



Stavemann (Hrsg.)

KVT update

Neue Entwicklungen und
Behandlungsansätze in
der Kognitiven Verhaltenstherapie

BELTZ

Leseprobe aus: Stavemann (Hrsg.), KVT update, ISBN 978-3-621-28027-3

© 2012 Beltz Verlag, Weinheim Basel

<http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-621-28027-3>

6 Therapie der chronischen Depression mit dem Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP)

Ulrich Schweiger • Jan Philipp Klein • Valerija Sipos

Einführung

Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP) – hinter diesem etwas sperrigen Namen verbirgt sich eine wichtige Weiterentwicklung der Verhaltenstherapie der letzten Jahre. Bereits in den 70er Jahren des 20. Jahrhunderts entwickelte der Psychologieprofessor James P. McCullough von der Virginia Commonwealth University in Richmond, Virginia, U. S. A., ein spezialisiertes Therapieprogramm für erwachsene Patientinnen und Patienten mit chronischer Depression. Dabei integrierte er verschiedene wichtige theoretische psychologische Ansätze:

- (1) Seligmans Modell der erlernten Hilflosigkeit,
- (2) Banduras Theorie des sozialen Lernens,
- (3) Piagets Theorie der kognitiv-emotionalen Entwicklung,
- (4) Skinners Erkenntnisse zur Bedeutung des operanten Lernens und
- (5) Kieslers Modell zur Interpersonellen Theorie.

Das erste Manual wurde im Jahr 2000 in englischer Sprache publiziert (McCullough, 2000), in deutscher Sprache im Jahr 2006 (McCullough, 2006). CBASP war die Psychotherapiemethode im Psychotherapiearm der BMS-Studie (Keller et al., 2000) und in der REVAMP-Studie (Kocsis et al., 2009).

6.1 Theoretischer Hintergrund

Depression als Adaptation

Depression ist ein »Verhaltensprogramm«, das vermutlich eine primär adaptive Funktion hat (Nesse, 2000; Hagen, 2011). So hilft sie unter anderem, Verhaltensketten, die keinen Nutzen haben, abzubrechen und so Energie zu sparen. Eine Depression kann also erst als pathologisch betrachtet werden, wenn sie zeitlich sehr ausgedehnt ist und eine andauernde Funktionsbeeinträchtigung gegeben ist. Die fehlende Beachtung der adaptiven Funktion der Depression kann dazu führen, dass Menschen in schädigenden Umweltbedingungen verbleiben. Sie suchen dann Problemlösungen in Situationen, in denen Veränderungsbemühungen nicht aussichtsreich sind.

Die interpersonelle Dimension der Depression

Depression hat eine interpersonelle Dimension, die sich an vielfältigen Veränderungen des interpersonellen Verhaltens zeigt. Eine Zwillingsstudie konnte belegen, dass

interpersonelle Faktoren etwa 30 Prozent der Variabilität depressiver Symptomatik erklären (Spotts et al., 2004). Die Wechselwirkung zwischen Depression und interpersonellem Stress ist dabei besser durch ein transaktionales Modell als durch ein Stress-Diathese-Modell zu beschreiben (Eberhart & Hammen, 2010). Hammen (2006) geht davon aus, dass Patienten mit Depression, ohne dies zu intendieren, selbst eine erhöhte Stressbelastung generieren. Dabei ist der schicksalhafte Anteil der Stressbelastung ähnlich groß wie bei gesunden Vergleichspersonen. Die interpersonellen Probleme sind daher nicht ausschließlich aus der aktuellen Depressivität zu erklären (Hammen & Brennan, 2002). Die Mechanismen der Generierung von Stress bei depressiven Patienten beinhalten folgende Faktoren:

