



Dies ist eine Leseprobe des Schattauer Verlags. Dieses Buch und unser
gesamtes Programm finden Sie unter
www.klett-cotta.de/schattauer

Esther Bockwyt

Die Verhaltensanalyse

Esther Bockwyt

Die Verhaltensanalyse

Schritt für Schritt zum
individuellen Störungsmodell

Mit Leitfaden und ätiopathogenetischer Tabelle

Esther Bockwyt, Dipl.-Psych.

Hagemannstraße 26

45657 Recklinghausen

e.bockwyt@psych-dienstleistungen.de



Die digitalen Zusatzmaterialien haben wir zum Download auf www.klett-cotta.de bereitgestellt. Geben Sie im Suchfeld auf unserer Homepage den folgenden Such-Code ein: **OM40046**

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Besonderer Hinweis

Die Medizin unterliegt einem fortwährenden Entwicklungsprozess, sodass alle Angaben, insbesondere zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren, immer nur dem Wissensstand zum Zeitpunkt der Drucklegung des Buches entsprechen können. Hinsichtlich der angegebenen Empfehlungen zur Therapie und der Auswahl sowie Dosierung von Medikamenten wurde die größtmögliche Sorgfalt beachtet. Gleichwohl werden die Benutzer aufgefordert, die Beipackzettel und Fachinformationen der Hersteller zur Kontrolle heranzuziehen und im Zweifelsfall einen Spezialisten zu konsultieren. Fragliche Unstimmigkeiten sollten bitte im allgemeinen Interesse dem Verlag mitgeteilt werden. Der Benutzer selbst bleibt verantwortlich für jede diagnostische oder therapeutische Applikation, Medikation und Dosierung.

In diesem Buch sind eingetragene Warenzeichen (geschützte Warennamen) nicht besonders kenntlich gemacht. Es kann also aus dem Fehlen eines entsprechenden Hinweises nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Schattauer

www.schattauer.de

© 2020 by J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart

Alle Rechte vorbehalten

Printed in Germany

Cover: Jutta Herden, Stuttgart

unter Verwendung eines Fotos von © istock/peterschreiber.media

Gesetzt von Kösel Media GmbH, Krugzell

Gedruckt und gebunden von CPI – Clausen & Bosse, Leck

Lektorat: Barbara Buchter

Projektmanagement: Dr. Nadja Urbani

ISBN 978-3-608-40046-5

Auch als E-Book erhältlich

Vorwort

Liebe Leserinnen, liebe Leser!

Die Verhaltens- bzw. Problemanalyse ist seit eh und je ein zentrales, wichtiges Element der kognitiven Verhaltenstherapie. Sie bildet das individuelle Störungsmodell ab und dient dazu, die Symptomatik des Patienten¹ zu erklären und eine passende Therapieplanung abzuleiten.

In der Praxis berichten Ausbildungskandidaten immer wieder, dass ihnen die grundlegende Theorie der Verhaltensanalyse bekannt und verständlich ist, Schwierigkeiten aber bei der konkreten Umsetzung und beim Füllen mit Inhalten bestehen. Zu beobachten ist, dass bei der Analyse der Verstärkungsbedingungen oft Fehler gemacht werden, Konsequenzen des Verhaltens in eine nicht zutreffende Verstärkungsart eingeordnet werden oder aber immer wieder ähnliche Konsequenzen als 08/15-Begründung für unterschiedliche Patienten eingesetzt werden. Zwar treten im Rahmen einer bestimmten psychischen Problematik, wie etwa der Depressivität, bei verschiedenen Patienten tatsächlich Parallelen bei störungsrelevanten Verhaltensweisen mit entsprechenden typischen Konsequenzen und Verstärkungsbedingungen auf, wie etwa den Verstärkerverlust bei depressivem Rückzug, jedoch gibt es immer auch eine individuelle Färbung der Symptomatik. Verhaltensanalysen können und sollten immer den individuellen, ganz konkreten Fall abbilden, sonst sind sie wenig hilfreich.

In diesem Buch wird neben den wichtigsten theoretischen Grundlagen für die Verhaltensanalyse daher auch eine umfangreiche Darstellung an theoretischen Inhalten zur Verfügung gestellt. Diese Inhalte sollen dabei helfen, die Variablen der Verhaltensanalyse schlüssig zu benennen. Das Buch liefert darüber hinaus eine konkrete Anleitung, wie die Verhaltensanalyse Schritt für Schritt erstellt werden kann. In der ätiopathogenetischen Tabelle sind des Weiteren die jeweiligen möglichen Inhalte aufgeführt und nach Themen geordnet. Anhand von fünf komprimierten Fallbeispielen werden konkrete Verhaltensanalysen dargestellt, die auf deskriptiven Informationen über den Patienten basieren.

Die Kombination aus Theorie und Praxis beinhaltet meines Erachtens die beste Lernmöglichkeit, weswegen dieser Weg gewählt wurde.

Das vorliegende Handbuch ist sowohl für Kollegen, die sich bereits theoretisch und/oder praktisch mit der Verhaltensanalyse beschäftigt haben, wie auch für »Anfänger« geeignet. Ich wünsche Ihnen nun viel Freude und Erfolg beim Lesen und Studieren dieser Lektüre.

Recklinghausen im Februar 2020

Esther Bockwyt

1 Das »generische Maskulinum« soll alle geschlechtlichen Formen implizieren, die weibliche und männliche Form sowie auch Menschen mit anderen geschlechtlichen Identitäten.

Danksagung

Ich danke dem Schattauer Verlag für die Möglichkeit, dieses Manuskript zu erstellen und zu veröffentlichen und insbesondere Wulf Bertram und Nadja Urbani für das überaus große Vertrauen, das mir in diesem Rahmen entgegengebracht wurde, sowie für den liebevollen Kontakt und die gesamte Betreuung während der Bearbeitung.

Mein Dank gilt weiterhin meinen Kollegen, die mich treu über Jahre hinweg als Beraterin in Anspruch nehmen und aufgrund deren Beauftragung ich zahlreiche Erfahrungen sammeln und neue Erkenntnisse gewinnen konnte, die in diesem Buch verarbeitet wurden. Dank allen weiteren Menschen, mit denen ich in meiner bisherigen Berufslaufbahn als Psychologin in fachlichen Diskurs gehen konnte.

