

Eva Jaeggi

## **Persönlichkeitstheoretische Implikationen verhaltenstherapeutischer Praxis**

Das Ziel der folgenden Überlegungen liegt darin, aufzuweisen, daß a) nicht nur die Theorie, sondern auch der Praxisvollzug der Verhaltenstherapie bestimmte Vorstellungen vom Wesen des Menschen enthüllt und b) daß diejenigen Vorstellungen, die sich vom theoretischen Selbstverständnis der Verhaltenstherapie ableiten, nicht deckungsgleich sind mit jenen, die sich aus der Praxis ableiten lassen. Das aber heißt, in der Praxis der Verhaltenstherapie stecken viele Elemente, die mit ihrer Theorie noch nicht abgedeckt sind.

Ein mögliches Mißverständnis muß jedoch hier gleich ausgeschlossen werden. Es handelt sich bei diesen Elementen nicht um die sogenannten „unspezifischen“ Therapievariablen, wie sie jeder Psychotherapie vermutlich zugrunde liegen, also Erwartungen positiver bzw. negativer Art von Patient und Therapeut, Persönlichkeitseigenschaften, emotionale Qualitäten, suggestive Momente u. ä., wie sie z. B. von Goldstein (1970) untersucht wurden. Die hier gemeinten Elemente sind solche, die für die Praxis der Verhaltenstherapie spezifisch sind.

Bevor jene spezifischen Elemente gekennzeichnet und auf ihre persönlichkeits-theoretischen Implikationen hin untersucht werden, soll aber eine Abgrenzung der Problematik des Verhältnisses Persönlichkeitstheorie — Therapie gegenüber anderen Therapieformen vollzogen werden. Erst in dieser Abgrenzung wird klarer werden, warum es falsch wäre, aus der Theorie der Verhaltenstherapie allein eine Persönlichkeitstheorie abzuleiten, und warum hier gerade der Praxisvollzug mehr Aufschlüsse über persönlichkeits-theoretische Implikationen gibt als bei anderen Therapiesystemen.

Die bekannteren therapeutischen Systeme wie die psychoanalytischen oder die klientenzentrierte Therapie von Rogers beruhen auf in sich mehr oder weniger geschlossenen Persönlichkeitstheorien. Sie beschreiben die Entwicklung des „normalen“ Individuums und die Ursachen und Formen der Abweichungen vom normalen Entwicklungsgang. Als „Motor“ der Entwicklung werden nicht operationalisierbare Konstrukte postuliert („Lustprinzip“, „Selbstaktualisierungstendenz“ u. ä.), wodurch es möglich wird, inhaltliche Bestimmungen über Ziel und Richtung der Entwicklung zu geben. Das Triebkonfliktmodell Freuds wie auch das Selbsterfüllungsmodell Rogers' verstehen sich als Nachweis darüber, welche Prinzipien die Verhaltensweisen des Individuums inhaltlich bestimmen. Sie neh-

men außerdem für sich in Anspruch, Idealnormen für die Entwicklung der Persönlichkeit aufzeigen zu können, so daß sie zuletzt bei der Beschreibung einer „Idealperson“ landen, deren wesentliche Bestimmungsstücke sich aus der Theorie selbst ergeben (z. B. der „genitale Mensch“ bei Freud, das „autonome Individuum“ bei Rogers). Daraus erfolgt als Gegenstück auch die Möglichkeit der Kennzeichnung des kranken Menschen. Der gesunde wie der kranke Mensch können innerhalb solch abgerundeter Theorien inhaltlich bestimmt werden.

Die Verhaltenstherapie beruht in ihren theoretischen Grundannahmen auf einem behavioristisch-funktionalistischen Modell. Obwohl von den Verhaltenstherapie-Theoretikern selbst zu den Fragen des Zusammenhanges von Verhaltenstherapie und behavioristischer Persönlichkeitstheorie noch kaum Aussagen vorliegen, wird unabhängig davon bei älteren behavioristischen (faktorenanalytisch aufbereiteten) Persönlichkeitstheorien (Eysenck, Cattell, Guilford) klar, daß sie aus sich heraus normative Ziele der Persönlichkeitsentwicklung nicht setzen können. Von ihren methodischen Beschränkungen her determiniert, laufen sie darauf hinaus, lediglich anzugeben, mit welcher Wahrscheinlichkeit bestimmte Verhaltensweisen (bzw. auch physiologische Abläufe) „gemeinsam“ auftreten werden. Diese „Häufungen“ bestimmter Verhaltensweisen — faktorenanalytisch aufbereitet — liefern das Material für die Konstruktion bestimmter Persönlichkeitseigenschaften. Ein streng behavioristisch-funktionalistischer Ansatz verzichtet natürlich auch auf das Konstrukt der „Persönlichkeitseigenschaft“. „Unter diesem Blickwinkel kann ‚Persönlichkeit‘ übersetzt werden als eine intervenierende Variable, die definiert ist durch die Wahrscheinlichkeit, mit der eine Person bestimmte Verhaltenstendenzen in einer Reihe von Situationen ihres täglichen Lebens manifestiert.“ (Goldfried und Kent 1972)

Die Möglichkeit einer theorieimmanenten Abgrenzung von gesund und krank ist nicht vorhanden, da dazu theorieimmanente Kriterien der Bewertung nötig sind. (So kann z. B. vom psychoanalytischen Standpunkt aus die sehr große berufliche Aktivität eines Menschen bei Analyse der gesamten biografischen und strukturellen Situation als „pathologisch“ im Sinne einer Triebverdrängung auf Kosten sexueller Genußfähigkeit interpretiert werden, da das psychoanalytische System davon ausgeht, daß sexuelle Genußfähigkeit zur Idealnorm der Person gehört. Sollte ein faktorenanalytisch vorgehender Persönlichkeitstheoretiker herausfinden, daß eine hohe Korrelation zwischen beruflicher Aktivität und geringer sexueller Genußfähigkeit besteht, kann er höchstens mittels implizit andersartiger theoretischer Elemente, nie aber von seinen eigenen theoretischen Voraussetzungen her dieses Faktum als ein pathologisches bewerten.)

Die Verhaltenstherapie als ein in seinen Anfängen auf verschiedene behavioristisch-lerntheoretische Ansätze rekurrierendes System hat diese Unmöglichkeit der inhaltlichen Bestimmung von „gesund“ und „krank“ geteilt. Gestörtes Verhalten als gelerntes Verhalten

unterscheidet sich vom normalen Verhalten nur dadurch, daß es sozial unangemessen ist. Nähere Bestimmungen werden als unmöglich, auch überflüssig angesehen. Die Verhaltenstherapie könnte nämlich auch aus rein pragmatischen Gründen auf eine inhaltliche Bestimmung pathologischen Verhaltens und seiner Entwicklung verzichten. Da die Kenntnis der Ursache der Störung sowie die Einsicht darein nicht wesentliches Element der Therapie sind, ist es auch nicht nötig, eine inhaltlich konkrete Vorstellung von den Prinzipien, die die normale bzw. gestörte Entwicklung des Individuums bestimmen, zu haben. Für den Verhaltenstheoretiker genügt die Kenntnis der Lerngesetze, die in ihrer formalen Leere einzig determinierendes Prinzip der Entwicklung sind. Therapie ist möglich, ohne zu wissen, „was das Innerste zusammenhält“. Dieses „Innerste“ ist nicht qualitativ bestimmt (etwa als „Selbstaktualisierungstendenz“), sondern als das formale Prinzip, das jedem Lernvorgang zugrundeliegt — bei jeder Art von Lebewesen, also z. B. das Prinzip der Bekräftigung nach Skinner oder das der zeitlichen Kontiguität beim klassischen Konditionierungsmodell. Das richtunggebende Prinzip der Persönlichkeit fällt zusammen mit den Lerngesetzen, die das Verhalten determinieren. Man entwickelt sich nicht „auf etwas zu“ oder „von etwas getrieben“, sondern bar jeden Sinnes, gemäß den formalen Gesetzen des operanten oder respondenten Konditionierens.