- (1) Die Patienten wählen häufig Partner mit erhöhter Psychopathologie (Maes et al., 1998) (z. B. Depression, Substanzabhängigkeit, Persönlichkeitsstörung).
- (2) Sie haben geringe Fertigkeiten zur Lösung von interpersonellen Konflikten (Vujeva & Furman, 2011).
- (3) Hoffnungslosigkeit verändert nicht nur die eigene Wahrnehmung, sondern induziert auch eine interpersonelle Belastung. Hoffnungslosigkeit induziert insbesondere eine kritische Sicht durch andere und Zurückweisung durch Interaktionspartner (Pettit & Joiner, 2006).
- (4) Das negative Selbstkonzept depressiver Patienten und ihre soziale Angst werden durch Selbst-Verifikationsmechanismen stabilisiert (Joiner et al., 1997; Valentine et al., 2011). Depressive Patienten bevorzugen kritische Interaktionspartner, die ihr negatives Selbstkonzept bestätigen (Joiner, 1995; Reijntjes et al., 2007). Sie haben dann den Eindruck, verstanden zu werden.
- (5) Die Patienten nehmen sich als Belastung für ihre engsten Bezugspersonen wahr. Exzessive Suche nach Rückversicherung führt zu interpersoneller Zurückweisung (Eberhart & Hammen, 2009; Joiner, 1999; Starr & Davila, 2008).
- (6) Die Patienten präsentieren sich interpersonellen oder beruflichen Situationen oft als distanziert, apathisch, schüchtern, selbst-rechtfertigend, entschuldigend, feindselig oder anklammernd. Hierzu tragen auch eine unzureichende Vorbereitung oder fehlende Anstrengungen aufgrund negativer Vorhersagen bei.
- (7) Ungünstige Kontextualisierung von eigenem Verhalten (Aufgaben werden nur erledigt, wenn man sich gut fühlt oder ausreichend geschlafen hat).
- (8) Erfolg wird extern, Misserfolg intern attribuiert. Auch enge Bezugspersonen folgen diesem Muster, wenn sie das Verhalten der depressiven Person bewerten. Depression in der Adoleszenz sagt Visktimisierung im jungen Erwachsenenalter voraus (Keenan-Miller et al., 2007).

Eine ausführliche Darstellung der interpersonellen Phänomene bei Patienten mit Depression findet sich bei Pettit (Pettit & Joiner, 2006).

6.2 Kommunikation chronisch depressiver Patienten

Beispiel

Dialog von Patient A mit seiner Partnerin B, mit der er seit sechs Monaten zusammen ist

- A: Hast du mich eigentlich noch lieb?
- B: Ja, warum fragst du?
- A: Ich denke, man kann mich nicht lieb haben und oft guckst du ganz grimmig und dann denke ich, du hast mich bestimmt nicht mehr lieb.
- B: Ich hab dich aber lieb.
- A: Warum guckst du dann so grimmig?
- B: Ist mir noch nicht aufgefallen, dass ich das mache.
- A: Hast du mich denn wirklich noch lieb?
- B: Du treibst mich noch in den Wahnsinn.

Dialog der Arbeitskollegen C und D. D ist neu in der Firma

- C: Hast du Lust mit uns nächsten Samstag zum Bergwandern zu gehen? Du bist doch neu hier und ich habe gehört, dass du gerne wandern gehst.
- D: Ihr hättet keinen Spaß, mich mitzunehmen, ich habe in letzter Zeit nicht genug trainiert und bin zu langsam. Ist doch richtig, dass ihr alle ziemlich fit seid?
- C: Das macht doch nichts, dann kommst du halt ein bisschen später in der Hütte an.
- D: Nein, ich will euch nicht belasten, ich bin mir sicher, dass euch das nicht gefallen würde.

Dialog von Herrn E mit seinem Vorgesetzten F

- F: Die Organisation der Veranstaltung letztes Wochenende in Hamburg ist richtig gut gelaufen. Das haben Sie gut gemacht!
- E: Ich musste mich gar nicht besonders anstrengen. Eigentlich war das ein Selbstläufer.
- F: Ich würde Ihnen gerne die Organisation einer weiteren Veranstaltung anvertrauen. Diesmal in Berlin. Da würde aber eine andere Zielgruppe kommen.
- E: Meinen Sie wirklich, dass ich das machen soll? Sie dürfen sich da aber nicht zu viel erwarten, möglicherweise überfordert mich das. Die Bedingungen in Berlin sind viel schwieriger.
- F: Wollen Sie das nun übernehmen oder nicht?
- E: Wenn Sie sagen, dass ich das machen soll, dann mache ich das.

