



Vom VERHALTEN zur dahinterstehenden GESELLSCHAFTLICHEN PHILOSOPHIE. Übergeordnete Modelle in der Verhaltensanalyse und der Verhaltenstherapie.

BEHAVIOUR and combined SOCIAL PHILOSOPHIES. Meta-Models in Behavioral Analyses and Behaviour Therapy.

GERALD GATTERER

1. Einleitung

Die Verhaltenstherapie hat gerade in den letzten Jahren viele neue Entwicklungen erlebt. So hat sich das klassische Modell der Verhaltensanalyse (Margraf & Schneider, 2018 a, b; Schneider & Margraf, 2018) durch die Integration von kognitiven Prozessen und Grundannahmen (Beck, 2005), von Bedürfnissen (Grawe, 2000), schematherapeutischen Ansätzen (Rafaeli et al. 2013; Young et al., 2008), achtsamkeitsbasierten und emotionsorientierten Verfahren sowie übergeordneten Philosophien weiterentwickelt. Damit verbunden sind aber auch viele unterschiedliche Zugänge zur Diagnostik, ähnliche Begriffe z. B. Schemata nach Young oder Beck bzw. Grundannahmen und bedingte Annahmen, was oft zur Verwirrung der Therapeuten führt. Der folgende Artikel versucht, etwas Klärung und Struktur in diese Problematik zu bringen.

2. Grundlagen der Diagnostik

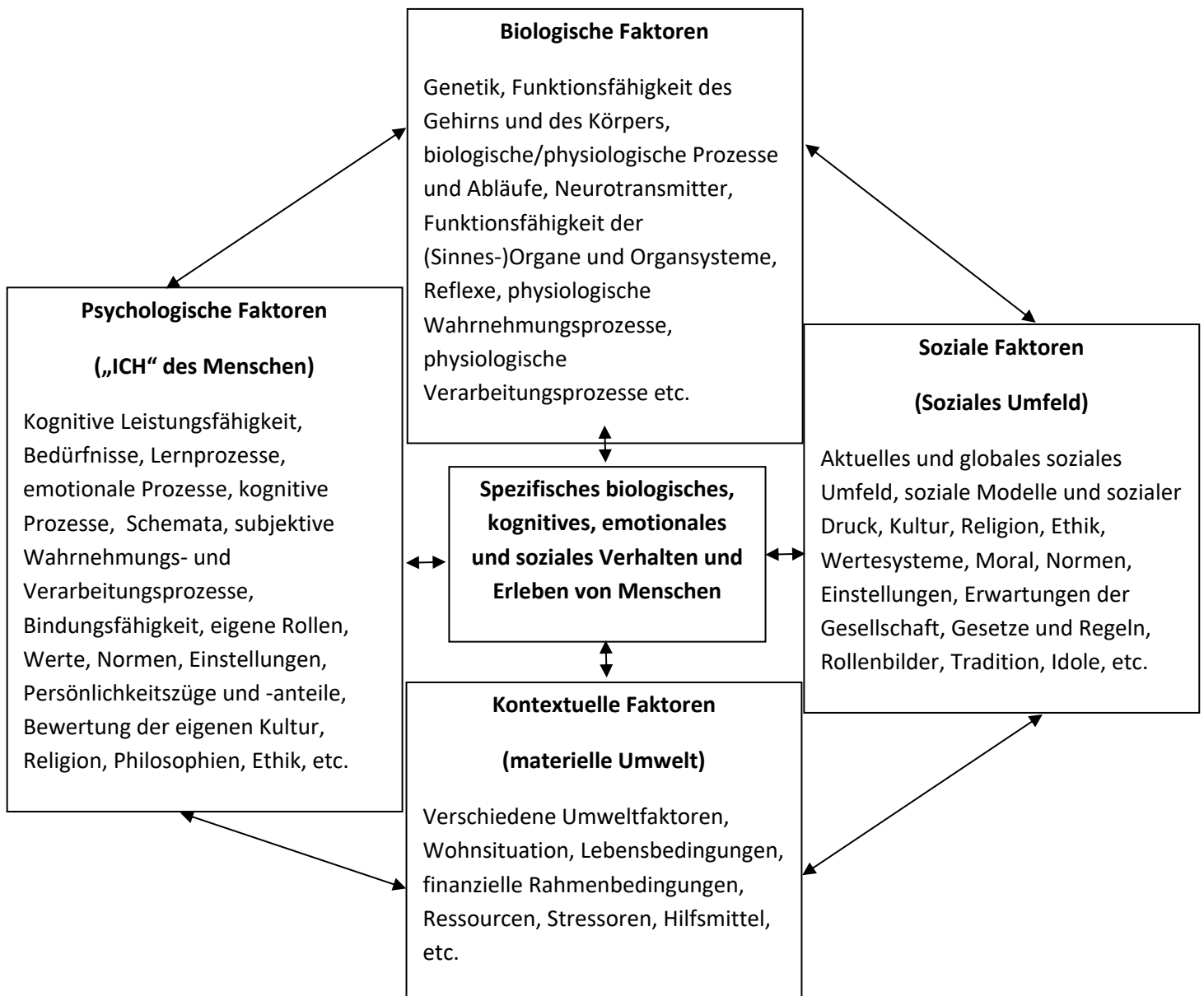
Die Diagnostik in der Verhaltenstherapie beinhaltet einerseits die Anamnese mit der Lebensgeschichte, einen psychopathologischen Status, das Stellen einer Diagnose entsprechend der Diagnosesysteme ICD-10 (Dilling & Freyberger, 2016) bzw. DSM-5 (Falkay & Wittchen, 2018), das Miteinbeziehen von Skalen und Scores zur Objektivierung derselben (Strauß & Schuhmacher, 2005), Testverfahren zur Quantifizierung des Ausmaßes der Störung und solcher zur Evaluation des therapeutischen Prozesses im Rahmen der Qualitätssicherung. Die spezifische verhaltenstherapeutische Diagnostik mittels der Problem- oder Verhaltensanalyse (Margraf & Schneider, 2009) bildet ein zentrales Merkmal des diagnostischen Prozesses in der Verhaltenstherapie und ist ein wesentliches Element für die Erklärung der Genese des Problemverhaltens, dessen Ablauf in einer spezifischen Situation und der Planung der entsprechenden therapeutischen Schritte. Sie besteht aus dem Makromodell zur Problemgenese, dem S-O-R-K-C-Modell zur Beschreibung in einer spezifischen Situation (horizontale Verhaltensanalyse) und der Plananalyse bzw. der Erarbeitung von Schemata für die Erfassung übergeordneter, das Symptom mitbeeinflussender Faktoren (vertikale Verhaltensanalyse).

