d.h. mit den Plänen des Klienten und systemischen Einflüssen.

Situative Verhaltensanalyse

Am Anfang steht die **präzise Beschreibung des Problems**. Hierfür gilt es festzulegen, welche Verhaltensausschnitte als Problem angesehen werden und diese in der Folge auf den genannten drei Ebenen zu konkretisieren (vgl. oben, Mehr-Ebenen-Ansatz). Es werden Angaben über die Art des Problems gemacht (Verhaltensexzess, Verhaltensdefizit ...) sowie über Häufigkeit, Schwankungen und Intensität der problematischen Verhaltensmuster.

Beispiel:

Eine Angstproblematik wird mit ihren physiologischen Merkmalen (z.B. Herzrasen, Schwitzen, Zittern, Atemnot etc.), Gedanken (z.B. „Ich muss hier raus“, „Ich könnte in Ohnmacht fallen“) und motorischem Verhalten (z.B. Verlassen der Situation) präzise beschrieben. Zudem werden weitere Aspekte wie Häufigkeit, Schwankungen etc. so genau erhoben, bis ein umfassendes Bild der Problematik entstanden ist.

Der nächste Schritt liegt in der **Erfassung situationaler Bedingungen** des Verhaltens. Wie oben beschrieben geht die Verhaltenstherapie davon aus, dass menschliches Verhalten gesteuert wird von Situationen und nachfolgenden Bedingungen/Konsequenzen. Es wird also sorgfältig analysiert, welche auslösenden und aufrechterhaltenden Bedingungen für das Problemverhalten existieren, die dann wiederum auf α -, β - und γ -Ebene expliziert werden.

Beispiel:

Bei einer Angstproblematik wird genau erfragt, in welchen Situationen die Angst auftritt (z.B. in Kaufhäusern, Kino, U-Bahn etc.), welche Gedanken das Auftreten oder den Verlauf beeinflussen (z.B. „Oh Gott, was ist, wenn mir hier etwas zustößt ...“) und welche Konsequenzen dem gezeigten Verhalten nachfolgen (z.B. Nachlassen der Angst nach Verlassen der Situation als kurzfristige Konsequenz, langfristig deutliche Einschränkungen im Alltag).

Des Weiteren wird der **bisherige Umgang mit dem Problem** erfasst. Hierdurch wird klarer, in welche Richtung therapeutische Vorstöße eher nicht angebracht sind, weil ein Patient schon etliche erfolglose Versuche dieser Art unternommen hat, bzw. es treten nützliche Selbsthilfestrategien zu Tage. Auf diese Weise wird auch ein Überblick über die Ressourcen des Patienten gewonnen, was durchaus therapeutische Wirkung hat, geraten sie doch im Laufe einer Krankheitsgeschichte leicht in den Hintergrund.

Die **Genese und Entwicklung des Problems** kann zwar retrospektiv nicht mehr exakt ermittelt werden, Informationen über



die Dauer, Schwankungen in der Intensität oder auch in der Art des Problems sollten aber in jedem Fall erhoben werden. Hiermit ergeben sich Hinweise zur Integration des Problems in den Alltag (bei langer Störungsdauer wird meist ein bestimmter Modus Vivendi gefunden, den Alltag zu bewältigen, bzw. dieser wird um das Problem herum organisiert) und über Umstände, die in der Vergangenheit zu Schwankungen des Problems führten, was u.U. therapeutisch relevant wird.

Schließlich werden das **Health-Belief-Model** bzw. die **Attributionen** des Patienten erfasst. Ersteres meint die Vermutungen des Klienten über die Entstehung seines Problems, welche für die weitere Therapie durchaus von Bedeutung sein können: Ein Betroffener wird so lange nicht bereit sein, sich mit dem verhaltenstheoretischen Modell seiner Störung auseinander zu setzen, wie er von ihrer genetischen Verursachung überzeugt ist. Andererseits können manche Hypothesen des Patienten u.U. eine gute Überleitung zur Erklärung des plausiblen Modells des Therapeuten bieten. Neben diesen Kausalattributionen ist von Bedeutung, inwieweit der Betroffene sich Möglichkeiten der Kontrolle bzw. Beeinflussung des Problems zuschreibt – die Herstellung einer Kontrollattribution kann ein erstes wichtiges Therapieziel darstellen.

Beispiel:

Selbstbeobachtung stellt vielfach eine Möglichkeit dar, beim Klienten ein erstes, zunächst vages Gefühl von Kontrolle zu erzielen, indem er lernt, die Problematik differenziert zu betrachten und eventuell erste Einflussfaktoren zu identifizieren.

Kontextuelle Verhaltensanalyse

Im Gegensatz zur situativen Verhaltensanalyse ist hier der Auflösungsgrad eher grob und die Vorgehensweise zum Teil eher erschließend-induktiv.

Bei der vertikalen Verhaltensanalyse/Plananalyse werden von einzelnen Verhaltensweisen ausgehend Rückschlüsse über übergeordnete Ziele getroffen. Die Frage ist also: „Welchen individuellen Zielen/Plänen dienen Verhaltensweisen x, y, z?“ Zugrunde liegt die Konzeption von Verhalten als hierarchisch organisiertem zielgerichtetem Handeln. Die Annahme ist somit, dass jegliches Verhalten der Erfüllung bestimmter individueller Ziele dient, welche wiederum die Befriedigung von zentralen menschlichen Bedürfnissen sicherstellen sollen. Jeder Mensch erwirbt im Laufe seiner Lerngeschichte Regeln darüber, wie er am ehesten eine Bedürfnisbefriedigung erreichen kann. Je nach Ursprungsfamilie können z.B. ganz unterschiedliche Regeln darüber entstehen, welches Verhalten dem Gewinn von Zuneigung und Sicherheit dient. Solche individuell erworbenen Regeln werden in der Plananalyse als Pläne bezeichnet. Sie nehmen Einfluss auf das Verhalten, auch wenn sie dem Individuum zum Teil gar nicht bewusst sind. Im verhaltenanalytischen SORC-Schema sind dies Variablen, die die Organismus-Merkmale (β -Ebene) kennzeichnen. Bestimmte Pläne können dysfunktional wirken, so führt z.B. der Plan „Sei perfekt!“ u.U. zu großen Enttäuschungen bis hin zu depressiven Zuständen, wenn er nicht erfüllt werden kann. Probleme ergeben sich auch, wenn beispielsweise zwei sehr wichtige Pläne miteinander im Widerspruch stehen. Das Erschließen von Plänen ist im Sinne von heuristischen Hypothesen zu verstehen, die stetig am konkreten Verhalten

überprüft werden. Für die Therapie stellen Pläne durchaus einen Ansatzpunkt dar, vor allem die kognitiven Methoden setzen hier an (vgl. unten, verhaltenstherapeutische Methoden). Sehr ausführlich ist plananalytisches Vorgehen bei Caspar (2007) beschrieben.