Präoperatorisches Denken und Depression

Die Beispiele zeigen, dass Patienten mit Depression erhebliche Schwierigkeiten haben, mentale Zustände bei Interaktionspartnern zu dekodieren (Lee et al., 2005) und

kontextuelle Informationen über andere Menschen zu integrieren (Wolkenstein et al., 2011). Diese Phänomene können im Rahmen des »Theory of Mind«-Konzeptes verstanden werden (Zobel et al., 2010) oder im Sinne der Theorien Piagets als entwicklungspsychologisches Defizit aufgefasst werden. Beachtenswert ist, dass diese Phänomene vor allem in der Interaktion mit anderen auftreten und weniger dann, wenn der Patient als distanzierter Beobachter Emotionen und Intentionen anderer beschreibt (Kuhnen et al., 2011).

Aufbauend auf den Konzepten von Piaget bestehen folgende Parallelen zwischen den Denkmustern 4- bis 7-jähriger Kinder und chronisch depressiven Erwachsenen:

- (1) Sie denken in prälogischer oder präkausaler Weise.
- (2) Das Denken ist vorherrschend egozentrisch.
- (3) Sie sprechen in monologisierender Form.
- (4) Sie sind unfähig zu Empathie in dem Sinne, dass sie die Welt nicht aus einer dezentrierten Perspektive oder mithilfe einer Übernahme der Perspektive anderer betrachten können.
- (5) Die Emotionskontrolle unter Belastung ist eingeschränkt.
- (6) Die Patienten denken im Aktionsmodus, d. h. Denken und Realität werden fusioniert.

Beispiel

Konkrete Beispiele für präoperatorische Kommunikation

(P: Patient, T: Therapeut)

Präkausales Denken

P: Mein Chef ist ein blöder Kerl.
T: Was ist denn passiert?
P: Er hat sich geweigert, mir Urlaub zu geben.
T: Wie kam das?
P: Ich wollte am Montag Urlaub nehmen und meine Mutter besuchen. Sie hat nämlich Geburtstag. Ich wusste noch nicht genau, ob sie wirklich da ist und habe erst am Freitag gefragt. Mein Chef hat dann gesagt, das wäre jetzt zu spät, er würde keine Vertretung mehr für mich bekommen. Er hat überhaupt nicht verstanden, wie wichtig der Geburtstag meiner Mutter für mich ist.

Egozentrische Sicht

P: Sobald Sie mich näher kennengelernt haben, werden Sie mich auch nicht mehr mögen.
T: Woher wissen Sie das?
P: Es ist einfach so. Niemand mag mich. Das kann bei Ihnen nicht anders sein, wenn Sie ehrlich sind.

Monologisieren

- P: Die Schwierigkeiten mit meiner Frau sind unverändert.
- T: Sie durchleben wirklich eine schwierige Zeit.
- P: Na ja, eigentlich ist es wie immer.
- T: Darf ich Ihnen vorschlagen, dass wir noch einmal zusammen überlegen, welche Möglichkeiten Sie haben, auf die Situation Einfluss zu nehmen?
- P: Meine Frau spricht nur das Nötigste mit mir.
- T: Herr Meier, können Sie noch einmal wiederholen, welchen Vorschlag ich gerade gemacht habe?
- P: Na ja, ich glaube nicht, dass ich viel machen kann.

6.3 Das Modell interpersoneller Reaktionstendenzen

Von besonderer Bedeutung in der Gestaltung der therapeutischen Beziehung mit chronisch depressiven Patienten ist ein professioneller Umgang mit komplementären Reaktionstendenzen. Es handelt sich dabei um die natürlichen Reaktionstendenzen, die ein Patient durch sein verdecktes oder offenes interpersonelles Verhalten beim Therapeuten bewirkt (Kiesler, 1996). Komplementarität ist die natürliche Verhaltensweise, die durch einen bestimmten interpersonellen Stimulus entsteht. Dabei kann ein submissiver interpersoneller Stil (des Patienten) eine dominante (möglicherweise unprofessionelle) Gegenreaktion des Therapeuten hervorrufen, umgekehrt das dominante Verhalten des Therapeuten ein unterwürfiges Verhalten des Patienten. Feindseliges Verhalten (des Patienten) provoziert feindseliges (unprofessionelles) Verhalten des Therapeuten; ein freundlicher interpersoneller Stil des Therapeuten dagegen veranlasst den Patienten, sich ebenfalls freundlich zu verhalten. Empirische Forschung zeigt, dass feindselig-submissives Verhalten bei Patienten mit chronischer Depression überzufällig häufig ist (McCullough et al., 1994).

