

Psychologie und Therapie

Gunter Herzog

Zur klinischen Wirklichkeit der Verhaltenstherapie

Die vorgelegten Gedanken beziehen sich auf Erfahrungen mit der Organisation von Verhaltenstherapie für geistig behinderte Kinder im institutionellen Rahmen. Unter diesen Bedingungen muß der therapeutische Ansatz sich an der übergreifenden Notwendigkeit orientieren, die Umwelt und das Erfahrungsgefüge des Patienten so zu gestalten, daß sie einerseits therapeutisch wirken, d. h. Symptome beheben, andererseits ein angemessenes, menschenwürdiges, anregendes Leben für die Patienten ermöglichen, zum dritten die Fähigkeiten und Arbeitsbedingungen des Pflegepersonals berücksichtigen. Naturgemäß nimmt der verhaltenstherapeutische Ansatz dabei eine relativierte Gestalt an: Er ist einzubauen in medizinische, pädagogische, alltagspraktische, emotionale und arbeitstechnische Belange. Daher drängt sich die Frage auf, welche Position und welchen Stellenwert der Ansatz innerhalb dieser Belange annimmt, bzw. ob er überhaupt Geltung besitzt.

Zur Geltung der Verhaltenstherapie

Die Frage nach Existenz und Geltung der Verhaltenstherapie drängt sich auf, wenn man in der praktischen Arbeit ständig über die Verhaltenstherapie hinausgehen muß, hinter ihr zurückbleibt oder sie in einer Weise ausübt, bei der ihre Grenzen zur Pädagogik, zur Beratung, zur Restriktion verschwimmen. Verhaltenstherapie existiert, sofern sie Gegenstand von wissenschaftlichen Veröffentlichungen ist, Verhaltenstherapie existiert weiter, insofern sie in Institutionen und privaten Behandlungen ausgeübt wird. Schon hier ist die Frage, ob sie unter diesen Bedingungen eine Einheit darstellt. Bei privater Behandlung existiert ein Behandlungsvertrag. Er hat Konsequenzen für die Therapie. So schließt er Momente von freiwilliger Kooperation des Patienten mit dem Therapeuten, damit dessen anerkannte Glaubwürdigkeit und die vorgängige prinzipielle Anerkennung der Möglichkeit des Funktionierens der Therapieform ein. Die Erstellung einer Angsthierarchie zum Beispiel ist nur unter dieser vertraglichen Freiwilligkeit möglich – damit hat der Patient sich selbst festgelegt, daß das beklagte Leiden sich tatsächlich oder möglicherweise auf dem vom Therapeuten gesuchten Gebiet niederschlagen kann. Selbst wenn der Patient die Therapie verläßt, weil er sie für unglaubwürdig hält, anerkennt er damit die prinzipielle, wenn auch in seinem Fall unzutreffende Möglichkeit des Therapierens. Will sagen: freiwillig Patient sein setzt ein Stück Antizipation der therapie relevanten Aspekte beim Patienten voraus, das Symptom ist damit nicht mehr stumm und unbekannt.

Ein Symptom, das sich selbst schon als Symptom benennt, ist bereits ein Stück Formgenese der Therapie selbst. Damit kann freiwilliges Patientsein

nur eingeschränkt als Kriterium für die Realitätsprüfung der Therapieform gelten'.

Unter institutionellen Bedingungen ist der Behandlungsvertrag anders; bei freiwilliger Unterbringung nicht in kaufmännisch-juristischer Hinsicht, bei den meisten institutionell versorgten Patienten auch dies. Der Patient in der Institution hat nicht per Verabredung sein Recht suspendiert, das gesamte institutionelle und therapeutische Setting für seinem Leiden inkompatibel zu erklären, er kann sogar sein Leiden abstreiten. Eine besondere Schärfe erhält dieser Aspekt bei geistig Behinderten, zu deren Isolation neben der Unerfahrbarkeit dessen, wovon sie isoliert sind, oft auch das Fehlen der Sprache gehört, um diesen Zustand oder das Fehlen seiner Benennbarkeit zu bezeichnen. Hier wird die Therapie zur Ernstfalltherapie. Die Symptome bezeichnen sich nicht mehr selbst als Symptome; das Gefüge des Verhaltens und seiner Bedingungen ist auch bei größtem Zutrauen zur Theorie buchstäblich unbekannt und die vorzunehmenden Beobachtungen dienen nicht – wie in einer Behandlung unter freiwilligen Vertragsbedingungen – der Bestätigung dessen, was der Therapeut ohnehin theoretisch konstruieren kann – ohne jede Gefahr, denn der Patient mag es bestätigen oder bestreiten.

