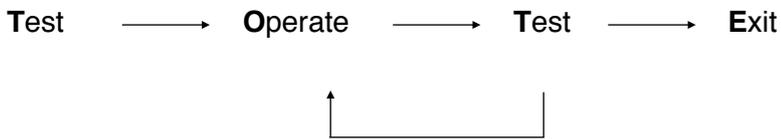


1. Modell des diagnostisch-therapeutischen Handelns

1.1 Das TOTE Modell (Miller, Galanter & Pribram 1960)

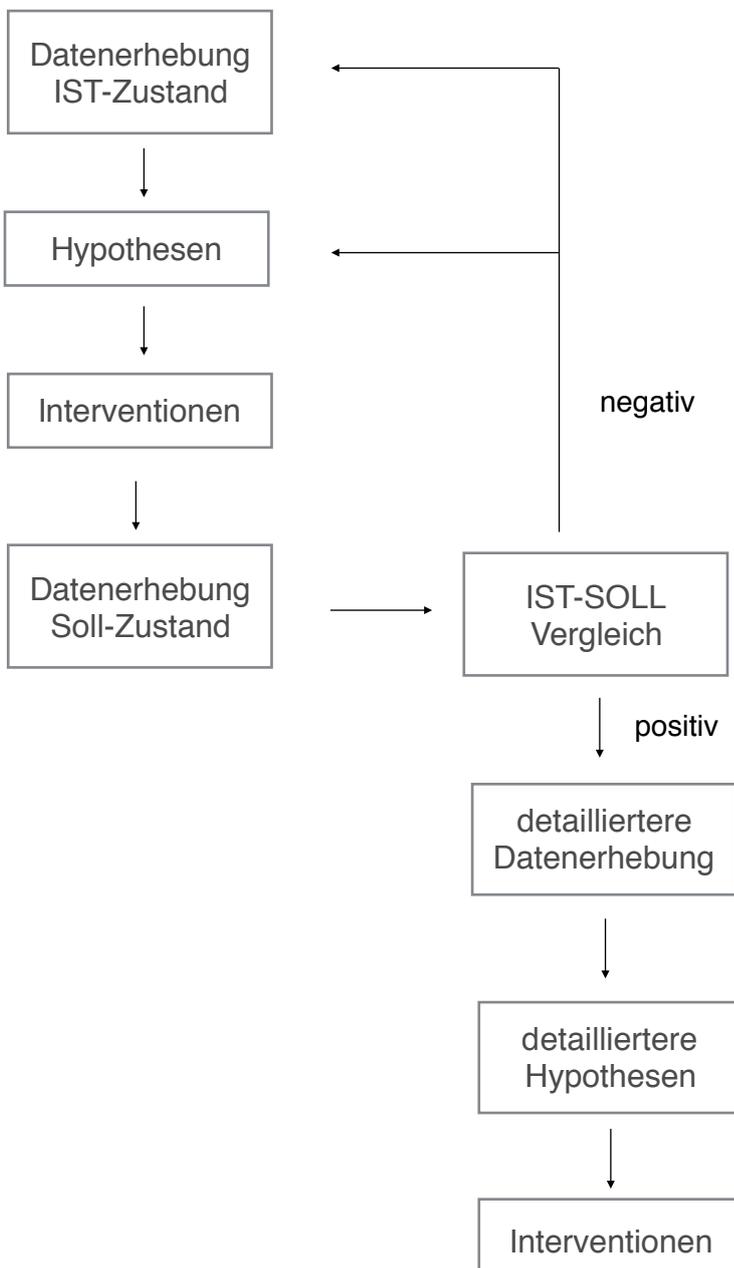


Beispiele:

Frühstück im Hotel: der Nachbar am anderen Tisch streut so häufig Salz auf sein Rührei, bis es den richtigen Geschmack für ihn hat.

Therapie: der Patient wiederholt das Rollenspiel so häufig, bis er mit dem Ergebnis zufrieden ist.