Häufige problematische komplementäre Reaktionen von Therapeuten auf submissives, submissiv-feindseliges oder feindseliges Verhalten sind,

- (1) die Arbeit für den Patienten zu erledigen (Dominanz), beispielsweise belehrend oder drängend zu sein, Entscheidungen für die Patienten treffen, und
- (2) auf das zurückgezogene Verhalten oder die offene Feindseligkeit der Patientin ebenfalls mit interpersonellem Rückzug oder genauso feinselig zu reagieren.

Wichtig zum Verständnis dieses »Circumplexmodells« von Kiesler ist es, dass typische problematische Verhaltensweisen depressiver Patienten, wie das Vergessen von Hausaufgaben oder fehlende Umsetzung von Vereinbarungen trotz »Einsicht«, einen submissiv-feindseligen Stimulus darstellen. Die Professionalisierung des therapeutischen Interaktionsstil angesichts von submissivem, submissiv-feindseligem oder feindseligem Verhalten besteht in der Anwendung von Freundlichkeit. Ein freundlicher Umgangsstil ist am besten durch den Einsatz von Validierungsstrategien und gleichzeitigem Einfordern von Veränderung zu erreichen.

Validierungsstrategien

Für die Umsetzung von Freundlichkeit ist der Einsatz von Validierungsstrategien zentral, wie sie ursprünglich in der dialektisch-behavioralen Therapie (DBT) entwickelt wurden (Linehan, 1993).

Strategie 1: Aufmerksamkeit. Unvoreingenommenes genaues Zuhören und Beobachten, ohne zu bewerten, ist der Kern der ersten Strategie. Was sagt der andere wörtlich? Was kann ich am anderen beobachten (Mimik, Körperhaltung, Verhalten)? Entscheidend ist, so genau hinzu hören und hinzusehen, dass man die Sätze und die Körperhaltung genau nachsprechen, niederschreiben oder nachstellen kann.

Strategie 2: Fokussieren und Rückmelden. Präzises Zusammenfassen und Wiedergeben des Beobachteten ist der Kern der zweiten Strategie. Danach ist es wichtig, sich Rückmeldung geben zu lassen, ob die Wiedergabe korrekt ist.

Strategie 3: Hypothesen formulieren. Das Aussprechen von Nicht-Gesagtem, Nicht-Ausgedrücktem ist der Kern der dritten Strategie. Es geht um Hypothesen zu dem, was der andere in einer bestimmten Situation denkt, fühlt oder zu welchem Verhalten er sich gedrängt sieht. Dabei ist der Ebenenwechsel zwischen Denken, Emotionen und Verhalten wichtig. Beispiel: »Sie sagen, Sie haben keine Lust mehr. Möglicherweise sind Sie traurig und denken, dass sich die ganze Anstrengung in der Psychotherapie doch nicht lohnen wird.« Wichtig ist, dass die Vermutung klar als Vermutung gekennzeichnet wird und man nicht so tut, als kenne man tatsächlich die Gedanken des anderen.

Strategie 4: Vorhergehende Lerngeschichte. Jedes Verhalten steht in einer Kette von Ereignissen, die unsere Lernerfahrungen und unseren neurobiologischen Zustand ausmachen. Der Kern der vierten Strategie ist es, diese vorangehenden Ereignisse genau zu benennen. Dabei kann Verhalten angesichts vergangener Lernerfahrungen gut nachvollziehbar sein, auch wenn es in der gegenwärtigen Situation nicht logisch erscheint. Sagen Sie zum Beispiel zum Patienten: »Angesichts der Erfahrung, dass Kontakte mit anderen Menschen ein ‚Gefühl‘ von Unterlegenheit auslösen können, ist es logisch, dass Sie sich weiter zurückziehen.« Die Strategie wirkt Wunschdenken entgegen: »Ich sollte eigentlich keine Probleme mit zwischenmenschlichen Beziehungen haben!« Validieren heißt nicht automatisch gutheißen, sondern verstehen, wie ein problematisches Verhalten entstanden ist oder aufrechterhalten wird.