Systembedingungen stellen einen weiteren wichtigen Aspekt der kontextuellen Verhaltensanalyse dar und liefern u.U. wichtige Hinweise für mögliche therapeutische Ansatzpunkte, indem die funktionale Einbettung des Problemverhaltens in den gesamten Lebenskontext analysiert wird. Bedeutsam ist hierbei das soziale System des Klienten, besonders Partnerschaft und Familie. Die Hauptaufgaben der Strukturdiagnostik sozialer Systeme sind in folgender Übersicht zusammengefasst:

Tabelle 2: Hauptaufgaben einer Strukturdiagnostik sozialer Systeme nach Kanfer et al. (2006)

1. Identifikation problemstabilisierender Systemregeln:

Welche expliziten und impliziten Regeln bzw. Sanktionen gibt es im betreffenden System?

Welche Regeln tragen zu einer Stabilisierung der Probleme bei? Welche Regeln konstituieren das Problem, d.h. sind funktional verantwortlich dafür?

2. Identifikation systemstabilisierender Probleme und Verhaltensweisen:

Wie nützlich (gemessen an seinen Funktionen bzw. subjektiven Gewinnen/Verlusten) ist das Problem für die einzelnen Mitglieder des Systems? Funktioniert ein System erst durch bestimmte Probleme? Hat das Problem einen existenziellen Stellenwert für das System, d.h., würde das System ohne das Problem zerfallen? (vgl. beispielsweise viele sog. psychosomatische Familien, die nur dann als Familie „funktionstüchtig“ sind, wenn mindestens eine kranke Person im System zu betreten ist).

3. Identifikation von Regelkonflikten durch Zugehörigkeit zu mehreren Systemen:

Gibt es z.B. widersprüchliche Systemregeln in Schule/Eiternhaus oder Familie/Arbeitsplatz, die ein Individuum in gravierende Konflikte stürzen?

Konkret stellt sich für Therapeuten beispielsweise die Frage, ob Teile des Systems, wie z.B. der Partner, in die Therapie einbezogen werden sollten, ob bestimmte Systemregeln änderbar sind oder während der Therapie in Kauf genommen werden müssen etc. Selbst wenn nur mit dem Klienten selbst gearbeitet wird, hat dies meist Auswirkungen auf das Gesamtsystem – sich mit seinen Regeln zu beschäftigen, ist daher sinnvoll und gibt Hinweise darauf, wo Veränderung aller Wahrscheinlichkeit nach vom System unterstützt und wo sie erschwert wird.

Alle bisher aufgeführten Schritte münden in die Erstellung eines **hypothetischen Bedingungsmodells** für das Problem, was die für die Entstehung und Aufrechterhaltung zentralen Bedingungen des Problemverhaltens zusammenfasst und die Grundlage für nachfolgende Interventionen liefert. Wie der Name nahe legt, ist ein solches Modell als hypothetisch zu betrachten, es stellt die dem momentanen Kenntnisstand nach plausibelste Erklärung für Genese und Aufrechterhaltung eines Problems dar. Es ist offensichtlich, dass bei der u.U. lange zurückliegenden Ent-

9.1 Verhaltenstherapie

stehung des Problems die Bedingungen immer den Charakter von „möglichen Variablen“ haben. Die Bedingungen der aktuellen Aufrechterhaltung sind dagegen leichter zu überprüfen, indem die Auswirkungen der Veränderung von bestimmten Bedingungsvariablen registriert werden. Wenn im weiteren Therapieverlauf durch neue Informationen deutlich wird, dass bestimmte angenommene Zusammenhänge so nicht haltbar sind, werden diese modifiziert – Therapie heißt somit auch **Hypothesentesten**. Auch wenn die solchermaßen systematisierten Informationen niemals vollständig sein können, konstituiert das hypothetische Bedingungsmodell die Grundlage für die weitere Therapieplanung. Außerdem erfüllt es eine weitere wichtige Funktion, indem es dem Klienten ein **plausibles Erklärungsmodell** für seine Schwierigkeiten liefert, aus dem sich bestimmte therapeutische Interventionen gewinnen lassen. Beispielsweise wird bei einer Angstproblematik deutlich, dass das Vermeidungsverhalten des Klienten die Problematik langfristig stabilisiert und deswegen nicht zielführend ist. Eine plausible Erklärung der Schwierigkeiten wird oft als Reduktion des Hilflosigkeitsgefühls erlebt und ist auf diese Weise auch als motivationsfördernd anzusehen.

Auch wenn sich manchmal ein solches hypothetisches Bedingungsmodell rasch und implizit bildet, ist eine Explizierung unbedingt anzuraten! Dies entspricht der Forderung nach Transparenz des therapeutischen Vorgehens und erleichtert schließlich das Reflektieren von Widersprüchen und eine mögliche Modifikation einzelner Variablen. Als Grundlage dient wiederum das SORC-Schema, mit der entsprechenden Berücksichtigung der verschiedenen Ebenen des Verhaltens (vgl. Beispiel unten). Zudem ist eine Unterscheidung von prädisponierenden, auslösenden und aufrechterhaltenden Bedingungen sinnvoll.

Beispiel:

Verhaltensanalyse und hypothetisches Bedingungsmodell bei einer Klientin mit einer Zwangsstörung: Grundbefürchtung ist die Kontamination mit Tierhaaren.