Inhalt

1	Die Verhaltensanalyse	1
1.1	Problem- und Verhaltensanalyse	2
1.1.1	Horizontale Analyse	2
1.1.2	Vertikale Analyse: Plan- und Schemaanalyse	3
1.1.3	Makro- und Mikroanalyse	7
2	Ätiopathogenetische Tabelle	47
2.1	Einführung in die ätiopathogenetische Tabelle: Hintergrund, Merkmale, Nutzen und Grenzen	49
2.2	Der Analyseprozess anhand von Fallbeispielen	82
2.2.1	Fallbeispiel 1: »Wenn ich die Zeit hätte, würde ich lieber mehr schlafen, etwas Sinnvolles tun oder eine Frau verführen.«	82
2.2.2	Fallbeispiel 2: Affäre mit dem Vorgesetzten	116
2.3	Von Fehlern lernen: Negativbeispiele Verhaltensanalyse	139
2.3.1	Fallbeispiel Verhaltensanalyse 1 – Negativbeispiel	139
2.3.2	Fallbeispiel Verhaltensanalyse 2 – Negativbeispiel	146
2.4	Übung zum Erstellen der Verhaltensanalyse	152
2.4.1	Übung »Ohnmacht gegenüber der verhassten Mutter«	153
2.4.2	Lösungsvorschlag zur Übung »Ohnmacht gegenüber der verhassten Mutter«	165
3	Fallbeispiele zur Verhaltensanalyse	179
3.1	Beispiel 1: Selbstaufgabe	179
3.2	Beispiel 2: Ohnmächtig	182
3.3	Beispiel 3: Mit dem Ehemann alleingelassen	185
3.4	Beispiel 4: Verharren in Passivität	187
3.5	Beispiel 5: Fassungslos	189
	Nachwort	192
	Literaturverzeichnis	193

Anhang 1	199
Anhang 2	204
Anhang 3	206
Sachverzeichnis	207

1 Die Verhaltensanalyse

Die Verhaltensanalyse ist ein Kernelement der kognitiven Verhaltenstherapie. Auf ihr gründen zu einem nicht unerheblichen Anteil die weiteren Überlegungen zur Therapieplanung. Sie nimmt also eine zentrale Rolle ein, denn aus einer gelungenen Verhaltensanalyse leiten wir die Behandlungsziele und -methoden ab. Grundlage einer Verhaltensdiagnostik ist immer die Frage, unter welchen Bedingungen das Verhalten erworben wurde und welche Faktoren es aufrechterhalten.

Die Verhaltensanalyse umfasst in der Regel die folgenden Inhalte:

- *Krankheitsphänomene* in den 4 Kategorien: Motorik, Kognitionen, Emotionen, Physiologie – also das Verhalten im ursprünglichen Sinn der Verhaltensanalyse
- *Verhaltensexzesse, Verhaltensdefizite*
- Funktions- und Bedingungsanalyse, z. B. in Anlehnung an das S-O-R-K-C-Modell
 - *Makroanalyse*: Es sollte ein übergeordnetes Störungsmodell dargestellt werden, das *prädisponierende*, *auslösende* und *aufrechterhaltende* Faktoren der Störung erklärt; zusätzlich: individuelle und interaktionelle Funktionalität, Verlust und Gewinn durch Erkrankung, subjektives Krankheitsverständnis
 - *Mikroanalyse*: eine, bei mehreren Diagnosen auch mehrere Mikroanalysen; auch hier: auslösende und aufrechterhaltende Bedingungen spezifizieren, Beschreibung der Krankheitsphänomene in 4 Kategorien (s. o.), kurzfristige Verstärkung, langfristige Konsequenzen (Kontingenzen)
 - unter Berücksichtigung der zeitlichen Entwicklung
- *Ressourcen*, Selbsthilfemöglichkeiten und -strategien, Bewältigungsfähigkeiten, ungestörte Verhaltensbereiche

Im Folgenden beschäftigen wir uns also mit der Frage, wie eine gelungene Verhaltensanalyse erstellt werden kann.

Gestaltet sich der *deskriptive Teil* der Verhaltensanalyse (die Symptomatik als Reaktionsebene) noch recht überschaubar, kommt es beim *funktionalen Teil* (auslösende, aufrechterhaltende und ätiologische Bedingungen der Symptomatik) bei den Verfassern erfahrungsgemäß zu Schwierigkeiten und Unsicherheiten. Herausfordernd stellt sich in der Regel die Notwendigkeit dar, die Fülle an Informationen prägnant und aussagekräftig zusammenzufassen.

Fragen, die auftauchen, sind beispielsweise: »Womit fange ich überhaupt an?«, »Was ist besonders wichtig zu erwähnen?« Bevor wir uns näher damit beschäftigen, wie genau und nach welcher kleinschrittigen Vorgehensweise die Verhaltensanalyse erstellt werden kann, müssen wir uns erst einmal ansehen oder ins Gedächtnis rufen, auf welche theoretischen Grundlagen die Problem- und Verhaltensanalyse zurückgeht.

1.1 Problem- und Verhaltensanalyse

Die Verhaltensanalyse (manchmal auch Problemanalyse genannt) ist eine Theorie innerhalb der kognitiv-behavioralen Therapieform, welche Entstehung und Aufrechterhaltung einer psychischen Erkrankung erklären möchte. Dabei erfolgt in der Analyse eine Bestimmung der situativen und individuellen Merkmale, welche das Auftreten von psychischen Symptomen/psychischer Krankheit begünstigen, sowie eine Bestimmung von Konsequenzen der Symptome/des problematischen Verhaltens und der verstärkenden und aufrechterhaltenden Faktoren für die Symptomatik.

Die Verhaltensanalyse besteht aus den folgenden Elementen: Problemanalyse (Was ist das Problem?), Situationsanalyse (In welchen Situationen tritt das Verhalten auf?), Verhaltensanalyse (Welche Reaktionen treten auf?), Bedingungsanalyse (Was geht dem Verhalten voraus bzw. folgt ihm?), Funktionsanalyse (Wozu dient das Verhalten?).

Seit der Einführung des S-O-R-K-C-Schemas durch Kanfer und Saslow (1974) als gedankliches Ordnungsprinzip der Verhaltensanalyse sind im Wesentlichen 3 Weiterentwicklungen erfolgt. Den Ausgangspunkt als diagnostischen Standard stellte Schulte (1974) dar. Kanfers (Kanfer 1998; Kanfer et al. 2006) Weiterentwicklung zur Systemanalyse stellt die eine, die vertikale Verhaltensanalyse Grawes (1987), die zur Plananalyse (Caspar 2007) weiterentwickelt und schließlich zur Schemaanalyse wurde (Grawe 1998), die zweite Weiterentwicklung dar. Zusätzlich fungierte Hands (1989) Betonung des funktionalen Aspekts (Wozu dient das Verhalten?) als dritte wesentliche Erweiterung, da man zunehmend erkannte, dass die Verstärkung des Symptoms nicht mehr nur zufällig anschließend erfolgte, sondern ein Symptom auch instrumentelle Funktion haben konnte. Seitdem untersucht die Funktionsanalyse, inwiefern ein Symptom als Instrument eingesetzt wird, um eine wichtige Verstärkung zu erhalten oder deren Verlust zu vermeiden.

Unterschieden wird somit heute die sogenannte *horizontale Verhaltensanalyse* von der *vertikalen Verhaltensanalyse*. Unter Ersterer versteht man in erster Linie die Abhängigkeit des Verhaltens von vorausgehenden und nachfolgenden Bedingungen. Die vertikale Analyse legt den Schwerpunkt auf situationsübergreifende übergeordnete Ziele, Pläne und Schemata (Plananalyse, Schemaanalyse) einer Person.

Neben der am häufigsten eingesetzten und wohl bekanntesten *S-O-R-K-C-Verhaltensgleichung* (Kanfer u. Saslow 1974) kommen daher in der Praxis auch der *Problemanalyse-Ansatz* nach Bartling et al. (2004) als Modell der horizontalen Analyse sowie der *Plananalyse- und Schemaansatz* für die vertikale Analyse (Caspar 2007; Grawe u. Caspar 1984; Grawe 1987, 1998) zum Einsatz.