Die Verhaltenstherapie gibt ihre besten Möglichkeiten dort, wo das Verhalten gerade dem Patienten selbst nicht zugänglich, die Bedingungen seiner Fortdauer nicht ohne weiteres ersichtlich sind. Daher sind Behandlungen von Behinderten paradigmatisch. Hier bringt eine falsche Beobachtung oder eine Beobachtung unter falschem Aspekt wirklich keine oder falsche Ergebnisse. Ein gutes Beispiel bilden die oft jahrelang fruchtlosen Behandlungen unerkannt tauber Behinderter, deren Kommunikationsarmut noch die Hörprüfung unmöglich macht – ein Fall, der relativ häufig ist und naturgemäß hohe Dunkelziffern aufweist. Auf die Implikationen praktischer Probleme von Hörprüfungen wird weiter unten noch eingegangen.

Unter den strengen Bedingungen wirklich unbekannter Kontingenzen erhält demnach das verhaltenstherapeutische Herangehen seine eigentliche Notwendigkeit. Genau unter diesen Bedingungen steht aber der Therapeut auch unter besonderem Zugzwang und muß über die Verhaltenstherapie hinaus oft nach jeder therapeutischen Hilfe greifen, die sich finden läßt, sei es pharmazeutische Unterstützung, sei es apparative Hilfe, sei es eine heilpädagogische Maßnahme. Die Therapie darf hier nicht von der Zufälligkeit der Spezialausbildung des Therapeuten abhängen, und oft sind nichtverhaltenstherapeutische Maßnahmen ununterscheidbar mit verhaltenstherapeutischen Maßnahmen gekoppelt. So mußte bei einem 14jährigen, um seinen Speichelfluß beherrschen zu lehren, nicht nur ein Verstärkungsplan für Mundkontrolle in Gang gesetzt werden, sondern der Mundschluß selbst mußte durch zweckmäßige Mund- und Atemübungen und allgemeine muskuläre Lockerung allererst ermöglicht werden. Bei diesen Maßnahmen war ununterscheidbar, was noch in die Verhaltenstherapie paßte und was schlichte Gymnastik war – neben motivationalen Komponenten, die eine wichtige Rolle spielten.

Schon hier ist die Realität der Verhaltenstherapie als abgrenzbares Konzept fraglich, sie ist entgrenzt und geht in dem größeren Konzept „klinisch-psychologische Arbeit“ auf. Noch deutlicher werden diese Probleme bei Fäl-

len, in denen eine echte Entscheidung zwischen pädagogischen Disziplinen nötig ist. So ist strittig, ob Autoaggressionen durch heilpädagogischen Aufbau von Kontakt- und Spielverhalten oder durch Löschung oder durch andere aversiven Konsequenzen wirksam modifiziert werden können. Gerade dieses Verhalten erzwingt jedoch wegen der sehr ernstesten Verletzungsgefahr eine schnelle und richtige Entscheidung. Nun zählt zwar der „Aufbau inkompatiblen Verhaltens“ zum Bestand der Verhaltenstherapie, aber die Mittel zu einem solchen Aufbau müssen nicht unbedingt verhaltenstherapeutisch sein, sind es in der Klinik oft nicht und stehen dem Verhaltenstherapeuten überdies oft genug nicht ausreichend zur Verfügung, weil die Disziplin sie noch gar nicht ausgearbeitet hat (im Gegensatz zum Beispiel zur Sonderpädagogik). Die Frage nach der Realität der Verhaltenstherapie ist also unter klinischen Bedingungen keineswegs eindeutig entscheidbar, sondern ist als Problem zu kennzeichnen. Offensichtlich ist, daß die Verhaltenstherapie nicht als umschriebenes Konzept mit umschriebenen Mitteln und wohlbegründetem Anwendungsgebiet auftreten kann, sondern daß sie, begrenzt und vielfältig überlagert, in der klinischen Arbeit ihren Geltungsanspruch noch einzulösen hat.

