

## 2 Therapeutische Verfahren

Im therapeutischen Bereich kann das Wissen über Verstärker, Verstärkung und Verstärkerpläne genutzt werden, um erwünschte Verhaltensweisen aufzubauen oder unerwünschte Verhaltensweisen abzubauen. In Abschnitt 2.1 werden zunächst die verschiedenen Methoden zum Aufbau von Verhalten dargestellt und anhand von Beispielen beschrieben, während Abschnitt 2.2 die Methoden zum Abbau von Verhalten beinhaltet. Abschnitt 2.3 vermittelt Herangehensweisen zur Stabilisierung des neu erlernten Verhaltens. Hier werden auch übergreifende Methoden wie Selbstkontrolle und Problemlösen dargestellt, die sich teilweise aus den operanten Verfahren entwickelt haben, jedoch als eigenständige Methoden zu betrachten sind.

### 2.1 Methoden des Verhaltensaufbaus

Methoden zum Verhaltensaufbau sind indiziert, wenn ein Verhaltensdefizit vorliegt. Beim Verhaltensaufbau liegt der Schwerpunkt auf Erwerb und Ausformung eines kaum oder gar nicht vorhandenen Verhaltens. Der Patient wird bei der Durchführung eines bestimmten komplexen Zielverhaltens vom Therapeuten oder einem Mediator (s. Abschn. 3.2) unterstützt. Dabei kann es z. B. um den Spracherwerb eines Kindes mit Autismus oder um Kontaktaufnahme einer sozial unsicheren Person gehen. Bei der Anwendung wird das Zielverhalten in Verhaltenssequenzen eingeteilt und die Person konsequent bei der Bewältigung der einzelnen Schritte positiv verstärkt. Vor allem für die erstmalige Ausformung von Verhalten lassen sich die im Folgenden beschriebenen Methoden anwenden:

#### Übersicht

##### Methoden für den Aufbau erwünschten Verhaltens

- ▶ positive Verstärkung auf angemessenes Verhalten
- ▶ negative Verstärkung von angemessenem Verhalten
- ▶ Shaping
- ▶ Chaining
- ▶ Prompting
- ▶ Fading

#### Positive Verstärkung

Wie oben (vgl. Abschn. 1.1), beschrieben folgt bei positiver Verstärkung eine angenehme Konsequenz auf eine bestimmte erwünschte Verhaltensweise. Dabei soll vor allem angemessenes Verhalten positiv verstärkt werden.

### Beispiel

Beim Essen mit Messer und Gabel wird ein Kind immer gelobt.

### Negative Verstärkung

Bei negativer Verstärkung führt eine Verhaltensweise zum Ausbleiben einer aversiven Konsequenz (vgl. Abschn. 1.1). Hierbei soll auch vor allem angemessenes Verhalten negativ verstärkt werden.

### Beispiel

Ein Kind entschuldigt sich, um das Schimpfen der Mutter zu beenden.

### Shaping

Beim Shaping erfolgt durch gezielte positive Verstärkung einzelner Verhaltenselemente eine stufenweise Annäherung an ein gewünschtes Zielverhalten. Dazu wird das Zielverhalten in einzelne Verhaltenselemente unterteilt. Die Verstärkung erfolgt auf alle Verhaltenselemente, die dem gewünschten Zielverhalten näherkommen.

### Beispiel

Bei einem sprachbehinderten Kind wird jeder als Wort erkennbare Laut beim Erlernen sprachlicher Fertigkeiten gelobt.

### Chaining

Beim Chaining werden komplexere Verhaltensweisen durch »Verkettung« einzelner Verhaltenselemente erlernt. Im Unterschied zum Shaping sind die Verhaltenselemente bereits im Verhaltensrepertoire und müssen nur noch miteinander verknüpft werden. Die Verstärkung erfolgt hier erst, wenn das letzte Glied der Verhaltenskette erfolgt ist. Dadurch wird das Verhalten zum konditionierten Verstärker für die vorangehende Reaktion. Auf diese Weise werden Verhaltenselemente nacheinander verknüpft. Jedes Verhaltenselement wirkt einerseits als Verstärker (C) für das vorangehende Verhaltenselement und andererseits als diskriminativer Stimulus (S) für die nächste Verhaltenssequenz.