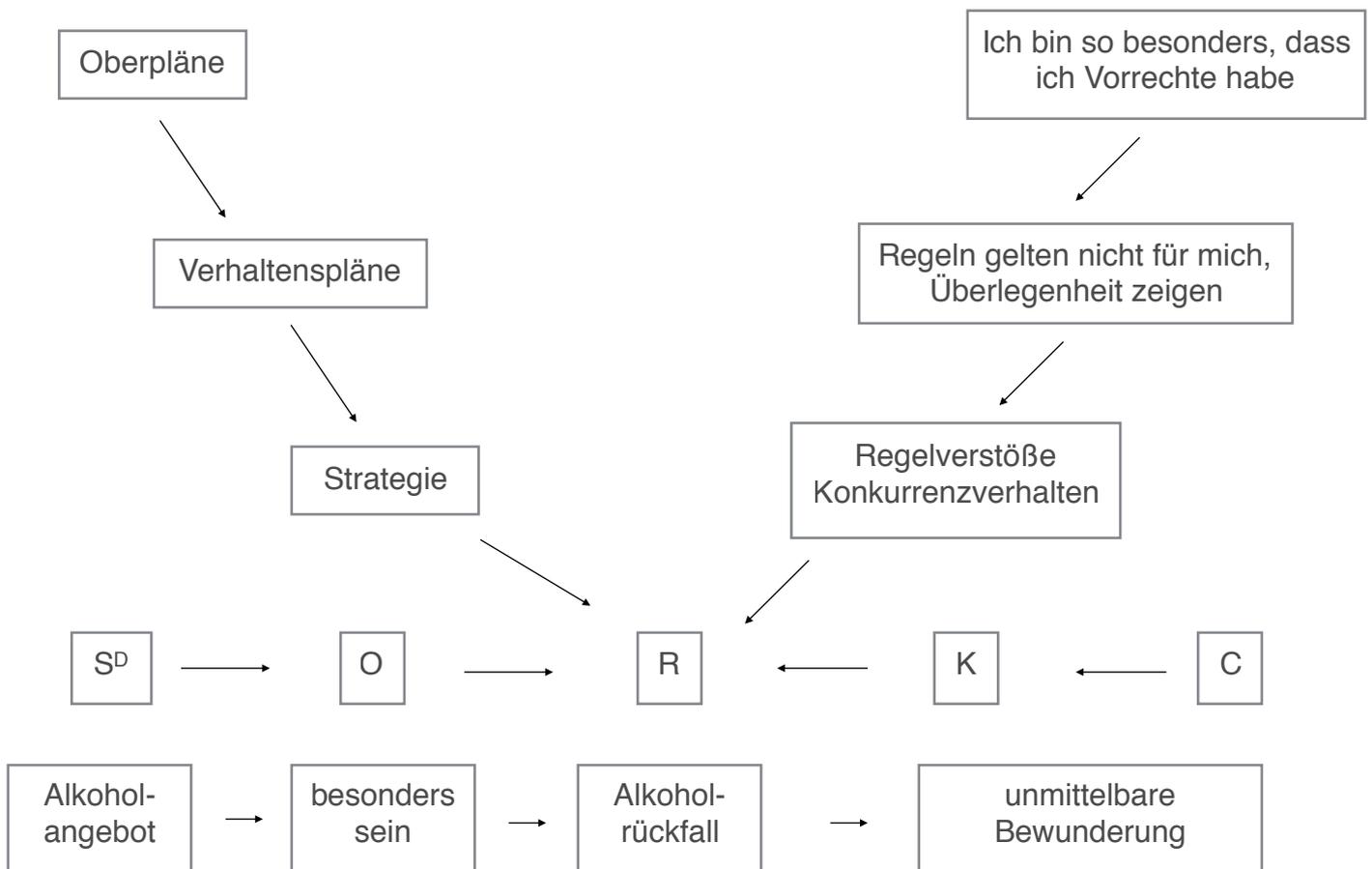
1.2 Diagnostisch-therapeutisches Handeln (nach Schulte 1974)



etc.

Der Therapeut stellt Hypothesen über Entstehungs- und Aufrechterhaltungsbedingungen der Störung, über indizierte Interventionen und deren Gestaltung auf und überprüft die Hypothesen durch Beobachtung des Therapieverlaufs. Verändert sich der Patient in die erwartete Richtung, so werden die Hypothesen und Interventionen verfeinert und ausgebaut. Verändert sich der Patient nicht, so werden die Hypothesen verändert oder verworfen, es werden neue Informationen gesammelt, Fehlerquellen gesucht und neue Hypothesen aufgestellt. Dieser Prozess wiederholt sich ständig, bis die Therapieziele annähernd erreicht sind. (Vollmer 1993, S. 83-85)

## 2. Vertikale und horizontale Verhaltensanalyse



Vertikale Verhaltensanalyse: Die Oberpläne des Patienten (besonders zu sein und besondere Rechte zu haben) führen zu den Verhaltensplänen, dass Regeln für ihn nicht gelten und dass er seine Überlegenheit demonstrieren möchte. So hat der Patient während der Behandlung eine hohe Neigung zu Regelverstößen und zu Konkurrenzverhalten gegenüber seinem Therapeuten, was schließlich zum Rückfall während der stationären Behandlung führte. Der Rückfall ist hier beeinflusst durch die Persönlichkeitsstruktur des Patienten und wahrscheinlich auch durch die des Therapeuten und dem daraus resultierenden Konkurrenzverhalten.

Horizontale Verhaltensanalyse: Ein Alkoholangebot durch einen Mitpatienten, die Grundkognition besonders zu sein (Organismusvariable) und die von anderen Patienten unmittelbar (K) erwartete Bewunderung (C) führten zu dem Rückfall.

