

VERHALTENSANALYSE UND FUNKTIONALES DENKEN – ERFAHRUNGEN EINES AUSBILDERS UND SUPERVISORS

DIETER SCHMELZER

Nürnberg

Werde ich von Ausbildungskandidaten, Supervisanden oder auch Kollegen mit der typischen Frage konfrontiert: „Was mache ich denn mit meinem Patienten, wenn ...“, so gebe ich in der Regel die Antwort: „Das hängt ganz davon ab, was im Einzelnen los ist – schauen wir uns das Ganze doch erst einmal genauer an!“ Und dann folgt eine gemeinsame Analyse des fraglichen Verhaltens, deren Ergebnisse – auf heuristischer Basis – das weitere Vorgehen bestimmen.

Sozialisiert mit dem klassischen „Schulte-Schema“ (Schulte, 1976b) und privilegiert durch über 20 Jahre persönliche Kontakte zu Frederick H. Kanfer, einem der Begründer der Verhaltensanalyse (VA) und des legendären SORKC-Modells (Kanfer & Saslow, 1965, 1976) wurde mir der Prozess der VA zur automatisierten Grundlage jedweder inhaltlichen Therapieplanung und auch willkommenes Hilfsmittel in der Supervision. Dass für eine gute Therapie auch ein *Gesamtkonzept* des diagnostisch-therapeutischen Prozesses vonnöten ist, das Orientierungshilfe gibt bezüglich Beziehungsgestaltung, Motivationsförderung und das Heranführen von Klienten an einen konstruktiven Änderungsprozess, war eine weitere frühe Erkenntnis meines praktischen Arbeitens (vgl. z.B. Kanfer &

Grimm, 1980; Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 1991-2006; Schmelzer, 1986 etc.). Dabei habe ich auch spätere inhaltliche Erweiterungen der VA mit vollzogen, wie sie insbesondere von der „Berner Gruppe“ vorgeschlagen wurden (von der vertikalen Verhaltensanalyse über den Schema-Ansatz bis hin zur „Neuropsychotherapie“: vgl. z.B. Caspar, 1995, 1996; Grawe, 1998, 2004 etc.), aber auch von anderen Ausarbeitungen profitiert (z.B. Bartling, Engelmeyer, Engberding & Krause, 1980; Engberding, 1996 etc.).

War die Verhaltensanalyse bislang eine Kernkompetenz und unbezweifelte Selbstverständlichkeit bei Verhaltenstherapeuten, so kommt angesichts mancher theoretischer Diskussionen der Eindruck auf, als habe sie heute keine große Bedeutung mehr, sei nicht mehr notwendig oder zumindest nicht mehr zeitgemäß (vgl. z.B. Fiedler, 1997; Schulte, 1993 etc.). Aus anderen Publikationen ist herauszulesen, sie sei nur noch eine pflichtgemäß zu erfüllende Vorgabe aus dem Antragsverfahren für Krankenkassen, während die „eigentliche“ Therapie eine ganz andere Geschichte sei (vgl. z.B. Kaimer, 2007, S.90/91).

Auch sonst haben sich die Zeiten geändert. Stand die Verhaltenstherapie seit

jeder dem kategorialen medizinischen Krankheitsmodell und der klassischen Persönlichkeitsdiagnostik sehr kritisch gegenüber, so ist zumindest in Deutschland (evtl. als Preis für die Integration der Psychologischen Psychotherapie ins Medizinsystem) eine Renaissance kategorialen Denkens zu beobachten. Es gibt Experten, die Interventionspakete entwickeln, die in Manualform publiziert und in kontrollierten Studien überprüft werden. Dies kann möglicherweise so verstanden werden: (1) Die vorab ermittelte exakte Diagnose führt automatisch zur Anwendung der richtigen Therapie, und (2) als Therapeut muss man bei der Therapieplanung nicht groß nachdenken, sondern nur die Anweisungen des Manuals befolgen (mit der Konsequenz eines „mindless thinking“: Langer, 1997). Und es gibt Tendenzen im Gesundheitswesen, wonach es zur Pflicht der Therapeuten wird, ihre Behandlungen leitliniengestützt und manualgetreu zu praktizieren.

Paradoxerweise ist international ein anderer Trend zu verzeichnen: Mehrere Ansätze legen dort mittlerweile wieder großen, fast schon übertriebenen Wert auf die Verhaltensanalyse (vgl. z.B. Beer, 2005; Hayes, Strosahl & Wilson, 1999; Hayes & Strosahl, 2005; McCullough jr., 2006, 2007; Virués-Ortega & Haynes, 2005 etc.) und schaffen es dabei auch, trotz der z.T. manualisierten Beschreibung eines Standardvorgehens ein sehr individuelles Vorgehen zu praktizieren. So muss das Rad der Therapie in jedem Einzelfall nicht noch einmal neu erfunden werden.

Viele verhaltenstherapeutische Praktiker sind angesichts der kontroversen Diskussionen sehr irritiert, zumal zündende Alternativideen fehlen. Trotz aller Zweifel müssen sie bei ihren Fallberichten an den Gutachter überzeugende Verhaltensanalysen liefern, wenn sie im

deutschen Krankenversicherungssystem eine Richtlinien-Verhaltenstherapie beantragen. Besonders Ausbildungskandidaten sind durch die oben skizzierten heterogenen Botschaften stark verunsichert, obwohl gerade sie zu Beginn ihrer Tätigkeit eigentlich klare Strukturen und Orientierung bräuchten (Orlinsky & Ronnestad, 2004). Ihre *Supervision* ist dabei der Ort, an dem theoretische Vagheiten und praktische Umsetzungsprobleme besonders deutlich zutage treten: Ich möchte daher aus der Sicht eines Praktikers, der seit über 25 Jahren auch als Dozent, Seminarleiter und Supervisor in der Ausbildung tätig ist, zunächst manche Erfahrungen aus Supervisionskontakten mit Kollegen und Kandidatinnen berichten. Vieles hat mich dabei überrascht, verwundert, nachdenklich gemacht und zu manchen Aha-Erlebnissen, aber auch zu inneren Fragezeichen geführt – sowohl bezüglich der wahrgenommenen Bedeutung der VA als auch bezüglich der direkten Anwendungsprobleme. Vielleicht können diese Beobachtungen etwas zu einer „Verhaltensanalyse der aktuell praktizierten Verhaltensanalyse“ beitragen und danach zu didaktischen Verbesserungen bei der Vermittlung der VA führen, die ich nach wie vor für eine Schlüsselkompetenz von Verhaltenstherapeuten halte.

1. BEOBACHTUNGEN AUS DER SUPERVISION: PROBLEME MIT DER VERHALTENSANALYSE UND DEM FUNKTIONALEN DENKEN

Ohne Anspruch auf Vollständigkeit möchte ich beispielhaft einige *Beobachtungen aus der Supervision* darstellen, bevor ich auf mögliche *Bedingungen* dieser Probleme zu sprechen komme. Es sind selektive Erfahrungen über viele Jahre hinweg aus unterschiedlichsten

Ausbildungsinstituten in Deutschland, Österreich und der Schweiz:

- Allein schon die unterschiedliche Verwendung vieler Begriffe in der Literatur stiftet bei Ausbildungskandidaten Verwirrung: Verhaltensdiagnostik, Verhaltensanalyse, „behavioral assessment“, funktionale Analyse, Analyse der Funktionalität eines Verhaltens (z.B. im Familiensystem), Bedingungsanalyse, Problemanalyse – viele wünschen sich eine eindeutige Begriffsverwendung in der Ausbildung oder zumindest eine Vereinheitlichung innerhalb ihres Ausbildungsinstituts bzw. hinsichtlich ihrer Prüfungen.
- Gleiches gilt für unterschiedliche Kürzelsysteme bezüglich des klassischen SORKC-Modells: Kanfer et al. (z.B. 2006, S.485) haben zwar einen historischen Überblick gegeben – dennoch kommen Kandidaten oft mit Fragen zur Supervision wie: „Ist die Konsequenz nun C oder K?“ Aber auch erfahrene Kollegen als Prüfer haben damit Probleme, denn erst kürzlich wurde eine Supervisandin in ihrer Abschlussprüfung gerügt, weil sie „V“ für Verhalten statt „R“ für Reaktion verwendete...
- Viele angehende Therapeuten haben noch nicht (oder nicht mehr?) gelernt, die für den Prozess einer Verhaltensanalyse notwendigen Fragen zu stellen, hypothesengeleitet zu analysieren und auf diesem Weg erst zu einem *Ergebnis* für die spätere Therapieplanung zu kommen. Häufig werden in der Diskussion auch *Prozess* und *Ergebnis* einer VA verwechselt und übersehen, dass z.B. erst ein guter VA-Prozess in den ersten probatorischen Sitzungen zu einem VA-Ergebnis führt, das in einem Fallbericht/Therapieantrag dargestellt werden kann – sozusagen als Zusammen-

fassung der bisher gezeigten Szenen aus einem laufenden Film.

