

## Verhaltensanalyse - Merkmale

Heinz C. Vollmer

November 2016

aktualisiert am 07.11.2016

### 1. Merkmale der Verhaltensanalyse:

1. Patient = Therapeut
2. nicht kulturabhängig
3. Sätze der VA = Hypothesen
4. experimentelle Orientierung
5. diagnostischer & therapeutischer Prozess über den gesamten Therapieverlauf
6. ist kognitive Therapie
7. eine Intervention der Selbstregulation
8. allgemein anwendbar (auch auf normales Verhalten und auf Systeme)
9. Orientierung an Lerntheorien

### 2. Verhaltensanalyse beinhaltet:

- diagnostische Erhebung
  - Exploration
  - Verhaltensbeobachtung (Selbst- und Fremdbeobachtung)
  - Exploration von Bezugspersonen
  - Fragebogen und Tests
- Auswertung der Informationen
- sokratischer Dialog anlässlich der Ergebnisse und Diskussion der funktionalen Bedingungen und Lösungsideen

### 3. gewünschtes Gesprächsverhalten der Verhaltensanalyse ergibt sich aus Punkt 1

- offene Fragen
- sehr konkrete Fragen
- keine Bewertungen
- keine interpretierende Fragen
- operante Konditionierung von Antworten vermeiden

- Therapeut gibt keine Erklärungen, teilt dem Patienten keine kausalen Schlussfolgerungen mit
- gelegentlich zurückhaltend die Schlussfolgerungen des Patienten paraphrasieren
- Zeit lassen
- bei Überforderungen weitere Exploration vertagen

#### 4. im diagnostischen Teil eignen sich Verhaltensanalysen für ein besseres Verständnis

- problematischer Verhaltensweisen
  - des Patienten im natürlichen Lebensraum
  - des Patienten gegenüber anderen Patienten
  - des Patienten gegenüber Therapeuten
    - in Einzel- und Gruppentherapie
    - in der Fachtherapie (z.B. Ergo-, Physio-, Sporttherapie)
  - des Therapeuten gegenüber Patienten
    - in Einzel- und Gruppentherapie
    - in der Fachtherapie
- nationaler politischer und wirtschaftlicher Entscheidungen und Verhaltensweisen
- internationaler politischer und wirtschaftlicher Entscheidungen und Verhaltensweisen

#### 5. Die Bedeutung der Verhaltensanalyse

##### 1. für eine geringe Bedeutung der Verhaltensanalyse spricht:

- sie wird teils ersetzt durch manualisierte Befragungen
- ihre Evaluation ist ebenso kompliziert wie z.B. interaktionelle Methode der Psychoanalyse
- manualisierte Therapien benötigen keine Verhaltensanalyse
- sie ist sehr zeitaufwendig in der Durchführung
- sie ist sehr zeitaufwendig in der Vermittlung
- sie ist teils anstrengend für Therapeut und Patient
- sie kann für Therapeut und Patient nervig werden, die Beziehung gefährden

##### 2. die Bedeutung der Verhaltensanalyse ist fraglich, denn nach Poling, A. (2010), Looking to the future: Will behavior analysis survive and prosper? Behavior Analysis 33, 7-17

- geringe Power der Methode
- große Beachtung bei Autismus und nicht anderswo
- esoterischer Charakter vieler Forschungsstudien

- Zunahme der Verhaltensanalyse-Berichte, die keine Verhaltensanalyse sind
- verbreiteter und unpräziser Gebrauch einer technischen Sprache

### 3. für Verhaltensanalyse spricht nach meiner Meinung

- sie war Grundlage der Theorien bei vielen Störungen wie Abhängigkeiten, Angststörungen, Depressionen
- sie hat zu einem erfolgreichen Paradigmenwechsel in der Behandlung psychischer Störungen geführt.
- sie berücksichtigt, dass jeder Patient einzigartig ist
- Psychotherapie ist eine Kunst und nicht nur Technik
- VA ist eine hervorragende Grundlage für Selbstregulation, die für einen nachhaltigen Therapieerfolg notwendig ist
- Patient = Therapeut, d.h. der Patient ist der Therapeut und nicht der Therapeut
- Verhaltensanalyse ist gelebte Demokratie, der Therapeut versucht, sich nicht über den Patienten zu stellen

### 6. Klassifikatorische und verhaltensanalytische Diagnostik

„Die Diagnose einer psychischen Störung sollte klinische Nützlichkeit besitzen, d.h., sie sollte es dem Behandler ermöglichen eine Prognose, einen Behandlungsplans und den wahrscheinlichen Behandlungsausgang für den Patienten zu bestimmen. ...

(Es kommt vor), dass Behandler mit Patienten konfrontiert sind, welche zwar nicht vollständig die Symptomkriterien einer Störung erfüllen, aber dennoch eindeutigen Behandlungsbedarf aufweisen.

Der Umstand, dass viele Betroffene nicht alle für eine Diagnose erforderlichen Symptomkriterien erfüllen, sollte nicht dazu führen, dass Zugang zu Behandlung und Versorgung versagt werden.“  
(Falkai & Wittchen 2015, DSM V)

Bei der folgenden Gegenüberstellung bin ich mir unsicher, ob sie so in allen Punkten richtig ist:

<b>Merkmal</b>	<b>ICD / DSM</b>	<b>VA</b>
theoretischer Hintergrund:	ätiologisches & pathophysiologisches Modell	Lerntheorien
Diagnose-Grundlage:	Symptomatik & Verlauf	keine
Beschreibungsebene:	nomothetisch	ideografisch
Pathologisierung:	ja	nein
Erhebungszeitpunkt:	Therapiebeginn	kontinuierlich

Indikations- entscheidungen:	einmalig	adaptiv
Grundlage für Therapieplan:	begrenzt	ja
Erhebungsart:	strukturiertes Interview	keine Vorgabe
Objektivität:	befriedigend	sehr gering
Erfolgsmessung:	begrenzt	ja
Forschungsrelevanz:	hoch	nein
rechtliche Relevanz:	hoch	gering
Theorieentwicklung:	nein	ja
Kulturabhängig:	ja	nein
Einfluss der Industrie:	ja	nein

7. klassifikatorische und verhaltensanalytische Diagnostik sind sehr gut miteinander vereinbar, entsprechen den zielbezogenem Indikationsvorgehen nach Schulte (1974) und dem Vorschlag von Nelson & Hayes (1979):

1. indication symptomatica (z.B. nach ICD)
2. indicatio causalis (z.B. Verhaltensanalyse)
3. indicatio finalis (keystone target behaviour strategy)