

Erweiterte Fassung

5 Thesen zur Verhaltenstherapie

1. These:

Die Lerntheorien stellen den zentralsten und für die Methode als Psychotherapieform typischsten Bestandteil dar! Deshalb muss eine ernstzunehmende und brauchbare Definition der Verhaltenstherapie vor allen anderen Definitionsmerkmalen diesen Umstand hervorheben und würdigen, ehe andere und sicher auch zutreffende Unter- und Seitenaspekte (wie Bezugnahmen auf Anleihen bei psychologischen Grundlagendisziplinen wie z. B. Entwicklungspsychologie, Pädagogische Psychologie und Soziologie/Sozialpsychologie) aufgeführt werden.

Als Lerntheorien gelten vor allem und in ausreichendem Mass die Experimente, Theorien und Erkenntnisse 1. der Reflexologie, der Klassischen Konditionierung und der Lehre vom sog. Bedingten Reflex der Schulen von Pawlow und Watson und 2. des Operanten Konditionierens (synonym: Instrumentellen Konditionierens) der Schulen von Thorndike, Skinner und Kanfer.

Das sogenannte Modelllernen (Synonyme: Imitationslernen, soziales Lernen, Stellvertretendes Lernen) von Bandura stellt keine spezifisch selbständige Lerntheorie dar, weil sie sich auf entweder Klassische oder Operante Konditionierung bezieht. Es hebt nur die allerdings bemerkenswerte Tatsache und Erkenntnis hervor, dass der Mensch lernen kann, und zwar auch in sehr komplexer Weise, **allein durch stellvertretendes Lernen, also ohne selber die reale Konditionierungserfahrung gemacht haben zu müssen!** Deutlich anzumerken ist deshalb, dass die Lerntheorien somit keineswegs nur beschreibenden, sondern **einen definitiv erklärenden Charakter** aufweisen!

2. These:

Alle menschlichen Erlebens- und Verhaltensweisen, egal ob kognitiv, behavioral, emotional oder physiologisch, auch die klinisch relevanten Symptome (Synonyme: Probleme, Störungen, Erkrankungen) lassen sich eindeutig in entweder Reflexe (Synonym: Respondenten) oder Operanten unterscheiden!

Dazu lässt sich mit dem Hilfsmittel des sog. 4-Ebenen-Ansatzes, einer für den Behaviorismus typischen Operationalisierung allen menschlichen Erlebens und Verhaltens, als Faustregel anwenden:

1. **Alle Emotionen gelten als Reflexe!** Diese Hypothese kann als Folge der sog. **Kognitiven Wende** in der Verhaltenstherapie, ihrer 4 grundlegenden Annahmen und vor allem der sog. **Kontinuitätsannahme** (Mahoney, 1974/78) als paradigmatisch gesichert angenommen werden. **Populärpsychologisch** mag sowieso als offensichtlich gelten, dass Gefühle in der Regel nicht absichtlich und willentlich produziert werden können.
2. **Alle physiologischen Reaktionen gelten als Reflexe!** Diese Hypothese kann wohl als die unumstrittenste angenommen werden. Dazu sei erinnert an die schon seit Urzeiten in der Verhaltenstherapie zur Unterscheidung von Operanten und Reflexen geltende Regel, dass als physiologisch bzw. als nicht-operant zu bewerten ist, was voll von physiologischen Aspekten und Charakteristika steckt (Schwitzen, Zittern, Erröten, „weiche Knie“, Herzrasen usw.) **und mit annähernd 100 %iger Wahrscheinlichkeit** auftritt (die sog. Auftretenswahrscheinlichkeit).
3. **Alle Verhaltensweisen (sog. behaviorale oder auch synonym: motorische Reaktionen) gelten als Operanten!** Diese Hypothese kann per Definitionen als unumstritten und gesichert gelten, wenn als „Verhaltensweisen“ im Sinne der orthodoxen Verhaltenstherapie aus der Vorwendezeit nur solche Reaktionen des Menschen gelten, die absichtlich, willentlich und unter Zuhilfenahme hauptsächlich nur der vom zentralen Nervensystem gesteuerten (gestreiften) Muskulatur des Skeletts gelten.
4. **Alle Kognitionen (Synonyme: Gedanken, Überzeugungen, Vorstellungen/spezielle Varianten: Vorurteile (Synonyme: Stereotypen, Klischees) gelten in der Regel als Operanten, die allerdings je nach Häufigkeit und Intensität der Konditionierung den Charakter eines Reflexes (Pseudoreflex) annehmen können.** Dazu sei hier an die fast völlig unbekannte Tatsache erinnert, dass Reflexe eben nicht nur angeborene Grundausstattung sind, sondern auch anerlernt und dann in der nächsten Generation vererbt, d. h. angeboren werden können.