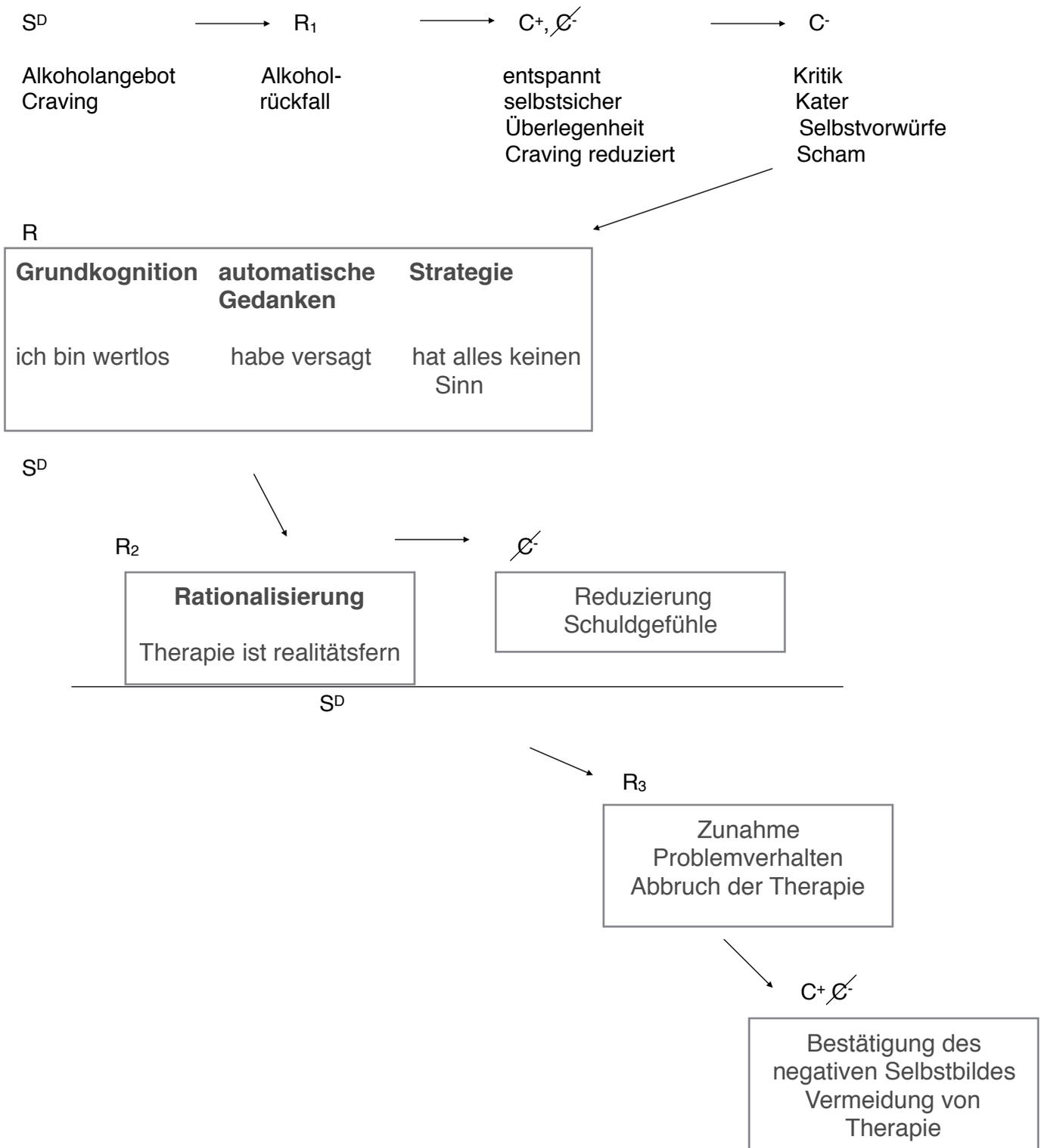
Dieses vereinfachte Beispiel eines Rückfalls während der Behandlung zeigt, dass eine Beschränkung auf eine der beiden Verhaltensanalysen für die Behandlungsplanung nicht ausreicht.

### 3. Prinzipielle und konkrete Therapieplanung mit Beispielen

#### 3.1 Rückfall während der Behandlung

Die Wichtigkeit der prinzipiellen Therapieplanung soll an einem Beispiel eines Rückfalls während der Behandlung verdeutlicht werden (nach Vollmer 1997, S. 45)

Fallbeispiel: Herr M hat im Ausgang auf einem Fest, wo er plötzlich ziemlich starke Lust auf Alkohol bekam, 3 Bier getrunken, wodurch das Verlangen nach Alkohol abgenommen hat und er sich auf dem Fest selbstsicherer fühlte. Nach wenigen Stunden hatte Herr M Kopfschmerzen und ein schlechtes Gewissen. Er berichtete seinem Therapeuten mit Tränen in den Augen seinen Rückfall und dass es ihm schon seit Tagen schlecht geht, da unklar ist, ob sich seine Partnerin vom ihm trennen will. Der Therapeut erstellt eine Verhaltensanalyse zu dem Rückfall, 4 Tage später bricht Herr M die Therapie ab.



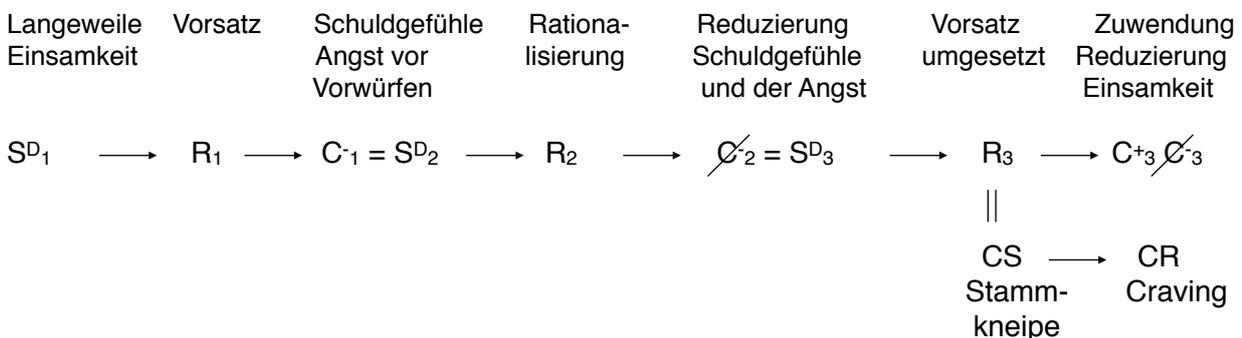
Nach meinen Erfahrungen ist eine horizontale Verhaltensanalyse bei einem „Rückfall während Behandlung“ erst möglich, nach Durchführung einer vertikalen Verhaltensanalyse. Denn bei einer horizontalen Verhaltensanalyse wäre der Patient kognitiv und emotional blockiert durch seine Grundkognitionen, die zu einer Zunahme weiteren Problemverhaltens führen, wodurch die Wahrscheinlichkeit erhöht wird, dass der Patient die Therapie abbricht bzw. eine Entlassung „provoziert“ und somit sein negatives Selbstbild bestätigt.