Prädisponierende Faktoren liegen in der spezifischen Lerngeschichte der Patientin. Das Klima im Elternhaus beschreibt sie als geprägt von ständiger Abwertung ihrer Bedürfnisse bzw. ihrer gesamten Person. Dies führte zur Ausbildung eines niedrigen Selbstwertgefühls bzw. zur Übernahme der abwertenden Äußerungen gegen die eigene Person. Zusätzlich zu diesem übergeordnet wirksamen Faktor erfuhr die Patientin eine spezielle Sozialisation im Bereich Sauberkeit, indem die Mutter hier ein pedantisches Modell bot und die Patientin auch in diesem Bereich nicht ihren Erwartungen entsprach und oft gerügt wurde. Im Zusammenhang mit den Schuldzuweisungen des Vaters, sie sei an der Krankheit der Mutter schuld, führten die genannten Aspekte zu den dysfunktionalen Überzeugungen, nichts richtig zu machen und nichts wert zu sein sowie zu einer globalen Verunsicherung der Patientin. Zum Ausbruch der Zwangssymptomatik kam es, als die Patientin in ihrem Beruf eine weitere verunsichernde Situation erlebte, nämlich eine „Strafversetzung“, deren Gründe für die Patientin diffus blieben („Etwas hat nicht gepasst“). Seit dieser Zeit leidet sie unter Zwangsgedanken und –handlungen, die durch negative Verstärkung (kurzfristigen Spannungsabbau) aufrechterhalten werden. Zu einer erneuten Verschlimmerung der Symptomatik kam es im Zuge der Veränderung der Lebenssituation durch die Schwangerschaft vor vier Jahren, bedingt durch Versagensangst in diesem neuen Aufgabenbereich.

Die Explizierung des hypothetischen Bedingungsmodells ist auch zentraler Bestandteil des Therapieantrags und wird somit von Seiten des Gutachters auf Plausibilität überprüft.

Fazit: Die Verhaltensanalyse (auf Mikro- und Makroebene) ist das Herzstück der Verhaltenstherapie – auf dieser Basis wird entschieden, an welchen Bedingungen weitere Interventionen ansetzen. Da ein solches Bedingungsmodell immer hypothetischen Charakter hat, kann Therapie auch als Hypothesentesten beschrieben werden.

Tabelle 3: Bedingungsmodell einer Patientin mit Zwängen

Situation (S)	Selbstregulationssystem (O)	Reaktion (R)	Konsequenz (C)
Extern: S_{ext}	Individuelle Lerngeschichte: O _β	R _β : Vermeidung der diversen kritischen Situationen, wenn möglich (bei S1)	Kurzfristig: C ⁻ : Reduktion der Angst/Unruhe
1. Fenster aufmachen Kleidung in den Schrank räumen Kontakt mit Tieren oder zugehörigen Dingen wie Tierfutter	<ul style="list-style-type: none"> • strenge Erziehung in Bezug auf Sauberkeit • Abwertung der eigenen Person/Gefühle durch die Eltern • Zuschreibung von Verantwortung für die Krankheit der Mutter 	R _β : Angstreaktion R _{ext} : Zwangshandlungen, Neutralisierungen: Duschen, Haarewaschen, Händewaschen, Putzen, ritualisierte Kontrollen etc. (bei S2)	C ⁻ : Erschöpfung Hautschäden
2. Waschmaschine anmachen, Morgenhygiene, Einkaufen, etwas vom Boden aufheben, bestimmte Kleidungsstücke aufräumen, Schuhe putzen	Pläne: Sei ordentlich und sauber! Suche Sicherheit! Büße für Deine Schuld! Dysfunktionale Überzeugungen: Ich bin nichts wert. Ich mache alles falsch.	R _β : Sorgen über „Verseuchung“ R _{ext} : Unruhe, physiologische Erregung	Langfristig: C ⁻ : Konflikte mit Ehemann C ⁻ : Sorge um die Entwicklung der Tochter C ⁺ : keine Zeit für angenehme Aktivitäten C ⁺ : finanzieller Aufwand (Putzmittelverbrauch etc.)
Intern: S_{int}			
Gedanken, ein Gegenstand könnte verseucht sein			

C⁺, C⁻, C⁺, C⁻ bezeichnet die Darbietung bzw. Entfernung eines positiven bzw. negativen Stimulus. Zur Aufrechterhaltung eines Verhaltens muss dieses nach den Prinzipien der Lerntheorie entweder positiv oder negativ verstärkt werden (Begriffserklärung siehe Tab. 6)



Phase 4: Vereinbaren therapeutischer Ziele

Es ist ein Trugschluss anzunehmen, aus der ausführlichen Problemanalyse erschließen sich automatisch die anzustrebenden Therapieziele. Um wieder an das Problemlösemodell anzuknüpfen, ist hiermit lediglich der Ausgangszustand expliziert – der End- oder Sollzustand ist in jedem Fall von normativen Faktoren (also gesellschaftlichen und individuellen Werten, Standards...) beeinflusst. Bei der **Zielklärung** geht es darum, aus dem großen Komplex von Lebenszielen die Teilmenge der Therapieziele herauszufiltern. Zunächst erfolgt dies in einer Sammlung von Zielideen, die wieder von Imaginationsübungen oder durch ein Brainstorming angeregt werden kann (vgl. auch Phase 2, Ziel und Wertklärung).

Die Prüfung dieser Zielsammlung, das Aussondern ungeeigneter Ziele und die Konkretisierung der einzelnen Ideen erfolgt in der anschließenden **Zielanalyse**.

In einem ersten Schritt werden die meist eher vagen Oberziele (z.B. „besser zurechtkommen“, „zufriedener sein“...) zum einen genau expliziert und **konkretisiert** („Was heißt das für Sie konkret – Wie sieht das aus?“, „Was werden Ihnen nahe stehende Personen bemerken?“ etc.), zum anderen in Teilziele differenziert. Dies kann grafisch durch **Zielhierarchien** dargestellt werden, in denen auch die Vernetzungen einzelner Unterziele deutlich gemacht werden können. Hierbei werden stets positive Formulierungen angestrebt (also nicht: „Ich möchte keine Angst mehr haben, wenn ich ins Kaufhaus gehe ...“, sondern: „Ich will wieder in der Lage sein, ins Kaufhaus zu gehen ...“ etc.), denn nur diese induzieren die nötige „pull“-Motivation bei Klienten („push“-Motivation meint Motivation durch Leidensdruck, „pull“-Motivation bezeichnet Motivation durch Anreize, durch aktiv angestrebte Ziele).