Zum Selbstbild der Verhaltenstherapie

Das Bild der Verhaltenstherapie, das sie nach ihrer Literatur darbietet, ist von der Gleichzeitigkeit der Ansprüche geprägt, wissenschaftlich-experimentell sauber und praxisbezogen zu sein. Für beide Ansprüche gibt es bestechende Argumente: Die Fundierung in der Lerntheorie scheint die Möglichkeit zu bieten, ohne Reste und in einer einheitlichen Rahmentheorie die Komplexität des Psychischen zu erfassen und therapeutisch zugänglich zu machen. Diese Theorie bietet sich dar als unmittelbar in praktische Verfahren übersetzbar. Die Beziehungen zwischen dem in der Praxis Vorgefundenen scheinen eindeutig den Prognosen der Theorie zu entsprechen. Das experimentelle Auftreten der Therapie scheint die Trennung in Forschung und Praxis aufzuheben – kein Unterschied zwischen wissenschaftlicher Praxis und therapeutischer Praxis, die Therapie unmittelbar und ohne unsaubere Randgebiete wissenschaftlich angeleitet, auch eindeutig auf die Theorie zurückbezogen und nicht auf andere Theorien beziehbar. Die Erwartungen an die Praxisbezogenheit gehen denn auch dahin, daß sich die Verwissenschaftlichung der Praxis ohne Bruch den Verfahren wissenschaftlichen Arbeitens und wissenschaftlicher Darstellungsweisen fügen werde.

Diesem Anspruch von Harmonie zwischen Theorie und Praxis widerspricht schon die Literatur selbst. Zunächst ist zu bemerken, daß in der Literatur schlicht die Forschungsberichte überwiegen und daß Berichte aus der klinischen Praxis weitgehend fehlen. Wir haben zwölf Jahrgänge von Eysencks „Behavior Research and Therapy“ (1963/64–1974) und sechs Jahrgänge von Wolpes „Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry“ (1970–1975) ausgezählt. Von 976 Artikeln entstammten nur 194 der klinischen Praxis. Aufgenommen wurden dabei Berichte aus dem Universitäts- und Ambulanzbereich, wenn sie ernsthafte Therapie, keine reine Forschung schilderten. Fortgelassen wurden ausgesprochen wissenschaftliche

Arbeiten ohne therapeutische Leitinteressen, auch wenn sie von Klinikern stammten. In Wolpes Zeitschrift schwankt das Verhältnis unregelmäßig zwischen 10 : 1 und 4 : 1, in Eysencks Zeitschrift sinkt es fast kontinuierlich zu Ungunsten der klinischen Berichte von 2,3 : 1 (1963/64) über 9 : 1 (1971) auf etwa 5 : 1 in den letzten Jahrgängen. Dieses Ungleichgewicht kann nicht nur daran liegen, daß die Praktiker keine Zeit haben, ihre Erfahrungen zu veröffentlichen: Wäre es so, wie behauptet, daß Forschungsverfahren und die entsprechenden Darstellungsmittel (z. B. Strichlisten, Diagramme, Verhaltensanalysen) zum unabdingbaren Rüstzeug der verhaltenstherapeutischen Praxis gehören, so hätte jeder Praktiker kaum „Übersetzungsaufwand“ für seine Darstellungen zu treiben, sondern die praktische Erfahrung wäre schon durch die wissenschaftlichen Darstellungsmittel strukturiert, könnte in dieser Form also veröffentlicht werden.