Sieht man die Verhaltenstherapie als eine auf den Lerngesetzen beruhende Therapieform, so teilt sie deren gesamtes behavioristisches Erbe auch in bezug auf eine Persönlichkeitstheorie. Das Skinnersche Menschenbild im Sinne von „Walden Two“ (1948) und „Beyond Freedom and Dignity“ (1971) wäre dann die ihr zugrundeliegende Vorstellung vom Menschen. Das aber heißt wiederum: ein normatives Ziel der Entwicklung kann der Theorie selbst nicht entnommen werden, sondern wird — auf privatethischem bzw. ideologischem Boden gewachsen — „von außen“ an die Person herangetragen, wobei die Kenntnis der Lerngesetze dem Erzieher (bzw. dem Therapeuten) ermöglichen sollen, diese Ziele zu verwirklichen. Daß dadurch die jedem positivistisch-pragmatischem Vorgehen inhärente Tendenz zur Konservierung bestehender Herrschaftsformen mit verwirklicht wird, soll nur am Rande angemerkt werden. Es liegt nahe, sich in eher laienhaften Auseinandersetzungen mit der Verhaltenstherapie (Rattner 1968; Drust und Schirf 1973), die sowohl ohne Kenntnis des sehr problematischen Verhältnisses von Lerntheorie und Verhaltenstherapie geführt werden, als auch sichtlich wenig Erfahrung mit der Praxis haben, auf diese Form der Kritik am Positivismus bzw. Pragmatismus „ganz allgemein“ zurückzuziehen.

Nun gibt es, wie bekannt, schon seit den Attacken von Breger und McGaugh (1965, 1966) einen intensiven Streit um die theoretische Fundierung der Verhaltenstherapie. Dieser Streit, der hier nicht rekapituliert werden soll, gipfelte in den Vorwürfen Perry Londons (1972), die Verhaltenstherapie halte die Fahne der Wissenschaftlich-

keit (die angeblich auf experimentell abgesicherten Lerntheorien sowie einem quasi-experimentellen Zugang zur Therapie beruhe) nur als ideologische Taktik so hoch: im Kampf gegen andere Therapieformen habe dies seinen Sinn gehabt, sei jetzt aber überflüssig. Verhaltenstherapie wird von ihm ziemlich explizit als Technologie gesehen, die ihrer weiteren Auffächerung und theoretischen Fundierung noch bedarf. Wie immer sich diese Diskussion entwickeln wird, schon jetzt steht fest, daß die theoretische Erklärung verhaltenstherapeutischer Techniken sicher noch nicht befriedigend gelöst ist. Kann aber, wenn die Theoriefrage nicht geklärt ist, davon ausgegangen werden, daß die Verhaltenstherapie gar keine Vorstellung von der menschlichen Persönlichkeit besitzt? Wie eingangs bereits dargelegt, soll hier die Frage nach impliziten persönlichkeits-theoretischen Momenten der Verhaltenstherapie nicht vom sehr umstrittenen theoretischen Selbstverständnis, sondern von der Praxis her ange-schnitten werden.

Dies aber berührt vorerst ganz allgemein die Frage nach den theoretischen Voraussetzungen einer jeden Praxis. Als erkenntnis-theoretisch gesichertes Postulat geht hier ein, daß auch die scheinbar „theorielose“ Praxis einer versteckten impliziten Theorie gehorcht. Jede sinnvolle, in einer bestimmten Lebenstätigkeit vollzogene Handlung eines Menschen steht in Bezug zu dessen Vorstellungen von der Sinnhaftigkeit seines Handelns.

Daß Verhaltenstherapie als eine — wenn auch in sich durchaus nicht widerspruchsfreie — Anleitung zum Handeln verstanden werden kann, leuchtet ein. Sie teilt daher auch den mit jeder menschlichen Handlung gegebenen Theoriebezug. Nun bleibt die Frage offen, ob Verhaltenstherapie überhaupt als ein solch einheitliches System gesehen werden kann, daß man von *einem* Menschenbild sprechen kann, oder ob man nicht lieber gleich davon ausgeht, daß es sich hier um die verschiedenen Persönlichkeitstheorien der verschiedenen Therapeuten handelt.

Wie ich weiter unten zeigen werde, glaube ich, daß ungeachtet der Unterschiedlichkeit verschiedener Techniken und Therapeuten jeder Verhaltenstherapie-Praxis einige gleichartige Grundprinzipien zugrunde liegen, die es erlauben, von einer homogenen anthropologischen Grundlage in der Verhaltenstherapie zu sprechen. Es muß also gezeigt werden, welche Prinzipien die Verhaltenstherapie-Praxis bestimmen. Daraus soll dann das dem Therapieprozeß zugrundeliegende anthropologische Konzept erkennbar gemacht werden.

Warum ist es überhaupt wichtig, die anthropologischen Grundlagen einer bestimmten Praxis festzustellen? Zum Teil erhellt sich dies schon aus dem oben Gesagten: daß ganz allgemein erst in der Feststellung des Bezuges einer schon entwickelten Praxis zu einer impliziten Theorie eine Weiterentwicklung von Theorie und Praxis möglich ist. Andererseits setzt erst eine Theorie bestimmte Kriterien, nach denen die Praxis gemessen werden kann. Sogenannte Effizienzkriterien allein können in einer entwickelten therapeutischen Praxis

nicht das einzige Maß der Beurteilung sein. Deshalb nicht, weil 1. die Beurteilung der Effizienz Normen über „gesund“ und „krank“ voraussetzt, die wir erst durch eine Persönlichkeitstheorie gewinnen können, und 2. weil erst durch eine Persönlichkeitstheorie die Entwicklung von Störungen in den Vordergrund gerückt und von daher auch erst Präventivmodelle entwickelt werden können. (Praxis muß aber immer in ihrem Bezug zur Prävention gesehen werden.) Die der Verhaltenstherapie meiner Meinung nach zu Recht vorgeworfene pragmatische Einstellung zur Definition dessen, was „krank“ bzw. „gesund“ ist (krank ist, was als krank definiert wird) sowie zur Genese einer Störung (die Eliminierung einer Störung ist auch ohne Einblick in ihre Genese möglich) verhindert aber ihre Weiterentwicklung zu einem Modell der Prävention und verliert damit an Relevanz für ein langfristiges Programm psychiatrischer Versorgung für die Bevölkerung.