1.1.1 Horizontale Analyse

Bei der S-O-R-K-C-Gleichung handelt es sich um ein lerntheoretisches Modell, das davon ausgeht, dass Problemverhalten (R) auf den vier Ebenen der Kognition, Emotion, Motorik und Physiologie gesteuert wird durch die vorausgehenden

internen und externen Stimuli (S) im Sinne eines respondenten Verhaltens einer *Stimulus-Response-Konditionierung* und/oder durch die nachfolgenden verstärkenden bzw. bestrafenden Konsequenzen (C) im Sinne einer *operanten Konditionierung* (Tab. 1.1). Mittlerweile ist man in der klinischen Praxis dazu übergegangen, neben den kurzfristigen auch die langfristigen Konsequenzen des Problemverhaltens zu analysieren. Zusätzlich wird davon ausgegangen, dass die Kontingenz (K) als Verstärkerplan, mit der die Konsequenzen auf das Verhalten folgen, für die Ausbildung und Aufrechterhaltung von Verhalten eine Rolle spielt. Innerhalb der klinischen Praxis ist die K-Variable jedoch von untergeordneter Bedeutung. In Erweiterung zu Vorgängermodellen bezogen Kanfer und Saslow (1974) auch die Organismusvariable (O) mit ein, ursprünglich noch im Sinne biologischer Ursachen, mittlerweile auch situationsübergreifende Pläne, Schemata, Eigenschaften, die Persönlichkeit eines Menschen umfassend. Die moderne S-O-R-K-C-Verhaltensgleichung umfasst also genau genommen sowohl eine vertikale wie auch eine horizontale Analyse.

Tab. 1-1 Kontingenzschema der operanten Konditionierung

	Auftreten Reiz nach Reaktion	Wegfall Reiz nach Reaktion
Angenehmer/ positiver Reiz	Positive Verstärkung → Reaktionszunahme C+	Indirekte Bestrafung → Reaktionsabnahme C+/
Unangenehmer/ negativer Reiz	Direkte Bestrafung → Reaktionsabnahme C-	Negative Verstärkung → Reaktionszunahme C-/

1.1.2 Vertikale Analyse: Plan- und Schemaanalyse

Die heutige Schemaanalyse geht auf Piaget (1995, zit. nach Sulz et al. 2011) zurück, ihre erste therapeutische Anwendung erfolgte durch Beck (1979). Es folgten die Arbeiten von Grawe (1987, 1998) und Caspar (2007), Sulz (1994) sowie Young et al. (2008). Zunächst wurden unter einem Schema implizite rein kognitive stabile Muster verstanden, die in Schlüsselsituationen als automatische Gedanken manifest werden und zu dysfunktionalen Interpretationen einer Situation führten. Vor allem Grawe (1998) erweiterte den Begriff um emotionale und motivationale Aspekte.

In diesem ursprünglichen Sinne sah Beck (1979) *latente kognitive Schemata* im Sinne von Piaget (Piaget u. Inhelder 1981) in einer realen Situation manifest werden, in der sie die automatischen Gedanken hervorrufen. Auf abstrakterem Niveau seien die situationsbezogenen automatischen Gedanken zu *generalisierten Grundannahmen* über das Funktionieren der Welt zusammengefasst. Sie seien oft dysfunktional und müssten therapeutisch verändert werden, um dem Patienten neue Erlebens- und Verhaltensweisen zu ermöglichen.

Im Zentrum der Plananalyse nach Grawe und Caspar (1984) steht die Analyse

des *motivationalen Funktionierens* eines Menschen. Die Grundannahmen der Plananalyse gehen davon aus, dass der Mensch nach Befriedigung und Schutz seiner *Grundbedürfnisse* strebt. Unter dem Einfluss seiner konkreten Lebensbedingungen entwickelt er der Befriedigung dienende *Annäherungs-* und dem Schutz dienende *Vermeidungsziele* sowie *Mittel* zur Realisierung dieser Ziele. Bei aktueller Inkongruenz (Ziel-Realität-Diskrepanz) ist die psychische Aktivität darauf ausgerichtet, die Inkongruenz zu beheben bzw. zu verringern. Grawe (1987, 1998) nennt die vier Grundbedürfnisse des Menschen nach Bindung, Selbstwert-erhöhung, Kontrolle sowie nach Lust/Unlustvermeidung. Wege und Mittel, wie die Grundbedürfnisse und motivationalen Ziele befriedigt bzw. erreicht werden können, sind in *Planstrukturen* darstellbar. In einer Planstruktur wird das motivationale Funktionieren einer Person individuell dargestellt (Abb. 1-1).

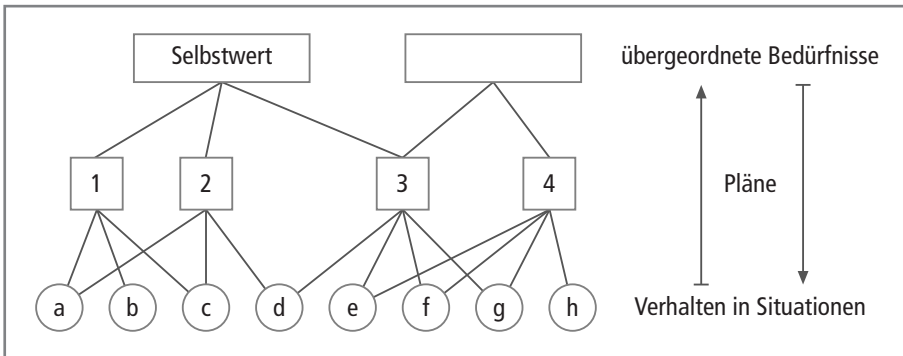


Abb. 1-1 Planstruktur mit Beispielinhalt: 1) »Sorge für Anerkennung«, 2) »Vermeide Blamage«, a) macht Überstunden, b) verhält sich in Gesellschaft ruhig u. zurückhaltend

Das Modell betont die instrumentelle Funktion von Plänen. Dennoch sind Pläne nicht notwendigerweise bewusst und es wird ihnen ferner keine »Rationalität« unterstellt. Grawe (1987, 1998) verstand Pläne als Zielkomponenten motivationaler Schemata und entwickelte das ursprüngliche Konzept der Plananalyse später zur Schemaanalyse weiter. Während sich die ursprüngliche Plananalyse eher auf die konkretere, instrumentellere Struktur von Plänen und Motiven konzentriert, gibt die Schemaanalyse den nicht instrumentellen Aspekten mehr Bedeutung, spricht eher von »wunden Punkten« als von Plänen. Die Schemaanalyse ist weiter gefasst als die Plananalyse, es gibt jedoch einen großen Überschneidungsbereich. Auch das S-O-R-K-C-Modell hat unter Berücksichtigung sowohl der Organismusvariable wie auch der Analyse des Verhaltens in Situationen Überschneidungsbereiche mit den beiden vertikalen Modellen (Abb. 1-2).