Bei diesem Prozess der gemeinsamen Zielanalyse ist es zudem Aufgabe des Therapeuten, darauf zu achten, dass die entwickelten Ziele realistisch sind. Manche Klienten sind nicht in der Lage, den **Realitätsgehalt** ihrer Zielvorstellungen eigenständig zu überprüfen, Utopien von realistischen Zielen zu trennen.

Bei an sich realistischen Zielen ist darauf zu achten, ob der Klient bereits alle notwendigen **Fertigkeiten** – kognitive und verhaltensmäßige Voraussetzungen – zur Zielerreichung besitzt oder ob diese in einem Zwischenschritt erst ausgeformt werden müssen. Schließlich kann die soziale Umgebung Ressourcen anbieten, u.U. aber auch ein erhebliches Hemmnis für ein bestimmtes Ziel darstellen. Gleiches gilt für materielle **Rahmenbedingungen** wie finanzielle oder zeitliche Faktoren, Wohnsituation etc. (vgl. Systembedingungen, kontextuelle Verhaltensanalyse).

Zielklärung beinhaltet immer die Beschäftigung mit Wertvorstellungen, Standards, sowohl auf Klienten- als auch auf Therapeutenseite. Im Prinzip befürwortet der Selbstmanagementansatz einen Pluralismus von Lebensstilen, dem jedoch persönliche Grenzen gesteckt sind. Im Extremfall könnte es also dazu kommen, dass der Therapeut es aus ethischen Überlegungen ablehnt, angestrebte Ziel des Klienten zu unterstützen (z.B. Klient möchte sich eine asiatische Frau kaufen, um nicht mehr allein zu sein ...). Gleiches gilt natürlich für den Klienten, wenn dieser die Wertvorstellungen des Therapeuten als untragbar empfindet. Fragen dieser Art stellen sich z.B. vermehrt bei unterschiedlichen kulturellen und sozialen Hintergründen von Therapeut und Klient.

Am Ende dieser Phase sollte eine **gemeinsame Zielvereinbarung** stehen: Beide Seiten sollten Klarheit darüber haben, an der Erreichung welcher Ziele ab jetzt gearbeitet wird.

Therapeutische Ziele unterscheiden sich von „guten Alltagsvorsätzen“ insofern, als sie einen hohen Verbindlichkeitsgrad aufweisen und dass vom Klienten Schritte in Richtung Zielerreichung erwartet werden. Aufgabe des Therapeuten ist es, dies deutlich zu machen, aber auch Mittel und Wege herauszuarbeiten, die die Umsetzung der Ziele für den Klienten erleichtern. Zudem hilft der Therapeut, realistische Zwischenziele zu entwickeln, wenn die Ziele zu hoch gesetzt erscheinen – eine wesentliche Maßnahme zur Verhinderung von Enttäuschungen und Misserfolgen. „**Think small steps!**“ ist ein wichtiges Prinzip in der Verhaltenstherapie. Eine Möglichkeit, Zielbereiche in Zwischenschritte zu zerlegen und sehr genau zu operationalisieren, stellt das GAS (Goal Attainment Scaling) dar (vgl. Phase 6, S. 299).

Fazit: In der Phase der Zielvereinbarung wird inhaltlich an die Ansätze der Ziel- und Wertklärung der zweiten Phase angeknüpft, und es werden nun genau operationalisierte Therapieziele bestimmt. Auch dies wird als ein gemeinsamer Prozess verstanden. Es ist die Aufgabe des Therapeuten, den Klienten dazu anzuregen, positiv formulierte Ziele zu entwickeln, sowie darauf zu achten, dass diese Ziele realistisch sind und in kleinen Schritten verwirklicht werden können.

Phase 5: Planung, Auswahl und Durchführung spezieller Methoden

Verhaltenstherapeutische Verfahren im engeren Sinne werden schwerpunktmäßig erst relativ spät im therapeutischen Prozess eingesetzt. In der Phase fünf des Modells geht es zunächst um die Frage der Indikation: Welche Veränderungsrichtung ist einzuschlagen und welche Veränderungsprinzipien sind anzuwenden? Verhaltenstherapeutisches Vorgehen ist weitgehend störungsorientiert, d.h., der Einsatz bestimmter Methoden variiert nach Problem/Diagnose. Mittlerweile existiert eine Vielzahl störungsspezifischer Therapiemanuale, die die Durchführung und Abfolge einzelner Interventionsschritte beschreiben. Manuale bieten somit eine wichtige Hilfestellung, entheben den Therapeuten allerdings nicht der Verantwortung zu entscheiden, ob und wie eine individuelle Anpassung der standardisierten Vorgehensweise nötig ist. Schließlich begegnet dem Therapeuten in der Praxis oft eine Kombination verschiedenster Probleme, deren Behandlung nicht ohne weiteres einem Manual zu entnehmen ist.

Bei der Planung der Methoden wird zunächst das Veränderungsprinzip an sich ausgewählt (z.B. graduierte Konfrontation bei einer Agoraphobie), das dann in der Folge konkret auf den Einzelfall zugeschnitten wird (Auswahl der entsprechenden Situationen, Erstellung einer Angsthierarchie etc.).

Das funktionale Bedingungsmodell, in das die bisherigen Klienteninformationen integriert sind, wird in dieser Phase durch ein **Änderungsmodell** ergänzt, das gleichfalls als hypothetisch zu verstehen ist und im Prinzip auch seit Beginn der Therapie entwickelt wird. Bei der Auswahl einer Interventionsstrategie ist

Tabelle 4: Goal Attainment Scaling (GAS) – Ein Beispiel für eine Methode der zielorientierten Evaluation

Bei diesem Verfahren werden Therapieziele sehr konkret und verhaltensnah expliziert: „Woran können wir erkennen, dass Sie dem Ziel näher gekommen sind?“ Es wird zudem eine Skalierung bezüglich der erreichten Veränderung eingeführt, die in der Regel fünf Stufen umfasst und von „wesentlich schlechter als erwartet“ bis „wesentlich besser als erwartet“ reicht. D.h. der Klient operationalisiert jede Stufe, indem er konkrete Verhaltensweisen benennt.