### Beispiel

Ein Kind soll lernen, sich selbstständig die Zähne zu putzen. Dazu muss es die Zahnbürste in die Hand nehmen, die Zahnbürste befeuchten, die Zahnpastatube öffnen, Zahnpasta auf die Zahnbürste geben, Zahnpastatube schließen, Zahnbürste in den Mund stecken, Bürsten ... Zahnpasta ausspucken, Mund waschen und trocknen. Erst wenn alle Schritte durchgeführt wurden, wird das Kind gelobt.

### **Prompting**

Beim Prompting wird durch verbale oder verhaltensmäßige Hilfestellung das Erlernen einer Verhaltensweise vereinfacht, indem die Aufmerksamkeit auf das gewünschte Verhalten gelenkt wird.

#### **Beispiel**

In einem Rollenspiel (z. B. bei einer Paartherapie) kann der Therapeut an Stellen, an denen Vorwürfe geäußert werden, durch Soufflieren fördernde Reaktionen oder Verbalisierungen von Gefühlen anbieten.

### **Fading**

Beim Fading werden Hilfsstimuli (z. B. Hilfestellungen durch den Therapeuten und therapeutische Maßnahmen) graduell reduziert, bis der Patient nur noch auf Reize reagiert, die auch in seinem Alltag vorhanden sind.

#### **Beispiel**

Im therapeutischen Setting spielt das Fading beim Übergang vom therapeutischen Setting zu den natürlichen Bedingungen eine wichtige Rolle. Dafür werden Schritt für Schritt die Sitzungsabstände verlängert und/oder kurze Telefonkontakte zwischen den Sitzungen eingebaut.

**Umsetzung.** Zum Erwerb und Ausformung von Verhaltensweisen sollte die positive Verstärkung kontinuierlich erfolgen. Zur Stabilisierung des Verhaltens sollte in intermittierende Verstärkung übergegangen werden, um das Verhalten langfristig zu stabilisieren. Der Patient sollte schrittweise in der Lage sein, die Verstärkung selbst durchzuführen. Bei der praktischen Anwendung von Methoden zum Verhaltensaufbau sollten folgende Punkte beachtet werden:

- ▶ Die Verstärkung sollte kontingent und unmittelbar nach dem Zielverhalten erfolgen.
- ▶ Die Relation zwischen Zielverhalten und Verstärkung sollte für den Patienten transparent sein.
- ▶ Zur Vermeidung von Sättigungseffekten sollten verschiedene Verstärker eingesetzt werden.

## **2.2 Methoden des Verhaltensabbaus**

Methoden zum Verhaltensabbau sind indiziert, wenn unerwünschtes Verhalten verändert werden soll, d. h., wenn das Problem in einem »Verhaltensexzess« besteht (z. B. aggressives oder delinquentes Verhalten). Dabei ist es wichtig, immer ein gewünschtes Alternativverhalten zu finden und aufzubauen. Wenn beispielsweise ein Kind für das

Draußenspielen verstärkt wird, reduziert sich gleichzeitig das unerwünschte Fernsehen, da das Kind nicht beide Aktivitäten zugleich ausführen kann.

## Übersicht

### Methoden für den Abbau unerwünschten Verhaltens

- ▶ Bestrafung
- ▶ Löschung
- ▶ Response-Cost
- ▶ Time-Out
- ▶ Sättigung

## Bestrafung

Bei der Bestrafung folgt auf ein unerwünschtes Verhalten eine aversive Konsequenz. Dadurch wird die Auftretenswahrscheinlichkeit für das unerwünschte Verhalten reduziert. Wie oben erwähnt (vgl. Abschn. 1.1) ist zwischen direkter und indirekter Bestrafung zu unterscheiden. Die direkte Bestrafung sollte nur dann angewendet werden, wenn ein Verzicht auf Bestrafung mit noch negativeren Folgen (z. B. Verletzungen) einhergehen würde und wenn nicht-aversive Methoden erfolglos geblieben sind.

