

Verhaltensanalyse in sieben Schritten

für Psychotherapeuten in Ausbildung

Heinz C. Vollmer

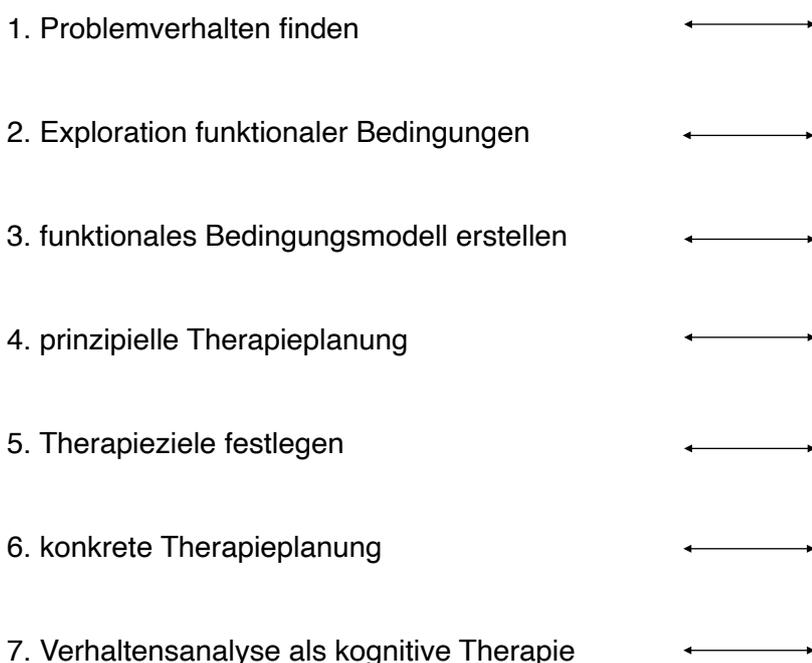
November 2016
aktualisiert Mai 2013

Die folgende Darstellung des Vorgehens der horizontalen Verhaltensanalyse basiert auf meinen therapeutischen Erfahrungen und dient lediglich als Anregung. Die Verhaltensanalyse ist in dem hier vorgeschlagenen Stil durchführbar bei Abhängigkeiten von psychotropen Substanzen, bei Affektiven Störungen, bei Persönlichkeitsstörungen, bei verschiedenen Problemen wie Selbstunsicherheit, Kommunikationsschwierigkeiten, aggressivem Verhalten, etc. Sie ist in dieser Form nicht durchführbar bei psychischen Störungen mit Selbst- und Fremdgefährdung.

Die Fragen sollten nicht in der Form gestellt werden, wie sie hier gelistet sind, sondern in natürlicher Alltagssprache. Es sollte möglichst vermieden werden Kausalfragen zu stellen. Anstatt zu fragen „warum sind Sie rückfällig geworden“ oder „wie haben Sie sich direkt vor Ihrem Rückfall gefühlt“ halte ich folgende Fragen für sinnvoller: „was haben Sie morgens gemacht?“, „wann sind Sie aufgestanden?“, „wie fühlten Sie sich morgens?“, „was haben Sie an dem Tag noch gemacht?“. Dadurch soll vermieden werden, dass der Patient sein Kausalmodell schildert (wie er es bisher allen Bezugspersonen geschildert hat), sondern der Patient soll angeregt werden, neue funktionale Bedingungen zu erkennen.

Die Auflistung entspricht größtenteils dem chronologischen Ablauf der Verhaltensanalyse. Es ist aber ratsam, dem chronologischen Vorgehen einen angenehmen Gesprächsfluss vorzuziehen, um den Patienten nicht zu überfordern. Die Verhaltensanalyse erstreckt sich in allen sieben Teilen über mehrere Sitzungen. Spätestens ab der zweiten VA-Sitzung greifen alle sieben Schritte ineinander über (siehe Abbildung).

Ich hoffe, dass meine Liste für Psychotherapeuten in Ausbildung Anregungen für die Durchführung der horizontalen Verhaltensanalyse enthält. Es wird in der Praxis der Verhaltensanalyse nicht möglich sein, alle gelisteten Punkte gleichermaßen zu berücksichtigen. Ein entspanntes Vorgehen mit Lücken ist in der Regel einem zwanghaften Vorgehen vorzuziehen.



Kurzfassung

Die Nummerierung ist identisch mit der der Langfassung (s.u.)