Beispiel: GAS-Protokollbogen einer bulimischen Patientin

	Skala 1: Reduzierung der Ess-Brech-Anfälle	Skala 2: Intensivierung von Sozialkontakten außerhalb der Familie	Skala 3: Intensivierung des Studiums/ Besuchen von Veranstaltungen
-2 wesentlich schlechter als erwartet	3 Ess-Brech-Anfälle/ Tag	keinerlei Außenkontakte	Besuch keiner Veranstaltungen
-1 schlechter als erwartet	1 Ess-Brech-Anfall/ Tag	Kontakte zu 1 Person 1mal alle 2 Wochen	Besuch von höchstens 2 Veranstaltungen = 4h/ Woche
0 erwartetes Ergebnis	1-2 Ess-Brech-Anfälle /Woche	Kontakt zu 1 Person/ Woche	Besuch von 5 Veranstaltungen = 10h/ Woche
+1 besser als erwartet	1 Ess-Brech-Anfall alle 2 Wochen	Kontakt zu 2 Personen/ Woche	Besuch von mindestens 7 Veranstaltungen = 14h/ Woche
+2 wesentlich besser als erwartet	keine Ess-Brech-Anfälle mehr	Kontakt zu mehr als 2 Personen/ Woche	Besuch aller Veranstaltungen nach Studienplan = 20 h/ Woche

Langzeitziele werden auf diese Weise durch Zwischenziele strukturiert, einzelne zwischenzeitlich erreichte Ziele werden durch neue ersetzt. Falls Misserfolge auftreten, werden sie dahingehend analysiert, ob eine Modifikation der Aufgabensetzung nötig ist.

Fazit: Evaluation ist als therapiebegleitende Qualitätssicherungsmaßnahme unverzichtbar. Bei einer Beteiligung des Klienten am Evaluationsprozess kann sie zudem als anspornende Rückmeldung über bereits erreichte Fortschritte genutzt werden. Wie und was genau evaluiert wird, ist von Therapiesetting und vorrangiger Fragestellung abhängig.

Phase 7: Endphase – Erfolgsoptimierung und Abschluss der Therapie

Diese letzte Phase des Therapieprozesses steht ganz im Zeichen der zunehmenden Selbständigkeit des Klienten – ein Ziel, das sich durch den gesamten Therapieverlauf zieht, gegen Ende aber naturgemäß noch an Wichtigkeit gewinnt. Schließlich soll der Klient nach Abschluss der Therapie in der Lage sein, seine erworbenen Fertigkeiten im Alltag einzusetzen und eventuell auftretende Krisen allein zu bewältigen. In der Therapie geht es deshalb darum, die Transferleistung des Klienten zu fördern, ihm in Form von Selbstmanagement-Fertigkeiten Problemlösestrategien an die Hand zu geben und auf diese Weise Rückfallprophylaxe zu betreiben.

Der **Transfer therapeutischer Fortschritte** sollte nicht als selbstverständlich betrachtet werden, als eine Leistung, die gewissermaßen automatisch vom Klienten zu erbringen ist – es gilt vielmehr, ihn aktiv zu planen und zu fördern.

Basal ist in diesem Zusammenhang die **Nutzung lerntheoretischer Prinzipien** der Stabilisierung und Generalisierung: z.B. „Überlernen“ von neuen Verhaltensweisen, Variation von Stimuli bzw. Situationen in der Therapie, Aufbau flexibler Reaktionsstrategien statt nur einer isolierten Verhaltensweise etc.

Das **Einüben neuer Verhaltensweisen** in der natürlichen Umgebung ist unbedingt zu fördern. So ist es speziell bei Störungsbildern wie Ängsten und Zwängen zielführend, bestimmte kritische Interventionen (wie z.B. Exposition und Reaktionsverhinderung) in der natürlichen Umgebung des Klienten durchzu-

führen bzw. die Therapiesituation der Realsituation in möglichst vielen Aspekten anzugleichen. Schon erwähnt wurde die Rolle von **Hausaufgaben**, mit denen bereits von Anfang an die Zeit zwischen den Sitzungen, also die Zeit in der natürlichen Umgebung für diagnostische Zwecke oder zum Üben bestimmter Fertigkeiten genutzt wird.

Ein wesentlicher Punkt auf einer Art Metaebene ist der **Einsatz von Selbstregulations- und kognitiven Vermittlungsprozessen**. Zum einen gilt es hier, gemeinsame Muster von erfolgreichen Verhaltensänderungen herauszuarbeiten, um diese auch später nutzen zu können. Zum anderen ist es Ziel der Therapie, dass der Klient Selbstmanagement-Fertigkeiten erlernt, d.h. generelle Strategien des Problemlösens, Herangehensweisen an Ziele etc. Hierfür kann der gesamte Therapieprozess als Beispiel und zur Veranschaulichung wesentlicher Schritte wie Problemanalyse, Zielfestlegung, Durchführung von Interventionen dienen.

Ein weiteres Ziel, das die Endphase der Therapie kennzeichnet und gleichfalls mit dem Erwerb von Selbstmanagement-Fertigkeiten bearbeitet wird, ist die **Rückfallprophylaxe**. Hierbei werden ausgehend von realen oder vorgestellten Rückfällen, potenziell kritische Situationen identifiziert und anschließend ein-

Tabelle 5: Grundschnitte von Selbstmanagement (aus: Kanfer et al., 2006)

1. Selbstbeobachtung

- Identifikation von kritischen Situationen
- Entscheidung: Intervenieren notwendig?

2. Coping

- Entscheidung: aktives Eingreifen vs. passives, emotionales Coping
- Aufbau/Einsatz konkreter Bewältigungsstrategien

3. Evaluation der Bewältigungsstrategien

„Mache ich es richtig? Ist es so effektiv?“

9.1 Verhaltenstherapie

Die Verhaltenstherapie dem Gesichtspunkt der empirischen Überprüfung verpflichtet. Es existieren bestimmte Standardtechniken, deren Effektivität im Bezug auf spezielle Störungsbilder nachgewiesen ist. Aufgabe des Therapeuten ist es, sich mit diesen Verfahren vertraut zu machen und somit über einen angemessenen **Wissens- und Handlungsspeicher** zu verfügen, um auf dessen Grundlage eine fundierte Entscheidung treffen zu können.

Jede Maßnahme, die für einen bestimmten Klienten in Frage kommt, muss außerdem zunächst nach ihren Anforderungen an den Klienten analysiert werden:

Welche Anforderungen stellt die geplante Intervention in Bezug auf:

- Wissen
- Können
- Motivation
- Rahmenbedingungen
- sonstige Hilfsmittel/Ressourcen etc.