Eine horizontale Verhaltensanalyse wird außerdem häufig durch interessenrelative Kognitionen des Patienten (z.B. nicht entlassen zu werden) erschwert. Falls dieses hypothetische Bedingungsmodell halbwegs zutrifft, dann wäre nach einem Rückfall während der Therapie zuerst eine weitere Analyse und Bearbeitung der Kognitionen sinnvoll, bevor eine horizontale Verhaltensanalyse erhoben wird.

### 3.2 Jeder hat seine Gründe

Eine besondere Schwierigkeit während einer Behandlung sind die sogenannten Rationalisierungen der Patienten. Rationalisierungen sind normal und erleichtern uns das Leben. Für Patienten können sie eine Rückfallgefährdung darstellen. Für Therapeuten ist es häufig nicht zu erkennen, ob es sich um eine Rationalisierung handelt oder nicht. Ein Fallbeispiel in Anlehnung an Vollmer (1989) und der lerntheoretischen Interpretation der Rationalisierung von Skinner (1953).

Es ist Wochenende und Herr M langweilt sich fürchterlich. Nichts Vernünftiges im Fernsehen und die Bundesliga hat auch noch Pause. Herr M sagt seiner Partnerin, dass er einen Freund besuchen wird, von dem er noch 200 Euro bekommt, um das Geld zu holen. Seine Partnerin findet das gut, obwohl Herr M dazu seinen Freund in seiner alten Stammkneipe aufsuchen muss. In der Stammkneipe wird Herr M freudig begrüßt und er hat Verlangen nach Alkohol.



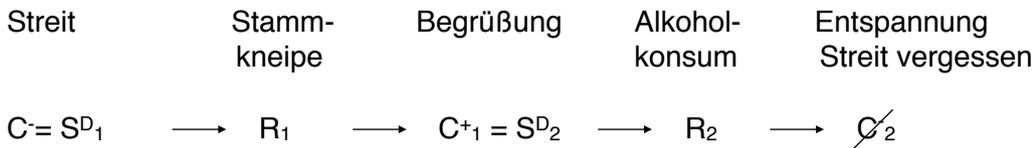
Durch seine Rationalisierung und die Umsetzung seines Verhaltens hat Herr M seine Rückfallwahrscheinlichkeit wesentlich erhöht. Es muss aber nicht zum Rückfall kommen, denn es kann sein, anders als in meinem wirklichen Fallbeispiel, dass Herr M das Geld wirklich dringend braucht und es sich nicht um eine Rationalisierung handelt, Herr M das Geld abholt und abstinent seine Stammkneipe verlässt. Selbst wenn es sich um eine Rationalisierung handeln würde, kann es geschehen, dass Herr M die Stammkneipe abstinent verlässt. Schlussfolgerung: Therapeuten und Patienten sollten selbsterfüllende Prophezeiungen vermeiden.

Die obigen und folgenden Beispiele sind vereinfacht dargestellt, teils mit Lücken und sämtliche funktionalen Bedingungsmodelle sind als Hypothesen zu verstehen. Die Beispiele dienen lediglich der Darstellung des Vorgehens bei der Therapieplanung.

### 3.3 Die Stammkneipe

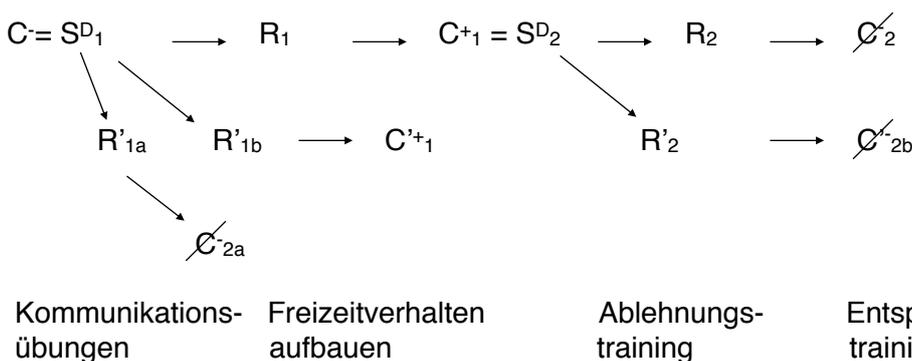
Herr M hat zu Hause Streit mit seiner Ehefrau, er ist dabei sehr angespannt, nach 10 Minuten verlässt er die Wohnung im Streit, knallt die Haustüre zu, geht in seine Stammkneipe, dort wird er freudig begrüßt, es wird ihm ein Augustiner Edelstoff gereicht, er trinkt es in wenigen Zügen schnell aus. Er genießt den kühlen Geschmack, er redet entspannt mit seinen Freunden über Fußball.

Das funktionale Bedingungsmodell:



Aus Gründen der Übersichtlichkeit, habe ich nicht als  $C^+$  den kühlen Geschmack eingetragen. Falls Herr M häufig einen Streit mit seiner Ehefrau beginnt, dann könnte der Streit auch ein positiver Verstärker anstatt ein negativer Verstärker sein. Das Verhalten, das zum Streit führt, würde somit positiv verstärkt und nicht bestraft.

Wir gehen davon aus, dass die obige Verhaltenskette stimmt. So ergibt sich folgende prinzipielle Therapieplanung.



Nach der prinzipiellen Therapieplanung sind auf den ersten diskriminativen Reiz zwei alternative Reaktionen sinnvoll. Eine Reaktion (1a), die zur Beseitigung der negativen Konsequenz führt, d.h. die in etwa der Entspannung am Ende der Verhaltenskette entspricht und eine Reaktion (1b), die zu einer positiven sozialen Verstärkung führt, als Alternative zu der Begrüßung in der Stammkneipe. Auf die Situation „freudige Begrüßung in der Stammkneipe“ wären auch alternative Reaktionen zum Alkoholkonsum ( $R_2$ ) zu überlegen, Reaktionen, die ähnlich verstärkend sind, wie der Alkoholkonsum; z.B. Reaktionen die entspannend sind, Durst löschen, gut schmecken.