Welches sind nun mögliche Elemente einer verhaltenstherapeutischen Praxis, die ungeachtet des Methodenpluralismus sich als durchgängig erweisen und so geeignet sind, dahinterstehende persönlichkeits-theoretische Grundlagen klarzumachen? Es sind dies das Moment der Planung, das Moment der Übung, das Moment der gerichteten multiplen Aktivität, das Moment der aktuellen Determination und das Moment der Spezifität des Vorgehens.

Bei der Heraushebung der Persönlichkeitszüge, die durch diese Momente beleuchtet werden, kommt es selbstverständlich nicht darauf an, eine Art „Ausschließlichkeit“ bestimmter Züge der Person zu postulieren. Wie bei allen nicht ausgefeilten, vorwissenschaftlichen Persönlichkeitstheorien werden zwar bestimmte Wesenszüge des Menschen als repräsentativ angemerkt, jedoch wird noch nichts darüber ausgesagt, in welchem konkreten Zusammenhang sie zueinander stehen, in welcher Form sie die Entwicklung des Menschen vorantreiben und welchen genauen Stellenwert sie im Gefüge der Person haben.

### **Das Moment der Planung**

Eines der Hauptanliegen der Verhaltenstherapie besteht darin, nach einer genauen Analyse des Problemverhaltens eine Hypothese darüber zu bilden, welche Faktoren das störende Verhalten aufrechterhalten. Auf Grund dieser Hypothese wird ein möglichst detaillierter Therapieplan aufgestellt. Es wird diejenige Methode ausgewählt, von der man annimmt, daß sie die aufrechterhaltenden Bedingungen der Störung am schnellsten eliminiert. Dies setzt die Fähigkeit des Menschen voraus, zu planen und sich verplanen zu lassen. Das aber heißt, man nimmt an, daß seine Reaktionen vorhersagbar sind. Hier hat die Verhaltenstherapie das Erbe der gesamten experimentellen Psychologie scheinbar übernommen; die Therapie wird, nach Yates (1970), zum Einzelfallexperiment. Das zu verändernde Verhalten ist abhängige Variable, die zu variierende Bedingung ist unabhängige Variable, so interpretiert die Verhaltenstherapie selbst ihre Vorgehensweise. Sie beachtet in ihrem Selbstverständnis dabei aller-

dings nicht, daß auch hier nur eine durch Verbalismen vermittelte Analogie zum Vorgehen in der experimentellen Psychologie vorliegt und keineswegs derselbe Tatbestand getroffen wird. (So könnte man aufzeigen, daß die von Holzkamp [1970] genannten Merkmale des funktionalistischen Experiments, die eine Reduktion des Menschen auf das „Organismische“ bedingen, in der Verhaltenstherapie alle nicht enthalten sein dürfen, wenn die Therapie wirklich „funktionieren“ soll. Dies auszuführen, würde allerdings vom Thema abführen.)

Ein in der Verhaltenstherapie allerdings wirklich vorhandenes Erbe des psychologischen Experiments ist sicher das geplante Vorgehen, das sich durch Hypothesenbildung über den Zusammenhang zwischen abhängigen und unabhängigen Variablen und darauf basierendem Plan zur Verifikation oder Falsifikation des postulierten Zusammenhanges auszeichnet. Das Moment der Planung bedeutet für Patient und Therapeut ein durchschaubares, zielgerichtetes und rational zu kontrollierendes Vorgehen. Im Vergleich mit anderen Therapieformen wird dieses Moment der Durchschaubarkeit evident. Die Klage des Analysanden in der Psychoanalyse, daß er im Augenblick gar nicht wisse, ob es weiterginge, daß er sich zur Zeit im Kreise bewege etc., sind in der Verhaltenstherapie dem Prinzip nach nicht möglich. Der Patient kann immer wissen, „wo er gerade steht“ und warum er gerade diese oder jene Methode ausprobiert. Veränderungen des Verhaltens oder der Einstellung werden im Zusammenhang mit der Fähigkeit des Menschen, sich kurz- oder langfristige Ziele zu setzen, in Beziehung gebracht. Die Pathologie des Verhaltens könnte so im Zusammenhang mit einer Störung jener Fähigkeit der Zielsetzung und Planung einzelner Schritte gesehen werden.

Mit der Planung der Therapie setzt man an der Fähigkeit des Menschen an, seine Handlungen durch Koordination und Unterwerfung unter ein Ziel zu disziplinieren. Was aus der Didaktik bekannt ist, daß ein bestimmtes Lernziel am besten durch Zerlegung in einzelne Lernschritte erreicht wird, wobei das Verhältnis von jeweiligem Subziel zum letzten Ziel im Auge behalten werden muß, könnte sich auch für die Psychotherapie als wesentlich herausstellen. Verhaltensänderung als geplanter Lernfortschritt verändert sowohl die Rolle des Patienten als auch die des Therapeuten. Der Patient wird zum Schüler, der unter Anleitung des therapeutischen Pädagogen mehr oder weniger selbständig je nach Art und Grad der Störung ein klar definiertes Ziel anstrebt, wobei sich vermutlich eine von der konventionellen Therapie her gesehen stark veränderte Kommunikationsstruktur ergibt. Wichtig an diesem geplanten Vorgehen ist die Tatsache, daß es sich dabei um bewußtseinsfähige, willentlich beeinflussbare Prozesse handelt.

Als wesentlicher Teil des Menschen wird also gesehen, seine Fähigkeit, Handlungen durch Unterwerfung unter ein Ziel zu koordinieren und zu disziplinieren. Das Ansprechen dieser Fähigkeit in einem „Heilungsprozeß“ bezeugt, daß gerade diese Fähigkeit des Menschen

als an sich „rekonstituierende“ gesehen wird und insofern eine zentrale Tatsache zur Bestimmung des Menschen überhaupt darstellt. Es leuchtet ein, daß eine Persönlichkeitstheorie, die hier ihre Akzente setzt, wesentlich anders aussieht als etwa ein Triebkonfliktmodell oder ein Selbstaktualisierungsmodell.

Setzt man das geplante therapeutische Vorgehen dem „Einsichtsverfahren“ entgegen, dann wird die Besonderheit auch des angesprochenen Individuums nochmals deutlich. Dort wird die „Spontaneität“, die scheinbare Zufälligkeit des Einfalls verlangt, bei der Verhaltenstherapie wird von vornherein ein determinierendes Therapieziel eingeführt. Nicht die breite Entfaltung der „schwebenden Aufmerksamkeit“ (Görres 1965) wird gefordert, sondern die disziplinierte Ausrichtung und der Einsatz auf ein bestimmtes Handlungsziel hin.