Unter Umständen wird bei einer solchen Analyse deutlich, dass eine bestimmte Intervention (noch) nicht geeignet ist bzw. erst bestimmte Zwischenschritte erfolgen müssen. Informationen über die aktuellen Kompetenzen des Klienten werden hierzu beiläufig auch schon in früheren Phasen erhoben.

Generell günstig ist es, geplante Interventionen schon frühzeitig im Therapieprozess zu „säen“ (*seeding*), indem gezielt bestimmte Informationen oder Denkanstöße gegeben werden.

Die nachfolgende **Indikationsfrage** sollte der Therapeut unter Einbezug aller Klienteninformationen und der momentan gesicherten theoretischen und empirischen Wissensbestände treffen – und auch rechtfertigen können. Eine Liste von Heuristiken für die Auswahl einer bestimmten Intervention findet sich bei Kanfer et al. (2006).

Dem Klienten wird das geplante therapeutische Vorgehen ebenfalls transparent und verständlich gemacht (**Vermittlung eines plausiblen Therapiemodells**). Die Nachvollziehbarkeit der angestrebten Interventionen und das Vertrauen des Patienten in deren Sinnhaftigkeit ist zentral für seine Mitarbeit und somit für den therapeutischen Erfolg.

Die Verantwortung für die technische Durchführung der gewählten Maßnahme liegt beim Therapeuten – aus ethischen Gründen sollte er nur auf Techniken zurückgreifen, deren adäquate Durchführung er aufgrund seiner Kompetenzen verantworten kann. Bei Interventionen, die der Klient allein, z.B. im Rahmen einer Hausaufgabe, durchführen soll, ist eine intensive Vorbereitung der Umsetzung und das Eingehen auf potenziell kritische Situationen unabdingbar.

Das weitere Vorgehen hängt jeweils von den Ergebnissen einer bestimmten Maßnahme ab, d.h., neue Informationen nach der Durchführung bestimmter Schritte gehen in die weitere Therapieplanung ein (**Prinzip des ergebnisorientierten Optimierens**).

Ein Überblick über einzelne verhaltenstherapeutische Methoden wird in der zweiten Hälfte dieses Kapitels gegeben.

Fazit: Der Einsatz von Methoden geschieht nach einer sorgfältigen Beantwortung der Indikationsfrage und verfolgt dann das Prinzip des ergebnisorientierten Optimierens. Die Vermittlung eines plausiblen Therapiemodells an den Klienten ist

wichtig für seine Bereitschaft, bei der Umsetzung aktiv mitzuarbeiten.

Phase 6: Evaluation therapeutischer Fortschritte

Evaluation ist aus mehreren Gründen ein wichtiges Thema in der Therapie.

Zum einen ermöglicht nur eine **therapiebegleitende Diagnostik** eine optimale Grob- und Feinsteuerung des therapeutischen Prozesses. Eine solche Veränderungsmessung macht natürlich nur dann Sinn, wenn Ziele festgelegt sind, wenn klar ist, welche Kriterien Erfolg bzw. Misserfolg anzeigen. Hierzu muss der Therapeut einen erwarteten, typischen Verlauf bei dem Einsatz der gewählten Methode kennen, um so den Realverlauf zu diesem in Beziehung setzen zu können. Oder aber er bezieht sich auf einen von ihm in diesem Fall erwarteten Fortschritt.

Der Klient wird durch Selbstbeobachtung oder zur Ermittlung der Kriterien in den Evaluationsprozess einbezogen. Auf diese Weise erhält er Rückmeldungen über erzielte Erfolge, die zur Steigerung seiner Selbstwirksamkeitserwartungen beitragen. Evaluation ist somit als prozessübergreifend zu verstehen, nicht als auf einen bestimmten Zeitpunkt begrenzt.

Zum anderen besteht mittels **Prä-post-Evaluation** die Möglichkeit, die Wirksamkeit einer durchgeführten Therapie zu überprüfen. Dies erfordert eine sorgfältige Erfassung des Ausgangs- und Endzustands, muss also bereits zu Beginn der Therapie geplant werden. Kritisch anzumerken ist allerdings, dass durch ein solches Vorgehen keinesfalls klar wird, ob die festgestellten Veränderungen auf die Therapie zurückzuführen sind – zu komplex sind die Wechselwirkungen zwischen therapeutischen und außertherapeutischen Einflussfaktoren.

Kanfer et al. (2006) empfehlen das folgende praxisnahe Vorgehen: eine **zielabhängige Evaluation**, bei der für jeden individuellen Therapieprozess die folgenden Fragen vom Therapeuten zu beantworten sind:

1. Was genau möchte ich evaluieren?

Wird eher eine problemzentrierte Evaluation (Mikroebene) angestrebt oder eine systembezogene Evaluation (Makroebene)? Oder soll versucht werden, die Selbstmanagementfertigkeiten des Klienten zu erfassen?

2. Womit möchte ich evaluieren?

Gibt es bereits passende Evaluationsmittel oder muss eine passende Methode entwickelt werden? Beispielhaft wird unten das Verfahren des Goal Attainment Scaling (vgl. Kiresuk und Sherman, 1968) beschrieben.

3. Wozu möchte ich evaluieren?

Je nach Ziel der Evaluation werden auch die entsprechenden Mittel ausgewählt. Beispielsweise macht es einen Unterschied, ob die subjektive Zufriedenheit mit der Therapie erfasst werden soll oder die Erreichung konkreter Ziele.

4. Unter welchen Bedingungen möchte (kann) ich evaluieren?

Aufwendige Evaluationsbemühungen scheitern u.U. an bestimmten Rahmenbedingungen wie Zeitdruck, finanziellen und personellen Ressourcen etc. Eine Evaluationsmethode muss somit an die Praxisbedingungen angepasst sein. Zudem ergeben sich Unterschiede in der Bereitschaft zur Mitarbeit von Seiten des Klienten – Evaluationsbemühungen dürfen nicht dazu führen, dass Klienten überfordert werden bzw. ihre Therapiemotivation beeinträchtigt wird.



9.1 Verhaltenstherapie

effektiver Umgang mit eben diesen Risikosituationen antizipiert. Wenn möglich werden diese Verhaltensweisen in der Therapie z.B. durch Rollenspiel geübt, wird die Risikosituation auf diese Weise vorweggenommen („prehearsal“).