1. Problemverhalten finden
 - 1.1. Patient nennt Therapieziele
 - 1.2. Therapieziele ergeben sich aus ICD Diagnose
 - 1.3. Patient nennt belastende Situationen
 - 1.4. Patient attribuiert external
 - 1.5. Verhaltensbeobachtungen des Therapeuten
 - 1.6. Familienangehörige / Partner schildern Situationen
 - 1.7. Verlern-Erlern-Liste
2. Exploration funktionaler Bedingungen
 - 2.1. R definieren
 - 2.1.1. Situationen sammeln
 - 2.1.2. R in den Situationen definieren auf der motorischen, kognitiven, emotionalen, physiologischen Ebene
 - 2.2. mehrere Situationen explorieren
 - 2.2.1. Gedächtnisleistung des Patienten fördern durch Fragen nach Ort, Zeit, sozialer Situation
 - 2.2.2. Beginn, Frequenz und zeitlicher Verlauf des Problemverhaltens
 - 2.2.3. potenzielle vorausgehende funktionale Bedingungen explorieren (Fragen jeweils ohne Bezug zum Problemverhalten stellen)
 - 2.2.3.1. ersten Tag explorieren
 - 2.2.3.2. vorheriger Tag und die Woche
 - 2.2.3.3. soziale, berufliche, psychische Situation vor x Wochen
 - 2.2.4. potenzielle nachfolgende funktionale Bedingungen explorieren
 - 2.2.4.1. unmittelbar während und nach Ausführung von R
 - 2.2.4.2. der Tag des Auftretens von R
 - 2.2.4.3. folgende Tage
 - 2.2.4.4. Reaktionen der sozialen Umwelt
 - 2.2.5. Was wäre wenn?
 - 2.2.5.1. das Problemverhalten nicht gezeigt worden wäre
 - 2.2.5.2. der Tag anders gewesen wäre
 - 2.2.5.3. Personen auf R anders reagieren würden
 - 2.2.5.4. a
 - 2.2.6. Selbstkontrolle
 - 2.2.6.1. kritische Situationen sammeln
 - 2.2.6.2. erleichternde Bedingungen für Nicht-R
 - 2.2.6.3. erleichternde Verhaltensweisen für Nicht-R
 - 2.2.7. Alternativen
 - 2.2.7.1. was hätte Patient anders machen können am Tag von R
 - 2.2.7.2. Schlussfolgerungen für die Zukunft
 - 2.2.8. (vielleicht fällt mir hier noch etwas ein)
3. Therapeut erstellt für sich ein funktionales Bedingungsmodell
 - 3.1. vorläufiges Bedingungsmodell nach erster VS-Sitzung (unter Verwendung der Spaltentechnik, von Verhaltensketten oder dem funktional analytischen klinischen Modell)
 - 3.2. Ergänzungen und Korrekturen in weiteren Sitzungen
4. prinzipielle Therapieplanung
 - 4.1. Therapeut überlegt für sich alleine bzw. mit Supervisor die prinzipielle Therapieplanung (s. Script: Verhaltensanalyse theoretische Grundlagen)
 - 4.2. vorwiegend im sokratischen Dialog erarbeitet der Therapeut mit dem Patienten Ansatzpunkte für eine Reduzierung des Problemverhaltens

5. Therapieziele festlegen
 - 5.1. gemeinsame Festlegung der Therapieziele
 - 5.2. Therapeut prüft für sich und durch Fragen an den Patienten ob die Erreichung der Therapieziele zu Nachteilen führen kann (fehlende Alternativen, Belastung sozialer Beziehungen, etc)
 - 5.3. nach Klärung der Punkte 5.2 prüft der Therapeut für sich, ob die Therapieziele für den Patienten gut, relevant, umfassend u.a. sind
6. konkrete Therapieplanung
 - 6.1. Therapeut exploriert Copingstrategien des Patienten
 - 6.2. Therapeut schlägt Interventionen vor
 - 6.3. Therapeut schlägt zeitliche Reihenfolge vor
 - 6.4. Interventionen werden individuell auf den Patienten zugeschnitten
7. Verhaltensanalyse als kognitive Therapie

Langfassung: horizontale Verhaltensanalyse

Eine Verhaltensanalyse ist nur möglich, wenn der Patient dazu bereit ist, wenn der Patient das zu explorierende Verhalten oder Nicht-Verhalten ändern möchte. Es gibt mehrere Möglichkeiten, mit einem Patienten zu vereinbaren, welches Problem analysiert werden soll.