Auf Grundlage der prinzipiellen Therapieplanung können mit dem Patienten folgende therapeutische Maßnahmen überlegt werden: Kommunikationstraining, Aufbau von Freizeitverhalten, Ablehnungstraining und Entspannungstraining. Diese vier Interventionen der konkreten Therapieplanung werden individuell auf den Patienten abgestimmt und werden zusammen mit dem Patienten im sokratischen Dialog erarbeitet. In anderen Worten, es werden keine Verhaltensketten an eine Tafel geschrieben und es wird dem Patienten nicht vorgeschlagen, was für ihn richtig ist, sondern es wird mit ihm gemeinsam erarbeitet, welche Verhaltensweisen hilfreich erscheinen, entsprechend dem TOTE Modell und der Devise von Frederic Kanfer „der Patient ist der Therapeut“. Diese Einstellung ist natürlich nicht umsetzbar bei Selbst- und Fremdgefährdung und bei kognitiv vollkommen überforderten Patienten.

Der Wert der prinzipiellen Therapieplanung liegt hier in der individuellen Gestaltung der Therapie - im Gegensatz zu einer standardmäßigen Zuweisung zu indikativen Gruppen - und in einer auf Grundlage der Persönlichkeitsstruktur des Patienten und seiner Fertigkeiten abgestimmten Feinplanung wie der Einsatz von Shaping, Chaining, Diskriminationslernen, Prompting etc. Bei guter

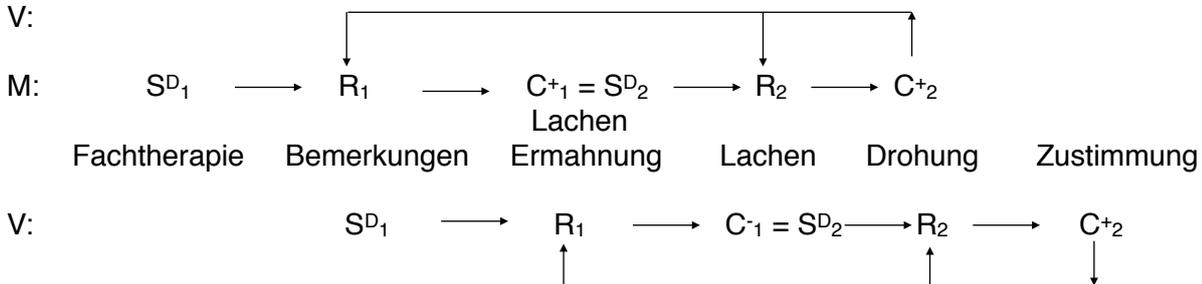
Abstimmung zwischen Einzel- und Gruppentherapeut ist die Umsetzung der prinzipiellen Therapieplanung auch in indikativen Gruppen möglich.

### 3.4 Konflikte in der Fachtherapie

Das folgende Beispiel kann auf alle Situationen übertragen werden, in denen mehrere Patienten mit einem oder zwei Therapeuten zusammen sind, sei es in der Schreinerei, im Sport, der Kunsttherapie oder in der Bezugsgruppe.

Herr M macht im Sport oder in der Schreinerei wiederholt „lustige“ beleidigende Bemerkungen. Therapeut H weist ihn streng zurecht. Die anderen Patienten lachen, ebenso Herr M. Therapeut V droht Herrn M mit Ausgangssperre. Die beleidigenden Bemerkungen von Herrn M nehmen zu. Therapeut V erzählt seinen Kollegen von den schwierigen Situationen mit Herrn M, und erhält Unterstützung in seinem strengen Vorgehen und seinen Überlegungen, den Patienten vorzeitig zu entlassen.

Eine erste Auswertung ergibt folgende funktionale Bedingungsanalyse für Herrn M und Therapeut V:



Beide Verhaltensketten enden mit einer positiven Verstärkung und es kommt bei beiden zu einer Festigung des Verhaltens, in der Regel gefördert durch intermittierende Verstärkung (die Rückwärtsschleife), wenn vom Therapeuten nicht erkannt wird, dass seine Ermahnungen und Drohungen für den Patienten positive Verstärker sind. Außerdem kommt es zum Zwangsprozess, da auch Bestrafung stattfindet (in der Kette für M nicht dargestellt). Zwangsprozess (Patterson & Reid 1970) bedeutet, dass durch gegenseitig Bestrafung problematisches Verhalten zunimmt und die Bestrafungsreize sukzessive erhöht werden, da eine Sättigung eintritt.