## Beispiel

Ein schwer depressiver Patient mit Suizidgedanken wird gegen seinen Willen mithilfe der Polizei in eine Notfallklinik eingewiesen.

**Zweifel an langfristiger Wirksamkeit.** In der Regel soll durch Bestrafung unerwünschtes Verhalten abgebaut werden. Es gibt jedoch Hinweise, dass direkte Bestrafung ungeeignet ist, um ein Verhalten langfristig abzubauen, da Bestrafung unerwünschtes Verhalten nur hemmen oder unterdrücken jedoch nicht löschen würde (Estes, 1944; Skinner, 1938, 1953; Thorndike, 1932). Demnach wird angenommen, dass sich das unerwünschte Verhalten wieder zeigt, wenn ersichtlich ist, dass keine Bestrafung folgen wird. Mackintosh (1974) hielt jedoch entgegen, dass diese Aussage v. a. durch moralische Überlegungen beeinflusst und Bestrafung durchaus wirksam sei. Neuere wissenschaftliche Untersuchungen, die die eine oder andere Sichtweise belegen könnten, liegen nicht vor, gerade auch weil die Untersuchung von Bestrafung ethisch schwierig durchzuführen ist. Nichtsdestotrotz hat Bestrafung einen aversiven Zustand zum Ziel. Bestrafung wird daher mit Gewalt, Angst und Schmerz assoziiert. Diese Assoziation fördert die Neigung zu Flucht- und Vermeidungsreaktionen, d. h. das Individuum versucht der Wirkung der aversiven Reize zu entfliehen, oder es lernt, durch geschicktere Verhaltensweisen der Bestrafung zu entgehen. Ein angemesseneres, günstigeres Alternativerhalten wird jedoch nicht erlernt.

Der schwer depressive Patient hat beispielsweise weiterhin Suizidgedanken, äußert diese jedoch nicht im Kontakt mit dem Therapeuten oder dem Klinikpersonal, um entlassen zu werden.

**Mögliche unerwünschte Nebeneffekte.** Außerdem kann Bestrafung andere unerwünschte Emotionen wie z. B. Ärger und Frustration auslösen, was wiederum aggressives Verhalten begünstigen kann. Des Weiteren gibt es Hinweise, dass Bestrafung einen negativen Effekt auf das Selbstwertgefühl hat, was langfristige Folgen für das Selbstkonzept birgt und in psychischen Problemen resultieren kann. Die strafende Person wirkt auch als Modell für die bestrafte Person. Demzufolge können ungünstige Verhaltensweisen gelernt werden, die wiederum Bestrafung und Aggression nach sich ziehen. Schließlich ist nicht zu vergessen, dass sich Bestrafung auch negativ auf die Beziehung zwischen Strafendem und Bestraftem auswirkt. Die indirekte Bestrafung ist hingegen ethisch weniger bedenklich und bringt weniger unerwünschte Nebeneffekte mit sich. Bei ihrem Einsatz wird eine Belohnung aufgeschoben, bis sich erwünschtes Verhalten zeigt.



Mittels Bestrafung wird unerwünschtes Verhalten nicht dauerhaft beseitigt, sondern nur kurzfristig abgeschwächt oder unterdrückt.

Im Folgenden wird ein Exkurs zur Aversionstherapie dargestellt, die mit körperlich aversiven Stimuli arbeitet.