1. Problemverhalten finden
 - 1.1. Patient nennt in der ersten und zweiten Sitzung Therapieziele
 - 1.1.1. Therapeut fragt, was der Patient ändern möchte
 - 1.1.2. Therapeut lässt sich Beispiele nennen, damit die Ziele operationalisiert werden
 - 1.1.3. Therapeut und Patient bilden gemeinsam möglichst konkrete Klassen an Therapiezielen (z.B. selbstsicherer werden, sich seltener ärgern, Kommunikationsverhalten gegenüber Partner verbessern)
 - 1.1.4. Patient bildet eine Rangreihe der Wichtigkeit seiner Ziele
 - 1.1.5. Patient und Therapeut entscheiden gemeinsam welches Ziel zuerst angegangen werden soll
 - 1.1.6. Therapeut beginnt mit der Verhaltensanalyse zu dem wichtigsten Ziel
 - 1.2. Problemverhalten ergibt sich aus der ICD Diagnose
 - 1.2.1. Therapeut erstellt ICD-Diagnosen und/oder überprüft die Überweisungsdiagnosen
 - 1.2.2. Therapeut fragt den Patienten nach seinen Diagnosen und nach seinen Zielen
 - 1.2.3. anhand der Symptome der ICD Diagnosen geht der Therapeut mit dem Patienten durch, welche Symptome zutreffen, welche den Patienten am stärksten belasten und welche vorrangig für eine Veränderung sind
 - 1.2.4. Therapeut prüft für sich, ob nicht andere Symptome aus klinischer Sicht Vorrang haben
 - 1.2.5. Therapeut beginnt mit der Verhaltensanalyse zu dem vom Patienten gewünschten Ziel
 - 1.2.6. falls ein anderes Problemverhalten aus therapeutischer Sicht Vorrang hat, beginnt der Therapeut auch hier mit der Verhaltensanalyse
 - 1.3. Patient schildert im Verlauf der Behandlung eine sehr belastende Situation, die Hinweis auf ein Problemverhalten ist
 - 1.3.1. Therapeut geht gesprächspsychotherapeutisch auf die Situation ein
 - 1.3.2. Therapeut klärt im Gespräch inwiefern sehr ungünstige Umgebungsbedingungen und/oder Verhaltensweisen den Patienten die Belastung auslösen
 - 1.3.3. Therapeut sammelt ähnliche Situationen und lässt sich schildern wie der Patient in den Situationen reagiert
 - 1.3.4. Therapeut erkundet, inwiefern der Patient sich ändern möchte