Prinzipielle Therapieplanung:

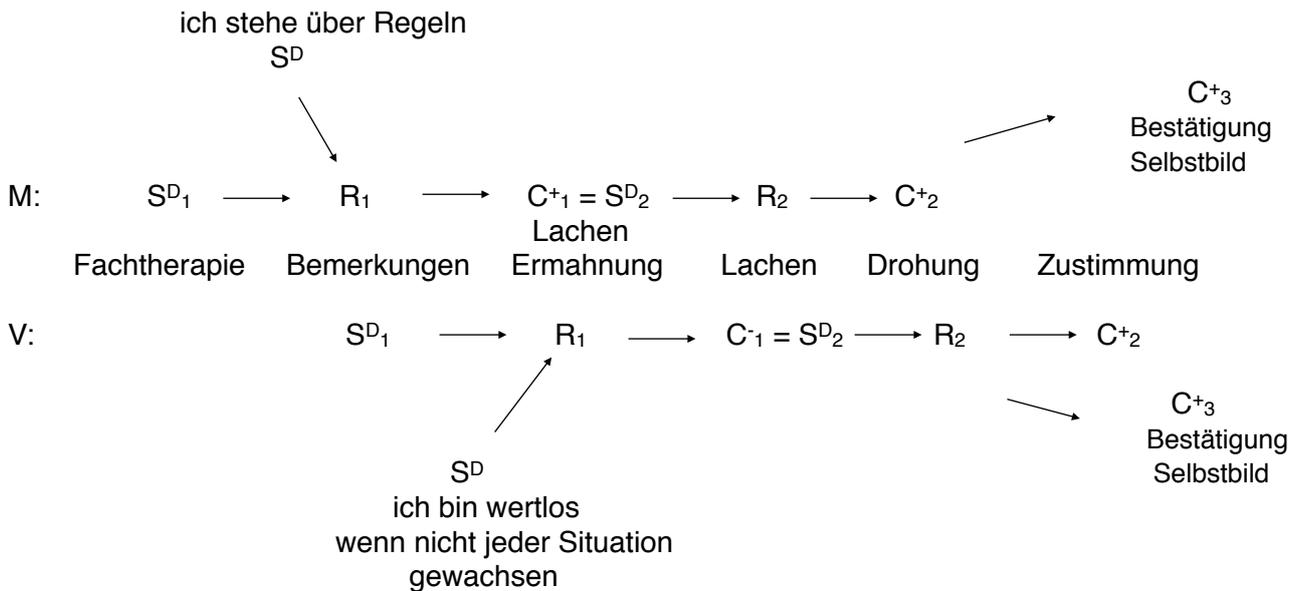
- keine positive Verstärkung mehr, d.h.  $C^{+1}$ ,  $C^{+2}$  nicht mehr einsetzen
- Löschung von  $R_1$  und  $R_2$
- Bestrafungstyp 1 und Bestrafungstyp 2 für  $R_1$ , d.h.  $C^-$  und  $C^+$
- alternative Verstärkung für alternatives Verhalten, d.h.  $R'_1 \rightarrow C'^{+1}$

Konkrete Therapieplanung:

- Therapeut ermahnt nicht und spricht keine Drohungen aus
- Therapeut überhört die Bemerkungen
- Therapeut bespricht alleine mit dem Patienten die Situation und vereinbart evtl. mit dem Patienten eine Bestrafung bei Wiederauftreten des problematischen Verhaltens
- Therapeut erarbeitet mit dem Patienten Verhaltensweisen und fördert diese, die für den Patienten positiv verstärkend sind

Planung a und b ist nur wirksam, wenn der Zwangsprozess noch nicht voll begonnen hat, d.h. nur bei frühzeitiger Intervention des Therapeuten wirksam.

Diese Maßnahmen sind nicht ausreichend, denn es ist zusätzlich eine vertikale Verhaltensanalyse sinnvoll, hier mit dem Ergebnis der Grundkognition von M: „über den Regeln stehen“ und von V: „wertlos, wenn nicht jeder Situation gewachsen“. Beide Kognitionen werden verstärkt durch Bestätigung des Selbstbildes (M: Bestätigung, dass die Anderen Idioten sind; V: Bestätigung, wie schwer die therapeutische Arbeit ist):