Bei der klassischen Plananalyse handelt es sich um ein Fremdbeobachtungsverfahren: Motiv- bzw. Planstrukturen werden durch den Therapeuten erschlossen. Inzwischen wurde auch ein Selbstbeurteilungsinstrument, der Fragebogen zur Analyse motivationaler Schemata (FAMOS; Grosse Holtforth u. Grawe 2002) entwickelt. Der FAMOS erfasst die individuelle Wichtigkeit von motivationalen

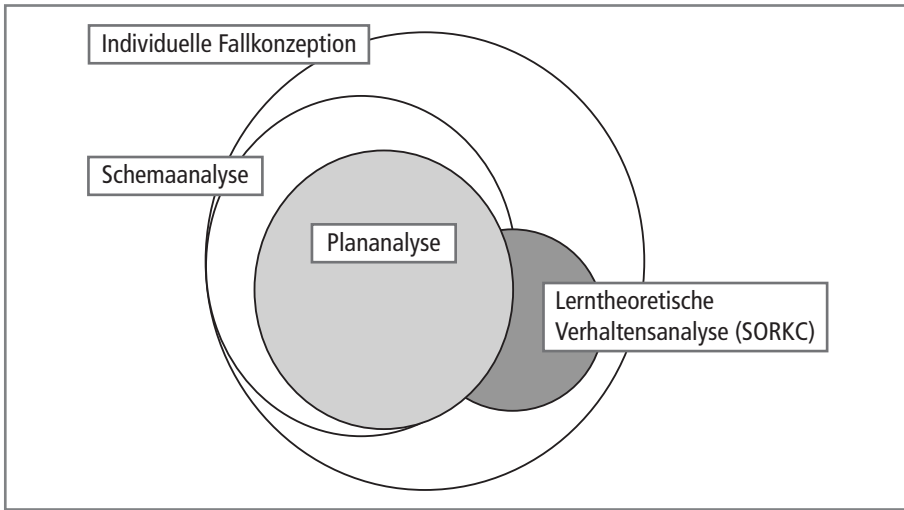


Abb. 1-2 Schnittstellen Plan- und Schemaanalyse, S-O-R-K-C-Modell nach Stucki (2013)

Schemata bzw. Annäherungs- und Vermeidungszielen von Patienten. Erfasst werden folgende Schemata: Affiliation/Geselligkeit, Altruismus, Hilfe, Anerkennung/Bestätigung, Status, Autonomie, Leistung, Kontrolle, Bildung/Verstehen, Intimität/Bindung, Glauben/Sinn, Abwechslung, Selbstvertrauen, Selbstbelohnung, Alleinsein/Trennung, Geringschätzung, Erniedrigung/Blamage, Vorwürfe/Kritik, Abhängigkeit/Autonomieverlangen, Verletzungen/Spannungen, Schwäche/Kontrollverlust, Hilflosigkeit, Versagen sowie Annäherungs- und Vermeidungsziele insgesamt.

Die Plan- und Schemaanalyse nimmt inzwischen auch in der Therapieplanung der modernen Verhaltenstherapie einen zentralen Stellenwert ein. Aus ihr entwickelt der Therapeut die *komplementäre (motivorientierte) Beziehungsgestaltung*. Hierdurch versucht der Therapeut, dem Patienten positive Erfahrungen im Sinne hochrangiger Ziele in der Planstruktur zu ermöglichen. Er verhält sich komplementär zu den wichtigsten Zielen und wunden Punkten des Patienten. Gemeint sind damit also nicht eventuell problematische Unterpläne und Verhaltensweisen, sondern hierarchisch höhere und damit in der Regel unproblematische Ziele nahe den Grundbedürfnissen. Damit soll der Patient positive Erfahrungen im Sinne seiner wichtigsten Ziele machen, wodurch er sich in der Therapiebeziehung wahrgenommen, wohl und gut aufgehoben fühlt. Annäherungsziele sind so gut wie möglich zu unterstützen, Vermeidungsziele nur so weit wie nötig zu aktivieren. Ebenso gilt es in der Therapie, die Effizienz und auch Widerspruchsfreiheit von Plänen und Mitteln zu analysieren. Viele Patienten wenden Strategien an, die kurzfristig durchaus hilfreich, mittelfristig aber dysfunktional sind, hohe Kosten verursachen und eine gute Befriedigung von Grundbedürfnissen verhindern.

Sulz (1994) hat als Alternative zu Becks (1979) dysfunktionalen Grundannahmen und Grawes (1987) Oberplänen die *Überlebensregel* als Konstrukt kognitiv-behavioraler Diagnostik auf Makroebene eingeführt. Für jeden Patienten

wird seine implizite Überlebensregel herausgearbeitet, die sein Verhalten situationsübergreifend und übergeneralisiert bestimmt. Die Regel besteht aus vier Teilsätzen. Der erste enthält ein Verhaltensgebot, der zweite ein Verbot, der dritte die Verstärkung/Bedürfnisbefriedigung, die bewahrt werden muss, und der vierte die Gefahr oder Bedrohung, die eintritt, wenn die Regel nicht eingehalten wird (»Nur wenn ich immer ... und wenn ich niemals ..., bewahre ich mir ... und verhindere, dass ...«). Die Überlebensregel verbindet Becks (1979) *Grundannahme* und Grawes (1987) Oberplan zu einer Verhaltensregel im Sinne von Hayes et al. (2003). Sie kann z. B. lauten: »Nur wenn ich mich immer schüchtern zurückhalte, bewahre ich mir die Zuneigung der mir wichtigen Menschen und verhindere deren Unmut und Ablehnung.«

Der schemaanalytische Ansatz nach Young et al. (2008) wurde ursprünglich auf Basis der kognitiven Therapie nach Beck et al. (1979) entwickelt und orientierte sich zunächst noch stark daran, Schemata zu »bekämpfen« (Young 1990). Mit dem nachfolgend entwickelten »Modus-Modell« (Young et al. 2008) näherte man sich psychodynamisch orientierten Konzepten an. Frühe *maladaptive Schemata* nach Young beinhalten ein umfassendes *Thema*, bestehend aus Erinnerungen, Emotionen, Kognitionen und Körperempfindungen, das sich auf den Betroffenen oder Kontakte zu anderen bezieht, in der Kindheit entstanden ist und stark dysfunktional fungiert. Dysfunktionale Verhaltensweisen sind Reaktionen auf ein Schema. Den Ursprung von maladaptiven Schemata sieht Young in der Verletzung menschlicher Grundbedürfnisse durch schädliche Kindheitserlebnisse sowie in Temperamentsfaktoren und kulturellen Einflüssen.

Grundbedürfnisse seien die Bedürfnisse nach Sicherheit, Bindung, Autonomie, Selbstachtung, Selbstausdruck und realistischen Grenzen.