- 1.3.5. Therapeut vereinbart mit dem Patienten, die belastenden Situationen näher zu analysieren
- 1.3.6. Therapeut beginnt mit Verhaltensanalyse
- 1.4. Patient kennt oder akzeptiert seine Hauptprobleme nicht (z.B. Patient attribuiert external, Patient rationalisiert bei unangemessener Kommunikation etc.)
 - 1.4.1. Liste mit aktuellen Problemen erstellen und Wichtigkeit einschätzen lassen
 - 1.4.2. Unterstützung bzgl. externer Probleme oder extern attribuerter Probleme signalisieren
 - 1.4.3. wenn möglich Problem, das nicht-externe wichtige Problem vorziehen und weiter wie bei 1.1.2
 - 1.4.4. Analyse des extern attribuierten Problems (z.B. Partnerin ist Schuld, wenn sie Patienten aus Wohnung wirft)
 - 1.4.4.1. Situation schildern lassen und teils paraphrasieren
 - 1.4.4.2. Fragen: was sollte Partnerin anders machen
 - 1.4.4.3. Fragen: was hätte Patient anders machen können
 - 1.4.4.4. was sagt oder würde Partnerin sagen, was anders sein sollte
 - 1.4.4.5. weitere Fragen, was sagen oder würden sagen:
 - 1.4.4.5.1. Familienangehörige
 - 1.4.4.5.2. Freunde
 - 1.4.4.5.3. Arbeitskollegen, etc.
 - 1.4.4.6. bei Widerstand des Patienten, paraphrasieren
 - 1.4.5. Therapeut reagiert zurückhaltend gesprächspsychotherapeutisch oder im Sinne des Motivierenden Interviews, wenn der Patient Situationen schildert, die sein problematisches Verhalten tangieren
 - 1.4.6. Therapeut macht ansatzweise sehr kleine Verhaltensanalysen zu dem Problem, wenn sich ein Anlass ergibt (z.B. Patient will seinen Alkoholkonsum reduzieren und der Therapeut fragt bei der VA zum Alkoholkonsum nebenbei nach seinem Kommunikationsverhalten (Hauptproblem, das extern attribuiert wird)
 - 1.4.7. wenn der Patient die Funktionalität des für ihn bisher unbekanntes Hauptproblems erkannt hat, vereinbart der Therapeut mit dem Patienten auch daran zu arbeiten
 - 1.4.8. Therapeut beginnt mit Verhaltensanalyse
- 1.5. Verhaltensbeobachtungen des Therapeuten (unangemessene Verhaltensweisen werden häufig in der Therapiegruppe oder auch in der Fachtherapie beobachtet, in der Regel Kommunikationsverhalten)
 - 1.5.1. Therapeut fragt den Patienten, wie er sich in der Situation gefühlt hat
 - 1.5.2. Therapeut fragt den Patienten, was hätte anders sein sollen und was hätte der Patient anders machen können
 - 1.5.3. Therapeut fragt nach ähnlichen Situationen
 - 1.5.4. Therapeut fragt, ob der Patient sich in solchen Situationen ändern möchte und ob das Vorteile haben könnte
 - 1.5.5. Therapeut vereinbart mit dem Patienten an dem Problem zu arbeiten
 - 1.5.6. Therapeut beginnt mit der Verhaltensanalyse
- 1.6. Familienangehörige oder Partner schildern Situationen
 - 1.6.1. unangemessene Verhaltensweisen lassen sich häufig in Familien- und Partnergesprächen beobachten
 - 1.6.2. anschließend mit dem Patienten im Einzelgespräch die problematischen Situationen besprechen
 - 1.6.3. Fragen was der Patient ändern möchte
 - 1.6.4. Gibt es ähnliche Situationen mit anderen Personen
 - 1.6.5. Vereinbarung an dem Problem zu arbeiten
 - 1.6.6. Therapeut beginnt mit der Verhaltensanalyse

1.7. Verlern-Erlern-Liste

- 1.7.1. beginnend mit folgenden drei Fragen: Warum Therapie, warum jetzt (nicht früher, nicht später), warum in meiner Ambulanz oder Klinik
- 1.7.2. sammeln, was Patient/in an sich ändern möchte
- 1.7.3. sehr grob einschätzen lassen, was ist am wichtigsten
- 1.7.4. mit den wichtigsten Veränderungswünschen eine konkrete Verlern-Erlern-Liste erstellen (was möchte Patient/in reduzieren oder ganz beenden, was erhöhen oder neu lernen, sei es Verhalten, Gefühle oder Gedanken)
- 1.7.5. auf Skala 1-6 die Wichtigkeit der Veränderungswünsche einschätzen lassen
- 1.7.6. gemeinsam vereinbaren, womit begonnen wird
- 1.7.7. bei unrealistischem Anspruchsniveau, neben dem Beginn der Analyse der funktionalen Bedingungen bzgl. des Veränderungswunsches, gleichzeitig mit einem zweiten, leichter und schneller erreichbaren Ziel beginnen

wahrscheinlich wird es noch weitere Möglichkeiten geben, wie man auf unangemessene Verhaltensweisen kommen kann, durch die sich der Patient sein Leben erschwert. Wenn mir noch etwas einfällt, werde ich es nachtragen.

2. Die Exploration funktionaler Bedingungen

2.1. Definition von R

2.1.1. **mehrere konkrete Situationen sammeln** wann zu letzt aufgetreten und R genau definieren (z.B. nicht neinsagen können gegenüber Vorgesetzten, gegenüber bestimmten Freunden)

Vorgehen bei:

kontinuierlich auftretendem Problemverhalten, wie fast täglicher Alkoholkonsum:

2.1.1.1. Abstinenzphasen sammeln, einschl. Dauer, Grund, wann

2.1.1.2. entscheiden welche Abstinenzphasen exploriert werden sollen (Kriterien: Dauer der Abstinenz, wie lange zurückliegend, wie gut erinnerbar)

2.1.1.3. vergewissern, ob Patient wirklich von allen relevanten psychotropen Substanzen abstinent war

2.1.2. **R genauer definieren** auf der motorischen, kognitiven, emotionalen und physiologischen Ebene (bei Alkoholproblemen nehme ich nur das motorische Verhalten (z.B. 3 l Bier in 2 Stunden), bei depressivem Verhalten hingegen alle vier Ebenen)