- Leider sind heutigen Kandidaten die früheren grundlegenden Arbeiten zur Entwicklung der speziellen Form und Vorgehensweise der Verhaltensdiagnostik (als Gegenentwurf zur statischen Persönlichkeitsdiagnostik und zum medizinischen Krankheitsverständnis: vgl. Schulte, 1976a) oft gar nicht mehr bekannt. Etikettierungseffekte durch Diagnosen, unzureichende Verknüpfungen von Diagnose und Therapie, überholte „Trait“-Konzepte der Persönlichkeit, Auswirkungen auf die Beziehungsgestaltung (hier der Experte, dort der Empfänger von Anweisungen) – all diese Kritikpunkte an der traditionellen Persönlichkeitsdiagnostik gelten natürlich nach wie vor, selbst wenn die klassifikatorische Diagnostik mittlerweile ein gut operationalisiertes Verhaltensniveau erreicht hat. Trotzdem wird zunehmend wieder „die Depression von Zimmer 112“ und weniger die betreffende Person behandelt, um die es eigentlich geht...
- Kurzschlüssige Diagnose-Therapie-Relationen: In manchen Köpfen setzen sich diesbezüglich sehr rudimentäre Beziehungen zwischen Diagnosen und therapeutischen Maßnahmen fest: „Wenn Depression, dann Aktivitätsaufbau“, „wenn Angst, dann Exposition“, „wenn Borderline, dann DBT-Skills-Gruppe“ (analog zu „wenn Kopfschmerzen, dann Schmerzmittel“, „wenn Schlafprobleme, dann Schlaftabletten“). Dann scheint vielen eine VA verzichtbar – man weiß ja, was zu tun ist. Was aber, wenn die VA eine Erschöpfungsdepression nahelegt und der Patient alles andere braucht, aber keine zusätzlichen Aktivitäten?

- Überwicht bei klassifikatorischer Diagnostik, Vernachlässigung verhaltensanalytischer Überlegungen: Viele Ausbildungskandidaten beschäftigen sich in den ersten probatorischen Sitzungen inhaltlich wie zeitlich fast nur noch mit ICD-10-Diagnostik. Sicherlich stellen solche Diagnosen heute die „Eintrittskarte“ in das Krankenversicherungssystem dar; bei 100 Patienten mit der Diagnose einer rezidivierenden depressiven Episode geht es aber im Einzelfall um 100 unterschiedliche Lebenssituationen, Ziele, Bedingungen und Lösungen.
- Rückkehr tautologischer Schlussfolgerungen: Zunehmend häufiger verwenden Kandidaten m.E. wieder Zirkelschlüsse, wenn es um die Frage geht, weshalb Patienten bestimmtes Verhalten zeigen: Ein hyperaktives Kind ist hyperaktiv wegen seiner Hyperaktivitätsstörung, soziale Unsicherheiten werden mit einer sozial unsicheren Persönlichkeitsstörung (PS) erklärt, misstrauisches Verhalten mit einer paranoiden PS oder aggressives Verhalten mit einer dissozialen PS.
- Publierte heuristische Leitfragen zur VA werden mit einer Checkliste zum Abarbeiten in jedem Einzelfall gleichgesetzt: Natürlich sind nach wie vor die Bereiche wichtig, die schon Kanfer & Saslow (1965, 1976) bezüglich einer hilfreichen VA genannt hatten (z.B. Genaue Problembeschreibung, Bedingungsanalyse, Motivationsanalyse, Entwicklungsanalyse, Analyse der Selbstkontrolle, sozialer Beziehungen sowie der soziokulturellen und physischen Umgebung). Aber kein Pianist würde auf die Idee kommen, nacheinander die Tasten des Klaviers vollständig von links unten bis rechts oben zu drücken und dabei darauf zu hoffen, dass ein ansprechendes Musikstück daraus entsteht.
- Theoretische Grundsatzdebatten: Statt auf den pragmatischen Zweck konzentrieren sich manche Falldiskussionen auf spitzfindige begriffliche Fragen wie z.B.: Ist die Anspannung des Patienten jetzt eine O-Variable oder schon R bzw. V? Wann ist bei den Konsequenzen „kurzfristig“ zu Ende, und „langfristig“ beginnt? Was ist, wenn ich bei dem Patienten keine verstärkenden Konsequenzen finde?
- Verhaltensanalyse als „akademische Pflichtübung“: Man hat im Seminar gelernt, dass bestimmte Punkte abzuarbeiten sind, was dann mechanisch-zwanghaft (aber leider ohne Konzept und ohne Ableitung therapierelevanter Schritte) geschieht. So wird z.B. auf 2 Seiten die Genese samt bisheriger Behandlungsversuche minutiös erfasst, ohne danach die Frage beantworten zu können: „Was heißt das jetzt für die anstehende Behandlung?“
- Post-hoc-Verhaltensanalysen: Therapeuten haben ihre bisherige Fallbearbeitung an ihrer eigenen Logik, „Intuition“ oder einem anderweitig orientierten Konzept ausgerichtet und versuchen erst im Nachhinein, daraus für die Ausbildung einen verhaltenstherapeutischen Fallbericht mit Verhaltensanalyse zu konstruieren (was meist künstlich aufgesetzt bleibt).
- Dominanz von Manualen: Manche verlassen sich bei der Therapie völlig auf die Vorschläge eines Manuals (und wundern sich, dass Patienten bei bestimmten Schritten nicht mitmachen). Sie merken erst spät oder bei vermeintlichen „Widerständen“, dass ihr Vorgehen nicht zu den individuellen Bedürfnissen der Patienten passt, oder entdecken erst in der Su-

- pervision, dass bestimmte funktionale Zusammenhänge übersehen wurden. Fatal wird es für Kandidaten, wenn sie Manualen blind vertrauen und das Versagen ihrer manualgesteuerten Therapie auf ihre eigene Unfähigkeit attribuieren und nicht auf die hinderlichen Faktoren, die einer blinden Anwendung des Manuals bei Patient X im Wege stehen. Aber die würde man erst mit einer individuellen VA herausfinden – ebenso wie das, was der Patient statt eines Manuals im Moment am dringendsten therapeutisch bräuchte...
- Vielen Therapeuten gelingt es nicht, *typische Beispielsituationen* für den gewählten Behandlungsfokus auf den Punkt zu bringen. Obwohl schon bei Schulte (1976b, S.77) die *Isolierung einer typischen Verhaltensweise R* aus den Beschwerden des Patienten als erste Aufgabe des Verhaltensanalytikers genannt ist, kommt es immer wieder vor, dass nebensächliche Beispiele analysiert werden, dass die Verhaltensanalyse auf etwas ganz anderes fokussiert, als die vergebene ICD-10-Diagnose bzw. der Fokus der Therapie nahe legt.
 - Bei der Übersicht über die Probleme von Patienten erfolgt eine zusammenhanglose Aufreihung unterschiedlichster Beschwerden, die über mehrere Verhaltenscluster und Situationen streuen (z.B. eine Vermischung von Symptomen sozialer Ängste, Essstörung, Depression und Arbeitsstörung). Das Bemühen um möglichst vollständige Auflistung verhindert jedoch, dass sich Muster und Zusammenhänge erkennen lassen (und dass z.B. die Abläufe der Essstörung einer Patientin von ganz anderen funktionalen Bedingungen abhängen als die sozialen Ängste).
 - Kandidaten sind überfordert, eine hilfreiche „Interpunktion von Ereignisfolgen“ (im Sinne von Watzlawick, Weakland & Fisch, 1979, S.36) vorzunehmen: Wo eine Verhaltenskette beginnt, was S und was R ist, was wofür eine Konsequenz K darstellt, ist nur dann schwierig zu erkennen, wenn nicht zuvor aus dem „Ereignisstrom“ eine Sequenz herausgefiltert wird (am besten ein R, welches für die beklagte Symptomatik prototypisch ist). Erst dann gilt: Jedes R findet immer in einer bestimmten Situation = S statt und wird gefolgt von den Konsequenzen K.
 - Therapeuten verzichten darauf, bei unklaren Abläufen zunächst eine Phase der Beobachtung einzuschieben und sich dadurch relevante Daten zu verschaffen. Viele verlassen sich auf verbale Schilderungen ihrer Patienten oder geben sich zufrieden damit, wenn der Patient sagt: „Das weiß ich nicht!“
 - Ein häufiger Fehler (den ich zu Beginn meiner Tätigkeit auch selbst begangen habe) liegt darin, zu schnell und zu früh bei den erstgenannten Beschwerden eine ausführliche Verhaltensanalyse „in die Tiefe“ zu machen, ohne zuvor die Relevanz dieser Thematik im Gesamtbild geklärt zu haben. Wer alles sofort intensiv analysieren will, hat zwar bald sehr viel Material in der Patientenakte, sammelt allerdings auch viel Datenmüll, wenn z.B. der Patient später sagt, dass dieses Thema für ihn jetzt doch nicht so wichtig ist (oder wenn sich die Beschwerde als nicht änderbare Tatsache statt als änderbares Problem herausstellt).
 - In letzter Zeit kommt es – evtl. durch die Renaissance eines medizinischen Krankheitsverständnisses? – auch immer wieder vor, dass die Verhaltens-

analyse als „objektive Erfassung“ der Gegebenheiten missverstanden wird (analog zu einem Blutbild, einem CT oder MRT). Auch der Sprachgebrauch ist entsprechend: Da gibt es „exakte, saubere, glasklare Analysen“, die „wahren“ Diagnosen werden „herausgefunden“ oder „festgestellt“, der „objektive Befund bestimmt“, der „Status des Patienten vollständig erfasst“ u.v.m. Jede Form des Diagnostizierens ist aber nach wie vor ein konstruktiver Akt, und auch Krankheitskategorien sind immer nur ein kognitives Hilfsmittel als Kategoriensystem im Kopf des Betrachters.