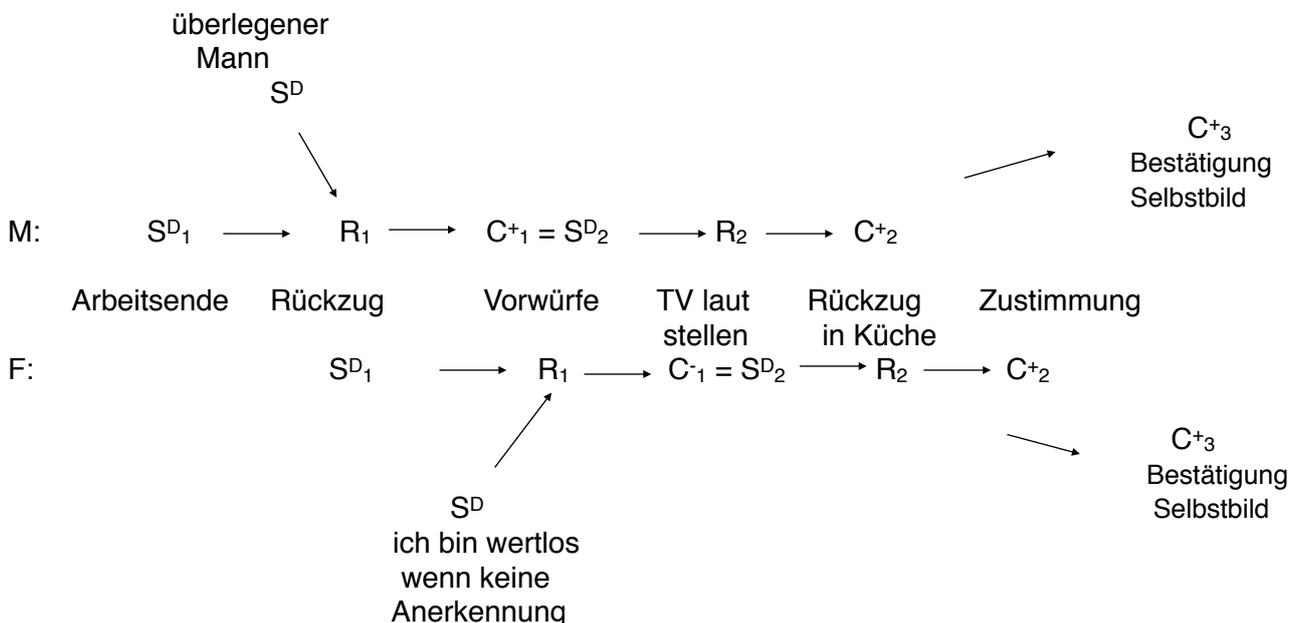


Trotz guter prinzipieller Therapieplanung auf Grundlage des horizontalen funktionalen Bedingungsmodells würden Patient und Therapeut, beeinflusst durch ihre Oberpläne, in anderen Situationen erneut aneinandergeraten. Kognitive Umstrukturierung der Verhaltenspläne ist bei beiden Personen indiziert, bei dem Patienten im Rahmen der Behandlung durch konkrete Interventionen wie Spaltentechnik und Rollenspiel, bei dem Therapeuten durch externe Supervision.

### 3.5 Partnerkonflikt

Der Ehemann kommt von der Arbeit nach Hause, will seine Ruhe haben, stellt den Fernseher laut, als seine Frau Vorwürfe macht, Frau zieht sich in Küche zurück, telefoniert mit Freundin, die ihr zustimmt, wie unmöglich sich der Ehemann verhält.

Von der Struktur ergibt sich ein fast identisches funktionales Bedingungsmodell wie unter 3.4 (Fachtherapie). Auch in diesem Beispiel wird die problematische Partnerinteraktion durch Rückwärtsschleifen und durch den Zwangsprozess verstärkt und auch durch komplementäre Grundkognitionen („überlegener Mann“, „wertlos wenn keine Anerkennung“) der beiden aufrechterhalten. Ebenso lassen sich fast identische Interventionen der prinzipiellen und konkreten Therapieplanung ableiten, einschließlich der Berücksichtigung des Zwangsprozesses.

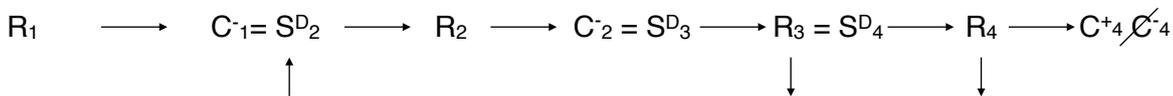


### 3.6 Die HEE-Schwiegermutter

Wiederum eine von vielen kleinen Situationen, die verdeutlichen, wie depressive Verhaltensweisen aufrechterhalten bleiben. (HEE = **H**igh **E**xpressed **E**motion)

Die HEE-Schwiegermutter ruft an, um Empfehlungen für das Geburtstagsessen ihres geliebten Sohnes zu geben ( $S^D_1$ ). Frau M lässt die Vorschläge über sich ergehen ( $R_1$ ) und wird von der Schwiegermutter kritisiert ( $C^-_1$ ), ihr Ehemann kritisiert sie ( $C^-_2$ ) wegen mangelnden diplomatischen Verhaltens gegenüber seiner Mutter als seine Ehefrau von dem Telefonat erzählt ( $R_2$ ). Frau M macht sich Vorwürfe, bezeichnet sich als unfähig ( $R_3$ ), zieht sich traurig ( $R_4$ ) zurück. Ihr Ehemann tröstet sie  $C^+_4$  und bestellt bei einem Feinkost-Caterer das Geburtstagsessen ( $C^-_4$ ).

Verhalten unangemessen oder unerwünscht	Kritik	Verhalten unangemessen oder unerwünscht	Kritik	Selbstabwertung depr. Gefühle	Zuwendung keine Arbeit
---	--------	---	--------	-------------------------------------	---------------------------



Aus diesem funktionalen Bedingungsmodell ergeben sich mehrere Ansätze zur prinzipiellen Therapieplanung.

#### 3.6.1

$S^D_1 \longrightarrow R^a_1 \longrightarrow C^+_1 \cancel{C^-_1}$

alternative R zum Anruf der Schwiegermutter aufbauen, die zu positiver und negativer Verstärkung führen, durch operante Konditionierung, Modelllernen, Diskriminationslernen.

Falls es sich bei  $R_1$  um unangemessenes Verhalten handelt, wird ein neues alternatives Verhalten aufgebaut. Handelt es sich um ein unerwünschtes, d.h. ungeschicktes Verhalten, dann wird mittels shaping und chaining eine Modifizierung von  $R_1$  vorgenommen, ebenso  $R_2$ .

konkrete Interventionen: Rollenspiel, Diskriminationstraining, Tagesstrukturierung

(die konkreten Interventionen wären hier, ebenso wie in den anderen Beispielen, detaillierter auf den individuellen Fall bezogen zu beschreiben)

#### 3.6.2

$S^D_2 \longrightarrow R^a_2 \longrightarrow C^+_2 \cancel{C^-_2}$

positive Verstärkung, Modelllernen, Diskriminationslernen (wie 3.6.1)

konkret: Kommunikationstraining, Diskriminationstraining

#### 3.6.3

$S^D_3 \longrightarrow R^a_3$

kognitive Umstrukturierung

konkret: Spaltentechnik, sokratischer Dialog, Disputation

### 3.6.4

Eine Ergänzung zum funktionalen Bedingungsmodell 3.6 möchte ich hier vornehmen: meine Hypothese lautet, dass  $C^{-2}$  nicht nur ein  $SD_3$  ist sondern auch ein CS und dass  $R_4$  gleichzeitig ein CR ist. In anderen Worten, ohne selbstabwertende Kognitionen, wird bereits klassisch konditioniert ein Gefühl der Traurigkeit ausgelöst. Aus dieser Hypothese ergibt sich folgende prinzipielle Therapieplanung.