### Exkurs

#### Aversionstherapie

Diese Form der Therapie umfasst verschiedene Behandlungsverfahren, bei denen ein aversiver Stimulus (z. B. Elektroschocks oder Übelkeit erregende Medikamente) zeitlich unmittelbar mit einem unerwünschten Verhalten verknüpft wird. Die Aversionstherapie ist vor allem bei problematischen Verhaltensweisen angezeigt, die aus der Sicht der betroffenen Person unmittelbar positive Konsequenzen haben (z. B. Alkoholismus, Drogenabhängigkeit, Pathologisches Spielen). Die eigentlich negativen Konsequenzen dieser Verhaltensweisen treten meist mit großer zeitlicher Verzögerung auf (z. B. gesundheitliche Schäden, finanzielle Verluste), sodass sie kaum eine verhaltenssteuernde Wirkung haben. Daher ist es notwendig, die kurzfristig positiven Verstärker zu verändern bzw. negative Konsequenzen herbeizuführen.

Die Vorgehensweisen bei der Aversionstherapie beruhen auf dem Paradigma der klassischen oder der operanten Konditionierung. Im Sinne der klassischen Konditionierung verwendete Howard (2001) eine pharmakologische Aversionsbehandlung, bei der hospitalisierte Alkoholiker zehn Tage lang ein Emetikum verabreicht bekamen und ihnen gleichzeitig Alkohol angeboten wurde. Auf diese Weise wird die auftretende Übelkeit mit dem Anblick und Geruch von Alkohol verknüpft. Die Studienergebnisse zeigen, dass positive Erwartungen hinsichtlich

des Alkoholkonsums bei den Patienten nach der Aversionstherapie signifikant reduziert waren. Außerdem waren die Patienten zuversichtlicher, dass sie in verschiedenen risikoreichen Situationen dem Alkoholkonsum widerstehen können. Auch auf Verhaltensebene konnten signifikante Veränderungen hinsichtlich des Trinkverhaltens nach der Aversionstherapie beobachtet werden.

Ein Beispiel für das operante Vorgehen bieten Kushner und Sandler (1966). Sie verabreichten Alkoholikern einen elektrischen Schock, sobald sie nach einem alkoholischen Getränk griffen. Dieses Vorgehen entspricht der Bestrafung, bei der eine aversive Konsequenz die zukünftige Auftretenswahrscheinlichkeit eines unerwünschten Verhaltens verringert. Auf diese Weise konnte das Trinkverhalten reduziert werden.

Aufgrund von praktischen und ethischen Einschränkungen, stellt die Aversionstherapie eher die zweite Wahl von Verfahren dar und sollte nur dann eingesetzt werden, wenn ein Patient durch sein Verhalten erheblich beeinträchtigt ist und andere Verfahren sich als nicht effektiv erwiesen haben. Das betrifft z. B. lebensbedrohliches und selbstverletzendes Verhalten.

## Löschung

Bei der Löschung werden alle positiven und negativen Verstärker, die ein Verhalten aufrechterhalten, entfernt (vgl. Abschn. 1.1). Löschung benötigt jedoch Zeit. Zu Beginn einer Löschungsprozedur kann das Verhalten sogar erst einmal noch häufiger auftreten, weil der Patient versucht, die ausbleibende Verstärkung doch noch zu erlangen. Wenn ein Kind z. B. um eine Süßigkeit bittet und ignoriert wird, quengelt es wahrscheinlich zunächst noch mehr und wird vielleicht sogar richtig wütend. Daher ist die Methode der Löschung für einen schnellen Verhaltensabbau ungeeignet (z. B. bei Verletzungen, Gewalt). Das Ausbleiben von positiven Konsequenzen kann auch als Bestrafung erlebt werden und zu Frustration führen. Die Dauer der Löschung ist abhängig von den vorausgehenden lerngeschichtlichen Verstärkungsbedingungen. Die Löschung eines unerwünschten Verhaltens benötigt länger, wenn das Verhalten mittels intermittierender Verstärkung gelernt wurde. Am schnellsten erfolgt die Löschung, wenn das Verhalten vormalig regelmäßig, d. h. kontinuierlich verstärkt wurde.