- Aber auch gegenteilige Meinungen habe ich schon gehört: Es sei sowieso alles im Fluss, die „wirkliche“ Therapie laufe sowieso nach anderen Überlegungen (das hätte neulich auch Dozent Y so gesagt), und deshalb genüge eine grobe Klassifizierung und der Griff zum passenden Manual.
- Hoffnung auf Automatismen der Diagnostik und Therapieplanung: Der Patient erhält jede Menge Fragebögen oder wird mit strukturierten Interviews oder Tests konfrontiert in der Hoffnung, dass sich am Ende der Prozedur die „tatsächlichen“ Erkenntnisse „von allein“ ergeben. Eigene verhaltensanalytische und planerische Überlegungen seien daher obsolet. Das Ergebnis dieses Vorgehens lautet aber meistens: „Viel erfasst und nichts begriffen“. Möglicherweise verhindern solche „objektiven“ Interaktionen auch, dass sich Therapeuten auf die subjektive menschliche Begegnung mit Empathie, Mitgefühl und dem Risiko einer emotionalen Beteiligung einlassen.
- Insgesamt fällt mir ein *zunehmender Verzicht auf eine Orientierung am*

Therapieprozess auf, der mit Beziehungsgestaltung, Erwartungs- und Rollenklärung, Motivationsförderung usw. beginnt und erst einmal die Voraussetzungen für inhaltliche Problemlöseschritte schafft (vgl. z.B. Kanfer et al., 1991-2006). Da kommt z.B. eine Supervisandin und möchte ihren neuen Zwangspatienten nach der 3. Sitzung *konfrontieren*, wie sie es im Theorieseminar gehört hätte (ohne zu wissen womit). Aber noch schlimmer wird der Eindruck, als sie keine Antworten geben kann auf Fragen wie z.B.: Was möchte der Patient denn überhaupt in der Therapie? Welche Erwartungen hat er? Wie sieht sein Leben aus mit manchen Stärken und Schwächen? Wozu ist er motiviert?, u.Ä.

Oder Therapeuten versäumen es, erst einmal ein persönliches Vertrauensverhältnis aufzubauen, und senden schon vor dem Erstkontakt umfangreiche Fragebogenpakete zu bzw. beginnen das Erstgespräch mit verhörartigem Abfragen standardisierter Diagnostik in der Illusion, valide und reliable Daten zu erhalten.

- Auch die derzeitigen Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen scheinen auf die Ausbildungsinhalte großen Einfluss zu haben, so dass die Curricula solche Wissensbestände bevorzugen, die auswendig zu lernen sind. Auf Empathie gibt es (noch?) keine Noten – und so haben kognitive Inhalte oder die Fähigkeit zur schriftlichen Darstellung eines Falles bei Prüfungen deutlich mehr Gewicht als die Demonstration angewandten funktionalen Denkens in der Gesprächsführung oder empathisches verhaltensanalytisches Vorgehen im unmittelbaren Therapiekontakt.
- „Missbräuchliche“ Verwendung der Verhaltensanalyse: Ziemlich scho-

ckiert war ich, als ich im Zuge meiner Supervisionsarbeit vor ein paar Jahren in einer Klinik mitbekam, was man mit einer VA noch alles machen kann. Im Rahmen einer sehr eigenwilligen Interpretation des dialektisch-behavioralen Therapieansatzes von Linehan (1996) wurde dort den Patientinnen immer dann eine zeitaufwändige Verhaltensanalyse auferlegt, wenn sie „therapieschädigendes“ Verhalten zeigten – allerdings nicht, um daraus wertvolle Schlussfolgerungen für therapeutische Hilfestellungen zu ziehen, sondern allein zum Zweck einer „Strafarbeit“. Als bloße Bestrafung gedacht hat eine solche Art von Verhaltensanalyse ihren Namen nicht verdient – von den schädlichen Effekten hinsichtlich Patientenmotivation ganz zu schweigen.

2. EINIGE BEDINGUNGEN UND ZUSAMMENHÄNGE (UND KONSEQUENZEN DARAUS)

Die obigen Erfahrungen können zwar keine Repräsentativität beanspruchen, dürften aber erste Hypothesen formulieren lassen, wo es hakt bzw. worauf es ankommt, wenn das Werkzeug „Verhaltensanalyse“ sinnvoll eingesetzt werden soll. Einige Bedingungen und Zusammenhänge könnte man grob in folgende drei Bereiche einteilen:

1. Verständnis- und Legitimationsprobleme
2. „Zeitgeist“-Probleme
3. Anwendungs- und Vermittlungsprobleme

(1) *Verständnis- und Legitimationsprobleme: Wozu überhaupt Verhaltensanalysen?* Angehende Therapeutinnen und Therapeuten werden durch kritische

Stimmen zur VA stark verunsichert. Dadurch leidet auch ihr Verständnis dafür, dass, ob und weshalb eine VA überhaupt durchgeführt werden sollte. Viele Kritik- und Diskussionspunkte sind durchaus berechtigt (vgl. den Sammelband von Reinecker & Fiedler, 1997). Natürlich ...

- ist eine VA alleine nicht ausreichend für eine gute Therapie, sondern nur eine kleine Hilfe im gesamten Therapieprozess, der sich als komplexer Problemlöseprozess auf Basis der Basisvariablen + Therapiemotivation + Änderungsprozess konzipieren lässt (Kanfer et al., 2006),
- muss das Rad der Therapie nicht in jedem Einzelfall von Neuem erfunden werden,
- ist eine funktionale Analyse nicht im streng mathematischen Sinn zu verstehen,
- ist im natürlichen Umfeld (anders als in einer experimentellen Laborsituation) nicht jede Variable zu kontrollieren,
- gibt es keine „Anwendung“ von Theorien im strengen Sinne,
- ist das Vorgehen immer nur heuristisch zu verstehen,
- haben Manuale ihre Berechtigung,
- ist störungsbezogenes Wissen samt operationalisiert beschriebenen zugehörigen Maßnahmen ein wichtiger Baustein guter Therapieplanung (vgl. aber schon Kaminski, 1970: Speicher „Bedingungs- und Änderungswissen“).

Aber eine individuelle Verhaltensanalyse gibt Therapeuten Orientierung, führt zu plausiblen Hypothesen für die Therapieplanung, regt praktische Schritte an, wie den Patienten zu helfen wäre, verschränkt kontinuierlich diagnostische/therapeutische Maßnahmen und erlaubt es zu beobachten, was im Anwendungskontext passiert (und diese Info so-

fort wieder in die weitere Planung „einzuspeisen“) und liefert letztlich gute Argumente gegen den Vorwurf, Verhaltenstherapeuten würden nur an den Symptomen, nicht aber an deren Bedingungen arbeiten.

Fred Kanfer war – je nach Grundstimmung – teils amüsiert teils schockiert, wenn er sah, was speziell in Deutschland mit der Grundidee seiner Verhaltensanalyse passierte: dass daraus häufig ein mechanischer bürokratischer Akt wurde, anstatt sich auf die wesentliche Frage zu besinnen: „Weshalb passiert bei Person X in der Situation S das Verhalten R, und was könnte dieser Person helfen, ihre Lebenssituation durch die Therapie zu verbessern?“

Diese Frage lässt sich nach wie vor allein durch klassifikatorische Diagnostik nicht beantworten. Und so könnte es weiterhin (oder wieder?) wichtig sein, im therapeutischen Lager *ein grundlegendes Verständnis für den pragmatischen Zweck einer VA* zu schaffen, nämlich auf Basis funktionaler Zusammenhänge zielführende therapeutische Schritte planen zu können. Es legitimiert die VA zusätzlich, dass dadurch erst ein individueller Zuschnitt der Therapie möglich wird. Im Klartext wird auf diese Weise ein humanistisches Menschenbild verwirklicht, das die existenzielle Einzigartigkeit des Seins berücksichtigt, statt Menschen in Krankheitsklassen einzuteilen und ihnen dann fertig konfektionierte Therapieprogramme überzustülpen.