Daraus ergibt sich eindeutig, dass alle an der Emotion definierten Symptome (wie z. B. Angst, Phobie, Depression/Anpassungs- und Belastungsstörungen, affektive Störungen) als Reflex-Symptome zu klassifizieren sind. Dies gilt – was noch leichter einzusehen ist, da sie nicht willentlich/absichtlich, sondern vegetativ ablaufen – auch für alle als psychosomatisch definierten Symptome (wie z. B. Asthma, Allergien, Colitis ulcerosa, Herzrhythmusstörungen, Schmerzen).

So gesehen, ergibt sich ein überraschendes Bild dergestalt, dass eindeutig die meisten klinisch relevanten Symptome Reflexsymptome sind, und es sich offensichtlich nur bei den allerwenigsten um operante Symptome handelt (wie z. B. bei Zwangshandlungen und Zwangsgedanken, Arbeits- und Konzentrationsstörungen, schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit, sog. Rentenneurose).

Dies mag um so überraschender sein, als unter dem Einfluss des amerikanischen **Behaviorismus**, der amerikanischen **Verhaltenstherapie** und der Arbeiten vor allem von **Skinner** und später von **Kanfer** bei vielen der Eindruck entstanden ist, dass die Verhaltenstherapie eigentlich nur aus operanter, instrumenteller Konditionierung besteht (vgl. die sogenannte **Kanfer-Formel**).

3. These:

Alle verhaltenstherapeutischen Methoden (Synonyme: Interventionen, Techniken) lassen sich ebenfalls eindeutig darin unterscheiden, dass sie in ihren zentralen Wirkfaktoren und Behandlungselementen eindeutig entweder dem Lern- und Lebensprozess des Klassischen Konditionierens, also des Konditionierens von Reflexen/Respondenten, folgen oder dem des Operanten Konditionierens, also des Konditionierens von Operanten.

Dementsprechend können alle verhaltenstherapeutischen Methoden als entweder Reflextherapie oder Operantentherapie bezeichnet werden.

Auch bei komplexen Behandlungsprogrammen und –paketen wie z. B. bei der sogenannten Kognitiven Therapie von Beck (Antidepressionstherapie) sind diese Wirkfaktoren in den einzelnen darin enthaltenen Maßnahmen genauso eindeutig als entweder auf respondenten Konditionierung beruhend (z. B. die M&P-Technik) oder auf operanter (wie z. B. das Aktivierungstraining oder die 2-Spalten-Technik) zu bewerten.

Weitere Beispiele:

1. Die **Systematische Desensibilisierung** von Wolpe (Konditionierung bzw. umgekehrt: De-Konditionierung von Reflexen = Reflextherapie)
2. Das **Selbstsicherheitstraining** von Ullrich & Ullrich De Muynck (wie auch alle anderen Kompetenztrainings wie z. B. die **Stressimpfungstherapie** und die **Selbstinstruktionstherapie** von Meichenbaum) (Konditionierung von Operanten = Operantentherapie)
3. Das **Emotionstraining** oder die **Bereavement Therapy** von Ramsay (Konditionierung von Reflexen = Reflextherapie)
4. Die **Aversionstherapie** von Azrin (auch die kognitive Variante davon: die **Covert Sensitization** von Cautela) (Konditionierung von Reflexen = Reflextherapie)
5. Die **Gedankenstopp-Methode** von Taylor (in unmittelbarer Folge zunächst Konditionierung eines Operanten, dann Klassische Konditionierung = Operantentherapie plus Reflextherapie)