2.2. Situationen explorieren

2.2.1. Fragen nach Ort, Personen, Zeit (Jahreszeit bzw. Monat)

besonders wenn der Zeitraum länger zurück liegt, dann konkrete Fragen nach der Situation des Patienten (Beruf, Partnersituation, Freunde), so dass sich der Patient besser erinnern kann

2.2.2. Beginn, Frequenz und zeitlicher Verlauf des Problemverhaltens

2.2.2.1. wann ist das Problemverhalten erstmalig wieder aufgetreten (z.B. erster Alkoholkonsum), in welcher Situation, zu welcher Tageszeit und wie war das Problemverhalten (z.B. zwei 0,5 l Bier schnell getrunken)

2.2.2.2. wann ist das Problemverhalten das nächste Mal aufgetreten (z.B. ein Tag später mittags wieder 1l Bier)

2.2.3. potenzielle vorausgehende funktionale Bedingungen explorieren

bei den Fragen möglichst keinen Bezug zum Problemverhalten herstellen, sondern nur so dumm fragen, dass der Therapeut die Szene auf einer Bühne nachstellen könnte

2.2.3.1. wenn der Verlauf des Problemverhaltens klar ist (z.B. nach drei Tagen wieder täglich Alkohol), dann den ersten Tag schildern lassen, von Beginn des Tages an, beginnend mit den externen Umgebungsbedingungen, danach Gefühle und Kognitionen explorieren

2.2.3.2. ebenso den vorherigen Tag schildern lassen und die Woche

2.2.3.3. soziale, berufliche und psychische Situation vor x Wochen

nicht fragen: wie war ihre Situation 8 Wochen vor Auftreten von R, sondern: mich würde interessieren, wie war ihre Situation im August, mit wem waren Sie zusammen, was haben Sie beruflich gemacht, etc.

2.2.4. potenzielle nachfolgende funktionale Bedingungen explorieren

2.2.4.1. unmittelbar während und nach Ausführung von R

2.2.4.2. weiteren Verlauf des Tages schildern lassen (Verhaltensweisen, Gedanken, Gefühle, soziale Situationen)

2.2.4.3. ebenso den folgenden Tag schildern lassen und die folgende Woche

2.2.4.4. nach Schilderung des Tages und der folgenden Tage: wie haben andere Personen auf das Problemverhalten reagiert (deren Verhalten und vermutete Gefühle und Kognitionen)

2.2.5. Was wäre wenn?

2.2.5.1. das Problemverhalten nicht gezeigt worden wäre

2.2.5.2. der Tag anders gewesen wäre

2.2.5.3. Personen anders auf R reagieren würden

2.2.6. Selbstkontrolle

2.2.6.1. kritische Situationen in den R-freien Phasen sammeln (z.B. in Abstinenzphasen)

2.2.6.2. welche Bedingungen haben es erleichtert, dass R nicht ausgeführt wurde

2.2.6.3. welche Verhaltensweisen und Kognitionen haben dem Patienten geholfen R nicht auszuführen

2.2.7. Alternativen

2.2.7.1. was hätte der Patient anders machen können, damit R nicht ausgeführt wird

2.2.7.2. welche Schlussfolgerungen ergeben sich aus dem bisherigen Gespräch (sehr zurückhaltend fragen und ohne Bewertung der Antwort)

2.2.8. (noch Ideen?)

3. funktionales Bedingungsmodell des Therapeuten

3.1. Therapeut erstellt nach der ersten VA-Sitzung für sich alleine ein funktionales Bedingungsmodell

je nach Komplexität der Bedingungen empfiehlt sich die Erstellung funktionaler Bedingungsmodelle mittels:

3.1.1. Spaltentechnik (z.B. SD, O-Variable, R, K, C), die einfachste und häufigste Technik

3.1.2. Verhaltensketten (s. Script Verhaltensanalyse theoretische Grundlagen), die zweithäufigste Technik, besonders bei mehreren Problemverhaltensweisen eines Symptoms

3.1.3. funktional analytisches klinisches Modell (s. Haynes & O'Brien 2000; Vollmer & Krauth 2001, S. 408), ist aufwendig aber empfehlenswert bei hoher psychischer Komorbidität

3.2. Therapeut versucht durch weitere Fragen sein funktionales Bedingungsmodell zu prüfen und nimmt Korrekturen vor. Dieser Vorgang geht über mehrere Sitzungen