(2) *„Zeitgeist“-Probleme.* Seit Einführung der VA hat sich manches verändert: In Deutschland hat die Integration der Verhaltenstherapie in das System der Krankenkassenversorgung durchaus zu einer Anpassung an das sogenannte „medizinische Modell“ geführt: Therapeutische Maßnahmen werden analog zur Verschreibung von Medikamenten appli-

ziert, zuvor muss eine treffsichere Diagnostik die Zuweisung zur relevanten Krankheitskategorie ermöglichen; Zusammenhänge zwischen Therapietechnik (= Medikament) und Krankheit werden empirisch ermittelt und per Manual oder Leitlinie beschrieben. Therapeuten machen dementsprechend zuerst Krankheitsdiagnostik und wenden dann das passende Manual an.

Dieses Vorgehen hat in einem bestimmten Kontext durchaus Vorteile: So ist z.B. in einer psychosomatischen Klinik mit 4 bis 6 Wochen Aufenthaltsdauer der Patienten eine intensive Behandlung nach dem Gießkannenprinzip möglich, selbst wenn der individuelle Zuschnitt fehlt. *Aus ökonomischen Aspekten* werden von einem Konzept aus (1) treffsicherer Eingangsdiagnostik und (2) Zuweisung zu passenden Gruppenangeboten nach dem Prinzip der Normalverteilung viele Patienten im Mittelbereich in hinreichendem Maße profitieren (einige am einen Rand der Glockenkurve zwar wenig bis nichts, einige am anderen Rand dafür aber extrem viel). Auch bei ambulanten Einzeltherapien wächst der Druck zu immer kürzeren Behandlungen. In *Manualen* werden zunehmend die wichtigsten bewährten Vorgehensweisen bei bestimmten Störungsbildern zusammengefasst. Dies stellt einerseits einen enormen Fortschritt dar, denn Praktiker (und Ausbildungskandidaten) werden zunehmend mit empirisch fundierten Maßnahmen versorgt und sind nicht auf ihre persönlichen Erfahrungen oder privaten Spekulationen angewiesen. Andererseits zeigt sich in mancher Supervision ein blindes Vertrauen von Therapeuten in Manuale, eine Anwendung nach Schema F, an den aktuellen Bedürfnissen von Patienten vorbei, ein direktives Vorgehen ohne Berücksichtigung der individuellen Patientenlage und die Illusion, Patienten müssten die

Anweisungen des Manuals nur „schlucken“ wie ein Medikament, um geheilt zu werden.

(3) *Anwendungs- und Vermittlungsprobleme.* Viele oben beschriebene Supervisionsprobleme deuten darauf hin, dass Therapeuten das Werkzeug „Verhaltensanalyse“ ungeschickt und inadäquat anwenden: Sie gehen mechanisch vor, lassen sich von unterschiedlichen VA-Konzepten und deren unterschiedlichen Begriffen/Kürzeln verwirren, ziehen keine oder unpassende Schlüsse aus ihren Analysen, scheitern an der Auswahl geeigneter Ansatzpunkte („target selection“) oder arbeiten VA-Schemata buchstabengetreu (aber konzeptlos) ab bzw. vernachlässigen die Grundlagen eines guten Therapieprozesses (empathische Beziehungsgestaltung, Motivationsförderung). Manche dieser Anwendungsprobleme verführen sie dazu, auf individuelle Verhaltensanalysen zu verzichten und dafür den Einflüsterungen von Manualen zu vertrauen – in der Hoffnung, dass sich Erfolge dann von allein einstellen.

Kandidaten müssen das Ganze aber ja irgendwo gelernt haben. Deshalb vermute ich, dass sich viele Anwendungsprobleme durch eine *adäquate Vermittlung der Grundlagen einer VA in der Ausbildung* verhindern ließen. Das Lehren einer Verhaltensanalyse, die „Sinn“ macht, ist m.E. eine *therapedidaktische Aufgabe* ersten Ranges. Die Crux liegt allerdings darin, dass Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen derzeit großen Wert auf kognitives, abfragbares Faktenwissen legen. Was nützt es, wenn jemand Symptome mit Fachbegriffen belegen kann (z.B. „Russell’s signs“ bei Bulimie), aber nicht weiß, welche therapeutisch hilfreichen Schritte sich ableiten? Deshalb halte ich es für notwendig, Therapeuten als „aktiv informationsverarbei-

tende Wesen“ zu verstehen und sowohl klinische „soft skills“ (Gesprächsführung, Kommunikation, Empathie, Beziehungsgestaltung: Schmelzer & Rischer, 2008) als auch Kompetenzen der klinischen Urteilsbildung und insbesondere funktionales Denken zu fördern. Einige Implikationen für den Lehr- und Lernprozess möchte ich hier zusammenfassen.

Eine gute Koordination von theoretischen und anwendungsbezogenen Seminaren mit fallbezogener Supervision der ersten verhaltensanalytischen Gehversuche könnte von Anfang an die VA nicht als lästige Pflicht, sondern als „sinnvolle“ und für jede individuelle Therapieplanung hilfreiche Aktivität erscheinen lassen. Erfolgserfahrungen im praktischen Umgang sind für die Selbsteffizienz von Therapeuten weitaus wichtiger und überzeugender als alle theoretischen Beteuerungen der VA-Relevanz.

Zur guten Vermittlung gehört m.E. auch, dass Ausbildungskandidaten frühzeitig an guten Konzepten und Beispielen die Grundlagen einer VA lernen – nicht allein aus Büchern, sondern praxisnah durch Lernen am Modell, „micro-teaching“, „learning by doing“, „on-the-job-training“ und engmaschige Rückmeldung in Ausbildung und Supervision u.v.m.

Besonders relevant ist die *Einbettung der VA in ein Gesamtkonzept des Therapieprozesses* (Kanfer et al., 2006, S. 107 ff.): Dutzende von Einzelkompetenzen sind diesbezüglich schrittweise in der Ausbildung zu vermitteln und nach und nach zu integrieren, und ich habe mir an anderer Stelle die Mühe gemacht, die im 7-Phasen-Modell enthaltenen vielfältigen Anforderungen an Therapeuten in Form einer Lernzieltaxonomie herauszuarbeiten (vgl. Schmelzer, 1997, S.429-438).

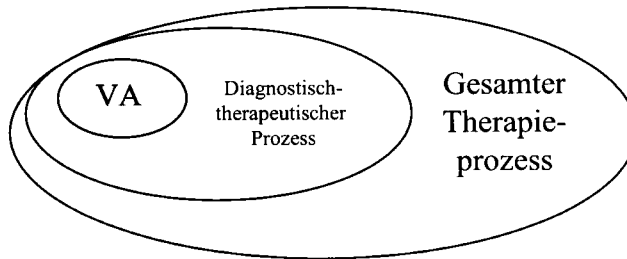


Abbildung 1: Einbettung der VA in ein Gesamtkonzept des Therapieprozesses

Andere zu vermittelnde „Skills“ sind z.B.:

- Förderung des deklarativen und prozeduralen Wissens (und Könnens) von Therapeuten und Entwicklung effektiver „Wissens- und Kompetenzspeicher“, die für angewandtes Problemlösen im klinischen Setting genutzt werden können (Schmelzer, 1997, S.135),
- VA in Beziehung setzen zu empirisch fundierten Bedingungen und Interventionen bei bestimmten Krankheitsbildern (Bedingungs- und Änderungswissen inkl. Kompetenzen zur Umsetzung: Kaminski, 1970),
- Umgang mit kognitiv-affektiven Schemata, die im Kontakt mit Patienten aktiviert werden und die VA mit beeinflussen,
- Gestaltpsychologische Kompetenzen in der VA: Mustererkennung, Figur/Grund-Relationen, Mikro- und Makroperspektive (Weitwinkel, Tele), Hören mit dem „dritten Ohr“, eine „Melodie“ in einer Reihe von Tönen erkennen können, Zergliedern eines „Filmes“ in einzelne Sequenzen mit Anfang/Ende usw.,
- „Target selection“: Fokusbildung, Herausfiltern repräsentativer Beispielsituationen und relevanter Handlungsausschnitte aus dem Fluss von Patienteninformationen,
- Analytische und synthetische Fähigkeiten der Informationsverarbeitung (vom Einfachen zum Komplexen, vom Vagen zum Konkreten, Top down/bottom-up processing bezüglich Zielen/Plänen und Verhalten, deduktives vs. induktives Vorgehen, Operationalisierung von Begriffen etc.),
- Beurteilung der *Relevanz* von Verhaltensmustern im Lebenskontext von Patienten (z.B. über Empathie, Erspüren von Bedürfnissen und „current concerns“, über Beobachtung und Motivationsanalysen)
- Kategorisierung: Cluster bilden (Verhaltensweisen X1 bis X20 bilden Cluster A) und Kategorien voneinander trennen (X1 bis X12 bilden Cluster A, X13 bis 20 bilden Cluster B),
- Zusammenhänge beobachten (Wenn X, dann auch Y?, Wenn nicht X, dann Y? X und Y hängen evtl. von Z ab? X und Y treten nur auf, wenn nicht A? etc.) und hypothesengeleitet im Gespräch vorgehen,
- Nutzung von Instrumenten und Hilfsmitteln (Verhaltensinventare, Fragebögen, Selbstbeobachtung, direkte Beobachtung, Verhaltensexperimente, Rollenspiele, Interview etc.),
- Diagnostik als *Förderdiagnostik* nutzen: Welche Kompetenzen bräuchte

der Patient, um in seinem Alltag besser zurechtzukommen?