Dadurch soll das aktuelle Verhalten in der Situation möglichst gut sowohl für Patienten, aber auch für Therapeuten verständlich werden.

3. Vom Verhalten zur Lebensphilosophie

Meist startet die Verhaltenstherapie mit der genauen Problembeschreibung auf der Verhaltens-ebene. Diese wird auf allen Ebenen möglichst genau für eine bestimmte Situation besprochen. Dahinter steht ein Menschenbild, wie es von Gatterer (2013) vorgestellt wurde. Dieses Modell ist in Abbildung 1 dargestellt. Das aktuelle Verhalten eines Menschen wird dabei als das Zusammenspiel von **physiologischen/biologischen Prozessen**, **psychologischen Faktoren**, die aufgrund von Lernprozessen die Persönlichkeit des Betroffenen ausmachen, den gleichzeitig bestehenden Werten, Normen, Rollenbildern, Erwartungen etc. **der Gesellschaft** und den **materiellen und ökologischen Umweltbedingungen** beschrieben.

Abbildung 1: Verhaltenstherapeutisches Menschenbild: Zusammenspiel biologischer, psychologischer, sozialer und kontextueller Faktoren zur Erklärung der Entwicklung („lernen“) von Verhaltensweisen und deren Zusammenwirken in einer bestimmten Situation (erweiterte bio-psycho-soziale- und kontextuelle Matrix)





<https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/04/gerald-gatterer-vom-verhalten-zur-philosophie-avm-publications-2021-02-10.pdf>

Also was passiert genau in der Situation, was tut die Person, was denkt sie, was spürt sie körperlich und auch emotional. Welche Regeln und Normen von ihr, aber auch der Gesellschaft spielen eine Rolle? In welcher Rolle agiert die Person? Welche Anteile der Persönlichkeit, welche Schemata und übergeordnete Werte werden aktiviert? Welche Bedürfnisse stehen dahinter? Welche Lebensphilosophien und kulturelle bzw. religiöse Aspekte sind wesentlich? In welchem Kontext findet es statt?

Darauf baut die Verhaltensanalyse auf, die die Genese der Störung, das S-O-R-K-C-Modell und die Erfassung „dahinter stehender Strukturen und Prozesse (moderne Verhaltenstherapie)“ beinhaltet (Gatterer, 2022, in press).

Diese können folgenden Bereichen zugeordnet werden:

- Das aktuelle Verhalten in der spezifischen (Problem)Situation; Was ist genau passiert?
- Welche Kognitionen sind dabei aufgetreten?
- Die damit verbundenen physiologischen Prozesse; Was spürt die Person in dieser Situation?
- Welche Emotionen sind damit verbunden? Hier ist es wichtig, alle Emotionen zu erfassen, die in dieser Situation bei den entsprechenden Kognitionen auftreten. Aus der emotionsorientierten Therapie kann man auch nach primären und sekundären Gefühlen unterscheiden.
- Die Kausalitäten, Regeln und Normen (Pläne in der Situation), die die Person in dieser Situation hat bzw. die mit den Kognitionen verbunden sind. Was sind die Regeln und Normen, die die Person hat, bzw. was hätte sie sich hier in der Situation erwartet?
- Die Rollen, die sich aus dieser Situation ergeben und in der die Personen agieren bzw. sich selbst sehen. In welcher Rolle sieht sich die Person in dieser Situation, und in welcher Rolle ist die andere Person bzw. andere oder virtuelle Personen?
- Die globaleren, über diesen individuellen und situationspezifischen Normen stehenden „bedingten Annahmen“, die für mehrere Situationen gelten. Hierbei geht es darum, so wie etwa von Beck beschrieben, die hinter den „automatischen (dysfunktionalen) Gedanken“ stehenden Muster zu erkennen (Beck, 2011). Diese wären etwa auch mit den Plänen aus der Plananalyse (Kasper, 1996) vergleichbar.
- „Grundannahmen“, die bereits globale Lebensregeln darstellen, stehen noch mehr auf einer „Metaebene“ (vgl. Ellis, 1973) und gelten deshalb bereits für viele Lebensbereiche.
- Darüber stehen die damit verbundenen kognitiven (Beck, 2005) und emotionalen Schemata (Young, 2005)
- Direkte „Akteure“ in dieser Situation werden oft als Schema-Modi (Young, 2005) bzw. EGO-States (Fritsche, Hartmann, 2016) oder „Monster“ im Sinne von ACT (Prätsch, 2020; Wegenroth, 2017) bezeichnet.
- Von der Theorie her werden diese durch die nicht Befriedigung (Verletzung) menschlicher (emotionaler) Grundbedürfnisse (Grawe, 2000; Sachse, 2006) aktiviert, die bereits frühkindlich vorhanden sind.
- Über allem stehen dann oft noch übergeordnete Strukturen wie Lebensphilosophien, gesellschaftliche Werte und Normen bzw. kulturelle oder religiöse Aspekte, die das Leben dieser Person als „Mensch“ ausmachen.