### **Das Moment der Übung**

Es gibt keine verhaltenstherapeutische Methode, in der nicht durch übende Wiederholung ein langsamer Lernprozeß eingeleitet wird. Es ist dies ein wesentlicher, explizit geforderter Bestandteil eines jeden verhaltenstherapeutischen Vorgehens, dem auch die Erwartung entspricht, Symptome würden sich langsam und schrittweise abbauen. Die Vorstellung vom langsam erzielten Lernfortschritt leitet sich aus einer großen Anzahl von Experimenten aus der lerntheoretischen Forschung ab. Sie steht zwar nicht unbedingt im Gegensatz zu psychoanalytischen Vorstellungen vom Abbau einer Symptomatik, jedoch wird der psychoanalytische Prozeß weder explizit noch unbedingt als ein langsam und stetig fortschreitender gesehen. Zahlreichen Falldarstellungen vor allem der traditionellen Schule liegen andere Vorstellungen zugrunde: daß etwa durch „richtige“, „emotionale“ und auch „plötzlich“ auftauchende Einsicht eine Veränderung des Verhaltens zustandekommt. Patienten verzögern den Fortschritt ihrer Veränderung durch den Aufbau von „Widerständen“, die durch Deutung „überwunden“ werden müssen. Zwar haben Dollard und Miller (1950) gezeigt, daß auch der psychoanalytische Prozeß mit lerntheoretischen Begriffen und Konstrukten beschrieben werden kann, wodurch deutlich gemacht wird, daß auch die therapeutische Veränderung ein den Lerngesetzen unterworfenen Prozeß ist, wengleich der stetige, übend erworbene Lernfortschritt in der Phänomenologie des psychoanalytischen Prozesses sicher nicht so klar ersichtlich ist wie im verhaltenstherapeutischen Therapieprozeß.

Das Geschehen zwischen Patient und Therapeut gleicht im psychoanalytischen Prozeß eher einem „Kampf“ um die Gesundheit des Patienten, wobei es überraschende Wendungen wie Verschlechterung, neu auftauchende Symptome u. ä. gibt. Demgegenüber nimmt sich die Verhaltenstherapie bescheiden aus; sie ist eine Übungsanleitung im Training neuen Verhaltens, der Therapeut überwacht die Einhaltung der Regeln. Geübt wird der konkrete Vollzug desjenigen

Verhaltens, das als zielrelevant für die Eliminierung der Störung angesehen wird. Der Abbau von Ängsten und damit einhergehendem Vermeidungsverhalten, der Aufbau neuen Sozialverhaltens, das Abgewöhnen eines Tics oder einer Zwangshandlung: all dies geschieht durch langsames und stetiges Üben und nicht durch mehr oder weniger spontane Erkenntnis von lebensgeschichtlichen Zusammenhängen oder Einsicht in unbewußte Hintergründe.

Das heißt nicht, daß dem Menschen diese Fähigkeit im verhaltenstherapeutischen Prozeß versperrt oder vorenthalten wird. Es wird nur bezweifelt, daß die Beeinflussung auf der symbolischen Ebene der Sprache — losgelöst von der konkreten Handlungserfahrung — in allen oder in vielen Fällen ein geeignetes Mittel ist, Verhalten zu verändern. Erst die Übung bestimmten Verhaltens (meist als „Alternativverhalten“ zum unerwünschten Verhalten konzipiert) schafft die Vorbedingung für neue emotional-kognitive Erkenntnisse über größere strukturelle Zusammenhänge der eigenen persönlichen Geschichte.

Der übende, das heißt: der sich wiederholende und sich dabei korrigierende Patient erfährt Aspekte von Verhaltensweisen, die sich der verbalen Aussage vorher oft entzogen haben. Dem Praktiker ist bekannt, wie sich z. B. in den Wiederholungen angstbesetzter Vorstellungen oder in immer wiederkehrenden Rollenspielen etc. die gesamte Problemsicht des Patienten oft verändert und er diskriminieren lernt zwischen angstausslösenden und neutralen Reizkonfigurationen innerhalb allgemein angstbesetzter Gesamtkomplexe.

Eine Theorie vom Menschen, die besonders darauf hinweist, daß der Prozeß, in dem der Mensch geheilt wird, einer der immer besser geglückten Übung ist, sieht weitgehend ab von Zufällen und Entwicklungssprüngen und setzt das Individuum eventuell sogar in die Lage, sich selbst auf überschaubare Art zu heilen. Der vom Therapeuten auf den Patienten zugeschnittene „Übungsschritt“ ist willentlich zu bewältigen. Wo in anderen Therapieformen Prozesse angekurbelt werden, die dem Patienten selbst unerklärlich sind und über die er auch keine Macht besitzt (z. B. die sehr dramatisch verlaufende Form der Übertragungsbeziehung in der Psychoanalyse), vertraut der Therapeut in der Verhaltenstherapie auf die Macht der bewußt einzusetzenden Wiederholung. Die Möglichkeit, übend Schritt für Schritt vorzugehen, wird als letzte Basis vorausgesetzt, auch wenn die Person in ihrer Erscheinungsform noch so sehr destruiert erscheint. Sie kann immer lernen, also von Wiederholung profitieren, sofern nur das Lernziel vorgegeben ist. Die Veränderung, die im Therapieprozeß geschieht, wird nicht als „Entfaltung“ oder „Nachreifung“ der Person gesehen. Im therapeutischen Prozeß wird ein von Schritt zu Schritt genau vorgezeichnetes Lernprogramm übend absolviert.

Der in konkreten Handlungen übende Mensch erfährt Neues, das für ihn und seinen gestörten Lebensvollzug wesentlich ist. Die Einsicht erwächst — je nach Spezifität und Differenziertheit des Indi-

viduums — erst aus der durch Übung gewonnenen neuen Verhaltensmöglichkeit. Sie kann so wiederum den Prozeß der Therapie beschleunigen, sie kann motivierend wirken auf die Häufigkeit des Übens: abstrakte Einsicht als solche kann das Üben nicht ersetzen.

### **Das Moment der gerichteten multiplen Aktivität**

Um Erfahrungen machen zu können, bedarf es gerichteter Aktivität. Grad und Art dieser Aktivität können je nach Individuum spezifisch sein; sicher besitzt der Mensch einen besonders großen Spielraum an Aktivitäten. Wesentlich an der Verhaltenstherapie ist die Möglichkeit der Benutzung des höchstmöglichen Grades sowie vieler Arten von gerichteter Aktivität eines Menschen im Sinne des Therapieplanes. Das heißt also in sehr vielen Bereichen menschlichen Verhaltens.

Eines der Mißverständnisse um die Verhaltenstherapie rankt sich um folgende stereotype Bilder: einem Kind wird durch kontinuierliche Eingabe von Bonbons beigebracht, still zu sitzen; einem Alkoholiker wird bei jedem Schluck ein elektrischer Schlag ver setzt u. ä. Diese Vulgärvorstellungen führten zum Popanz der Verhaltenstherapie als „bloßer Konditionierungstherapie“, wo Menschen dumm und blind denselben Mechanismen unterworfen werden wie Ratten oder Tauben. Nun gibt es zweifellos therapeutische Taktiken, die den oben geschilderten Bildern einigermaßen entsprechen. Es handelt sich dann um therapeutisches Vorgehen bei einem Menschen, dessen gerichtete Aktivität so stark vermindert ist, daß ihm bestimmte Handlungen von selbst nicht mehr möglich sind, z. B. bei Schwachsinnigen, Süchtigen etc. Auch dort wird aber getreu dem Prinzip des schrittweisen Vorgehens jede Form von Eigenaktivität, die an das erwünschte Ziel annähert, beachtet, bekräftigt und explizit im Therapieplan eingesetzt.