- Umgang mit Veranschaulichungstechniken für bedeutsame Lebensbereiche, Probleme, Ressourcen und spätere Interventionen; Umgang mit unterschiedlichen Möglichkeiten der Darstellung (Landkarte, Überblicksskizze, Problem- und Ziellisten, mind maps, Tortengrafiken etc.),
- Pragmatischer Umgang mit Manualen und Leitlinien: Patientenspezifische Auswahl bzw. individueller Zugschnitt von dortigen Vorschlägen etc.

Manche dieser Aspekte sind ausführlicher an anderer Stelle dargestellt (z.B. Schmelzer, 1997). Der „Zeitgeist“ hat aber auch bei der Art der Vermittlung solcher Skills seine Auswirkungen, denn heutzutage geht es nicht nur um den Lernprozess an sich – es muss auch noch Spaß machen und unterhaltsam sein („Infotainment“). Dies trifft auch auf jede Form von Training zu, sei es persönlich, mit Video, Rollenspielen bis hin zu computergestützter Simulation.

Wie das nachfolgende Kapitel zeigen soll, gibt es für die oben skizzierten *Verständnis- und Vermittlungsprobleme* der VA durchaus Abhilfemöglichkeiten; funktionales Denken lässt sich also lehren und lernen – der Umgang mit dem „Zeitgeist“ ist ein anderes Thema ...

3. VERHALTENSANALYSE: REKAPITULATION EINIGER SELBSTVERSTÄNDLICHKEITEN FÜR DIE HEUTIGE AUSBILDUNG UND PRAXIS

Die nachfolgenden Passagen sind als Handreichung für Ausbildungskandidaten und Kollegen gedacht, die sich allmählich mit dem Prozess der Verhaltensanalyse vertraut machen möchten und sich mit den vorliegenden nüchternen

VA-Anleitungen schwer tun. Wenn die VA wirklich so bedeutsam sein soll, müssen wir unseren Kandidatinnen zwei wesentliche Ausgangsfragen schlüssig und überzeugend beantworten können: (1) Was ist überhaupt eine Verhaltensanalyse, und wozu ist sie denn überhaupt gut? (2) Wie führe ich eine VA in der Praxis durch, damit sie ihren Zweck erfüllt und mir bei der Therapieplanung wirklich hilft?

(1) WAS IST EINE VERHALTENSANALYSE, UND WOZU IST SIE ÜBERHAUPT GUT?

Zunächst hilft eine Rückbesinnung auf den ganz *pragmatischen* Zweck des Prozesses der VA, nämlich Antworten auf die 3 Hauptfragen von Kanfer & Saslow (1976, S.26/27) zu finden:

- 1.) Welche besonderen Verhaltensmuster verlangen eine Veränderung hinsichtlich ihrer Auftrittshäufigkeit, ihrer Intensität, ihrer Dauer oder der Bedingungen, unter denen sie auftreten?
- 2.) Welches sind die Bedingungen, unter denen dieses Verhalten erworben wurde, und welche Faktoren halten es momentan aufrecht?
- 3.) Welches sind die praktikabelsten Mittel, um die erwünschten Veränderungen bei diesen Individuen zu erzielen (Veränderungen der Umgebung, des Verhaltens oder der Selbsteinschätzung des Patienten)?

Der Prozess der VA soll demzufolge zu einem individuellen Fallverständnis beitragen, Figur/Grund-Entscheidungen und eine Fokus-Bildung ermöglichen („target selection“) sowie die *Therapieschritte an den funktionalen Bedingungen der Symptomatik ansetzen* lassen (statt nur die Symptome zu behandeln). Wenn es auch nicht möglich ist, *sämtliche* Bedingungen eines Verhaltens zu

eruieren, versucht die *funktionale Analyse*, solche Bedingungen des fraglichen Verhaltens herauszufinden, deren Veränderung auch zu einer Veränderung dieses Verhaltens führt (vgl. Reinecker, 2005, S.29); dies geht nur individuell. Eine VA ermöglicht folglich ein sehr personspezifisches Verständnis und Vorgehen und berücksichtigt auf diese Weise die Einzigartigkeit der Person und Lebensumstände von Patienten („humanistisches“ Argument).

Die VA impliziert eine *kontinuierliche Verschränkung* diagnostischer und therapeutischer Schritte über den gesamten Therapieprozess hinweg. Ihre Effektivität bemisst sich ganz pragmatisch daran, ob es mit ihrer Hilfe möglich wird, die jeweils nächsten therapeutischen Schritte zu planen und zielführend zu optimieren. Therapeuten wie Patienten benötigen Orientierung, und so fügen sich die Ergebnisse des VA-Prozesses im

Laufe der Zeit zu einer patientenspezifischen „Landkarte“ zusammen, die beiden als Wegweiser dient. Welche Maßstäbe, Begrifflichkeiten oder Kürzel bei einer VA gewählt werden, ist dabei sekundär: Ähnlich wie bei Wittgensteins „Leiter-Beispiel“ (Wittgenstein, 1921/1980, S.115) bemisst sich der Wert einer Leiter nicht an deren Größe, Material oder Schönheit, sondern nur an ihrem Verwendungszweck. Manchmal könnte auch eine Strickleiter helfen – und wenn die Leiter ihren Zweck erfüllt hat, stellt man sie sowieso wieder beiseite. Und im Übrigen kann man auch verhaltensanalytisch denken ohne irgendwelche Kürzel...

Wir unterscheiden dabei einen Prozess der VA (der genaugenommen nie zu Ende ist) und dessen *Ergebnis* zu einem bestimmten Zeitpunkt (z.B. nach 5 Probesitzungen, nach 25 oder 45 Sitzungen):

Tabelle 1: *Prozess und Ergebnis der Verhaltensanalyse (VA)*

Prozess der VA	Ergebnis der VA
• „Laufender Film“ • kontinuierliche Analyse relevanter Abläufe mittels Fragen, Beobachtungen, Fragebögen, Verhaltensinventaren usw. • Einbettung in den gesamten Therapieprozess (siehe oben: Abb.1) • Informationsverarbeitungsprozess des Therapeuten über die Zeit, der auch emotionale und Beziehungsaspekte enthält • Aktive Informationssammlung mittels Fragen, Beobachtungen, Vergleichen, Analyse/Synthese • Einzelfallorientiertes Vorgehen (unter Nutzung genereller Erkenntnisse über Menschen, Störungsbilder, Therapiemaßnahmen etc.)	• Zusammenfassung der bisher gezeigten Szenen des „Films“ zu bestimmtem Zeitpunkt • Fallkonzeption zu bestimmtem Zeitpunkt auf Basis der bis dahin analysierten Informationen • Hilfsmittel: Anleitungen zu Fallberichten, Strukturierungs- und Veranschaulichungshilfen (Weitwinkel/Teile-Fokus, Mindmaps, Skizzen etc.) • Zusammengefasstes, „verdichtetes“, auf den Punkt gebrachtes Kondensat der Informationslage • Übergeordnete Frage: Wenn die funktionalen Bedingungen X bis Y vorliegen: Welche therapeutischen Schritte lassen sich daraus folgern (vgl. Tabelle 2 am Ende des Beitrags)?

In diesem Prozess suchen Therapeut und Patient zunächst Orientierung hinsichtlich der Gesamtlage (Screening, Weitwinkel-Einstellung) und gehen dort ins Detail, wo im Leben des Patienten Probleme deutlich werden. Sobald sich ein lohnenswerter Betrachtungsfokus zeigt, wird von Weitwinkel- auf Tele-Einstellung gewechselt und eine *situative* VA begonnen (SORKC bzw. SOVK-Modell, siehe unten). Die eruierten funktionalen Bedingungen geben dann Anregung für praktische Schritte, wie dem Patienten zu helfen wäre. Allerdings geben bereits Kanfer & Saslow (1965) den ausdrücklichen Hinweis, bei solchen Analysen *sowohl Problembereiche als auch Ressourcen* zu betrachten, um ein umfassendes Bild von der Person und Lebenssituation des Patienten zu zeichnen.

(2) WIE FÜHRE ICH EINE VA IN DER PRAXIS DURCH, DAMIT SIE IHREN ZWECK ERFÜLLT UND MIR BEI DER THERAPIEPLANUNG WIRKLICH HilFT?