<https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/04/gerald-gatterer-vom-verhalten-zur-philosophie-avm-publications-2021-02-10.pdf>

Diese übergeordneten Bereiche fließen meist in die O-Variable ein und sind dahinter stehende modulierende Faktoren, die das Verhalten oft massiv beeinflussen, da sie „automatisiert“ anspringen und emotionale Prozesse und Verhaltensweisen auslösen. In der Schematherapie (Roediger; https://www.schematherapie-roediger.de/blatt/index_blatt.htm) werden hierzu auch eigene Modelle der Verhaltenssteuerung dargestellt, die das Zusammenspiel von neuronalen Prozessen, Schemata und Modusaktivierung bei einem Stimulus und das daraus entstehende Verhalten ableiten. Ein ähnliches Modell findet sich auch beim ACT-Hexagon in der Acceptance Commitment Therapy (Christodoulou, 2012a, b)

Ähnlich wie bei der Störungsdiagnostik stehen hierzu unterschiedliche Wege und Mittel zur motivationalen Diagnostik offen. Diese kann entweder durch eine direkte Patientenbefragung, den Einsatz von Fragebögen (z. B. FAMOS; Grosse-Holtforth, Grawe, 2002; Schema-Fragebögen, Young, 2005a) oder durch die Plananalyse erfolgen (Grawe, 1998, 2004).

4. Das konkrete/praktische Vorgehen

Im folgenden Abschnitt sollen das praktische Vorgehen und die dahinterstehenden Überlegungen dargestellt werden. Ziel ist es, unterschiedliche Begriffe und Modelle zu vergleichen und wenn möglich einem Bereich zuzuordnen. Dadurch soll etwas Transparenz in die unterschiedlichen Modelle, deren Ähnlichkeiten und Unterschiede gebracht werden.

- 4.1. *Die Problembeschreibung:* Um die (Problem-)Situation möglichst konkret zu erfassen, sollte der Patient hierzu genau befragt werden. Wann ist was, wo und wie passiert? Wer war beteiligt? Was ist genau passiert? Was war vorher? Was hat sich die Person erwartet? Was wurde nicht erfüllt? Was wurde gesprochen, getan? Wie hat wer reagiert?
- 4.2. *Kognitionen:* Welche automatischen Gedanken sind dabei aufgetreten? Hier ist es wichtig, möglichst viele Kognitionen zu erfassen, da nur dadurch alle damit verbundenen Werte und Normen erfasst werden können. Insofern ist es wichtig, dem Patienten Zeit zu lassen, die Situation und die Kognitionen genau zu reflektieren.
- 4.3. *Die körperlichen und emotionalen Reaktionen:* Hier sollte zu jeder Kognition die entsprechende physiologische Reaktion und das damit verbundene Gefühl erfasst werden. Was hat die Person in der Situation genau gespürt? Wo hat sie es gespürt? Welche Gefühle sind es? Hierbei können auch „Gefühlskarten (z. B. <https://www.gefuehlsmonster.de/>)“ verwendet werden, wenn sich die Person schwertut. Wichtige Fragen hier sind: „Und was haben Sie hier gespürt? Wo haben Sie es gespürt? Welches Gefühl ist das? Woher kennen Sie das Gefühl?“
- 4.4. *Regeln und Normen und Kausalitäten,* die für diese Situation und die damit verbundenen Gedanken und Gefühle verantwortlich sind. Hier ist es wichtig genau nachzufragen, was sich die Person hier erwartet hätte. Was sollten Menschen in der Situation tun? Welche Regeln und Normen wurden missachtet? Woher kommt das Problem? Welcher Plan steckt dahinter? Die klassische Plananalyse ist hier ein Instrument, um die Zusammenhänge und

Kausalitäten zwischen dem aktuellen Verhalten und den übergeordneten Mustern genauer zu erfassen. Die wichtigsten Leitfragen zum Erschließen von Plänen sind:



- Wozu ist das gut?
- Was will der Patient damit erreichen?
- Welche Verhaltensweisen wären hier „adäquat“ aus der Sicht des Patienten?

Nach Caspar (1986, 1996, 2007) erfolgt eine Erschließung der Pläne entweder Top-Down, also vom Bedürfnis zum Verhalten. Hier stellt sich die Frage: „Wie befriedigt der Patient sein Bedürfnis nach etwas“? Eine zweite Möglichkeit wäre Bottom-Up, also vom beobachteten Verhalten „von unten“ wird direkt auf den Plan geschlossen und geprüft, ob sich andere Verhaltensweisen finden, die den Plan bestätigen. Das Ziel ist es, den hypothetischen „Nutzen“ eines Verhaltens zu erfassen bzw. hypothetisch zu erklären, inwieweit ein Grundbedürfnis zu einem Verhalten führt. Hierbei geht es nicht um die Erfassung der Wahrheit, sondern um theoretische Überlegungen.

- Verhaltensaspekte werden im Indikativ formuliert: z. B. „Arbeitet viel“
- Pläne werden im an die Person selbst gerichteten Imperativ formuliert: z. B. „leiste etwas“
- Sonstige Kognitionen und Emotionen unterstützen die Begründung: z.B. (Grundannahme) „wenn du etwas leistest, wirst du geliebt“
Grundbedürfnisse stehen noch darüber (Grawe, 2000), z. B. „Bindung“

4.5. *Rollen*: Wenn Personen ein Verhalten durchführen, so machen sie das immer in einer spezifischen Rolle. Diese ergibt sich aus der Reflexion des Verhaltens in dieser Situation und den damit verbundenen Kognitionen und Gefühlen. Gleichzeitig ergibt sich aber daraus auch die Rolle der anderen Person bzw. auch die Rolle, die man gerne hätte, oder in welcher Rolle man die andere Person gerne hätte. Als Beispiel kann hier die Problematik des verärgerten Ehemannes dargestellt werden, der sich beim nach Hause kommen von seiner Frau nicht adäquat empfangen gefühlt hat. Sie hat ihn nämlich mit den Worten begrüßt: „Trägst du bitte noch den Mistkübel hinunter!“ Er hat sich geärgert, weil er sich in der Rolle „Sklave“ wahrgenommen hat, der von der „Herrscherin“ Befehle bekam. Insofern wechselte er in die Rolle „grantiger Partner (trotziges Kind)“ und ging in den Widerstand. Dadurch aktivierte er aber die „Erzieherin“, die ihm mitteilte, dass sie auch im Haushalt etwas getan habe und auch er seine Pflichten hätte. Der Konflikt eskalierte dadurch, da zwei „Herrscher“ versuchten zu gewinnen.