Zum anderen macht sich der genannte Widerspruch in der veröffentlichten Literatur selbst bemerkbar. Könnte man von der unmittelbaren und eindeutigen Beziehung zwischen Theorie und Praxis ausgehen, so müßte sich dieses Gleichgewicht auch in den veröffentlichten Forschungsberichten selbst niederschlagen. Es müßte dann auch im Verhältnis von Theorie und Forschungspraxis ein Gleichgewicht oder eine Wechselbeziehung herrschen – ein Wechselverhältnis von Theorie und Experiment müßte die Literatur durchziehen. Stattdessen herrscht ein bemerkenswertes Übergewicht des Experiments ohne Spannung zur Theorie – die Theorien (Watson, Skinner, Pawlow, Wolpe, Bandura, Kanfer etc.) bilden eher einen Referenzhintergrund für affirmative Experimente. Resultat ist, daß überwältigend viele Veröffentlichungen über Untersuchungen gar nicht mehr experimentell in dem Sinne sind, daß sie Theorie prüfen oder erläutern. Experimente sind stets an Theorie gebunden, wo keine Theorie, da auch kein Experiment. In vielen Untersuchungen geht es dagegen überwiegend um die Darstellung methodisch sauberer Entscheidungsstrategien für Alternativen, die theoretisch kaum Bedeutung haben und die in der Behandlungspraxis kaum als Alternative auftreten. Beispiel: Zahlreiche Untersuchungen mit Kontrollgruppen, in denen therapeutische Strategien verglichen werden wie In-Vivo-Desensibilisierung gegen vorgestellte Angsthierarchien bei Phobien. Nur bei dieser Art Untersuchungen spielen auch Schlangenphobien und Redeängste, abgeprüft an Collegestudenten, immer wieder eine Rolle. Die Beziehung zur Theorie, gar zu der Notwendigkeit ihrer Weiterentwicklung, ist hier überwiegend stillgestellt. Schon auf der Publikationsebene – der Ebene der wissenschaftlichen Selbstdarstellung der Verhaltenstherapie – kann also der Anspruch einer direkten und regelmäßigen Wechselbeziehung zwischen Theorie, Experiment und praktischer Umsetzbarkeit nicht aufrechterhalten werden. Zwischen allen drei Komponenten gibt es Brüche. Die wünschenswerte Spannung zwischen Theorie/Experiment einerseits, Praxis andererseits ist verzerrt, die affirmativen Scheinexperimente haben mit ihrer Spannung zur Theorie auch ihre praxisanleitende oder innovative Kraft eingebüßt. Bemerkenswert ist dabei, daß gerade von der reinen Theorie noch eher praxisanleitende Impulse ausgehen; auch wenn manche Bemühungen in der Modellbildung „krampfhaft“ wirken mögen und an „Blockierung verhaltenstherapeutischer Praxis“ grenzen², so ist doch jede Verhaltenstherapie durch ein un-

verzichtbares lerntheoretisches Grundgerüst angeleitet, das zu vergessen therapeutisches Scheitern garantiert. Schwierig wird es allein bei dem Anspruch auf praktische Bedeutung des experimentell-wissenschaftlich zu handhabenden therapeutischen Handelns.