1.) Die Grundlage: Alle VA-Bemühungen sind einzubetten in den Therapieprozess (Kanfer et al., 2006, S.107 ff.) und insbesondere von einer empathischen Gesprächsführung und Beziehungsgestaltung abhängig (Schmelzer & Rischer, 2008). Erst wenn die gesamte Therapie auf einer gesunden Basis ruht, wenn also eine vertrauensvolle therapeutische Allianz und hinreichende Therapiemotivation vorhanden sind, macht das nachfolgend beschriebene *inhaltliche* Vorgehen Sinn.

2.) Der Ausgangspunkt: Jedes Verhalten tritt nicht willkürlich auf, sondern lässt sich als Zusammenspiel von Einflussgrößen auf drei Ebenen verstehen, wobei nach Kanfer et al. (2006, S.24 ff.) die α -Variablen alle Einflüsse der externen physikalischen und soziokulturellen Umgebung umfassen, β -Variablen alle

kognitiv-affektiven Schemata und Prozesse in der Person (= Selbstregulationssystem) und γ -Variablen die biologisch-physiologische Ebene.

3.) Die Verhaltensanalyse fokussiert zunächst auf das fragliche Verhalten und sucht dann nach Hypothesen, von welchen Faktoren dieses denn genau abhängt – nach der Formel: $V = f(???)$. Diese *funktionale* Analyse lenkt den Blick vom Ausgangspunkt der Betrachtung (= Symptom) zu den *Bedingungen*, die für das Auftreten von „V“ (oder „R“) verantwortlich sind. Wie unten beschrieben, können dies Situationsbedingungen (S), Bedingungen innerhalb der Person (O) oder Konsequenzbedingungen (K) sein. Doch zunächst der Reihe nach.

4.) *Jedes Verhalten findet in einer konkreten Situation* statt (vgl. auch Bartling et al., 1980: Verhalten-in-Situationen V-i-S). Damit werden **S-R**-Verbindungen und assoziative Koppelungen im Sinne des klassischen Konditionierens (Pawlow) betrachtet.

5.) *Jedes Verhalten hat bestimmte Konsequenzen*: Damit werden **R-C**-Verbindungen im Sinne operanter Lernprinzipien einbezogen (Skinner), insbesondere positive und negative Verstärkung.

6.) In der behavioristischen Tradition wurden lange Zeit nur extern beobachtbare Input-Output-Relationen untersucht und der menschliche Organismus als „black box“ verstanden; was darin vorging („private Ereignisse“), war wissenschaftlich tabu. Spätestens seit Kanfers Selbstkontroll-Ansatz wurde deutlich, dass viele Verhaltensweisen nur erklärt werden können, wenn die „black box“ geöffnet wird: Also trat die so genannte Organismusvariable **O** als Bindeglied zwischen S und R; diese O-Variable enthielt anfangs nur die biologische Ebene (Lindsley, 1964), wurde im Zuge der „Kognitiven Wende“ zunächst um Kognitionen und später auch um Emotio-

nen erweitert. Heute enthält sie im Prinzip alle lern- und lebensgeschichtlichen Prägungen (die man sich im menschlichen Gehirn gespeichert denken kann in Form von kognitiv-affektiven „Schemata“, Zielen, Bedürfnissen, Kompetenzen etc.). Bei der konkreten Analyse des Verhaltens sind dabei die Schemata relevant, die *in der fraglichen Situation wachgerufen/aktiviert* sind.

7.) Welche Situation und welches Verhalten V (bzw. welche Reaktion R) soll überhaupt in den Fokus genommen werden? Dabei hilft der Prozess der „*target selection*“ (Kanfer, 1985, Kanfer et al., 2006, S.185 ff.) mit entsprechenden heuristischen Hinweisen. So sollten vor allem akut bedrohliche, hoch belastende Verhaltensweisen, „Kernbeschwerden“ und prinzipiell änderbare Problemreaktionen in den Blickpunkt der VA rücken, nicht jedoch unveränderliche „Tatsachen des Lebens“ oder Beschwerden, die sich von alleine bessern, periphere Bedeutung besitzen oder auf wenig Resonanz/Motivation beim Patienten stoßen.

8.) Bei einer guten Therapie wechselt der Therapeut – nach einem anfänglichen „Screening“ der gesamten Lebenssituation des Patienten – wie bei einem

Fotozoom-Objektiv kontinuierlich zwischen Weitwinkel- und Tele-Fokussierung. Er behält also sowohl die *Makro-* als auch die *Mikro-Ebene* im Blick.

9.) Idealerweise richtet sich der Tele-Betrachtungsfokus auf *prototypische Beispielsituationen* und *repräsentative Situationen* des beklagten Verhaltens (vgl. dazu schon Schulte, 1976b), die zunächst konkret, verhaltensnah und anschaulich beschrieben werden.

10.) Sobald der Fokus (= V oder R) festgelegt ist, lässt sich eine *zeitliche Reihenfolge* „*VORHER* – V oder R – *NACHHER*“ betrachten (vgl. die „vorausgehenden und nachfolgenden Reizbedingungen“ bei Schulte, 1976b). Schon sind wir beim *SORKC-Modell* angelangt, aus dem Kanfer et al. (2006) später die Abfolge SOVK machten. Dafür ist auch die Bezeichnung „*situative*“ VA gebräuchlich, andere sprechen von der „horizontalen“ VA (im Gegensatz zur „vertikalen“ VA, die auf die hierarchisch gedachten Ziele, Pläne und Schemata ausgerichtet ist: Caspar, 1996) (s. Abb. 2).

11.) Die *O-Variable* bildet die Schnittstelle von der horizontalen zur vertikalen Verhaltensebene: Für die ökonomische *Darstellung* wichtiger β -Varia-

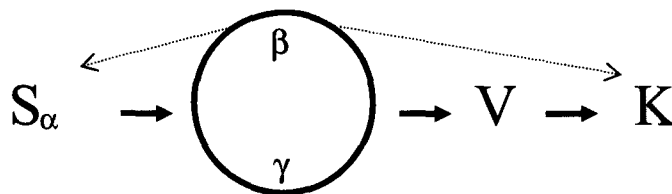


Abbildung 2 ist wie folgt zu lesen:

Die **Person** (= großes Kürzel **O** für Organismusvariable) befindet sich in einem physiologischen Zustand γ und interpretiert eine äußere Situation $S\alpha$ auf Basis ihres Selbstregulationssystems β (lerngeschichtliche Vorerfahrungen, gespeichert in Form von „Schemata“) in bestimmter Weise, kalkuliert auch erwartete Konsequenzen ein und zeigt entsprechendes Verhalten (= V). Darauf folgen reale Konsequenzen (K: + / -, intern/extern, kurzfristig/langfristig).

Abbildung 2: SOVK-Schema in Abwandlung des klassischen SORKC-Modells (Kanfer et al., 2006, S.206)

blen (als Resultat der individuellen Lerngeschichte) ist die Vertikale Verhaltens- oder Plananalyse bzw. der Schema-Ansatz von Grawe (vgl. im Überblick: Caspar, 2007) hilfreich. Dabei können wichtige Ziele und Pläne einer Person des Überblicks wegen (a) hierarchisch (Oberziele oben an der Spitze), (b) konzentrisch (zentrale Themen im Zentrum) oder (c) sektorisiert (Kuchen-Modell, Tortendiagramm) gedacht und dargestellt werden.

12.) In der Therapiepraxis sind zu einem bestimmten Zeitpunkt immer nur bestimmte *Ausschnitte* aus der subjektiven Ziel-, Motiv- und Wertestruktur einer Person erfassbar. Statt minutiöser Versuche, (wie in der Forschung) Ziele und Pläne von Klienten in umfangreichen hierarchischen Abbildungen darzustellen, genügt aus pragmatischen Gründen die *Darstellung einiger zentraler Zielbereiche bzw. einiger handlungsleitender Oberpläne* („Lebenspläne“, oft auch „Überlebenspläne“) von Personen/Patienten. Daraus werden bei **O** dann diejenigen Schemata dargestellt, die in der betreffenden Situation aktiviert sind und zum beschriebenen Verhalten **V** führen.

13.) **V** kann noch auf den verschiedenen Verhaltensebenen beschrieben werden, was z.B. bei Angststörungen oder bei **V** mit asynchronen Verläufen wichtig ist: V_k (kognitiv), V_{ph} (physiologisch) und V_m (motorisch), wobei Emotionen immer als Konglomerat aus k , ph und m zu verstehen sind.

14.) Was ist beim SORKC-Modell aus dem Kürzel **K** (engl. für „contingency“) oder **KV** (dt. für „Kontingenzverhältnis“) geworden? K/KV ist noch ein Relikt aus der operanten Laborforschung, wo man sehr genau die Kontingenzen zwischen **R** und **C** festlegen kann (z.B. mittels Quoten- oder Intervall-Verstärkungsplänen). In der klinischen *Praxis* ist eine

exakte Erfassung solcher Kontingenzen selten möglich, weshalb meist darauf verzichtet werden kann – außer es gibt wichtige Implikationen für die Therapieplanung (dass z.B. Wutanfälle eines Kindes, die von den Eltern bisher unbeabsichtigt intermittierend verstärkt wurden, hohe Änderungs- und Lösungsresistenz erwarten lassen).