Beispiel:

Aufgrund früherer Rückfälle sind bei einem alkoholabhängigen Patienten Stress im Beruf und Angst vor Versagen als kritische Situation identifizierbar. Es wird eine Art Notfallplan erarbeitet, der zum einen an positive Selbstverbalisationen anknüpft, zum anderen ganz gezielt Alternativverhalten umfasst, wie z.B. Besuch bei Schwester oder Eltern, sportliche Aktivitäten etc., das statt des Besuches der Stammkneipe durchgeführt werden kann.

Nicht alle Schwierigkeiten sind jedoch vorhersehbar – Klienten müssen lernen, sich auf Ungewissheit und Unvorhergesehenes einzustellen, um in neuen Situationen flexibel handeln zu können. Insgesamt werden Klienten ermutigt, neu erlernte Selbstregulationsstrategien über lange Zeit hinweg bewusst anzuwenden, bis ein gewisser Automatisierungsgrad erreicht ist. Bei manchen Störungsbildern (z.B. im Suchtbereich) kann eine lebenslange „zwanghafte Selbstregulation“ notwendig sein.

Inhalt dieser Phase kann darüber hinaus die Bearbeitung restlicher therapeutischer Ansatzpunkte sein, was einen neuen Durchlauf des Modells bedeutet. Es ist hierbei darauf zu achten, inwieweit die therapeutische Arbeit an diesem neuen „target“ sinnvoll erscheint oder ob das Einbringen neuer Themen eher als ein Hinweis auf Ablösungsschwierigkeiten zu werten ist. Es geht schließlich nicht darum, in der Therapie alle Probleme des Klienten zu lösen, sondern ihm Strategien an die Hand zu geben, die ihn zu einem konstruktiven Umgang mit Problemen befähigen (vgl. oben).

Im Idealfall beschließen Therapeut und Klient übereinstimmend das Ende der Therapie, wenn die angestrebten Ziele erreicht sind. Die Therapiesitzungen sollten nicht abrupt beendet, sondern allmählich ausgeblendet werden (größere Abstände, Telefonkontakte etc.). Sinnvoll ist das Angebot von „Booster“-Sitzungen zur Auffrischung bestimmter Lerninhalte. Ein Abschluss-Feedback über den Therapieverlauf ist zum einen für die eigene therapeutische Weiterentwicklung wertvoll, zum anderen dient eine solche Rekapitulation der Entwicklung allgemeiner Bewältigungsprinzipien beim Klienten (vgl. oben). Nach Möglichkeit sollte eine Katamnese geplant und realisiert werden.

Fazit: Transfer ist zu fördern, nicht zu fordern! Die Vermittlung von Selbstmanagement-Fertigkeiten und Rückfallprophylaxe sind die zentralen Themen der letzten Therapiephase.

5 Methoden der Verhaltenstherapie – ein Überblick

Neben Kenntnissen über den prozesshaften Ablauf von Verhaltenstherapie spielt der Erwerb von methodischer Kompetenz eine zentrale Rolle bei der Ausbildung zum Verhaltenstherapeuten. In diesem Kapitel ist keine ausführliche Beschreibung verhaltenstherapeutischer Techniken möglich (vgl. hierfür Kap. 3.3 des Vertiefungsbands). Für das angestrebte Ziel, eine Einführung in verhaltenstherapeutisches Arbeiten zu geben, erscheint dennoch eine überblicksartige Darstellung der entsprechenden Methoden wichtig. Die Trennung zwischen der Darstellung des Therapieprozesses und verhaltenstherapeutischer Techniken ist allerdings eine rein didaktisch motivierte Maßnahme.

Die Auswahl einer bestimmten Intervention ist stets eine Frage der Indikation: Welche Methode erscheint für *diese* Person mit *diesem* Problem am sinnvollsten? Methodisches Wissen muss somit immer mit störungsspezifischem Wissen und Kenntnissen über den individuellen Fall in Zusammenhang gebracht werden. Dank umfangreicher Forschung existieren zum heutigen Zeitpunkt für viele Störungen relativ klare Indikationen für bestimmte therapeutische Methoden, was aber nicht als feststehende Zuordnung von Problemen und Verfahren zu begreifen ist. Aus didaktischen Gründen wird dennoch im Folgenden in erster Linie eine Systematisierung verhaltenstherapeutischer Techniken angestrebt und nur relativ kurz auf die störungsspezifische Indikation hingewiesen (der störungsspezifische Zugang findet sich in den entsprechenden Kapiteln des Vertiefungsbandes).

Die Ansatzpunkte der verschiedenen Methoden können durch das Systemmodell (vgl. oben) veranschaulicht werden: Interventionen können an der Veränderung vorausgehender oder nachfolgender Bedingungen ansetzen, sie können auf die Überzeugungen und Pläne eines Patienten fokussieren oder direkt dem Aufbau von Fertigkeiten dienen.

Letztlich konzentrieren sich die meisten komplexen verhaltenstherapeutischen Verfahren nicht nur auf die Veränderung einer Variable im Systemmodell, sondern kombinieren im Sinne einer möglichst hohen Wirksamkeit die verschiedenen Ansatzpunkte. Im Folgenden werden die wichtigsten Methoden nach thematischen Schwerpunkten gegliedert vorgestellt.

5.1 Operante Methoden

Operante Methoden basieren auf dem Lernprinzip des instrumentellen Konditionierens. Ansatzpunkt ist also die Steuerung von Verhalten durch die Kontrolle nachfolgender Bedingungen – bezogen auf das SORC-Modell also durch die Einflussnahme auf



Abbildung 4: Ansatzpunkte verhaltenstherapeutischer Methoden

S	O	R	C
Veränderung von internen und externen Situationsbedingungen	Veränderung von Überzeugungen/Plänen	Aufbau von Fertigkeiten	Veränderung von Kontingenzbedingungen
Veränderung der Stimulusqualität			

die Konsequenzen C. Besonders Skinner hat sich intensiv mit der Steuerung von Verhalten durch Konsequenzen beschäftigt und die Möglichkeiten zur Veränderung der Auftrittshäufigkeit von Verhaltensweisen einer Klasse systematisiert:

Tabelle 6: Vierfelderschema nach Holland und Skinner (1961)

	<i>Darbietung</i>	<i>Entfernung</i>
Positiver Stimulus (C+)	Positive Verstärkung C+ (R↑)	Bestrafung/Löschung C+ (R↓)
Aversiver Stimulus (C-)	Bestrafung C- (R↓)	Negative Verstärkung C- (R↑)

Hinweis: Wie aus dem Schema zu entnehmen ist, bedeutet negative Verstärkung **nicht** Bestrafung, sondern den Wegfall eines Strafreizes bzw. einer unangenehmen Konsequenz!