CS  $\longrightarrow$  CR<sup>a</sup>  
 $SD_4 \longrightarrow R^a_4 \longrightarrow C^+_4$

Gegenkonditionierung und alternative mit  $R_4$  unvereinbare Verhaltensweisen aufbauen

konkret: Aktivitätsaufbau, u.a. Sport

### 3.6.5

$R_4 \longrightarrow C^0_4$  ;  $R^a_4 \longrightarrow C^+_4 C^-_4$

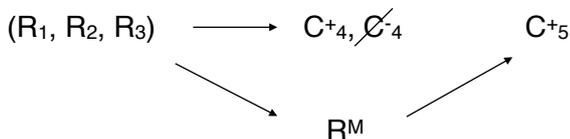
Löschen; positive und negative Verstärkung

konkret: Familieninterventionen, Hausaufgaben

### 3.6.6

Diese prinzipielle und konkrete Therapieplanung (3.6.1 - 3.6.5) wird trotz exzellenter Durchführung der therapeutischen Interventionen nicht erfolgreich sein, wenn im funktionalen Bedingungsmodell Metakognitionen übersehen wurden, die sich positiv verstärkend auf  $R_1$ ,  $R_2$  und  $R_3$  auswirken.

Ergänzung zum funktionalen Bedingungsmodell 3.6:



Für Frau M ist es positiv verstärkend wenn ihr negatives Selbstbild bestätigt wird, so führt sie Verhaltensweisen aus, die für die meisten anderen Personen bestrafend sind, für sie selbst aber positive Verstärker (siehe Verstärker-Definition in meinem Script Lerntheorien). Anders formuliert: Frau M bestätigt durch „ungeschickte Verhaltensweisen“ ihr negatives Selbstbild und sie wird diese Verhaltensweisen beibehalten mit der Botschaft „seht wie schwer ich es habe“.

Beispiele für solche Grundkognitionen (oben als  $R^M$  bezeichnet) und für Sätze, die auf solche Kognitionen hinweisen sind:

- a) Ursache meiner Probleme liegt in der Vergangenheit
  - a) meine Mutter ist schuld
  - b) so bin ich eben
  - c) bin typisch deutsch
  - d) ganze Familie ist bekloppt
- b) Niemand kann mir helfen
  - a) Therapie macht keinen Sinn
  - b) bin besonders schwieriger Fall
  - c) warum soll ich das alles machen

Außerdem können Grundkognitionen der Patienten eine Folge familiärer Delegation sein, den den Patienten selbst nicht bewusst ist.

unbewusste familiäre Delegation kann in der Regel nicht durch Bemerkungen eines Patienten erfasst werden, sondern es sind Analysen der familiären Situation in Kindheit und Jugend notwendig

Die prinzipielle Therapieplanung wäre:

$R^M \longrightarrow C^0 ; R^{Ma} \longrightarrow C^+$

Löschen, kognitive Umstrukturierung, positive Verstärkung

konkret: Löschen, Spaltentechnik, sokratischer Dialog, Selbstverstärkungsprogramme, Aktivitätsaufbau, Elemente aus CBASP

#### 4. Schlussbemerkung

Die vereinfachten und teils klischeehaften Beispiele bitte ich zu entschuldigen, sie dienen lediglich der Darstellung des Vorgehens bei der Therapieplanung auf Grundlage meiner therapeutischen Erfahrungen. In der Regel sind die Situationen komplexer. Für Therapeuten einfacher und für Berichte vorzuziehen ist eine Darstellung der funktionalen Bedingungsmodelle in drei oder mehr Spalten (Diskriminative Reize / O-Variable / Reaktion / Konsequenzen).

Dazu wieder ein sehr simples Beispiel:

S	O	R	C
Stammkneipe	allgem. Grundkognition: ich bin überlegen	2 l Bier, 8 cl Schnaps innerhalb von ca. 3 Stdn.	Geborgenheit in Kneipe C+
Streit mit Partnerin	Strategie: ich habe recht und lasse mir nichts		Streit vergessen <del>Ø</del>
angespannt, verärgert	vorschreiben Sucht-Grundkognition:		entspannt <del>Ø</del>
keine Nicht- Alkoholfreunde	starke Männer vertragen viel Alkohol		soziale Zuwendung durch Trinkkumpanen C+
S delta: erfolgreichen Geschäftsabschluss am Tag vorher	allgem. Grundkognition: hoher Selbstwert durch berufliche Erfolge		

Verhaltensketten können hilfreich sein, wenn die Spaltentechnik nicht zu Erkenntnissen führt. Ich schreibe funktionale Bedingungsmodelle nie an eine Flipchart, sondern mache die Aufzeichnungen nur für mich selbst, da es nur Hypothesen sind und ich dem Patienten nichts überstülpen möchte.

Wenn Sie funktionale Bedingungsmodell an eine Flipchart schreiben, dann bitte ich Sie, die Vor- und Nachteile dieses Vorgehens zu überlegen und dann so vorzugehen, wie Sie es für richtig halten, in anderen Worten authentisch zu bleiben, wahrscheinlich eine der wichtigsten interaktionellen Wirkvariablen.

Verhaltensanalyse ist für mich eine der wichtigsten therapeutischen Maßnahmen der Verhaltenstherapie.

Verhaltensanalyse ist gleichzeitig Diagnostik und kognitive Therapie

Verhaltensanalyse führt zu Erkenntnisgewinn für Therapeuten

Verhaltensanalyse führt zu Erkenntnisgewinn für Patienten

Erkenntnisgewinn macht Spass.