4.6. *Bedingte Annahmen* (weniger generell; eher noch situationspezifisch)/Grundannahmen (globaler und genereller): Die Abgrenzung zwischen automatischen Gedanken (Kognitionen), Regeln und Normen und Kausalitäten in der Situation, Plänen, bedingten Annahmen und Grundannahmen ist oft schwierig und auch nur ein theoretisches Konstrukt, um ein Verhalten und die dahinter stehenden kognitiven und emotionalen Prozesse besser sichtbar zu machen. Insofern geht es dabei auch nicht um Perfektionismus, sondern um die Erarbeitung der Aspekte mit dem Patienten. Damit gewinnt auch dieser Einsicht in sein Verhalten.

Bedingte Annahmen und Grundannahmen gehen bereits über die Gedanken, Regeln und Normen in der aktuellen Situation hinaus und werden dadurch globaler, abstrakter und



genereller. Sie sind oft nicht gut zu trennen und werden auch in der Literatur unterschiedlich dargestellt.

- Bedingte Annahmen (Einstellungen, Regeln, Grundsätze) und Grundannahmen können dadurch erfasst werden, indem die Person aufgefordert wird, ihre Annahmen direkt aufgrund des automatischen Gedankens zu formulieren. Z. B. Therapeut: „Was ist Ihnen durch den Kopf gegangen?“ Patient: „Warum ist mir das passiert? (Kognition in der Situation) Sowas sollte mir nicht passieren! (Regeln und Norm für diese Situation)„Ich hätte besser sein sollen. Ich kann nie etwas richtig machen.“ (Bedingte Annahmen, da bereits mehr auf Metaebene, aber noch mit Bezug zur Situation) „Ich bin so unfähig.“ Beim letzterer Aussage handelt es sich bereits um eine Grundannahme, da sie vom Patienten global formuliert wurde.
- Es kann aber auch aufgrund von Vermutungen des Therapeuten, der erste Teil eines Grundsatzes vorgegeben werden. Z. B. wenn der Patient den automatischen Gedanken hatte: „Warum ist mir das passiert?“ Antwortet der Therapeut: „Sie dachten also, Sie müssten ... “ Patient: „Ja, ich hätte das wissen sollen. Ich hätte mehr aufpassen sollen! Dann passiert sowas nicht!“
- Der Therapeut kann aber auch direkt nach einer Regel fragen, die durch die aktuelle Situation aktiviert wurde, aber über die Situation hinausgeht. Patient (Kognition): „Warum ist mir das passiert?“ Therapeut: „Haben Sie eine Regel dazu?“ Patient: „Wenn man aufpasst, passiert das nicht!“
- Ebenso kann der Therapeut bei einem (angenommenen; wahrgenommenen) „wichtigen“ automatischen Gedanken wiederholt nach der Bedeutung dieses Gedankens fragen.
- Weiters können die automatischen Gedanken des Patienten auf gemeinsame Themen überprüft werden, z. B. durch die direkte Frage nach gemeinsamen Themen oder danach, was diese Themen gemeinsam haben
- Global können Patienten auch direkt danach gefragt werden. Z. B. welche Lebensregeln haben Sie denn?
- Fragebögen ergänzen bzw. überprüfen die Exploration. Einen solchen stellt etwa die „DAS – Skala dysfunktionaler Einstellungen“ (Hautzinger et al., 2005) dar.

4.7. *Grundannahmen*: Grundannahmen sind wie bereits oben erwähnt noch etwas abstraktere „Lebensregeln“, die das Verhalten bewusst oder unbewusst beeinflussen. *Core Beliefs* nach Beck (2005) stellen ein Mittelding zwischen kognitiven Grundannahmen und Schemata dar. Ellis (1973; 1994) definierte zwölf Glaubenssätze oder „Irrational Beliefs“ (<https://selfdefinition.org/psychology/Albert-Ellis--12-Irrational-Beliefs.pdf>), die ebenfalls dieser Gruppe zuzuordnen wären. So z. B. „Die Vorstellung, es sei eine dringende Notwendigkeit, dass Erwachsene von jemandem geliebt werden und zwar für nahezu alles, was sie tun – statt sich also auf ihren Selbstrespekt zu konzentrieren, oder für praktische Zwecke Anerkennung zu ernten, statt sich darauf zu konzentrieren, dass sie selbst jemandem Liebe zeigen, statt selbst geliebt werden zu wollen.“

4.8. *Schemata*: Schemata werden oft sehr unterschiedlich beschrieben. Nach Schuch (2000) „werden in Anlehnung an Piaget kognitive Schemata als relativ stabile, bewusste oder unbewusste Grundannahmen definiert, die die Informationsverarbeitung und das



<https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/04/gerald-gatterer-vom-verhalten-zur-philosophie-avm-publications-2021-02-10.pdf>

Verhalten steuern. Sie sind ziel- und handlungsorientiert, von Emotionen begleitet, und führen zu charakteristischen Kognitionen. Sie entstehen vielfach in frühen Altersstufen durch Interaktionen des Kindes mit relevanten Bezugspersonen. Schemata liefern einen wichtigen Beitrag zur Entstehung psychopathologischer Auffälligkeiten. So führen dysfunktionale Schemata zu falschen Grundannahmen bezüglich relevanter Selbst- und Lebensbereiche und damit zu inadäquaten Verarbeitungs- und Verhaltensmustern. Schemata können aber auch miteinander in Konflikt geraten, wenn zum selben Zeitpunkt widersprüchliche aktiviert werden.“ Prinzipiell kann man zwischen mehr kognitiven und emotionalen Schemata unterscheiden. So sind die *Core Beliefs* nach Beck (Beck JS, 2011; Osmo et al., 2018) Grundannahmen, die fundamental und tief verwurzelt, situationsunabhängig, starr und übergeneralisiert sind. Sie wurden oft frühzeitig in der Entwicklung erworben. Beck unterscheidet hierbei drei Arten. Solche die mit „Hilflosigkeit“, „Wertlosigkeit“ oder jene die mit „geliebt werden“ zusammenhängen (Beck, 2005). Diese können wieder in Untergruppen unterteilt werden. Diese werden meist durch direkte Befragung der Patienten erfasst. Osmo et al. (2018) fassten diese in ihrer Studie zu einem Fragebogen über *Negative Core Beliefs* zusammen.