**Anforderungen zur Umsetzung.** Die Löschungsprozedur erscheint auf den ersten Blick relativ simple. Die positiven Konsequenzen (z. B. Aufmerksamkeit, Zuwendung, Zuhören), die ein unerwünschtes Verhalten aufrechterhalten, werden konsequent unterlassen, wodurch es zu einer Verhaltensreduktion kommen soll. In der Realität ist es aber sehr schwierig, ein Verhalten gar nicht mehr zu verstärken, da in den meisten Fällen nicht nur eine Person Verstärkungen darbietet oder entzieht. Insbesondere in sozialen Situationen, wo viele Reize und Konsequenzen auf das Verhalten wirken, kann ein und dasselbe Verhalten in verschiedenen Situationen zu widersprüchlichen Konsequenzen führen. Wenn ein Lehrer z. B. ein impulsives und hyperaktives Verhalten

eines Schülers ignoriert, kann dieses trotzdem noch durch Mitschüler, Eltern und andere verstärkt werden, und damit die Bemühungen des Lehrers unterminieren.

### Beispiel

Der einjährige Vincent hatte es sich nach einer längeren Erkrankung zur Gewohnheit gemacht, nur im Beisein seiner Eltern einzuschlafen und im Elternbett zu schlafen. Die Eltern hatten der Einfachheit halber eine Zeit lang toleriert, da er auf diese Weise schneller einschlief und sie nachts nicht mehrfach aufstehen mussten. Nun war es an der Zeit, dass Vincent wieder allein in seinem Bett einschlafen lernen sollte. Dafür wurde Vincent nach einem Abendritual wach und allein in sein Bett gelegt. Die Eltern verabschiedeten sich und verließen das Zimmer. Anfangs fing Vincent zu weinen an, weil es ein völlig ungewohntes Gefühl für ihn war, allein in seinem Bettchen zu liegen. Nach einem festgelegten zeitlichen Schema (vgl. Kast-Zahn & Morgenroth, 2007) warteten die Eltern einige Minuten ab, bevor sie in sein Zimmer gingen und ihn kurz beruhigten und trösteten, ohne ihn jedoch aus seinem Bettchen zu nehmen. Dann verließen sie wieder das Kinderzimmer. Dieser Vorgang wurde mehrfach wiederholt, wobei das zeitliche Intervall bei jedem Durchgang größer wurde, bis Vincent allein eingeschlafen war. Dieser Plan wurde die nächsten Tage durchgeführt, bis Vincent nach einer Woche allein in seinem Bett einschlafen konnte (vgl. Checking, Abschn. 9.2).

### Response-Cost

Bei der Response-Cost Methode werden vorher erworbene generalisierte Verstärker wie Geld oder Token (dt. Münzen, Wertmarken) entzogen, wenn sich unerwünschtes Verhalten zeigt. Der Einsatz erfolgt zumeist in Verbindung mit einem Token-System (s. Abschn. 3.1).

### Beispiel

Im Rahmen einer stationären Behandlung wird mit einer anorektischen Patientin nach Festlegung eines Mindestgewichts eine wöchentliche Gewichtszunahme festgelegt. Diese wird mit der Gewährung bestimmter Freiheiten (z. B. Besuche, Telefonate, Aktivitäten außerhalb der Klinik, etc.) verknüpft. Bei Nichteinhaltung der Gewichtszunahme werden diese Freiheiten wieder beschränkt.