Auf Basis klinischer Erfahrung wurden 19 maladaptive Schemata identifiziert, die sich fünf Domänen zuordnen lassen:

1. Domäne Abgetrenntheit und Ablehnung
 - Verlassenheit/Instabilität
 - Misstrauen/Missbrauch
 - Emotionale Entbehrung
 - Unzulänglichkeit/Scham
 - Soziale Isolierung/Entfremdung
2. Domäne Beeinträchtigung von Autonomie und Leistung
 - Abhängigkeit/Inkompetenz
 - Anfälligkeit für Schädigungen und Krankheiten
 - Verstrickung/unterentwickeltes Selbst
 - Versagen
3. Domäne Beeinträchtigungen im Umgang mit Begrenzungen
 - Anspruchshaltung/Grandiosität
 - Unzureichende Selbstkontrolle/Selbstdisziplin
4. Domäne Fremdbezogenheit
 - Unterwerfung
 - Selbstaufopferung
 - Streben nach Zustimmung und Anerkennung

5. Domäne übertriebene Wachsamkeit und Gehemmtheit

- Negativität/Pessimismus
- Emotionale Gehemmtheit
- Überhöhte Standards
- Bestrafen

Auf Basis der maladaptiven Schemata entwickeln sich *Bewältigungsstile* (Kampf, Erstarrung, Flucht) als Ansammlung von Bewältigungsreaktionen, welche sich nicht nur im Verhalten, sondern auch in den Kognitionen und Emotionen manifestieren und variabel/veränderbar sind. Schemata, die in einem konkreten Moment aktiv sind, werden als *Schemamodi* bezeichnet. Diese können funktional und dysfunktional sein. Young beschreibt zehn Schemamodi, die vier Kategorien zugeordnet sind:

1. Kind-Modi

- verletzbares Kind
- verärgertes Kind
- impulsives/undiszipliniertes Kind
- glückliches Kind

2. dysfunktionale Bewältigung

- sich Ergebender
- Überkompensierender
- distanzierter Beschützer

3. dysfunktionale Eltern-Modi

- strafender Elternteil
- fordernder Elternteil

4. gesunder Erwachsener

Zusammenfassung

Vertikale Analyse

Zusammenfassend können wir bei Betrachtung der verschiedenen Modelle auf der vertikalen (Organismus-)Analyseebene festhalten, dass es sich bei Grundannahmen, Oberplänen, Überlebensregeln und Schemata um situationsübergreifende Merkmale einer Person handelt, die wesentlich zur Entstehung und Aufrechterhaltung von Symptomatik beitragen. Dabei unterscheiden sich die einzelnen Modelle in der Betonung von mehr kognitiven, instrumentellen und eher emotionalen, unbewussten Charakteristika dieser Einheiten. In der Verhaltensanalyse stellen sie einen wichtigen, unverzichtbaren Teil der Analyse dar.

Nach dem kurzen theoretischen Abriss kommen wir nun der konkreten Erstellung der Verhaltensanalyse, unterteilt in Makro- und Mikroanalyse, allmählich näher.

1.1.3 Makro- und Mikroanalyse

Häufig wird der Unterschied zwischen der vertikalen und horizontalen Verhaltensanalyse gleichgesetzt mit dem Unterschied zwischen der Makro- und Mikroanalyse. Bei genauerer Betrachtung lässt sich jedoch feststellen, dass diese Gleichsetzung so nicht gerechtfertigt ist.

Zwar wird in der Mikroanalyse das Verhalten in Situationen meist mittels S-O-R-K-C-Modell, also vorwiegend horizontal, dargestellt und in der Makroanalyse geht es um die Analyse von situationsübergreifendem Verhalten, wie auch in der vertikalen Analyse. Doch auch innerhalb der Makroanalyse analysieren wir nach dem S-O-R-K-C-Modell.

Klassisch ist die Mikroanalyse, die sich nur auf eine jetzige beobachtbare Situation bezieht. Die Verhaltensanalyse auf Makroebene hat sich nur sehr langsam durchgesetzt, obwohl die Verhaltenstherapie längst überwiegend Störungen behandelte, bei denen das Symptom oder das symptomatische Verhalten nicht durch die konkreten Situationsbedingungen, in denen das Symptom auftrat (z. B. während eines Einkaufs), erklärt werden kann. Heute wird eher gefragt, in welcher *Lebenssituation* ein Mensch eine psychische Störung entwickelt hat. Da wir erklären müssen, weshalb genau ein bestimmter Mensch (und kein anderer Mensch) in einer ganz bestimmten Lebenssituation (und in keiner anderen Lebenssituation) genau diese Störung (und keine andere Störung) entwickelt hat, müssen wir bei jedem Patienten eine Makroanalyse durchführen, in die wir seine Lerngeschichte und seine gegenwärtigen Lebensbedingungen einbeziehen. Würde man die Makroanalyse lediglich auf die Analyse der O-Variable und damit die vertikale Ebene beschränken, so wäre diese Analyse in höchstem Maße unvollständig.

Das S-O-R-K-C-Modell wird also sowohl in der Mikro- wie auch der Makroanalyse angewendet. Die Analyse von situationalen, Reaktions- und Konsequenzbedingungen bleibt nicht auf die Mikroanalyse beschränkt. Überschneidungen zwischen Mikro- und Makroanalyse gibt es vor allem auf der Ebene der O-Variable sowie auf der Ebene der langfristigen Konsequenzen des Verhaltens. Natürlich finden wir auch im Symptombereich Überschneidungen, jedoch ist die Mikroanalyse gerade keine Darstellung einer psychischen Störung, sondern eines ausgewählten, umgrenzten Problemverhaltens in einer bestimmten Situation. In dieser Situation treten gewisse Symptome auf, meist jedoch nicht alle Symptome, unter denen der Patient insgesamt leidet. Bei einem Patienten, der beispielsweise unter Angst und Depression leidet, werden wir, wenn wir uns in der Mikroanalyse auf eine typische Angst-Situation konzentrieren, die depressiven Symptome i. d. R. vernachlässigen. Natürlich bietet sich hier die Möglichkeit zwei Mikroanalysen anzufertigen, jedoch ist auch in diesem Fall damit zu rechnen, dass die Symptomatik nur verkürzt dargestellt wird.

Es geht also bei der S-O-R-K-C-Analyse auf Makroebene um die Lebenssituation, nicht um eine spezielle Situation und um die gesamte krankheitswertige Symptomatik, nicht um die spezielle Symptomatik in Situation XY, unter der ein Patient leidet. Und genauso, wie auf Mikroebene geht es auf Makroebene um kurz- und langfristige Konsequenzen sowie natürlich um die Organismusvariable. Deshalb lassen sich redundante Informationen in der Verhaltensanalyse nicht immer vermeiden.

Die Makroanalyse erfasst folglich das Gesamtbild einer Störung, also möglichst alle Bestandteile eines Beschwerdebildes und die Bedingungen, von denen die Beschwerden beeinflusst werden. Hierdurch kommt einerseits eine umfas-

sende Beschreibung und eine Art Modell der Störung zustande, andererseits ergibt sich auch ein Suchraum für die konkreten Beschwerden eines Patienten in einer spezifischen Situation. Dazu wird dann eine (oder mehrere, ggf. miteinander verknüpfte) Verhaltens- und Bedingungsanalyse(n) auf der Mikroebene erarbeitet. Dazu werden entweder typische Problemverhaltensweisen, deren erstmaliges oder letztmaliges Auftreten oder besonders ausgeprägte Problemverhaltensweisen herausgegriffen. Die Mikroanalyse stellt also einen Spezialfall der Makroanalyse dar, der auf eine spezielle Lebenssituation eines konkreten Patienten angewendet wird.

Zwar gibt es kein Gesetz darüber, in welcher Reihenfolge Makro- und Mikroanalyse darzustellen sind, jedoch scheint es sinnvoll, sich erst einmal mit dem »großen Ganzen« zu beschäftigen und im Anschluss eine spezielle typische Situation des Problemverhaltens, der Symptomatik darzustellen, somit also mit der Makroanalyse zu beginnen.