Natürlich wird bei jeder Psychotherapie eine gewisse Form von Aktivität vom Menschen verlangt: der Patient muß über sich sprechen, zuhören, sich selbst explorieren oder interpretieren. Diese Form der Aktivität bewegt sich aber im engen Rahmen einer spezifischen verbalen Kommunikation. Die Aktivität, die die Verhaltenstherapie von ihren Klienten verlangt, bezieht sich auf den ganzen Bereich des gestörten Verhaltens. In und außerhalb der Therapiesitzung wird auch auf der Handlungsebene therapiert. Die Unterscheidung von „Therapiestunde“ und „natürlicher Umwelt“ wird daher oft illusorisch; der Therapeut begibt sich entweder in die Umwelt des Patienten, um mit ihm bestimmte Verhaltensweisen zu üben, oder er bespricht in der Therapiesitzung das weitere Vorgehen in der natürlichen Umwelt.

Therapeutische Veränderung des Menschen geschieht bei der Verhaltenstherapie nicht nur von der Innenwelt des Menschen her. In einem auch für eine bestimmte Sicht der Entwicklung kennzeichnenden Prozeß der Wechselwirkung von aktiver Umgestaltung der Umwelt und Verinnerlichung dieses Prozesses vollzieht sich die Heilung.

Neue, für eine ungestörte Lebensbewältigung wichtige Erkenntnisse werden nicht passiv erfahren, etwa einfach durch die Zuwendung des Therapeuten oder durch Analyse eines komplexen Interaktionsmusters. Nicht darauf legt die Verhaltenstherapie ihren Hauptakzent (wenngleich solche Prozesse sicher eine Rolle spielen), sie baut vielmehr ihr Vorgehen auf die Fähigkeit des Menschen zum Erkenntnisgewinn durch aktive Tätigkeit in der Umwelt. Die etwa im Rollenspiel vorgeübte, in der Realität bewußt und geplant ausgeführte assertive Kommunikation vermittelt Einblick in die Reaktion der menschlichen Umwelt und verändert diese. Sie verändert dadurch aber auch die eigene innere Repräsentanz dieser mitmenschlichen Umwelt und trägt so wieder bei zu neuen, ganz realen Veränderungen, die der Patient in seiner Umwelt schafft. Verhaltenstherapie ist also eine Form der Therapie, die sehr deutlich auf dieser Bestimmung des Menschen — wenngleich nie explizit in ihren theoretischen Grundlagen ausgesprochen — als eines Lebewesens, das sich seine innere Welt durch äußere Tätigkeit aktiv erarbeitet und dauernd umgestaltet, besteht.

Es besteht vermutlich eine — noch nicht untersuchte, jedem praktisch arbeitenden Therapeuten aber evidente — Art der Eigenregulierung innerhalb jeder Therapie, die den Therapeuten zwingt, sich an die dem jeweiligen Patienten höchstmögliche Form von Aktivität zu halten, da bei Verwendung nur geringerer Aktivitätsgrade die Therapien nicht gelingen. (Einen geistig voll entwickelten Erwachsenen zu bestimmten Verhaltensweisen dadurch zu aktivieren, daß man ihm „zur Bekräftigung“ Bonbons gibt, selbst wenn er sie sehr gerne ißt, erweist sich z. B. meist als recht unsinnig.)

Ein immer wiederkehrendes Problem in Erwachsenentherapien ist daher auch die Frage nach der geeigneten „Bekräftigung“, sofern operante Methoden verwendet werden<sup>1</sup>. Das aber heißt: der erwachsene Mensch kann eben nicht oder nur schwer einfach passiv einer „Bekräftigungsprozedur“ unterworfen werden, um dann wieder — wie ein reparierter Apparat — zu funktionieren. Nicht zufällig wurden gerade in letzter Zeit, da die Verhaltenstherapie sich mit immer subtileren Problemen abgibt, Methoden entwickelt, die den Patienten dazu stimulieren, eigenes (unerwünschtes) Verhalten selbst aktiv zu registrieren und zu regulieren. Diese Regulation soll mittels „Selbstbekräftigung“ geschehen, wobei vor allem die Selbstbewertung bekräftigende Funktion für neues Verhalten im Ablauf bestimmter zu verändernder Verhaltensketten haben soll<sup>2</sup>. Es ist hier nicht der Ort, auf die Problematik der Übernahme des Bekräftigungsbegriffes auf Bewußtseinsprozesse beim Menschen einzugehen; dieser Begriff wurde — gewonnen in Tierexperimenten in spezifisch ein-

1 Zur Problematik der Verwendung von Begriffen aus der Lerntheorie zur Erklärung menschlicher Lebenstätigkeit überhaupt wird auf die Aufsätze von I. Gleiss und W. Maiers verwiesen.

2 Eine zusammenfassende Darstellung liegt vor bei Hartig 1973.

geengter Situation — dazu gebraucht, die Häufigkeitsvermehrung eingengter Reaktionen zu erklären. Selbst auf dieser niedrigen Stufe des Organismus ist der Bekräftigungsbegriff fragwürdig. Ihn zur Erklärung derjenigen Prozesse anzuwenden, die im Menschen ablaufen, wenn er sein eigenes Verhalten registriert, überwacht und, in sehr bewußter Beobachtung die Konsequenz jedes Verhaltensschrittes antizipierend, sein Verhalten schrittweise ändert, wobei er bestimmte Kriterien der Selbstbewertung als feedback und damit „Bekräftigung“ für jeden nachfolgenden Schritt nimmt, erscheint recht fragwürdig.

Zu viele Hilfskonstruktionen betreffs „innerer Variablen“ müssen erhalten, um die Theorie einer „Bekräftigung“ zu stützen. Das Problem der Eigenaktivierung muß wohl mit Methoden, die dem Inhalt adäquater sind, angegangen werden und wird sich dann vermutlich auch theoretisch anders lösen lassen als mit dem Instrumentarium eines Bekräftigungsbegriffes, der auf ganz anderem Boden, nämlich dem eines reduktionistischen Ansatzes der bürgerlichen experimentellen Psychologie, gewachsen ist.

Wie immer aber im theoretischen Selbstverständnis der Verhaltenstherapie die Selbstkontrolle aussehen mag: ihr immer häufigeres Auftreten im Methodenrepertoire der Verhaltenstherapie zeigt, daß das Ansprechen höherer Aktivitätsgrade des Menschen für den Verhaltenstherapeuten große Relevanz hat. Fremdbestimmung, passives Sich-belohnen-lassen oder Einführung von außen gesetzter aversiver Reize ist dort, wo Eigeninitiative möglich ist, der Anleitung zur aktiven Selbstkontrolle unterlegen.