15.) Wegen der unterschiedlichsten Verwendung von Abkürzungen in der klinisch-verhaltenstherapeutischen Literatur wäre es günstig, wenn Kandidaten bei Verwendung eines Kürzelsystems kurz auf die entsprechende Quelle hinweisen (z.B. „Abkürzungen entsprechend Bartling et al., 1980 bzw. 1998; entsprechend Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 2006; entsprechend Sulz, 1992 bzw. 2006 usw.);

16.) Bei Falldarstellungen bzw. der Darstellung wichtiger Erkenntnisse einer konkreten funktionalen Verhaltensanalyse ist *nicht immer die gesamte Kürzelpalette* notwendig! So kann z.B. – *wenn sie nicht relevant ist* – die physiologische γ -Variable weggelassen werden, ebenso eine Differenzierung von kurzfristigen/langfristigen Konsequenzen K_k K_l bzw. internen/externen Konsequenzen K_i / K_e (möglicherweise noch in Kombination: K_{ki} / K_{ke} / K_{li} / K_{le} ...).

17.) Der wichtigste Grundsatz für die funktionale Verhaltensanalyse (und damit die Art und den Umfang des verwendeten Kürzelsystems) lautet: Es sollte möglichst sparsam und plausibel die *Aufrechterhaltung des Problemverhaltens* erklärt werden können, woraus sich dann ebenso plausibel *handlungsrelevante therapeutische Planungen/Schritte* ergeben müssten (wozu im Therapieprozess allerdings auch noch Überlegungen zu den jeweiligen Zielen sowie die Nutzung empirisch fundierter Interventionen gehören).

18.) Bei *Interaktionen zwischen Personen* (z.B. bei Paaren, Familien etc.) wäre es äußerst mühsam, sämtliche Verhaltensketten in wechselseitiger Verschränkung darzustellen (wobei die R von Person A das S für Person B wäre usw.). Hier kann es hilfreich sein, die typischen Interaktionsmuster als „Spiele“ zu bezeichnen (z.B. Opfer-Retter-Spiel, Sei nett zu mir, dann bin ich nett zu dir, Alles bleibt in der Familie etc.; näheres siehe Schmelzer, 1997, S.138 ff. bzw. 209 ff.). Ähnliches gilt für eine *systemische Analyse auf der Makro-Ebene*, die dann Systemregeln, wiederkehrende Muster oder ebenfalls „Spiele“ als Beschreibung nutzt, um die dortigen Beobachtungen und Zusammenhänge ökonomisch zusammenzufassen (vgl. Bartling et al., 1980; Kanfer et al., S.216 ff.; Schmelzer, 1997, S.139/140 bzw. S.282 ff.).

Die obigen Erläuterungen sind aus den praktischen Erfahrungen mit den Verständnis- und Umsetzungsproblemen vieler Ausbildungskandidaten in der Supervision entstanden. Sie dienen nicht als Ersatz, sondern als *Ergänzung* zu vielen sehr differenzierten Anleitungen zur VA, die u.U. wegen ihrer Differenziertheit für viele Kandidatinnen eher eine Belastung als Hilfe darstellen. Trotzdem lohnt sich ein gründliches Einarbeiten in die gängigen VA-Schemata, und selbst ein Blick in die „klassischen“ Publikationen zum Thema könnte für viele immer wieder hilfreich sein (vgl. u.a. Bartling et al., 1980, 1998; Caspar, 2007; Kanfer & Saslow, 1976; Kanfer et al., 2006, S.195 ff.; Schulte, 1976b; Sulz, 1992, 2006; Wassmann, 2000 etc.).

Weitere Handreichungen stellen Überblickswerke zu verhaltenstherapeutischen *Falldarstellungen* dar, in die Ergebnisse der VA eingearbeitet sind (vgl. z.B. Liebeck & Merod, 2007; Rabaoli-Fi-

scher & Kraemer, 2002; Vogel, Merod, Stark, Strauß & Zilly, 1994 etc.). Hilfen bei der Antragstellung einer Richtlinien-Verhaltenstherapie sind ein anderer Schwerpunkt (vgl. z.B. Claus, 2005; Faber & Haarstrick, 2005; Keil-Kuri & Görnitz, 1999; Müther, 2008; Sulz, 2006 etc.).

Dem pragmatischen Zweck der VA entsprechend fasst die Tabelle 2 am Ende dieses Beitrags noch die wichtigsten *Implikationen* einer Verhaltensanalyse für die unmittelbare Therapieplanung beispielhaft zusammen.

LITERATUR

- Bartling, G., Echelmeyer, L., Engberding, M. & Krause, R. (1980). *Problemanalyse im therapeutischen Prozeß*. Stuttgart: Kohlhammer-Urban.
- Bartling, G., Echelmeyer, L. & Engberding, M. (1998). *Problemanalyse im therapeutischen Prozeß. Leitfaden für die Praxis* (4. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Beer, A. L. (Hrsg.) (2005). Schwerpunkt: B. F. Skinners Verhaltensanalyse – ihre historische und aktuelle Bedeutung [Themenheft]. *Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis*, 37, 709-804.
- Caspar, F. (Hrsg.). (1995). *Psychotherapeutische Problemanalyse*. Tübingen: DGVt.
- Caspar, F. (2007). *Beziehungen und Probleme verstehen. Eine Einführung in die psychotherapeutische Plananalyse* (3.Aufl.). Bern: Huber.
- Claus, B. (2005). *Das Gutachterverfahren in der Verhaltenstherapie. Anleitung zur Erstellung von Erst- und Verlängerungsberichten*. Tönning: Der Andere Verlag.
- Engberding, M. (1996). Problemlösen - Ein Orientierungsmodell für Analyse und Therapie psychischer Störungen. In F. Caspar (Hrsg.), *Psychotherapeutische Problemanalyse* (S. 87-131). Tübingen: DGVt.

Tabelle 2: Verhaltensanalytische Zusammenhänge und ihre Implikationen für die Therapieplanung (Beispiele)

VA-Zusammenhänge	Folgerungen für die Therapie
S-R-Koppelungen (z.B. bei Ängsten oder Traumatisierungen) Unter welchen Umständen tritt das fragliche Verhalten immer auf (S_D)? Wann nicht (S_N)? Wann wird es etwas häufiger (S_+), wann seltener (S_-)?	S-R-Koppelungen schwächen, korrektive Erfahrungen vermitteln (z.B. durch sukzessive Approximation oder Exposition) Welche Situationen sollten z.B. bei einer Angstexposition eingeplant werden, welche nicht? Für welche sozialen Situationen sollten Rollenspiele zur Bewältigung konzipiert werden?
O-Variable: β-Anteile a) problematische kognitiv-affektive Schemata b) zentrale Lebensziele/Bedürfnisse, „current concerns“ oder (Über-)Lebensregeln c) dysfunktionale Kognitionen/beliefs d) Kompetenzmängel e) Stärken und Ressourcen	a) Modifikation kognitiv-affektiver Schemata b) Zentrale Lebensziele/Bedürfnisse <i>aufgreifen</i> (keinesfalls ignorieren oder dagegen arbeiten!) c) Veränderung dysfunktionaler beliefs d) Erkennen/Akzeptieren von Grenzen vs. Aufbau notwendiger Fertigkeiten e) Nutzung von Ressourcen in/für Therapie; Relativierung von Problemen im Gesamtkontext, Gegengewicht/Ausgleich
O-Variable: γ-Anteile (biologisch-physiologischer Zustand, Müdigkeit, Einflüsse von Drogen/Pharmaka, Erbkrankheiten, körperliche oder geistige Behinderung)	pharmakologische Interventionen, organmedizinische Hilfen, Umgang mit chronischen Krankheiten oder Behinderungen
R bzw. V (dysfunktionales Verhalten) – Verhaltensexzess? – Verhaltensdefizite? – unproblematisches Verhalten	Aufbau von <i>funktionalem</i> Alternativverhalten R_1 bis R_n , Korrektur bisheriger Erfahrungen – Exzessives Verhalten reduzieren/abbauen – Defizite beheben, Kompetenzen aufbauen – Wo gibt es keinen Interventionsbedarf?
K (Konsequenzen) Bei klinischen Krankheitsbildern zeigen sich meist negative Verstärkungsbedingungen (K minus durchgestrichen): Flucht/Vermeidung lindert Angst, Alkohol mindert Entzugssymptome etc.	Positive oder negative Verstärkung des bisherigen dysfunktionalen Verhaltens unterbinden; Selbstkontrolle aufbauen (<i>langfristig</i> günstiges Verhalten verstärken), Alternativverhalten aufbauen und dessen Verstärkung/Selbstverstärkung fördern
Bisherige Behandlungs- und Selbsthilfe-Versuche: Was wurde vom Pt. bereits alles versucht, um mit dem Problem klarzukommen? Was nicht?	Keine ineffektiven Maßnahmen aus der Vergangenheit wiederholen, modifizierte, neue und andersartige Lösungen suchen
Genese: Wann trat das Verhalten erstmals auf? Wie hat es sich im Verlauf der Jahre verändert? Gibt es Kovariationen über die Zeit mit Faktoren, die eine deutliche Intensivierung bzw. Besserung des Verhaltens bedingen könnten?	Hinweise auf funktionale Bedingungen, die in der Therapie aufgegriffen werden könnten und zu Besserungen führen (aber Vorsicht: Es sind nicht die damaligen Entstehungs-, sondern die heute aufrechterhaltenden Bedingungen des Verhaltens relevant!)
Aktuelle Motivationslage („current concerns“), Erwartungen und Wünsche	Aktuelle Ziele/Bedürfnisse von Patienten aufgreifen bzw. bei Themen mit ungünstiger Motivation diese aufbauen/fördern
Vage Beschreibungen, unklare Zusammenhänge	Beobachtungsphase (Selbstbeobachtung, Fremdbeobachtung) vor- bzw. dazwischenschalten, VA-Bemühungen intensivieren
Analyse der subjektiven Krankheitsüberzeugungen („health beliefs“)	Welches Vorgehen ist für den Patienten subjektiv akzeptabel? Wofür müssen erst „Plausible Modelle“ vermittelt werden (Psychoedukation)?
Makro-Ebene: Einflüsse der sozialen Umgebung? Normen? Systemregeln? Förderliche oder hinderliche Umgebungsfaktoren?	Was kann für die Unterstützung der therapeutischen Schritte genutzt werden? Wo könnte es Grenzen geben?