Makroanalyse

Die Makroanalyse umfasst also eine Reihe von Informationen und Elementen. Sie ist das Kernstück der Verhaltensanalyse. Stellen wir die Makroanalyse vollständig dar, könnten wir fast sogar auf die Mikroanalyse verzichten. Diese Aussage ist natürlich überspitzt formuliert und soll den größeren Anteil der Makroanalyse an der Erklärung der Gesamtsymptomatik verdeutlichen. Eine oder mehrere zusätzliche Mikroanalyse(n) ist/sind jedoch in der Lage, die oder eine Problematik des Patienten noch einmal kurz und knapp plastisch und anschaulich darzustellen. Die Makroanalyse beinhaltet folgende Punkte:

- eine Analyse nach dem S-O-R-K-C-Modell, das bedeutet Informationen über die Situation (S) als Auslösebedingung, über die Persönlichkeit des Patienten (O-Variable, inkl. der Elemente, die wir im theoretischen Abriss kennengelernt haben), über die Symptome (R) auf allen Ebenen und die kurz- und langfristigen Konsequenzen (C)
- aufrechterhaltene Bedingungen und individuelle und interaktionelle Funktionalität der Symptomatik, Verlust und Gewinn durch die Erkrankung
- die Ontogenese: die Entwicklungsgeschichte des Patienten, die zur Ausbildung der O-Variable und letztendlich zur Symptomatik geführt hat
- ggf. auch Ressourcen/Verhaltensaktiva, Bewältigungsfähigkeiten, Selbsthilfemöglichkeiten und -strategien, ungestörte Verhaltensbereiche
- ggf. auch das subjektive Krankheitsverständnis

Nachdem wir uns mit wichtigen theoretischen Grundlagen auseinandergesetzt haben, beschäftigen wir uns nun damit, wie genau und nach welcher kleinschrittigen Vorgehensweise die Verhaltensanalyse, zunächst die Makroanalyse, erstellt werden kann.

Im Folgenden möchte ich eine Vorgehensweise darstellen, mit der ich selber in der Praxis immer wieder gute Erfahrungen mache. Es handelt sich hierbei um einen mehrstufigen Prozess der Analyse. Dabei empfiehlt es sich, diese Analyse

nach zeitlichem Gesichtspunkt von früh nach spät durchzuführen. Wir fangen sozusagen ganz von vorne an, mit der Grundlage. Vor der Analyse der kindlichen Situation ist daher noch die Analyse von genetisch oder pränatal bedingten Vulnerabilitätsfaktoren anzusetzen.

Die Analyse nach zeitlichem Verlauf ist sinnvoll, da sie den ohnehin komplexen Analyseprozess entwirrt, strukturiert und die Wahrscheinlichkeit reduziert, wichtige Aspekte in einem unstrukturierteren Vorgehen zu übersehen, aber auch unnötigerweise redundante Informationen darzustellen. Zwar ist auch die umgekehrte Reihenfolge, also sozusagen die »Rückwärts-Analyse« denkbar und wird von manchen Therapeuten auch so gehandhabt, beinhaltet jedoch manche Nachteile. So ist es natürlich denkbar, dass wir bei der Analyse und hinterher bei der Beschreibung der Verhaltensanalyse erst einmal im Hier und Jetzt anfangen, eigentlich eine charakteristische Vorgehensweise und Eigenschaft der Verhaltenstherapie.

Die Probleme, die sich hierdurch ergeben können, sind folgende: Wenn wir damit beginnen, das Verhalten und die Symptome auf den vier Ebenen Emotion, Kognition, Motorik und Physiologie zu analysieren und unmittelbar daran anhängen, durch welche Lebensbedingungen diese ausgelöst werden, müssen wir an dieser Stelle (wie wir später im Analyseprozess noch sehen werden), auch erklären, wieso diese Auslösesituation nun gerade bei diesem Patienten XY zu den Symptomen A bis F führt. Dies können wir nur verstehen und darlegen, wenn wir uns bereits mit der O-Variable und auch mit den Entstehungsbedingungen für die O-Variable beschäftigt haben. Die Rückwärts-Analyse ist möglich, beinhaltet jedoch ein größeres Risiko für fehlende und redundante Informationen und ist insgesamt weniger übersichtlich und dadurch ggf. auch weniger verständlich für den Leser. Daher beschäftigen wir uns im Folgenden mit der »Vorwärts-Analyse« und fangen bereits vor der Geburt des Patienten an.

Der Analyseprozess der Makro-Verhaltensanalyse

1. Analyse von *genetisch oder pränatal bedingten Vulnerabilitätsfaktoren*
2. Analyse der *kindlichen, biografischen Situation*
3. Analyse der innerpsychischen Auswirkungen der biografischen Situation in der kindlichen Situation (*»innerpsychischer Niederschlag«*)
4. Analyse der Auswirkungen der kindlichen Situation und des innerpsychischen Niederschlags auf die kindlichen Verhaltensweisen zum *Umgang mit der kindlichen Situation*
5. Analyse der Auswirkungen der kindlichen Erfahrungen auf die Entwicklung der *Persönlichkeit* sowie auf die Gestaltung der verschiedenen *Lebensbereiche inkl. Kompensationsmöglichkeiten*
6. Identifikation von *aktuellen und früheren Auslösebedingungen* und deren Auswirkungen auf das Erleben (und Verhalten) des Patienten (*Aktualgenese*), bei chronifizierter Symptomatik Identifikation von Lebensbedingungen, welche die Symptomatik aktuell verstärken
7. Identifikation der *Symptomatik* auf den Ebenen Kognition, Emotion, Motorik, Physiologie und deren *Entwicklungsverlauf*

8. Analyse von *Konsequenzen*, individueller und interaktioneller *Funktionalität*, *Verstärkung* und *Aufrechterhaltung* des Verhaltens/der Symptomatik
 - 8.1 Analyse von *kurzfristigen Konsequenzen*, individueller und interaktioneller *Funktionalität*, *Verstärkung* und *Aufrechterhaltung* des Verhaltens/der Symptomatik
 - 8.2 Analyse von *langfristigen Konsequenzen*, individueller und interaktioneller *Funktionalität*, *Verstärkung* und *Aufrechterhaltung* des Verhaltens/der Symptomatik sowie von *Teufelskreisen* und *Abwärtsspiralen*
9. Identifikation von *Verhaltensaktiva*, Ressourcen, Selbsthilfemöglichkeiten und -strategien, Bewältigungsfähigkeiten, ungestörten Verhaltensbereiche und *subjektivem Krankheitsverständnis*

1. Analyse von genetisch oder pränatal bedingten Vulnerabilitätsfaktoren

In einem ersten Schritt unserer komplexen Analyse schauen wir auf mögliche Vulnerabilitätsfaktoren, die vor der Geburt des Patienten entstanden sind, also bereits auf einen Teil der Organismusvariable der Verhaltensgleichung. An späterer Stelle kommen wir zu den Vulnerabilitätsfaktoren, die durch die kindlichen Erfahrungen bedingt sind.

Vulnerabilitätsfaktoren, die vor der Geburt festgelegt werden, können genetischer Art oder durch Prozesse während der Schwangerschaft bedingt sein.