Aber auch im sogenannten respondenten Modell, z. B. bei der Systematischen Desensibilisierung, ist, entgegen manchen irrigen Vorstellungen, viel Aktivität von seiten des Patienten notwendig; Konzentration auf die Entspannung und die Vorstellungen, Beachtung des Angstpegels, auch dies erfordert aktives Mitarbeiten im Medium des Verbalen und Imaginativen. Die fast jede Systematische Desensibilisierung begleitenden in-vivo-Übungen komplettieren dann wieder im weiteren Rahmen das Aktivitätsprogramm und zeigen die Bedeutung von Aktivität und Initiative des Patienten auch bei der in der Verhaltenstherapie so wichtigen Methode der Systematischen Desensibilisierung. (Eine Systematische Desensibilisierung bei Kindern, Schwachsinnigen und schwer irritierten Personen, also bei solchen, deren gerichtete Aktivität gestört oder nicht voll entwickelt ist, erweist sich deshalb auch als fast unmöglich.)

Die Verhaltenstherapie setzt bei vielen Methoden die Möglichkeit des Menschen, seine Aktivität auf einen Gegenstand zu richten, voraus. Obwohl sie auch für den in seiner Aktivität Gestörten Methoden entwickelt, sieht sie doch in jedem Patienten jemanden, dessen Aktivität zum bestmöglichen Grad in irgendeiner Art einzusetzen ist. Die gerichtete multiple Aktivität, die erst neue Erfahrungen ermöglicht, wird so explizit zum wichtigsten Ansatzpunkt für therapeutisches Bemühen.

Die Bedeutung, die der Verhaltenstherapeut auf die äußere Aktivität des Individuums legt, zeigt zwei Möglichkeiten für die Bestimmung des dahinterstehenden Menschenbildes auf. Einerseits ist diese Betonung eindeutig ein Erbe des Behaviorismus, der am Beginn des Jahrhunderts gegen eine mentalistische Psychologie die äußerlich wahrnehmbare Handlung in den Mittelpunkt der Forschung stellte, damit aber eine Trennung von Bewußtsein und Tätigkeit vornahm (Leontjew 1972). Dieser gegen einen behavioristischen, Ansatz gerichtete Vorwurf schwingt in der Kritik an der Verhaltenstherapie häufig mit. Die Vorstellung vom Menschen, der in der Therapie zum „bloßen Handlungsablauf“ gezwungen wird, ist denjenigen Situationen entlehnt, wo die Zerreißung von Tätigkeit und Bewußtsein eklatant wird in der zahlenmäßigen Registrierung äußerer „Reaktionen“, die als passives, durch Einwirkung eines Stimulus bewirktes Geschehen interpretiert wird. Andererseits besteht in der Betonung der Vorrangigkeit der sinnlich-praktischen Tätigkeit in der Therapie vermutlich die Möglichkeit, diese „äußere Handlung“ auf ihre Ursprünge hin zu untersuchen und ihre Wirkungen für das Bewußtsein zu verdeutlichen. Leontjew etwa (1972) sieht die Möglichkeit der Umgehung eines zweigliedrigen S-R-Schemas in der Einführung der Kategorie der „gegenständlichen Tätigkeit“, die die reale Verbindung des Subjekts zur gegenständlichen Welt schafft und nicht wieder reduziert werden kann auf ein durch seine Konsequenzen bedingtes „Reagieren“.

Zweifellos bedeutet die etwas krampfhaft anmutende Bemühung eines Teiles der Verhaltenstheoretiker durch komplizierte Konstrukte („innere Variablen“) sich einer S-R-Theorie zur wissenschaftlichen Fundierung der Verhaltenstherapie zu bedienen, eine Blockierung verhaltenstherapeutischer Praxis. Sofern wir davon ausgehen, daß in der ausgeübten Praxis der Mensch als tätiges Subjekt angesprochen wird, könnte eine Entfaltung der daraus resultierenden Wechselwirkungsprozesse von „Bewußtsein und Tätigkeit“ (etwa im Sinne Leontjews) auch die Anleitung zum therapeutischen Handeln verändern. Als erster Ansatzpunkt ist jedenfalls die Tatsache gegeben, daß die Verhaltenstherapie durch direkte Anleitung zum Handeln die Orientierung in der realen Welt (nicht die gedankliche Auseinandersetzung mit ihr im Therapieraum) vorantreibt. Es bliebe zu untersuchen, ob von diesem Ansatz her nicht auch die gedankliche Auseinandersetzung des Menschen mit der Welt Formen annimmt, die seine reale geschichtliche Präsenz in der Welt adäquater widerspiegeln, als wenn in der Therapie nur die Möglichkeit der „inneren Repräsentanz“ angesprochen wird.

### **Das Moment der aktuellen Determination**

Die zentrale Frage im diagnostischen Stadium der Verhaltenstherapie ist nicht die nach der Ursache des gestörten Verhaltens, sondern die nach seiner Aufrechterhaltung. Erst von den aufrechterhaltenden Bedingungen aus werden Therapiepläne zur Eliminie-

rung der Störung ermittelt. Der Frage nach der Genese des Verhaltens wird ein bisher wenig bestimmter Stellenwert beigemessen. Einesteils mag sie für Details der Durchführung der Therapie einige Informationen liefern, andererseits dient sie auch der weiteren intuitiven Erfassung der Patientenpersönlichkeit und der Schwierigkeit des zu behandelnden Problemverhaltens. Dabei vermischen sich häufig herkömmliche diagnostische Kategorien mit solchen verhaltenstherapeutischer Provenienz.

Die aktuelle aufrechterhaltende Bedingung aber steht im Vordergrund. Sie zu verändern ist das Anliegen des Verhaltenstherapeuten. Mit ihrer Veränderung stehen und fallen Therapiekonzept und Erfolg der Therapie. Diese Vernachlässigung lebensgeschichtlicher Zusammenhänge mag in einzelnen Therapien verschieden stark ausgeprägt sein, sie wird sich in gewissem Maß überall dort finden, wo Verhaltenstherapie betrieben wird.

Nachdem auch in konventionellen Therapieformen die allzu aufwendige Rekonstruktion der Biografie — wenn auch mit schlechtem Gewissen — abgebaut wurde, wandte sich die Verhaltenstherapie — mit gutem Gewissen, da in ihrem Selbstverständnis theoretisch abgedeckt — ziemlich klar gegen biografische Herleitungen als therapierelevantes Element. Für sie ist Verhalten, wie lange es immer andauern mag, determiniert von den jeweils aktuellen Bedingungen, und das heißt, auch aktuell verformbar. Der „Chronische“, die „Charakterneurose“, die „Kernneurose“: sie alle haben keinen Platz in der Theorie der Verhaltenstherapie. Dort gibt es nur die seit kurzer oder langer Zeit aufrechterhaltenen Störungen, wobei sich von der Zeitdauer her theoretisch über die Schwierigkeit der Behandlung nichts aussagen läßt. Tatsächlich haben Verhaltenstherapeuten mit diesem unbefangenen Herangehen an langjährige Schizophrenie, Schwachsinnige und alte Phobien oft erstaunliche und unerwartete Erfolge auch bei sogenannten therapieresistenten Fällen erzielen können.