Strategie 5: Veränderungsorientierung. Jedes Verhalten steht im Kontext von aktuellen Sachverhalten, äußeren oder inneren Ereignissen und wird häufig daraus verständlich. »Solange Sie denken, dass es sowieso egal ist, was Sie tun, ist es logisch, dass Sie keine neuen Aktivitäten beginnen.« Gleichzeitig sollte sich der Patient aber fragen: »Wie lange will ich mein Verhalten nach dieser ungeprüften Hypothese ausrichten?« Eine Verhaltensveränderung im Sinne eines Experiments ist eine gute Möglichkeit, neue Erfahrungen zu machen. Validierung nach Strategie 5 ist besonders geeignet, einen Veränderungsimpuls zu geben: »Wollen Sie das noch so? Sie können auch üben, entgegengesetzt zu handeln!«

Strategie 6. Viele Verhaltensweisen oder Bedürfnisse sind allgemein menschlich, wenn man sich in einer bestimmten Situation befindet. Es ist gut, dazu zu stehen und

Mut zuzusprechen. Beispiel: »Sie haben ein Recht darauf, mithilfe einer Psychotherapie besser für sich zu sorgen. Trauen Sie sich! Ihr Verhalten entspricht (einer Norm) dem, was andere an Ihrer Stelle auch tun würden.«

6.4 Das Störungsmodell in CBASP

CBASP geht davon aus, dass Patienten mit chronischer Depression ihre Aufmerksamkeit nicht auf die Konsequenzen ihres Verhaltens in der Umwelt richten und deshalb diese Informationen nicht zur Steuerung ihres Verhaltens einsetzen. CBASP betont dabei die Ähnlichkeit von Informationsverarbeitung und Verhalten bei chronisch depressiven Patienten mit der bei Kindern im präoperatorischen Stadium im Sinne Piagets. Präoperatorisches Denken bei chronisch depressiven Patienten ist insbesondere dadurch gekennzeichnet, dass das Verhalten nur unzureichend auf erwünschte Konsequenzen ausgerichtet ist (s. a. Abschn. 6.2). Das Verhalten wird durch pauschale Erwartungen und impulsive Reaktionen auf isolierte situative Aspekte anstelle einer differenzierten Beobachtung und Auswertung von interpersonellen Erfahrungen geleitet. CBASP nimmt an, dass Patienten mit chronischer Depression aufgrund dieser Besonderheiten von Informationsverarbeitung und Verhalten interpersonelle Ziele nur ungenügend erreichen können und deshalb häufiger als Vergleichspersonen real Misserfolge erleben und interpersonelle Belastungssituationen selbst erzeugen oder verschärfen. Operantes Lernen ist in diesem Kontext eingeschränkt, was wiederum dazu führt, dass problematische Verhaltensweisen wiederholt werden.



Operantes Lernen im interpersonellen Bereich erfordert, dass Konsequenzen mit dem eigenen Verhalten in Verbindung gebracht werden. Die beschriebenen Defizite werden entweder als durch ungünstige Bedingungen in Kindheit und Jugend entstandener Entwicklungsrückstand oder alternativ als ein durch belastende Lebenssituationen zu erklärender Rückfall in eine frühere Entwicklungsstufe konzeptionalisiert.

Im Kern liegt CBASP also ein Fertigkeitendefizit-Modell zugrunde. Entsprechend dieser Störungstheorie ist das wesentliche Therapieziel bei CBASP das Üben und Anwenden von operatorischem Denken auf interpersonelle Situationen. Hierzu dienen die spezifischen Therapietechniken von CBASP:

- (1) die Situationsanalyse,
- (2) die interpersonelle Diskriminationsanalyse und
- (3) die Consequation-Strategien.

Aus anderen Manualen übernommen werden soziales Kompetenztraining und allgemeine verhaltenstherapeutische Strategien. CBASP hat einen ausgeprägten Fokus auf das »Hier und Jetzt«. Es geht davon aus, dass sich im Sinne des Selbstähnlichkeitsprinzips strukturelle Fertigkeitendefizite in relevanten interpersonellen Alltagssituationen

der Gegenwart abbilden und am besten durch eine Bearbeitung von gegenwärtigen interpersonellen Situationen überwunden werden. CBASP geht weiterhin davon aus, dass klassische kognitive Interventionen wie kognitive Umstrukturierung bei chronischer Depression weniger wirksam sind, da diese Interventionen ein operatorisches Funktionsniveau erfordern.