Operante Methoden sind Verfahren, die in der therapeutischen Situation (und auch im täglichen Leben) meist implizit eingesetzt werden bzw. bei jeder komplexeren Maßnahme eine Rolle spielen, ohne dass dies explizit herausgestellt wird. Jede Ermutigung bzw. das Betonen kleiner Erfolge des Klienten beinhaltet positive Verstärkung. Genauso kann das allmähliche Aufbauen von Fertigkeiten, wie z.B. beim unten ausgeführten Selbstsicherheitstraining, als „Shaping“, die Hilfen des Therapeuten als „Prompting“ bezeichnet werden (Erklärung der Begriffe vgl. unten). Operantes Lernen ist also ein universelles Prinzip, die entsprechenden Methoden werden heute meist nicht als alleinige Verfahren eingesetzt. Das Kapitel wird deshalb eher kurz gehalten, für eine genauere Darstellung der Verfahren sei auf die weiterführende Literatur verwiesen.

Die einzelnen operanten Verfahren können wie folgt systematisiert werden:

Tabelle 7: Systematik der operanten Verfahren

<i>Erhöhung der Auftrittswahrscheinlichkeit/Aufbau von Verhaltensweisen</i>	<i>Senken der Auftrittswahrscheinlichkeit/Abbau von Verhaltensweisen</i>
Positives Verstärken	Bestrafung
Shaping	Löschung
Chaining	Time Out
Prompting	Response Cost
Fading	

Kontingenzmanagement: Token Economies und Kontingenzverträge

Zum Aufbau von Verhalten dient das Prinzip des **positiven Verstärkens**. Verstärker sollten unmittelbar nach dem Auftreten des Zielverhaltens gesetzt werden, dem Individuum muss der Zusammenhang zwischen Verhalten und Verstärker klar sein (Kontingenz), und der Verstärker muss auch als solcher empfunden werden. Nachdem eine Verhaltensweise durch anfangs stetige positive Verstärkung etabliert ist, kann zu **intermittierender**

Verstärkung übergegangen werden, d.h., das Verhalten wird nicht bei jedem Auftreten belohnt.

Als spezielle Möglichkeiten positiver Verstärkung sind die folgenden Verfahren anzusehen:

Shaping meint eine schrittweise Ausformung von Verhalten, wobei zunächst erste Elemente des Zielverhaltens positiv verstärkt werden. Das Zielverhalten wird also dahingehend analysiert, welche Reaktionen als erste Annäherungen gewertet werden können, diese werden dann diskriminativ verstärkt, d.h. in Richtung einer immer größeren Ähnlichkeit mit dem Zielverhalten. Shaping wird beispielsweise bei der Therapie mit Kindern, vor allem im Bereich des Spracherwerbs und des Aufbaus von kooperativem Verhalten eingesetzt.

Chaining meint den Aufbau einer komplexen Verhaltensweise, indem zunächst das letzte Glied in der Verhaltenskette positiv verstärkt wird und dann Schritt für Schritt weitere Glieder der Kette gewissermaßen „von hinten“ angehängt werden – jede Teilreaktion wird zum Hinweisreiz für die nächste Reaktion. So kann beispielsweise mit geistig Behinderten der Erwerb einzelner Fertigkeiten wie Anziehen oder Waschen trainiert werden.

Prompting bezeichnet eine verbale oder verhaltensmäßige Hilfestellung, wie z.B. Instruktion, Zeigen auf etwas, Hand führen etc.

Fading bedeutet das schrittweise Ausblenden von Hilfsstimuli verbaler oder verhaltensmäßiger Art, wobei selbständige Ansätze konsequent positiv verstärkt werden.

Zur Senkung der Auftretenshäufigkeit von bestimmten problematischen Verhaltensweisen existieren ebenfalls mehrere Methoden.

Unter **Bestrafung** versteht man die kontingente Anwendung eines aversiven Reizes infolge eines bestimmten Verhaltens. Der Gebrauch des Prinzips sollte sorgfältig abgewogen werden, wobei ethische Überlegungen eine besondere Rolle spielen. In jedem Falle sollte Bestrafung nur in Verbindung mit der differenziellen positiven Verstärkung von Alternativverhalten durchgeführt werden.

Löschung bedeutet die Reduktion der zukünftigen Auftrittshäufigkeit von Verhalten einer operanten Klasse durch das Entfernen der positiven Verstärker, die dieses Verhalten aufrechterhalten. Dem zu löschenden Verhalten sollten in Zukunft lediglich „neutrale“ Konsequenzen folgen. Auch hier ist die Kombination mit der positiven Verstärkung von Alternativverhalten äußerst wichtig. Zu beachten ist außerdem, dass das unerwünschte Verhalten nach Beginn des Lösungszeitraums zunächst an Häufigkeit gewinnt, schließlich aber nachlässt.

Beim Verfahren des **Time-Out** wird eine Reduktion des Problemverhaltens dadurch erzielt, dass alle potenziellen Verstärker des Verhaltens unerreichbar werden. Dies macht insbesondere dann Sinn, wenn die dem Problemverhalten folgenden Verstärker nicht klar identifizierbar und somit auch nicht zu eliminieren sind. Meist wird bei Time-Out die Person unmittelbar nach dem Problemverhalten in eine neutrale Umgebung gebracht (z.B. ein leeres Zimmer). Wichtig ist deshalb, dass genau darauf geachtet wird, dass diese neutrale Umgebung keinen Verstärkerwert für das Individuum hat bzw. dass Time-Out nicht als Fluchtmöglichkeit aus einer aversiven Situation genutzt wird, was den Sinn des Verfahrens auf den Kopf stellen würde.

Unter **Response Cost** versteht man ein operantes Bestrafungsverfahren, bei dem bereits erhaltene generalisierte Verstärker