Natürlich kann auch ein Verhaltenstherapeut nicht an den Erkenntnissen vorübergehen, die von der Sozialisationsforschung erbracht wurden. Nicht, daß der Mensch prinzipiell durch Umwelt und frühe Erfahrungen ein spezielles Verhaltensrepertoire, Einstellungen und Reaktionsweisen erworben hat, wird übersehen. Es wird nur die aktuelle Bezogenheit von Mensch und Umwelt besonders betont und damit auch die Möglichkeit einer relativ raschen neuen Bezugnahme gesehen. Dabei besteht durchaus die Vorstellung, daß auch in kurzer Zeit erzielte Veränderungen über eine Einführung neuer Kontingenzen „stabil“ sind und nicht, wie ein psychodynamischer Ansatz dies eher vermuten würde, es sich nur um Oberflächenphänomene bei gleichbleibender Struktur handelt. Die Veränderung des Verhaltens als Funktion der Veränderung der aufrechterhaltenden Bedingungen — das bedeutet, daß das Modell von pathologischen Strukturen, die der Störung zugrundeliegen, fragwürdig wird. Die Plasti-

zität des Menschen, die Möglichkeit relativ rascher Veränderung wird betont im Optimismus, daß „nur“ die aktuell aufrechterhaltenden Bedingungen verändert werden müßten, um das Verhalten zu verändern. Die relativ kurz angesetzten Fristen der Therapiedauer entsprechen diesen Vorstellungen ebenfalls. Der Mensch ist nicht prinzipiell ge- oder verformt durch seine frühe Kindheit; auch später treten neue Bedingungen auf, die gestörtes Verhalten auftreten bzw. verschwinden lassen. (Ein Phänomen, das Psychologen, die den Schwerpunkt der Persönlichkeits- und Neurosebildung in der frühen Kindheit sehen, meist nur mit schwierigen Konstrukten erklären können; die Störung lag dann irgendwie „verdeckt“ oder „verborgen“ am Boden der Persönlichkeit und bedurfte nur eines besonderen Auslösers.) So wie der Mensch spät erkranken kann, kann er auch spät und nach langer Zeit der Krankheit gesunden.

Sicher liegt jedem therapeutischen Vorgehen ein gewisser Optimismus, was die Veränderbarkeit auch des schon geformten Menschen betrifft, zugrunde. Wer würde sonst Therapie betreiben? Wir alle wissen aber, wie eng traditionelle Therapeuten den Kreis dessen gezogen haben, was noch therapierbar ist, und welch ungeheuren Zeitaufwand sie zu benötigten scheinen, wenn sie ihre Arbeit „richtig“ machen wollen. Die Vorstellung davon, daß eine aktuell determinierende Bedingung eine Störung aufrechterhält (gleichgültig, wie sie erworben wurde), betont die sehr weitgehend aktuelle Verflochtenheit des Menschen mit seiner Umwelt. Sie zeigt eindrucksvoll, daß der Mensch in seismografischer Abhängigkeit von den ihn umgebenden Bedingungen lebt. Änderungen der Kontingenzen ändern das Verhalten: der Raucher muß nicht mit irgendwelchen früh entwickelten oralen Frustrationen ins Reine kommen, sondern in ganz spezifischen aktuellen Reizkonstellationen neues Verhalten trainieren. Dies zeigt den Menschen in neuer Sicht als einen, der — da von aktuellen Bedingungen abhängig — auch über die Änderung aktueller Bedingungen rasch Neues lernen kann. Er ist immer von neuem fähig, sich zu verändern, im aktuellen Bezug der Realität, in ganz aktuellen Verhaltensklassen. Damit verbunden ist ein weiterer zu therapeutischem Optimismus Anlaß gebender Aspekt: Störungen können unabhängig voneinander auftreten und sind nicht Ausdruck ein und derselben pathologischen Situation. Auch dies bedingt wieder, daß sie unabhängig voneinander behoben werden können.

In der verhaltenstherapeutischen Literatur allerdings bestehen über diese Sicht des Menschen und seine Störungen Probleme. Buchwald und Young (1969) fragen sich, ob das Konzept von der Unabhängigkeit einzelner Verhaltensklassen ein Faktum oder eine Funktion spezieller Experimente und praktisch-therapeutischen Vorgehens ist. Gestützt auf ihre Ergebnisse aus Schizophrenietherapien, sprechen Azrin und Ayllon (1963, 1965) davon, daß bestimmte Verhaltensklassen sich unabhängig voneinander entwickeln und verändern lassen. (Als „typisch“ schizophren geltende Verhaltensweisen wurden

verändert, ohne daß man von wirklicher Gesundung des Patienten sprechen konnte; hier fragt man sich allerdings, ob dies nicht eher ein Beweis dafür ist, daß die Genese von Verhaltensweisen doch nicht vernachlässigt werden darf, da es bei Ayllons Schizophrenie-therapien vermutlich eher um die Therapie von Hospitalismusphänomenen geht als um diejenige primär schizophrener Reaktionen.) Costello (1963), Lovibond (1964), Marks und Gelder (1965) neigen der Ansicht zu, daß es zwei schon von der Genese her verschiedene Typen von Störungen gibt; solche, wo das Symptom die Störung bedeutet und keine Beziehung zu anderen Verhaltensweisen besteht, und solche, wo Symptome Manifestationen zugrundeliegender pathologischer Strukturen sind. Solche Überlegungen aber haben bis jetzt in der Praxis der Verhaltenstherapie wenig Auswirkungen gehabt.

Der therapeutische Optimismus, der den Menschen prinzipiell als veränderbar in jedem Lebensalter ansieht, wird zwar immer wieder einmal durch Therapieerfolge bestätigt, zeigt aber doch, ebenso wie die Vorstellung von der Unabhängigkeit psychischer Störungen voneinander, je älter die Verhaltenstherapie wird, ihre Tücken. Es liegt zwar eine befreiende Vorstellung darin, daß der Patient sich nicht als ein seit früher Kindheit neurotisch determiniertes Bündel von Handlungseinheiten vorkommen muß, dem nur durch „totale Revision“ geholfen werden kann. Die Tatsache, daß er unabhängig von den gestörten Verhaltensweisen völlig „gesunde“ und „normale“ Dinge tut, entlastet von einem sekundär pathogenetisch wirkenden Selbstmißtrauen und Überreflektiertheit. Trotzdem versperrt sich die Verhaltenstherapie bei allzu starrem Festhalten an der jeweils nur aktuellen Determination vermutlich in manchen Gebieten neuen Erkenntnissen. Dies scheint ganz besonders für das Gebiet der Depression zu gelten, wo bisher weder befriedigende verhaltenstherapeutische Theorien noch therapeutische Techniken entwickelt wurden, da vermutlich gerade bei der Depression die Vorstellung der aktuellen Determination besonders schwer aufrechtzuerhalten ist und zu gezwungenen Konstruktionen führt.