Genetisch (mit-)bedingt können beispielsweise Veranlagungen zur Entwicklung von Krankheiten, (neuro-)biologische Abweichungen/Auffälligkeiten oder das Temperament eines Kindes sein. Solche Auffälligkeiten können zudem durch Schwangerschaftskomplikationen oder eine schwierige Geburt (die wiederum vermutlich mit einer erhöhten Erregung des Kleinkinds einherging) sowie bestimmte Verhaltensweisen der Mutter während der Schwangerschaft (z. B. Rauchen, Alkoholkonsum etc.) entstehen.

Manche dieser Vulnerabilitätsfaktoren können durch Kenntnis von Eigenschaften der Eltern erschlossen werden. Wenn beispielsweise bekannt ist, dass die Mutter des Patienten unter rezidivierender Depressivität litt, kann man eine genetische Prädisposition zur Entwicklung von Depressivität schlussfolgern. Ebenso kann bei manchen Patienten im Fall von Schilderungen des Patienten über ein auffälliges kindliches Temperament (z. B. impulsives oder auch besonders ängstliches Temperament) bei gleichzeitiger Schilderung korrespondierender Eigenschaften bei einem oder beiden Elternteil(en) oder durch Informationen über kindliche Verhaltensweisen auf eine diesbezügliche genetische Veranlagung geschlossen werden. Schwangerschaftskomplikationen können wir beim Patienten erfragen.

Einen weiteren Teil an Informationen zu genetisch oder pränatal bedingten Vulnerabilitätsfaktoren erhalten wir aus der Forschungsliteratur, z. B. aus der Zwillingsforschung zu Untersuchungen in Bezug auf einzelne Störungsbilder. Beispiele solcher Forschungsergebnisse sind Hinweise auf angeborene erhöhte physiologische Erregbarkeit bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen oder Ängsten, auf genetische und neuroendokrinologische Faktoren bei Psychosen oder Zwängen. Dennoch sollte an dieser Stelle dringend darauf geachtet werden, sol-

che Forschungsergebnisse nicht unkritisch auf jeden Patienten mit einer bestimmten Störung XY anzuwenden. Bei einer Patientin mit Borderline-Störung mag eine angeborene Erregbarkeit zutreffend sein, bei einer anderen Patientin mit derselben Diagnose stehen womöglich symptomatisch eher Beziehungsstörungen und/oder Gefühle innerer Leere im Vordergrund und selbstverletzendes Verhalten wird weniger zur Regulation affektiver Zustände oder Erregung, sondern mehr als dysfunktionaler Appell an Beziehungspartner, als dysfunktionales Verhalten in Beziehungen eingesetzt, sodass man bei einer solchen Patientin mit Zuschreibungen genetischer Veranlagung vielleicht eher zurückhaltender umgeht.

Insgesamt sollten genetische und (neuro-)biologische Vulnerabilitätsfaktoren von uns ohnehin nicht in den Mittelpunkt unserer Analyse gestellt werden, da wir davon ausgehen, dass psychische Erkrankungen zu einem nicht unerheblichen Teil durch die individuelle Lerngeschichte bzw. individuelle Erfahrungen erklärbar sind.

Der Abschnitt dieser frühen Vulnerabilitätsfaktoren fällt also naturgemäß meist recht knapp aus, manchmal entfällt er auch ganz, nämlich dann, wenn wir auf Basis unserer Erkenntnisse zum Patienten keine frühen Vulnerabilitäten erkennen können.

2. Analyse der kindlichen, biografischen Situation

Im nächsten und zweiten Schritt beschäftigen wir uns nun mit der Basis für Vulnerabilitäten im Persönlichkeitsbereich, nämlich mit der kindlich-biografischen Situation und den hiermit verbundenen (Lern-)Erfahrungen des Patienten. Diese werden hier deskriptiv-zusammenfassend beschrieben und analysiert.

Hierunter können zunächst einmal mögliche *Auffälligkeiten beim Patienten* im Kleinkindalter fallen, ggf. eine Erkrankung/Behinderung verbunden mit Trennungen von den Bezugspersonen durch Krankenhausaufenthalte o. Ä.

Darüber hinaus geht es nun zunächst einmal um wichtige (*Persönlichkeits-)Eigenschaften der kindlichen Bezugspersonen* sowie die *Beziehung und Bindung* zu und an diese(n), ebenso um Geschwister inkl. der Frage nach einer potenziellen Ungleichbehandlung der einzelnen Kinder. Ebenso von Bedeutung ist die generelle *Familienatmosphäre*.

Beispiele in Bezug auf relevante Eigenschaften der Eltern können sein: Introversion, Strenge, Ängstlichkeit, Kontrollbedürfnis, Egozentrismus, Narzissmus verbunden mit Streben nach Anerkennung von außen, Extraversion, schwaches Selbstwertgefühl, Leistungsbewusstsein, Perfektionismus, Pflichtbewusstsein, anti-hedonistische Haltungen, Anhänglichkeit/Abhängigkeit, (emotionale) Überforderung, eigene Bedürftigkeit, Krankheit, Sucht etc.

Wenn wir uns die Beziehung und Bindung des Patienten zu den jeweiligen einzelnen Bezugspersonen ansehen, sind hiermit nicht nur die klassischen Bindungsstile (sicher, unsicher-vermeidend, unsicher-ambivalent, desorganisiert) im Sinne der Bindungstheorie (Grossman u. August 1989) gemeint. Zunächst bleiben wir noch sehr deskriptiv-objektiv und vermeiden erst einmal psychologische Kategorisierungen und Konstrukte. Dennoch können wir an dieser Stelle auch eine Bindungskategorisierung vornehmen.

Exkurs

Bindung

Der Begriff *Bindung* ist im klinischen und psychotherapeutischen Bereich in aller Munde und wird bei der Erklärung psychischer Krankheit z. T. reflexartig benutzt und häufig gleichgesetzt mit dem Beziehungsbegriff.

Bindung ist definiert als das spezifische *emotionale Band*, »das sich zwischen zwei Personen, insbesondere zwischen Kleinkindern und ihren hauptsächlichen Fürsorgepersonen, in der Regel den Eltern, entwickelt« (Gloger-Tippelt u. König 2009, S. 4).

Das Bindungssystem ist laut Brisch »(...) ein primäres, genetisch verankertes motivationales System (...), das in gewisser biologischer Präformiertheit nach der Geburt aktiviert wird und überlebenssichernde Funktionen hat« (Brisch 2011, S. 36). Brisch bezieht sich dabei auf Bowlby, der in den 1950er-Jahren mit der Forschung zur Bindung begann und dessen Bindungstheorie als Grundlage zahlreicher weiterer Forschungen diente.

Unter *Bindungsverhalten* verstand Bowlby »jegliches Verhalten, das darauf ausgerichtet ist, die Nähe eines vermeintlich kompetenteren Menschen zu suchen oder zu bewahren, ein Verhalten, das bei Angst, Müdigkeit, Erkrankung und entsprechendem Zuwendungs- oder Versorgungsbedürfnis am deutlichsten wird« (Bowlby 2010, S. 21). Es drückt sich in verschiedenen beobachtbaren Verhaltensweisen wie Lächeln, Schreien, Festklammern, zur Mutter krabbeln, Suchen der Bezugsperson usw. aus. Auch abgewiesene Bindungswünsche verstärken bindungssuchendes Verhalten, welches ebenfalls bei Wiederkehr einer Bezugsperson beobachtet werden kann.