### Time-Out

Beim Time-Out werden alle potenziellen Verstärker von Verhalten entzogen. Es ist vor allem indiziert, wenn relevante Verstärker schwer zu identifizieren oder kontrollieren sind z. B., wenn Blickkontakte oder Aufmunterung durch andere Gruppenmitglieder als Verstärker dienen. Zu diesem Zweck werden die Betroffenen für einen bestimmten Zeitraum aus dem jeweiligen sozialen Umfeld herausgenommen und in eine möglichst reizarme Umgebung gebracht. Dabei ist wichtig, dass das Time-Out nicht als Bestra-

fung verstanden wird, sondern als Zeit, die die Möglichkeit zur Besinnung über das Fehlverhalten geben soll. Die Time-Out-Technik wird insbesondere in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Störungen im Sozialverhalten eingesetzt. Im schulischen Kontext kann es notwendig sein, um die Rechte von Mitschülern (z. B. das Recht auf ungestörtes Lernen oder zum Schutz vor Beleidigungen oder tätlichen Angriffen) zu schützen. Time-Out ist auch gerechtfertigt, wenn ein Schüler keine Kontrolle mehr über sein Verhalten hat oder wenn er sich weigert, die Klassenregeln anzuerkennen.

### Beispiel

Ein Schüler stört den Unterricht, indem er einen seiner Mitschüler immer wieder beleidigt. Nachdem der Schüler auch bei Ermahnung durch den Lehrer seine Beleidigungen nicht einstellt, wird er vom Lehrer in einen neutralen Raum gebracht. Dort findet er Abstand zu dem betroffenen Schüler, aber auch zu anderen Mitschülern, die sein Verhalten verstärken könnten. Der Lehrer instruiert den Schüler die Zeit und Ruhe zur Reflexion seines unangemessenen Verhaltens zu nutzen. Gleichzeitig ermöglicht die Intervention dem Lehrer weiter zu unterrichten und die Unterrichtszeit nicht durch Auseinandersetzungen zu vergeuden.

### Sättigung

Eine Verhaltensweise wird gezielt massiert verstärkt, womit diese mit der Zeit sehr schnell an Attraktivität verliert. Aus einer angenehmen Aktivität wird so mit der Zeit eine aversive oder uninteressante Beschäftigung.

### Beispiel

Im Rahmen einer Therapie mit einem paraphilen Patienten kann die sogenannte masturbatorische Sättigung Anwendung finden (vgl. Marshall et al., 1999). Mit dem Patienten werden zunächst Skripte entwickelt, die nicht-deviantes sexuelles Verhalten beschreiben. Bei der Masturbation soll der Patient dann deviante Fantasien durch die nicht-devianten Vorstellungen aktiv ersetzen. Unmittelbar nach dem Orgasmus soll der Patient dann seine devianten sexuellen Handlungen oder Fantasien laut oder in Gedanken beschreiben. Die Sättigung des sexuellen Bedürfnisses führt zu einem aversiven Zustand (Langeweile, Müdigkeit), der mit devianten Fantasien assoziiert wird.

**Umsetzung.** Bei der praktischen Anwendung von Methoden zum Verhaltensabbau sollten folgende Punkte beachtet werden:

- ▶ Die Methoden sollten in Absprache mit dem Patienten erfolgen, d. h. der Patient sollte der Vorgehensweise zustimmen und die Methoden sollten klar angekündigt werden.
- ▶ Die Verstärkung sollte kontingent und unmittelbar nach dem Zielverhalten erfolgen.



- ▶ Die Relation zwischen Zielverhalten und Verstärkung sollte für den Patienten transparent sein.
- ▶ Neben dem Abbau des unerwünschten Verhaltens sollte ein Alternativerhalten aufgebaut werden, das differenziert verstärkt werden sollte.
- ▶ Beim Entzug oder Entfernen von Verstärkern (Löschung, Time-Out) müssen alle Verstärker entfernt werden, damit es nicht zu einer intermittierenden Verstärkung durch die noch vorhandenen Verstärker kommt.