Young (2005) hingegen definiert seine 18 Maladaptiven Schemata mehr emotional. Ihm zufolge können maladaptive Schemata entstehen, wenn emotionale Grundbedürfnisse in Kindheit und Jugend wiederholt nicht erfüllt bzw. frustriert wurden. Klinisch und empirisch bestätigt sind 18 unterschiedliche Schemata, die fünf Domänen (Trennung/Zurückweisung; Beeinträchtigte Autonomie und Leistungsfähigkeit; Abgrenzungsprobleme; Auf Andere gerichtet sein; Übervorsichtigkeit und Hemmung) zugeordnet werden, die wiederum das frustrierte Grundbedürfnis widerspiegeln. Young definiert folgende Schemata: emotionale Entbehrung im Leben, Verlassenheitsgefühle, Misstrauensgefühle, Soziale Isolation/Entfremdung/anders sein, Mangelhaftigkeit/Unliebenswürdigkeit, Angst vor Versagen bei Leistungserbringung, subjektive Inkompetenz, Verwundbarkeit durch Leid oder Krankheit, Verstrickung/soziale Abhängigkeit, Unterwerfung/Orientierung an anderen, Selbstaufopferung, emotionale Gehemmtheit/Schwierigkeiten Gefühle zu zeigen, unerbittliche Standards/Bestes geben müssen, Ansprüche/Großartigkeit/besser sein, unzureichende Selbstkontrolle/Selbstdisziplin/Durchhaltevermögen, Suche nach Bewunderung/Anerkennung, Pessimismus/Sorgen machen, Selbstbestrafung/Selbstkritik.

Young definiert Schemata als frühe, in der Individualentwicklung angelegte überdauernde und umfassende Muster aus Gefühlen, Gedanken, Erinnerungen und Körperempfindungen im Sinne eines inneren „Abbilds“ der realen Bedingungen in der frühen Biografie. Diese Muster können sich im Laufe der weiteren Entwicklung verstärken und wirken bei Aktivierung handlungsleitend fort, auch wenn die äußeren Bedingungen und das Beziehungsgefüge sich ändern (<https://www.schematherapie-rhein-ruhr.de/schemata-nach-j-young/>). In der Schematherapie werden, in Zusammenspiel mit

den Schemata, auch damit verbundene Schema-Modi als Akteure und die damit verbundenen Grundbedürfnisse definiert. Roediger meint: „Modi sind die aktuell erlebbaren Aktivierungszustände vor dem Hintergrund eingebrannter Schemata. Wir



erleben sie wie eine Teil-Persönlichkeit.“ Einen verständlichen Überblick über alle Bereiche der Schematherapie gibt Roediger (<https://www.schematherapie-roediger.de/>).

Die Erfassung von Schemata und Grundbedürfnissen kann auch durch Fragebögen wie den Schemafragebogen nach Young (2005a) oder den FAMOS (Grosse-Holtforth, Grawe, 2002) erfolgen. Der FAMOS erfasst motivationale Ziele von Psychotherapiepatienten im Sinne von zentralen Komponenten motivationaler Schemata. Die motivationalen Ziele werden als Annäherungsziele (14 Skalen, z. B. Intimität/Bindung, Status und Leistung) und Vermeidungsziele (9 Skalen, z. B. Alleinsein/Trennung, Geringschätzung und Versagen) mit insgesamt 94 Items erfasst. Die Item-Inhalte wurden hierfür aus plan- und schema-analytischen Fallkonzeptionen von Psychotherapiepatienten gewonnen. Neben einem Selbstbeschreibungsbogen existiert auch ein Fremdbeschreibungsbogen für Therapeuten, der die gleichen Skalen erfasst.

- 4.9. „Innere Akteure“, Schema-Modi (Young, 2005) und EGO-States (Fritsche, Hartmann, 2016): Hierbei geht es um die Erfassung bzw. Operationalisierung jener inneren Anteile, die als „Akteure im Hintergrund“ aktiv sind.

Am einfachsten erfolgt die Erfassung von „inneren Akteuren“ durch die Fragen „Wenn Sie in der Problemsituation sind, was denken Sie da? Was spüren Sie, welche Emotionen haben Sie? Wie könnten Sie den Teil personalisieren, der das sagt und fühlt (Hier sollte ein möglichst spezifischer, emotionaler und charakteristischer Name gewählt werden)? Welche Akteure sind bei diesem Problem in der entsprechenden Situation alle beteiligt? Wie heißen sie? Wie alt sind sie etwa? Seit wann gibt es sie? Wann sind sie entstanden? Welche Funktion haben sie? Welche Emotionen lösen sie aus? Wie passen die einzelnen Teile zusammen? Welche kooperieren? Was würde passieren, wenn sie nicht da wären? Welcher ist dominant? Welcher fehlt?“ Man kann diese Teile auch durch Sessel aufstellen lassen, aufzeichnen oder mit Figuren oder EGO-State-Karten objektivieren. Hier wird auf die entsprechende Literatur verwiesen.