4. These:

Alle menschlichen Reaktionen (Gedanken, Gefühle, Verhaltensweisen und physiologischen Vorgänge), die entweder als Reflexe oder als Operanten zu qualifizieren sind, bilden funktional komplexe Verknüpfungen und Ketten von Reflexen und Operanten aus. Diese Tatsache und Erkenntnis drückt sich in den als synonym und identisch zu bewertenden Theorien von Mowrer (die sogenannte Zwei-Faktoren-Theorie) und von Eysenck (das sogenannte Drei-Phasen-Modell) aus. Erst dadurch wird eine brauchbare und einsichtige Übertragung der beiden großen Lerntheorien auf nicht nur Lernprozesse, sondern auf Lebensprozesse überhaupt möglich! Und um dieses hier einmal ganz eindeutig und unmissverständlich klarzustellen: diese Lerntheorien sind nicht nur Theorien zur Erklärung des menschlichen Lernens, sondern zur Erklärung und Darstellung menschlicher Lebensabläufe überhaupt!

5. These:

Klassisch konditionierte Symptome (z.B. Angst, Depression, alle psychosomatischen Symptome) lassen sich nur mit Methoden des Klassischen Konditionierens erfolgreich behandeln. Und operant konditionierte Symptome (z. B. Zwänge und Verhaltensstörungen) lassen sich nur mit Methoden des operanten Konditionierens modifizieren.

Daraus erklärt sich, dass der traditionelle Ansatz bei der Behandlung von Depressionen (nämlich den Patienten aufzufordern, aktiv zu werden, dies und jenes Neues auszuprobieren, in der Hoffnung, dass sich damit Umstände einstellen, welche die Chancen des Patienten verbessern und seine Gemütsverfassung aufhellen sollen) von vornherein zum Scheitern verurteilt ist, weil damit der Fehler begangen wird, ein Reflex-Symptom mit operanter Therapie zu behandeln.

Daraus erklärt sich genauso, wie unsinnig es ist, z. B. eine Angstsymptomatik mit den nachfolgenden Reizbedingungen, den Konsequenzen, zu erklären. Genauso auch, wie unsinnig es ist eine Angsterkrankung mit operanten Mitteln (z. B. dem Selbstsicherheitstraining oder mit operanter Verstärkung wie beim Token Economy) behandeln zu wollen.

Als Beleg dafür mag das Anxiety Management von Kanfer gelten: Diese Methode ändert nicht die Angst selber, sie ändert vielmehr „nur“ das Ertragenkönnen von Angst.

So erklärt es sich, dass heutzutage in der Verhaltenstherapie alle Angstbehandlungsmethoden (vgl. Expositionstherapie, Konfrontationstherapie) auf der Basis der Klassischen Konditionierung funktionieren und alle Versuche, Angst mit operanter Methodik zu beeinflussen (wie z. B. bei Kanfer's Anxiety Management) zum Scheitern verurteilt und inzwischen weitgehend aufgegeben worden sind. Das gleiche gilt dann natürlich auch für das Erkrankungssyndrom der Depression und deren Behandlung: Dass nämlich alle operant funktionierenden Behandlungsmethoden wie z. B. das Selbstsicherheitstraining (SST) bei der Behandlung der Depression nicht wirken können, jedenfalls nicht dauerhaft und nicht

tiefgreifend. Dauerhaft und tiefgreifend ist nur die Klassische Konditionierung – jedenfalls bei der Beeinflussung von Reflexen.

Die in der Verhaltensanalyse enthaltenen Symptomanalyse und Funktionale Bedingungsanalyse sind also keineswegs nur als akademische Spitzfindigkeiten, als l'ars pour l'ars, abzutun, sondern erfüllen eine für die sich anschließende Behandlung höchst wichtige Funktion, indem sie die nötige Entscheidungshilfe geben, ob das vorliegende Symptom mit Reflextherapie oder mit operanter Therapie zu behandeln ist!

Resumée:

Den allerbesten Beweis für die Richtigkeit dieser 5 Thesen und dass es notwendiger- und wichtigerweise gilt, Operanten und Reflexe nicht nur zu diagnostischen, sondern auch zu therapeutischen Zwecken zu unterscheiden, liefern die 2-Faktorentheorie von Mowrer und die 3-Phasentheorie von Eysenck. Wer, letztlich, diese nicht kennt, nicht versteht und nicht beherrscht, beherrscht auch die gesamte Verhaltenstherapie nicht und erzielt bestenfalls Zufallstreffer. Für eine wissenschaftlich begründete Psychotherapie wie die Verhaltenstherapie wäre dies ein unhaltbarer Zustand.