### 2.3 Methoden der Verhaltensstabilisierung

Das Ziel einer Therapie ist mit der Ausformung eines erwünschten Verhaltens oder des Abbaus eines unerwünschten Verhaltens allerdings nicht erreicht. In der Regel wird das neu erlernte Verhalten zunächst nur unter den Stimulusbedingungen des therapeutischen Kontextes gezeigt. Unter natürlichen Lebensbedingungen steht das Verhalten unter der Kontrolle von Stimulusbedingungen, die an der Entstehung und Aufrechterhaltung des problematischen Verhaltens bzw. der Störung beteiligt waren (z. B. Konflikte in der Familie, Arbeitssituation, soziale Beziehungen). Besonders im stationären Setting ist der Unterschied zwischen dem therapeutischen und natürlichen Kontext in besonderer Weise gegeben.



Es ist wichtig, das neu erlernte Verhalten bereits im Therapiekontext zu stabilisieren und in den natürlichen Kontext zu überführen.

**Vom therapeutischen zum natürlichen Setting.** Dieser Übergang sollte schrittweise erfolgen. Das im therapeutischen Kontext neu erlernte Verhalten wird zunächst in in-vivo Situationen ausprobiert und eingeübt. Beispielsweise können sichere Verhaltensweisen, die im Rollenspiel ausgeformt wurden, in verschiedenen Alltagssituationen (z. B. beim Einkaufen, Fragen nach dem Weg) im Beisein des Therapeuten oder Mediators (vgl. Abschn. 3.3) eingeübt werden. Auch Hausaufgaben bieten die Möglichkeit, neu erlernte Verhaltensweisen außerhalb des therapeutischen Kontextes selbstständig einzuüben und zu festigen. Eine weitere Möglichkeit des schrittweisen Übergangs besteht in einer Verlängerung der zeitlichen Abstände zwischen den Sitzungen, in denen Patienten sich über einen längeren Zeitraum selbstständig und ohne Fremdverstärkung durch den Therapeuten erproben müssen. Im stationären Setting wird der Übergang ins natürliche Umfeld meistens so gestaltet, dass der Patient die Wochenenden zu Hause verbringt oder Belastungserprobungstage in der natürlichen Umgebung realisiert.

Bei Patienten, die aufgrund ihres Problems bzw. ihrer Störung über eine längere Zeit nicht arbeitsfähig waren, sollte die Aufnahme der Arbeitstätigkeit sukzessiv wieder erfolgen (z. B. stufenweise Wiedereingliederung nach dem Hamburger Modell). Der Übergang vom therapeutischen in das natürliche Setting ist mit einem Übergang von kontinuierlicher zu intermittierender Verstärkung verbunden. Durch intermittierende

Verstärkung wird das Verhalten aufrechterhalten und ist lösungsresistenter (vgl. Kanfer & Philips, 1970).

Des Weiteren ist es auch hilfreich, Personen aus dem sozialen System wie z.B. Familie, Lebenspartner oder Lehrer in den therapeutischen Prozess einzubeziehen, da diese Personen im natürlichen Kontext stellvertretend verstärken und damit die Reichweite des Therapieprozesses verlängern können. Langfristig sollte der Patient jedoch in der Lage sein, unabhängig von der Fremdverstärkung das erlernte Verhalten aufrechtzuerhalten.



Im Verlauf der Therapie sollte ein Übergang von Fremdverstärkung zu Selbstverstärkung erfolgen.

Schließlich erscheint es sinnvoll, Patienten mit übergreifenden Methoden zum Selbstmanagement und Problemlösen vertraut zu machen. Diese Methoden ermöglichen Erfahrungen und Methoden aus der Therapie zu generalisieren und auf verschiedene Situationen anzuwenden. Wenn der Patient Erfolg und Selbstwirksamkeit in einer spezifischen Situation erlebt, kann das motivierend wirken, die erlernten Fertigkeiten auch auf andere vergleichbare Situationen zu transferieren. Auch auf diese Weise wird der Patient zunehmend unabhängiger von externer Verstärkung. Die übergreifenden Methoden zur Generalisierung und der Transfer von erlernten Verhalten werden in den nächsten Abschnitten näher beschrieben.