Auch der Schema-Modus-Fragebogen nach Young kann hier verwendet werden. Hier werden Eltern-Modi, Kind-Modi, Erwachsenen-Modi und der Distanzierte Beschützer (Bewältigungs-Modi) unterschieden (<https://www.schematherapie-rhein-ruhr.de/wp-content/uploads/2015/07/Modi-nach-Young.pdf>; [https://www.schematherapie-roediger.de/blatt/index blatt.htm](https://www.schematherapie-roediger.de/blatt/index_blatt.htm)). Der Begriff „Eltern-Modi“ wird in der aktuellen Literatur zunehmend durch den Begriff „innerer Kritiker“ ersetzt. Anstatt des Begriffs „Erwachsenen-Modi“ wird auch häufig der Begriff „Gesunder-Erwachsenen-Modus“ verwendet. Als Bewältigungsmodi gibt es neben dem „Distanzierten Beschützer“ (passive Vermeidung) auch noch weitere Bewältigungsmodi, wie z. B. „Aktiver Selbstberuhiger“ (aktive Vermeidung), „Erduldung/Unterordnung“, „Überkompensation“. Je nach Literatur werden teilweise auch leicht abweichende Begrifflichkeiten verwendet. Zur Unterstützung

und besseren Anschaulichkeit können dazu Therapiekarten verwendet werden (Jacob & Hauer, 2017).

Ähnlich können auch die in ACT (Acceptance Commitment Therapie; Prättsch, 2020; Wegenroth, 2017) verwendeten „Monster“ interpretiert werden.



<https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/04/gerald-gatterer-vom-verhalten-zur-philosophie-avm-publications-2021-02-10.pdf>

4.10. *Grundbedürfnisse*: Grundbedürfnisse stellen in der modernen Verhaltenstherapie einen wesentlichen Faktor zur Erklärung eines Verhaltens dar. Grawe (2000; <https://www.klaus-grawe-institut.ch/blog/1205/>). Grawe (2000) definiert hierbei vier Grundbedürfnisse:

- Bindung: Hiermit ist das Bedürfnis des Menschen nach Mitmenschen, nach Nähe zu einer Bezugsperson gemeint.
- Kontrolle/Selbstbestimmung: Die Grundüberzeugungen, ob im Leben Kontrollmöglichkeiten bestehen, es vorhersehbar ist und ob es sich lohnt, sich einzusetzen. Das Kontrollbedürfnis wird befriedigt durch möglichst viele Handlungsalternativen, einen großen Handlungsspielraum.
- Selbstwert: Das Bedürfnis, sich selber als gut, kompetent, wertvoll und von anderen geliebt zu fühlen. Zur Bildung eines guten Selbstwertgefühls braucht es eine wertschätzende Umgebung, die einem etwas zutraut, unterstützt.
- Lust/Unlust: Das Bestreben, erfreuliche, lustvolle Erfahrungen herbeizuführen und schmerzhaft, unangenehme Erfahrungen zu vermeiden.

Grawe kombiniert hierbei in seinem Modell (Grosse Holtforth & Grawe, 2004, S.11) Grundbedürfnisse mit motivationalen Schemata (Annäherung-/Vermeidungsschema).

Sachse (2008) definiert sechs Grundmotive, nämlich Anerkennung, Wichtigkeit, Verlässlichkeit, Solidarität, Autonomie und Grenzen. Er kombiniert in seiner therapeutischen Beziehungsgestaltung Schemata und Beziehungsmotive (Sachse, 2006).

4.11. *Übergeordnete Strukturen*, die das Leben beeinflussen: Lebensphilosophien, Familiennormen, kulturelle/religiöse Normen, gesellschaftliche Entwicklungen (z.B. Rollenbilder, Genderaspekte, Beziehungsstile, Bindungsstile, etc.) stellen ebenfalls intervenierende Variablen dar, die sich in der O-Variable abbilden. Insofern stehen sie oft noch über allen anderen Variablen und beeinflussen diese und somit das tatsächliche Verhalten. Oft stehen sie auch in Konkurrenz zu individuellen Normen und Rollenbildern und erzeugen innere Konflikte. Insofern ist es wesentlich auch diese zu erfassen.

Alle diese Bereiche werden im Folgenden übersichtlich in Abbildung 2 dargestellt. In den Spalten können die entsprechenden Aspekte mit dem Patienten erarbeitet und vermerkt werden.

Abbildung 2: Protokollblatt zur Erfassung „innerer Prozesse“ (Gatterer, 2022)



Übergeordnete Strukturen/ Lebensphilosophien/gesellschaftliche Aspekte/Kultur/				
Grundbedürfnisse				
„Innere Akteure“				
Schemata				
Grundannahmen				
Bedingte Annahmen/Pläne				
Rollen in der Situation				
Kausalitäten, Regeln und Normen in Situation				
Emotionen/Gefühle				
Kognitionen/automatische Gedanken				
Situation und tatsächliches „Problemverhalten“				

5. Praktisches Beispiel

Im folgenden Beispiel soll das Problem einer Patientin mit „Burn-Out-Symptomatik“ dargestellt werden. Sie ist wegen ihrer Kollegin frustriert und überlegt die Arbeit zu wechseln, obwohl sie ihr eigentlich Spaß macht.

In Abbildung 3 sind die „inneren Prozesse und Strukturen“ dargestellt, die im therapeutischen Prozess erarbeitet wurden.