4. prinzipielle Therapieplanung

4.1. Therapeut überlegt für sich alleine bzw. mit Supervisor die prinzipielle Therapieplanung (s. Script: Verhaltensanalyse theoretische Grundlagen)

4.2. vorwiegend im sokratischen Dialog erarbeitet der Therapeut mit dem Patienten Ansatzpunkte für eine Reduzierung des Problemverhaltens, entspricht in etwa einem Brainstorming

5. Therapieziele festlegen

5.1. gemeinsame Festlegung der Therapieziele (im Unterschied zu Punkt 1 werden hier zielerleichternde Handlungen zu der Zielhandlung festgelegt; z.B. Zielhandlung: Abstinenz, zielerleichternde Handlungen: Alkoholfreunde meiden, negative Konsequenzen des Konsums vergegenwärtigen)

5.2. Therapeut prüft für sich und durch Fragen an den Patienten die Therapieziele und klärt folgende Punkte, die ein Erreichen der Therapieziele stören könnten:

5.2.1. ist R ein Vermeidungsverhalten

5.2.2. gibt es keine Alternativen für R

5.2.3. führt der Wegfall von R zu einer Verschlechterung der sozialen oder wirtschaftlichen Situation

- 5.2.4. werden durch den Wegfall von R soziale Beziehungen belastet
- 5.2.5. wird durch den Wegfall von R der Verhaltensspielraum von Bezugspersonen eingeengt
- 5.2.6. haben Bezugspersonen die gleichen Probleme
- 5.2.7. wird R durch soziale Verstärkung aufrechterhalten
- 5.3. nach Klärung der Punkte 5.2 prüft der Therapeut für sich, dass:
 - 5.3.1. die Therapieziele die Bedürfnisse des Patienten reflektieren
 - 5.3.2. die Therapieziele relevant sind für den Patienten
 - 5.3.3. die Therapieziele dem Patienten nützen und nicht vorwiegend dem Therapeuten, der Institution oder der Umgebung des Patienten
 - 5.3.4. alle Lebensbereiche berücksichtigt werden
 - 5.3.5. die funktionalen Bedingungen der Symptome in ihrer Gesamtheit betrachtet werden (s. funktionales Bedingungsmodell nach S. N. Haynes)
 - 5.3.6. zwischen kurzfristigen und langfristigen Zielen unterschieden wird
 - 5.3.7. erfolgsversprechende Ziele neben der Reduzierung akuter Belastungen vorgezogen werden
 - 5.3.8. leicht unrealistische Ziele zu Beginn akzeptieren
- 5.4. (noch Ideen?)
- 6. konkrete Therapieplanung
 - 6.1. Therapeut exploriert den Patienten bzgl. Copingstrategien zur Erreichung ausgewählter Ziele und vereinbart diese mit dem Patienten
 - 6.2. Therapeut überlegt konkrete Interventionen und schlägt diese dem Patienten vor
 - 6.3. Therapeut überlegt gemeinsam mit dem Patienten die zeitliche Reihenfolge der Interventionen. Therapeut berücksichtigt dabei die Veränderungsphasen des Patienten für die einzelnen Problembereiche.
 - 6.4. Therapeut überlegt wie die Interventionen individuell auf den Patienten zugeschnitten werden
- 7. Verhaltensanalyse als kognitive Therapie und Training in Verhaltensanalyse
 - 7.1. Therapeut überlässt das Erkennen funktionaler Bedingungen und die Ableitung von Bewältigungsstrategien dem Patienten
 - 7.2. offene Fragen und sokratischer Dialog sind die bevorzugten Fragetechniken des Therapeuten
 - 7.3. Schlussfolgerungen des Patienten werden in der Regel paraphrasiert und es werden durch offene Fragen konkrete Umsetzungen vereinbart

Literatur

Haynes, S.N. & O'Brien, W.H. (2000). Principles of behavioral assessment: A functional approach to psychological assessment. New York: Plenum/Kluwer Press.

Reinecker, H. (2015). Verhaltensanalyse. Göttingen: Hogrefe

Schulte, D. (1974). Diagnostik in der Verhaltenstherapie. München: Urban & Schwarzenberg.

Vollmer, H.C. & Krauth, J. (2001). Therapie der Drogenabhängigkeit. In F. Tretter & A. Müller (Hrsg.), *Psychologische Therapie der Sucht* (395-438). Göttingen: Hogrefe.