Dem Bindungsverhalten gegenübergestellt werden kann das Erkundungs- oder *Explorationsverhalten*. Ein Kind zeigt verstärkt dann exploratives Verhalten, wenn es sich gewiss ist, dass die Bindungsperson jederzeit verfügbar ist. Beide Verhaltensweisen können nicht gleichzeitig aktiv sein, stehen aber als frühe, angeborene Verhaltensweisen in Wechselwirkung miteinander.

Bindungsverhalten verändert sich im Laufe des Lebens. Bei älteren Kindern und Erwachsenen ist das »ursprüngliche«, direkt beobachtbare Bindungs- und Explorationsverhalten im Sinne von Annäherung und Entfernung von Bindungspersonen nicht mehr so offensichtlich. Dennoch gibt es Zusammenhänge zwischen frühem Bindungsverhalten und dem Verhalten älterer Kinder, Jugendlicher und Erwachsener. Durch die individuellen Unterschiede in der Eltern-Kind-Interaktion in den ersten Lebensjahren bilden sich nach Bowlby (2010) die *inner working models* (engl. für »innere Arbeitsmodelle«), für welche eine hohe intraindividuelle Stabilität postuliert wird. Das »inner working model« beinhaltet die inneren Repräsentationen der frühen Bindungserfahrungen (*Bindungsrepräsentationen*) sowie die daraus abgeleiteten Erwartungen gegenüber anderen Menschen und den Beziehungen zu ihnen. Während der Begriff der Bindungsrepräsentanz eher auf die psychoanalytische Tradition zurückgeführt werden kann, würden Kognitionspsychologen hier eher von Schemata, also *Bindungsschemata* sprechen.

Wichtig für den Aufbau von Bindung ist das feinfühliges Pflegeverhalten der Bezugsperson. Ainsworth (Brisch 2011) entdeckte eine Korrelation zwischen der *Feinfühligkeit* der Mutter und einer sicheren Bindung aufseiten des Kindes. Feinfühliges Pflegeverhalten ist nach Ainsworth gegeben, wenn die Mutter empfänglich ist für die Bedürfnisse ihres Kindes und diese auch zügig und adäquat beantwortet (ebd.).

Ainsworth und ihre Kollegen (Ainsworth u. Bell 1970) entwickelten 1969 mit der sogenannten Fremden Situation ein Setting zur Erforschung kindlicher Bindungsmuster. In einer Fremden Situation, aber auch in anderen Untersuchungskonstellationen konnten bestimmte *Bindungstypen* klassifiziert werden. Heute werden meist vier *Bindungsqualitäten* bei Kindern genannt (Tab. 1-2).

Implikationen aus Bowlbys Modell und dem Konzept des »inner-working-models« beinhalten, dass der in der frühen Kindheit erworbene Bindungsstil im Erwachsenenalter beibehalten wird und sich auch in späteren Liebesbeziehungen unter erwachsenen Partnern wiederfindet (intraindividuelle

Tab. 1-2 Bindungstypen/-qualitäten bei Kindern (nach Resch u. Parzer 1999)

Bindungstyp	Kurzbeschreibung
Sichere Bindung	Kind kann Nähe und Distanz zur Bezugsperson angemessen regulieren.
Unsicher-vermeidende Bindung	Kind zeigt Pseudounabhängigkeit von der Bezugsperson: auffälliges Kontakt- und Vermeidungsverhalten, primäre Beschäftigung mit Spielzeug im Sinne einer Kompensationsstrategie.
Unsicher-ambivalente Bindung	Kind verhält sich widersprüchlich gegenüber der Bezugsperson (bei Trennung deutliche Verunsicherung, bei Wiederkehr der Bezugsperson abwechselnd anklammerndes und aggressiv-abweisendes Verhalten, nur schwer zu beruhigen).
Desorganisierte Bindung	Kind zeigt deutlich desorientiertes, nicht auf eine Bezugsperson bezogenes Verhalten (bizarre Verhaltensweisen wie Erstarren, Im-Kreis-Drehen, Schaukeln und andere stereotype Bewegungen).

Stabilität). Diese Thesen wurden in der Bindungsforschung mehrfach empirisch überprüft. Da die Bindungen an die Eltern und an einen Partner sich in vielerlei Hinsicht voneinander unterscheiden und zudem in zeitlich weit auseinander liegenden Lebensabschnitten die jeweils wichtigsten Bindungsbeziehungen darstellen, stellt die Überprüfung der Übereinstimmung in methodischer Hinsicht gesehen eine gewisse Herausforderung dar, denn es müssen Verfahren gefunden werden, die dieser Unterschiedlichkeit gerecht werden. Es kommen unterschiedliche methodische Designs zur Anwendung, wobei Längsschnittstudien auch in diesem Forschungsbereich im Vergleich zum Querschnitt eher eine Ausnahme darstellen. Weitestgehend bestätigt scheint die Annahme einer gewissen Kontinuität von Bindung von der Kindheit bis ins Erwachsenenalter bei gleichzeitiger Flexibilität des inneren Arbeitsmodells. Die Stärke des Zusammenhangs hingegen scheint aufgrund multipler Schwierigkeiten bei deren empirischen Überprüfung nicht eindeutig geklärt (Neumann 2002).

Einfacher realisierbar hingegen sind Untersuchungen zu Auswirkungen des Bindungstyps auf die weitere Entwicklung im Kindesalter. Vielfach gezeigt werden konnte, dass eine sichere Bindung im Vergleich zu unsicherer Bindung im Kindesalter u. a. einhergeht mit kompetentem Sozialverhalten, positiven Affekten, höherem Selbstwertgefühl (z. B. Dornes 1993). Auch könnten frühe Bindungserfahrungen einen neurophysiologischen Einfluss ausüben. Hierbei konnte ein Einfluss von Bindungserfahrungen auf die Ausbildung der Rezeptoren des Hormons Oxytocin gefunden werden, welches wiederum das Bindungsverhalten beeinflusst (Schore 2002; Uvnäs-Moberg u. Magnusson 2005; nach Wikipedia).

In Bezug auf den Zusammenhang zwischen kindlicher Bindung und psychischer Krankheit im Erwachsenenalter kann sowohl positiver wie negativer Einfluss auf die spätere Entwicklung gefunden werden. So haben Missbrauch oder Vernachlässigung einen besonders negativen Einfluss in Bezug auf die Entwicklung psychischer Krankheit. Hingegen gelten aus Sicht der vorhandenen Forschungsergebnisse der Bindungstheorie stabile längere Bindungen als wichtiger Schutzfaktor vor psychischen Störungen. Eine solche Bindungsbeziehung kann offenbar auch die Folgen von traumatischen Erfahrungen, wie sexuellem Missbrauch oder Misshandlung, mildern (Gahleitner 2005).

Die Beziehung des Patienten zu den Eltern in dessen Kindheit kann über das Bindungskonzept hinaus beschrieben werden. Bindung und Beziehung beinhalten nicht dasselbe.