Übergeordnete Strukturen/ Lebensphilosophien/ gesellschaftliche Aspekte/ ...	Gerechtigkeit	Gesellschaftliche Rolle autonome, moderne, verantwortliche Frau	Leistung als Selbstwert	Work-life- Balance
Grundbedürfnisse (Grawe)	Autonomie	Autonomie	Selbstwert	Unlustvermeidung/ Lustgewinn
„Innere Akteure“ (vgl. Modi Young)	Verletzbares, wütendes Kind;	Impulsives Kind	Fordernder Elternteil (Unterordnung)	Trauriges Kind
Schemata (Famos) Vermeidungsziele; Annäherungsziele	Geringschätzung; Autonomie	Spannung mit anderen; Autonomie	Geringschätzung; Anerkennung, Wertschätzung, Leistung	Hilflosigkeit/ Ohnmacht; das Leben auskosten
Grundannahmen	Man darf sich nicht ausnützen lassen	Man muss sich wehren	Man muss Verantwortung übernehmen und was leisten	Ich sollte mir was Gutes tun
Bedingte Annahmen/Pläne (globaler)	Ich sollte mich nicht immer ausnützen lassen	Ich sollte mich mehr wehren	Ich bin verantwortlich	Wenn es nicht passt, sollte ich es zum Positiven verändern
Rollen in der Situation	Die arme Ausgenützte	Die Frustrierte	Die Verantwortungsbewusste	Die Flüchtige; Selbstfürsorgliche



Kausalitäten, Regeln und Normen in Situation (Basispläne in der Situation)	Meine Kollegin nützt mich aus	Wenn ich mich nicht wehre, arbeitet sie gar nichts mehr.	Wenn ich es nicht tue, macht es keiner	Ich sollte mir einen anderen Job suchen, der besser ist
Emotionen/Gefühle	Ärger; Frustration	Ärger über die Kollegin	Ärger über sich selbst	Frustration; Trauer; Unlust
Kognitionen/automatische Gedanken	So eine Gemeinheit	Die macht es sich leicht	Ich bin immer die Blöde, die alles erledigt	Ich mag nicht mehr, da habe ich keinen Spaß bei der Arbeit
Situation und tatsächliches „Problemverhalten“	Frau M. fühlt sich von ihrer Kollegin gemobbt, da diese aus ihrer Sicht weniger arbeitet als sie selbst.	Ärgert sich darüber, und es gibt öfter Streit.	Erledigt aber trotzdem vermehrt Aufgaben.	Ist frustriert und Arbeit freut sie nicht mehr so.

Auf diesen Prozessen und Strukturen aufbauend kann die Therapieplanung erfolgen, wobei hier die entsprechenden „alternativen“ Aspekte mit dem Patienten reflektiert werden, die zu einer Verbesserung der Problematik führt.

- Im obigen Fall könnte direkt am Verhalten mit „Skills“ zur Selbstsicherheit und Abgrenzung, bzw. auch Entspannungsübungen gearbeitet werden (klassische Verhaltenstherapie).
- Auf der Ebene der Kognitionen wäre „kognitive Umstrukturierung“ eine Möglichkeit zur Veränderung der kognitiven Verarbeitung der Situation (kognitive Verhaltenstherapie).
- Weiters könnte auch auf der Ebene der Emotionen gearbeitet werden. Wo kommt diese Emotion her? Hier kann mit einer Emotionsbrücke bzw. den damit verbundenen Schemata und Schema-Modi arbeiten (Emotionsorientierte Verhaltenstherapie; Achtsamkeit).
- Auch die Reflexion und Veränderung von mit der Situation verbundenen Regeln, Normen, Plänen und Kausalitäten kann therapeutisch eingesetzt werden.
- Das Einbeziehen von bedingten Annahmen und Grundannahmen erscheint notwendig, wenn von Seiten der Patienten Schwierigkeiten bei der Akzeptanz von Veränderungen vermittelt werden, da diese sehr an emotionalen Mustern hängen. Dann erscheint die Durchführung von schematherapeutischen Maßnahmen, die Arbeit mit dem „inneren Kind“ bzw. „Ich-Anteilen“ (EGO-States) und Schema-Modi oder auch Konzepten aus der ACT sinnvoll. Ebenso das Einbeziehen von Grundbedürfnissen in den therapeutischen Prozess.
- Übergeordnete Strukturen, (Lebens)Philosophien, Religion etc. erfordern oft eine Diskussion von „moralischen“ Faktoren, Normalitätskonzepten, politischen Überzeugungen etc. in einem echten, wertschätzenden, empathischen und kongruenten sokratischen Dialog.

Mittels dieses Vorgehens kann der therapeutische Prozess gemeinsam mit den Patienten gut reflektiert werden.



6. Zusammenfassung

In der vorliegenden Arbeit wurde versucht, die unterschiedlichen in der Verhaltenstherapie aktuellen Konzepte und Modelle zusammenzuführen, um Irritationen durch unterschiedliche Namen, bei ähnlichen Konzepten zu vermeiden. Dadurch soll nicht die „Individualität“ und „Spezifität“ eines Modells in Frage gestellt werden, sondern den praktisch arbeitenden Psychotherapeuten eine Hilfestellung gegeben werden. Grundlage für den Einsatz bzw. die Integration anderer Modelle in die klassische Verhaltenstherapie ist jedoch immer eine Verhaltensanalyse mit einem Genesemodell für die Entstehung der Störung, einem S-O-R-K-C-Modell mit horizontaler und vertikaler Verhaltensanalyse und darauf aufbauender Therapieplanung. Hier können dann auch unterschiedliche Modelle von klassischer (lerntheoretisch orientierter) Verhaltenstherapie, kognitiven Verfahren, emotions- und achtsamkeitsbasierten Verfahren, ACT und Schematherapie sowie anderer Modelle integriert werden.

Schlüsselwörter: Verhaltenstherapie, Modelle, innere Prozesse

Summary

In the present work, an attempt was made to bring together the different concepts and models currently used in behaviour therapy in order to avoid irritation caused by different names in similar concepts. Thereby, the “individuality” and “specificity” of a model are not questioned, but to provide assistance to the psychotherapist working in practice. However, the basis for the use or integration of other models into classical behavioral therapy is always a behavioral analysis with a genesis model for the development of the disorder, a S-O-R-K-C model with horizontal and vertical behavior analysis and therapy planning based on it. Here, different models of classical (learning theory-oriented) behavioral therapy, cognitive procedures, emotion- and mindfulness-based procedures, ACT and schema therapy as well as other models can be integrated.