Die Vorstellung von der aktuellen Determination des spezifischen Verhaltens stellt den Menschen als ein Wesen dar, das außerordentlich abhängig ist von den herrschenden Umwelteinflüssen. Überdauernde Strukturen bei einem Wechsel des Bedingungsgefüges sind dann nur schwer erklärbar über kognitive Komponenten und andere intervenierende Variablen. In gewisser Weise könnte man sagen, daß unter diesem Aspekt der Mensch in der verhaltenstherapeutischen Praxis viel mehr als ein lebenslängliches Kind gesehen wird denn als spezifisch und überdauernd geformte Persönlichkeit. Das Fehlen einer speziellen Persönlichkeitstheorie entspricht dieser Sicht in bezeichnender Weise. Der Unabhängigkeit von Verhaltensklassen nachzugehen bedeutet also auch, den Menschen als vielfältig und in verschiedenen Ebenen und Phasen als determinierbar anzusehen und die Vorstellung einer gemeinsamen „Wurzel“ der Person aufzugeben.

Positiv zu bewerten ist bei dieser Sicht sicher die Tatsache, daß die Parzellierung des Verhaltens in der Therapie dem verbreiteten Unfug, mittels verbaler Metaphern und Analogien die Gesamtperson mit all ihren verschiedenen Verhaltensweisen auf zwei oder drei gemeinsame „Nenner“ zu bringen, entgegentritt. Ein neues Überdenken der Problematik würde vermutlich bedeuten, daß aktuell determiniertes Verhalten von strukturell determiniertem unterschieden werden müßte. Ohne in alte Diagnoseschemata zurückzufallen, ließe sich vermutlich auch damit sinnvoll operieren.

### **Das Moment der Spezifität**

Besonders in den Erläuterungen zur „Aktivität“ wurde hervorgehoben, daß der Verhaltenstherapeut auf der dem Individuum jeweils spezifischen Möglichkeit der gerichteten Aktivität agiert. Dies gilt auch für andere Bereiche der Verhaltenstherapie. So wird z. B. mit spezifischen Bekräftigungsformen gearbeitet, die spezifische Möglichkeit von Imagination benutzt u. ä. m. Deshalb konnte die Verhaltenstherapie den Kreis des „therapierbaren Lebens“ gegenüber traditionellen Therapieformen sehr stark erweitern. Der Vorwurf, sie würde „Gleichmacherei“ betreiben („Menschen wie Ratten behandeln“) trifft tatsächlich nur die lerntheoretische Interpretation. In der Praxis handelt es sich um eine Erweiterung des Kreises der von der Verhaltenstherapie zu Erfassenden (Schwachsinnige, Säuglinge und Kleinkinder), da sie imstande ist, auf jedes Lebewesen in der ihm spezifischen Weise einzugehen. Wo Selbstkontrolle infolge zu starker Bekräftigung des gestörten Verhaltens (etwa beim Alkoholiker) nicht möglich ist, werden starke aversive Bedingungen „von außen“ eingesetzt; wo eigene Kontrolltechniken bereits von selbst ansatzweise eingesetzt werden, bekräftigt und verfeinert der Therapeut diese etc.

Die der Verhaltenstherapie eigene Flexibilität und Variabilität der Methoden ist bekannt. In expliziter Weise bezeugt sie das Wissen des Verhaltenstherapeuten um die Individualität des Menschen und mehr noch sein Wissen darum, daß nicht jede menschliche Existenz in jedem Bereich der Selbsthilfe in gleichem Maß fähig ist. Wenn Görres (1965) schreibt, daß sich die psychoanalytische Methode dem „Antlitz der Seele anpaßt wie das Wachs dem Siegel“, dann betrifft dies, sofern es überhaupt stimmt, nur die ausgewählte Schicht der „Analysierbaren“; wie die Praxis zeigt, erweist sich für die große Masse derer, die nicht genügend Verbalisierungsfähigkeit zeigen, in süchtigen Abhängigkeiten stecken oder ihre „Widerstände“ nicht überwinden können, dieses „Wachs“ als allzu starr. Die Verhaltenstherapeuten arbeiten nicht mit „Ausschlußverfahren“. Jeder ist prinzipiell therapierbar. Wo Leben ist, ist Lernen möglich. Die Verhaltenstherapie versucht, alle Möglichkeiten nutzbar zu machen.

**Literaturliste**

- Ayllon und Azrin, N. H.: Intensive treatment of psychotic behavior by stimulus satiation and food reinforcement; in: *Beh. Res. Ther.*, 1963, 1, S. 53—61.
- ders.: The measurement and reinforcement of behavior of psychotics; in: *Journ. of the Exp. Analysis of Behavior*, 1964, 8, S. 357—383.
- Breger und McGaugh, J. L.: Critique and reformulation of „learning theory“ approaches to psychotherapy and neurosis; in: *Psychol. Bull.*, 1965, 63, S. 338—358.
- ders.: Learning theory and behavior therapy: a reply to Rachman and Eysenck; in: *Psychol. Bull.* 1966, 65, S. 170—173.
- Buchwald, A. M. und Young, R. D.: Some comments on the foundations of behavior therapy; in: Franks, C. M. (ed.): *Behavior Therapy: appraisal and status*; New York 1969.
- Cattell, R. B.: *Description and measurement of personality*, New York 1946.
- Costello, C. G.: *Behavior Therapy: Criticisms and Confusions*; in: *Beh. Res. and Ther.*, 1963, 1, S. 159—161.
- Dollard, J. und Miller, N. E.: *Personality and Psychotherapy — An analysis in terms of learning, thinking and culture*; New York 1950.
- Drust, P. und Schlrif, H.: „Psychische Störungen“ aus marxistischer Sicht; in: Cramer, Gottwald (Hrsg.): *Verhaltenstherapie in der Diskussion*; München 1973.
- Eysenck, H. J.: *Dimensions of personality*; London 1947.
- Goldfried, M. R. und Kent, R. N.: Traditional vs. Behavioral Assessment — A comparison of methodological and theoretical assumptions; in: *Psychol. Bull.* 1972, 77, S. 409—420.
- Görres, A.: *Methode und Erfahrungen der Psychoanalyse*; München 1965.
- Goldstein, A. P.: *Therapist — patient expectancies in psychotherapy*; New York 1970.
- ders.: *Psychotherapeutive attraction*; New York 1970.
- Guilford, J. P.: *Personality*; New York 1959.
- Hartig, M.: *Selbstkontrolle. Lerntheoretische und verhaltenstherapeutische Ansätze*; München 1973.
- Holzcamp, K.: *Kritische Psychologie*; Frankfurt/M. 1970.
- Leontjew, A. N.: Das Problem der Tätigkeit in der Psychologie; in: *Sowjetwissenschaft*, Heft 4, 1973.
- ders.: Tätigkeit und Bewußtsein; in: *Sowjetwissenschaft*, Heft 5, 1973.
- London, P.: The End of Ideology in Behavior Modification; in: *American Psychologist*, 1972, 27, S. 913—920.
- Lovibond, S. H.: Personality and conditioning; in: Mahr, B. A. (ed.): *Progress in experimental personality research*; Vol. 1, New York 1964.
- Marks, I. M. und Gelder, M. G.: A Controlled retrospective study of behavior therapy in phobic patients; in: *British Journ. Psychiatry*, 1965, 111, S. 561—573.
- Rattner, J.: *Psychologische Menschenkenntnis*; Zürich 1968.
- Skinner, B. F.: *Walden Two*; New York 1948.
- ders.: *Beyond Freedom and Dignity*; New York 1971.
- Yates, A.: *Behavior Therapy*; New York 1970.