### 2.3.1 Selbstkontrolle und Selbstmanagement

Operante Verfahren zielen auf die Veränderung des Verhaltens durch die Veränderung von Konsequenzen. Im natürlichen Kontext lässt sich eine Veränderung von Umweltbedingungen jedoch nicht immer oder nur schwer einrichten (z. B. inflexible familiäre Strukturen bei einer Patientin mit einer Essstörung, viele Geschäftsessen als Arbeitsbedingung für einen Patienten mit einem Alkoholproblem). Hier bieten sich Strategien der Selbstkontrolle an. Selbstkontrolle meint die Fähigkeit, eine automatisierte Verhaltensweise zu unterbrechen, indem der Patient Kontingenzen seines Verhaltens selbst setzt, um ein Verhalten auszuführen, das aufgrund der gegebenen Verstärkungsbedingungen nicht zu erwarten wäre (Kanfer & Karoly, 1972; Mahoney & Thoresen, 1974).



Von Selbstkontrolle spricht man, wenn ein Individuum bei Vorliegen mehrerer Verhaltensalternativen, die im Konflikt zueinanderstehen, sein Verhalten selbst steuern kann.

Ein Raucher widersteht z.B. der Versuchung des Rauchens nach dem Essen, um langfristig eine Krebserkrankung zu vermeiden. In der Therapie soll schrittweise eine

Reduktion der Kontrolle durch den Therapeuten und kontinuierliche Übernahme von Verantwortung durch den Patienten erfolgen. Damit wird der Einfluss des Therapeuten zunehmend beschränkt und die Anwendung im natürlichen Setting verstärkt. Aus diesem Grund sind Selbstkontrollverfahren die Methode der Wahl, um Verhaltensänderungen aufrechtzuerhalten und zu stabilisieren. Das Ziel von Selbstkontrollverfahren ist eine Verbesserung des Selbstmanagements aufseiten des Patienten. Der Patient soll lernen, eigenes Verhalten durch den Einsatz spezieller Strategien selbstständig zu verändern und auf diese Weise Probleme selber zu bewältigen (vgl. Kanfer et al., 1996). Methoden der Selbstkontrolle haben sich aus den operanten Verfahren entwickelt und stellen streng genommen eine eigene verhaltenstherapeutische Entität dar. Sie umfassen eine Reihe von Strategien (s. Übersichtskasten), die im Folgenden näher beschrieben werden.

## Übersicht

### Methoden der Selbstkontrolle

1. Selbstbeobachtung
2. Kontingenzkontrolle (Selbstverstärkung/Selbstbestrafung)
3. Stimuluskontrolle

### Selbstbeobachtung

Die Selbstbeobachtung bildet einen ersten Schritt zur Verhaltensänderung. Dabei wird der Patient dazu angehalten, ein bestimmtes Problemverhalten selbst im natürlichen Setting zu beobachten und zu dokumentieren. Der Vorteil der Selbstbeobachtung besteht darin, dass nicht nur das konkret operationalisierbare Verhalten, sondern auch das Erleben des Patienten, d.h. seine Kognitionen und Emotionen, erfasst werden können. Die Selbstbeobachtung hilft dem Patienten, Probleme zu spezifizieren und Ansätze zur Veränderung zu finden. Für die Durchführung ist es unabdingbar, das Problemverhalten zunächst einzugrenzen und präzise zu beschreiben, damit es dann im natürlichen Setting registriert werden kann. Die Durchführung von Selbstbeobachtung und -protokollierung kann auf verschiedene Weisen erfolgen.



Es ist wichtig, dass die Protokollierung unmittelbar nach dem Verhalten erfolgt, da es sonst zu Verzerrungen kommen kann (z.B. Erinnerungsfehler, Attributionsfehler).

Des Weiteren sollten die situativen Merkmale ebenfalls mit erfasst werden, da sie Auskunft über funktionale Zusammenhänge liefern können. Tabelle 2.1 stellt verschiedene Möglichkeiten der Registrierung von Verhalten dar.