Keywords: behaviour therapy, models, internal processes

7. Literatur

Beck J S (2011). Cognitive behavior therapy: Basics and beyond (2nd ed.). New York, NY: Guilford Press.

Beck J S (2005). Cognitive therapy for challenging problems: What do do when the basics don't work. New York, NY: Guilford Press

Caspar F (1986). Die Plananalyse als Konzept und Methode. Verhaltensmodifikation, 4, 235–256.

Caspar, F. (1996). Beziehungen und Probleme verstehen. Eine Einführung in die psychotherapeutische Plananalyse. Zweite überarbeitete Auflage. Huber: Bern



<https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/04/gerald-gatterer-vom-verhalten-zur-philosophie-avm-publications-2021-02-10.pdf>

Caspar F (2007): Beziehungen und Probleme verstehen. Eine Einführung in die psychotherapeutische Plananalyse. Mit einem Vorwort von Marvin R. Goldfried. 3., vollständig überarbeitete Auflage, 278 S., 39. Abb., Verlag Hans Huber, Bern

Christodoulou V (2012a) An Introduction to Acceptance and Commitment Therapy.

https://www.researchgate.net/publication/333238365_An_Introduction_to_Acceptance_and_Commitment_Therapy

Christodoulou V (2012b) Acceptance and Commitment Therapy. An Overview of the Model and Treatment. <https://www.contemporarypsychotherapy.org/volume-4-issue-1-spring-2012/acceptance-and-commitment-therapy/>

Ellis A (1973) Humanistic Psychotherapy. The rational-emotive approach. McGraw-Hill, New York.

Ellis, A. (1994). Vernunft und Emotion in der Psychotherapie. Birch Lane Press, New York.

Fritsche K, Hartmann W (2016) Einführung in die Ego-State-Therapie. 3. Auflage. Auer-System-Verlag.

Gatterer, G. (2013) Integrative Verhaltenstherapie im Alter. PSYMED, 24/3

Gatterer G (2022; in press) Handbuch Verhaltenstherapie. Springer: Heidelberg, Berlin

Grawe K (2000) Psychologische Therapie. Hogrefe: Göttingen

Grosse Holtforth M, Grawe K (2004) Inkongruenz und Fallkonzeption in der Psychologischen Therapie.

https://www.researchgate.net/publication/215549113_Inkongruenz_und_Fallkonzeption_in_der_Psychologischen_Therapie

Hautzinger M, Joorman J, Keller F (2005) DAS – Skala dysfunktionaler Einstellungen. Hogrefe: Göttingen.

Jacob G, Hauer A (2016) Schematherapie. 75 Therapiekarten. Mit 28-seitigem Booklet. Mit Illustrationen von Cheryl Böhme. Beltz: Weinheim

Margraf J, Schneider S (2018) Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band 1: Grundlagen, Diagnostik, Verfahren und Rahmenbedingungen psychologischer Therapie. Springer: Berlin

Margraf J, Schneider S (2018) Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band 2: Psychologische Therapie bei Indikationen im Erwachsenenalter. Springer: Berlin

Schneider S, Margraf J (2018) Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band 3: Psychologische Therapie bei Indikationen im Kindes- und Jugendalter. Springer: Berlin

Osimo F, Duran V, Wetzel A, de Oliveira I, Nepomuceno S, Madeira M, Menezes I (2018) The Negative Core Beliefs Inventory (NCBI): Development and Psychometric Properties. Journal of Cognitive Psychotherapy, Volume 32, Number 1.

http://eprints.lincoln.ac.uk/id/eprint/31173/2/31173%20accepted%20JCP-32-1-00005_print.pdf#:~:text=Core%20beliefs%2C%20defined%20as%20fundamental%2C%20absolute%2



<https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/04/gerald-gatterer-vom-verhalten-zur-philosophie-avm-publications-2021-02-10.pdf>
[C%20and%20lasting,from%20significant%20childhood%20or%20formative%20experiences%20%28B](#)
[eck%2C%202011%29.](#)

Prätsch M (2020) Meine Monster: Eine Metapher aus der Akzeptanz- und Commitment Therapie (ACT) für Groß und Klein. Kinderbuch über das Akzeptieren von Gefühlen und Emotionen Paperback.

Rafaeli E, Bernstein DP, Young J (2013) Schematherapie. Reihe Therapeutische Skills kompakt. Band 4. Junfermann: Paderborn

Sachse R (2008) Klärungsorientierte Schemabearbeitung: Dysfunktionale Schemata effektiv verändern. Hogrefe Verlag: Göttingen.

Sachse R, Breil J, Fasbender J: Beziehungsmotive und Schemata: Eine Heuristik. Institut für Psychologische Psychotherapie, Bochum.

<https://web.archive.org/web/20181222101727/http://www.psychotherapie-ausbildung-sachse.de/n-kop/beziehungsmotive-schemata.pdf>

Sachse R (2006). Therapeutische Beziehungsgestaltung. Göttingen: Hogrefe.

Schuch B (2000) Schemata, kognitive. In: Stumm G., Pritz A. (eds) Wörterbuch der Psychotherapie. Springer: Wien.

Wegenroth M (2017) Therapie-Tools Akzeptanz- und Commitmenttherapie. Mit E-Book inside und Arbeitsmaterial. Weinheim: Beltz

Young JE, Klosko JS, Weishaar MS (2008) Schematherapie. Ein praxisorientiertes Handbuch. Junfermann: Paderborn

Young, J. E. (2005a). Young Schema Questionnaire Long Form (3rd ed.). Schema Therapy: New York Institute

Anschrift des Verfassers:

Univ.-Doz. Dr. Gerald Gatterer

Leiter des Instituts für Altersforschung an der Sigmund Freud Privatuniversität Wien

Wissenschaftlicher Leiter der Arbeitsgemeinschaft für Verhaltenstherapie (AVM)

Web www.gatterer.at Mail: gerald@gatterer.at

Zur besseren Lesbarkeit des Artikels wurde das generische Maskulinum verwendet.