- Faber, F. R. & Haarstrick, R. (2005). *Kommentar Psychotherapie-Richtlinien* (7.Aufl.). München: Urban & Fischer bei Elsevier.
- Fiedler, P. (1997). Therapieplanung in der modernen Verhaltenstherapie: Von der allgemeinen zur phänomen- und störungsbezogenen Behandlung. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 18, 7-39 [auch in H. Reinecker & P. Fiedler (Hrsg.), Therapieplanung in der modernen Verhaltenstherapie – eine Kontroverse (S.1-27). Lengerich: Pabst].
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Hayes, S. C. & Strosahl, K. D. (Eds.) (2005). *A practical guide to acceptance and commitment therapy*. New York: Springer.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy. An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford.
- Kaimer, P. (2007). Narrative Ansätze: Nützliche Geschichten als Quelle für Hoffnung und Kraft. In R. Frank (Hrsg.), *Therapieziel Wohlbefinden* (S. 83-101). Berlin: Springer.
- Kaminski, G. (1970). *Verhaltenstheorie und Verhaltensmodifikation*. Stuttgart: Klett.
- Kanfer, F. H. (1985). Target selection for clinical change programs. *Behavioral Assessment*, 7, 7-20.
- Kanfer, F. H. & Grimm, L. G. (1980). Managing clinical change: A process model of therapy. *Behavior Modification*, 4, 419-444.
- Kanfer, F. H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (2006). *Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis* (4.Aufl.). Berlin: Springer.
- Kanfer, F. H. & Saslow, G. (1965). Behavioral analysis: An alternative to diagnostic classification. *Archives of General Psychiatry*, 12, 529-538.
- Kanfer, F. H. & Saslow, G. (1976). Verhaltenstheoretische Diagnostik. In D. Schulte (Hrsg.), *Diagnostik in der Verhaltenstherapie* (2.Aufl.; S.24-59). München: Urban & Schwarzenberg.
- Keil-Kuri, E. & Görlitz, G. (1999). *Vom Erstinterview zum Kassenantrag. Seelische Krankheit im Sinne der Psychotherapie-Richtlinien* (3.Aufl.). München: Urban & Fischer.
- Langer, E. J. (1997). *The power of mindful learning*. Reading (MA): Addison-Wesley.
- Liebeck, H. & Merod, R. (2007). *Verhaltenstherapeutische Fallberichte für die Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten/zur Psychologischen Psychotherapeutin*. Tübingen: DGVT.
- Lindsley, O. R. (1964). Direct measurement and prosthesis of retarded behavior. *Journal of Education*, 147, 62-81.
- Linehan, M. M. (1996). *Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. München: CIP-Medien.
- McCullough, J. P. jr. (2006). *Psychotherapie der chronischen Depression: Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy – CBASP*. München: Elsevier [Orig. 2003. Treatment for chronic depression: Cognitive behavioral analysis system of psychotherapy (CBASP). New York: Guilford].
- McCullough, J. P. jr. (2007). *Behandlung von Depressionen mit dem: Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP) – Therapiemanual*. München: CIP-Medien [Orig. 2003: Skills training manual for diagnosing and treating chronic depression: Cognitive behavioral analysis system of psychotherapy. New York: Guilford].
- Müther, M. (2008). *Bericht an den (VT)Gutachter. Schneller, leichter, kompetent*. Tübingen: DGVT.
- Orlinsky, D. E. & Rønnestad, M. H. (Eds.) (2004). *How psychotherapists develop: A study of therapeutic work and professional growth*. Washington (DC): American Psychological Association.

- Rabaioli-Fischer, B. & Kraemer, S. (Hrsg.) (2002). *Von Fall zu Fall. Antragstellung und Falldokumentation in der kognitiven Verhaltenstherapie*. Lengerich; Pabst.
- Reinecker, H. (2005). *Grundlagen der Verhaltenstherapie* (3.Aufl.). Weinheim: Beltz PVU.
- Reinecker, H. & Fiedler, P. (Hrsg.) (1997). *Therapieplanung in der modernen Verhaltenstherapie. Eine Kontroverse*. Lengerich: Pabst.
- Schmelzer, D. (1986). Problem- und zielorientierte Verhaltenstherapie. Teil II: Das „OPTIMIZE“-Prozeßmodell als Orientierungsrahmen für die Praxis. *Verhaltensmodifikation*, 7, 3-110.
- Schmelzer, D. (1997). *Verhaltenstherapeutische Supervision: Theorie und Praxis*. Göttingen: Hogrefe.
- Schmelzer, D. & Rischer, A. (2008). Über Kooperation zur Selbstregulation. In M. Hermer & B. Röhrle (Hrsg.), *Handbuch der therapeutischen Beziehung, Band 1: Allgemeiner Teil* (S. 379-422). Tübingen: DGVt.
- Schulte, D. (Hrsg.). (1976a). *Diagnostik in der Verhaltenstherapie* (2.Aufl.). München: Urban & Schwarzenberg.
- Schulte, D. (1976b). Ein Schema für Diagnose und Therapieplanung in der Verhaltenstherapie. In D. Schulte (Hrsg.), *Diagnostik in der Verhaltenstherapie* (2.Aufl.; S. 75-104). München: Urban & Schwarzenberg.
- Schulte, D. (1993). Lohnt sich eine Verhaltensanalyse? *Verhaltenstherapie*, 3, 5-13.
- Sulz, S. K. D. (1992). *Das Verhaltensdiagnostiksystem VDS: Von der Anamnese zum Therapieplan* (Handbuch). München: CIP-Medien.
- Sulz, S. K. D. (2006). *Verhaltensdiagnostik und Fallkonzeption. Bericht an den Gutachter und Antragstellung* (4. Aufl.). München: CIP-Medien.
- Virués-Ortega, J. & Haynes, S. N. (2005). Functional analysis in behavior therapy: Behavioral foundations and clinical application. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 567-587.
- Vogel, H., Merod, R., Stark, A., Strauß, E. H. & Zilly, G. (Hrsg.) (1994). *Verhaltenstherapeutische Fallberichte* (Ausbildungsmaterial 4). Tübingen: DGVt.
- Wassmann, R. (2000). Grundlagen/Durchführung der Problem- und Verhaltensanalyse. In A. Batra, R. Wassmann & G. Buchkremer (Hrsg.), *Verhaltenstherapie: Grundlagen – Methoden – Anwendungsgebiete* (S. 42-59). Stuttgart: Thieme.
- Watzlawick, P., Weakland, J. H. & Fisch, R. (1979). *Lösungen. Zur Therapie und Praxis menschlichen Wandels* (2.Aufl.). Bern: Huber.
- Wittgenstein, L. (1980). *Tractatus logico-philosophicus. Logisch-philosophische Abhandlung*. Frankfurt/M.: Suhrkamp (Erstausgabe: 1921).



KORRESPONDENZADRESSE:

DR. DIETER SCHMELZER

DIPLOM-PSYCHOLOGE

PSYCHOLOGISCHER PSYCHOTHERAPEUT (VT)

KÜHNERTSGASSE 24

D-90402 NÜRNBERG

E-MAIL: info@dr-schmelzer.de