6.5 Die Situationsanalyse

Die Situationsanalyse beruht auf dem ursprünglich von Frederic Kanfer vorgeschlagenen Modell, Verhalten als Funktion von vorausgehenden und nachfolgenden Bedingungen zu begreifen (Kanfer & Saslow, 1965), sowie auf dem ABC-Modell von Beck und Ellis zur Analyse von Kognitionen. Für die Situationsanalyse in CBASP wird das Modell von Kanfer so spezifiziert, dass ein Instrument zur Einübung von operatorischem Denken in interpersonellen Situationen entsteht. Es dient zur Schulung der präzisen, achtsamen Beobachtung und Beschreibung gegenwärtiger interpersoneller Ereignisse und des eigenen Verhaltens. Dadurch sollen die globalen Denkmuster des Patienten in Bezug auf spezifische Ereignisse in Raum und Zeit korrigiert werden und der Patient die Erfahrung machen, dass er mit seiner Umwelt funktional verbunden ist. Das bedeutet, dass er erwünschte Ergebnisse erreichen und Misserfolge angemessen auswerten kann. Die Ebene der Beschreibung der Situation und der Hypothesenbildung wird systematisch getrennt, um kognitiven Fusionsprozessen entgegenzuwirken. Die Interpretationen der Ereignisse werden auf eine genaue Verankerung in der Realität und auf eine funktionelle Ausrichtung auf die vom Patienten definierten Ziele überprüft. Die erzielten Ergebnisse werden in verhaltensbezogener Sprache beschrieben. Eine genaue Auswertung erfolgt auch bei Misserfolg. So soll Vermeidungsverhalten in der Beobachtung des eigenen Verhaltens aufgehoben werden und eine realistische Attribution von Ergebnissen erreicht werden.

Praktische Durchführung der Situationsanalyse in CBASP

Die Situationsanalyse ist der Arbeitsschwerpunkt in CBASP. Hierbei wird die gegenwärtige interpersonelle Realität des Patienten genau unter die Lupe genommen. Bei modellgerechter Durchführung werden etwa 75 Prozent der Therapiezeit hierfür aufgewendet. Der Patient kann sich durch die Lektüre des Patientenmanuals (McCullough et al., 2007) vorbereiten. Die zentrale Aufgabe ist, ein bzw. das wichtigste interpersonelle Ereignis der letzten Woche schriftlich mithilfe eines Arbeitsblattes zu dokumentieren. Dieses Ereignis kann subjektiv problematisch oder erfolgreich abgelaufen sein. Die Situationsanalyse gliedert sich in die Erhebungsphase und die Überarbeitungsphase. Das nachfolgende Arbeitsblatt 1 führt in sechs Schritten durch die Erhebungsphase. Die fünf Schritte der Überarbeitung erfolgen dann gemeinsam mit dem Therapeuten mithilfe des Arbeitsblattes 2.

Arbeitsblatt 1 Situationsanalyse Erhebungsphase

Schritt 1: Beschreiben Sie, was passierte:

.....
.....
.....

Schritt 2: Beschreiben Sie Ihre Interpretation dessen, was passierte:

.....
.....
.....

Schritt 3: Beschreiben Sie, was Sie während dieser Situation taten und sagten:

.....
.....
.....

Schritt 4: Beschreiben Sie, wie das Ereignis endete = tatsächliches Ergebnis.

.....
.....
.....

Schritt 5: Beschreiben Sie, wie dieses Ereignis enden sollte = erwünschtes Ergebnis.

.....
.....
.....

Schritt 6: Wurde das erwünschte Ergebnis erreicht? ja/nein

.....

Arbeitsblatt 2 Situationsanalyse Überarbeitungsphase

Schritt 7: Ist das erwünschte Ergebnis »realistisch« (Patient kann es bewirken) oder »erreichbar« (Umgebung »gibt es her«)?

Schritt 8: Interpretation: Ist sie zutreffend, relevant? Trägt sie zum erwünschten Ergebnis bei?
Welche Interpretation könnte hinzugefügt werden?
(Handlungsinterpretationen nötig?)

Schritt 9: Auf Basis veränderter Interpretationen: »Wie würden Sie sich verhalten, um Ihr erwünschtes Ergebnis zu erreichen?« »Welches Verhalten würde Sie zu Ihrem erwünschten Ergebnis führen?«

Schritt 10: Nachbereitung/Zusammenfassung des Gelernten

Schritt 11: Generalisierung