Ein Beispiel: Ein geistig schwer behindertes, äußerst unruhiges Kind zeigt bei intakter Motilität außer ziellosem, raschen Hin- und Herlaufen, Drücken von Klinken, Rieseln mit Sand, Zerreißen von Kleidung keine Aktivitäten. Eine irgendwie geartete Verständigung war bislang nicht herzustellen, keinerlei sprachliche Ansätze, keine Imitationen, aber gelegentlicher spontaner Blickkontakt. Außerdem schreit der Junge, vermutlich bei Hunger, Müdigkeit oder Schmerz (die Ursachen können nur vermutet werden) unerträglich laut und schrill. Der Verdacht auf Gehörlosigkeit liegt nahe, aber die Grobprüfungen fallen bei der Unruhe des Kindes naturgemäß mehrdeutig aus. Ein Audiogramm ist nicht möglich, weil keine Verständigungsmöglichkeit vorliegt, mit deren Hilfe eine Instruktion gegeben werden könnte, d. h. es besteht keine Möglichkeit für das Kind, Hören oder NichtHören willentlich zu signalisieren. Die bei behinderten Kindern üblichen Hilfsmittel bei Audiogrammen (Beobachtung des Lidschlags, des Atemholens etc.) sind nur grobe Hinweise und ohne genaue quantitative Verarbeitung nur eingeschränkt brauchbar, im vorliegenden Fall durch die generelle Unruhe des Kindes nicht einsetzbar.

Ein EEG-Audiogramm, bei dem bei Beschallung Potentiale aufgezeichnet werden, bereitet durch die Unruhe des Kindes ebenfalls fast unüberwindliche Schwierigkeiten, gibt außerdem nur Auskunft über die physikalische Intaktheit des Schalleitungsapparats und der entsprechenden cerebralen Verarbeitung, nicht über die Koppelung zwischen Schallreiz und Information. Zur Registrierung der physikalischen Hörfähigkeit wäre eine Auszählung der Lidschlagfrequenz oder der Frequenz von Kopfwendungen zur Schallquelle hin nach entsprechenden Grundraten sinnvoll. Dieses Design würde unter den Bedingungen des experimentellen Arbeitens mit Versuchspersonen, mit denen die entsprechenden Verabredungen vorliegen, vermutlich Wohlgefallen als gute Anordnung erwecken. Im vorliegenden praktischen Fall ist es nicht ohne weiteres durchführbar, weil nicht einmal eine Mindestverabredung zum Stillsitzen getroffen werden kann. Grundraten von Lidschlag oder Kopfwendungen sind nicht zu erheben, weil das Kind keine Bewegungseinschränkungen toleriert und sofort durch Fortlaufen oder Schreien die Bedingungen der Erhebung zerstört. Sicher ließe sich in längerer Arbeit ein Stillsitzen konditionieren, aber es geht uns ja hier um die Frage, welchen Realitätsgrad experimentell „saubere“ Verhaltenstherapie in der Ernstfallpraxis beanspruchen kann. Im vorliegenden Fall wurde der Anspruch auf solche Sauberkeit fallengelassen und das Kind nach Ökonomiekriterien behandelt. Es wurde von vermuteten Hörresten ausgegangen und – ohne Grundrate – die Aufmerksamkeit des Kindes auf einfache akustische Phänomene gelenkt, in der Hoffnung, es werde sie selektieren lernen, sie „begreifen“ und irgendwann eindeutige Reaktionen zeigen. Ein heilpädagogisches Verfahren. Bei einem ähnlichen Fall brachte ein Radio Erfolg, das dem Kind, das auf Schall in keiner Weise reagierte, aber gern an Rädern drehte, angeschaltet zum Spielen gegeben wurde. Das Kind drehte erwartungsgemäß am Laut-

stärkeknoipf und flüchtete dann entsetzt vor dem Schall. Mittlerweile lernt es ohne akustische Hilfsmittel, aber mit verhaltenstherapeutisch geplanter Verstärkung sprechen. Auf das Problem des experimentellen Vorgehens bezogen heißt das: Die Praxis macht ein experimentell sauberes Planen oft so schwer, daß zugunsten des therapeutischen Handelns darauf verzichtet werden muß. Der Verhaltenstherapeut wird dann „blind“ therapieren müssen, oder er wird zu Methoden von außerhalb der Verhaltenstherapie greifen und mit ihnen die verhaltenstherapeutische Arbeit unterstützen oder bisweilen ersetzen.

An den Beispielen läßt sich ablesen, daß unter den Bedingungen klinischer Ernstfallarbeit die Verhaltenstherapie anders erscheint, als sie sich selbst in der Literatur darbietet. Ihr Anspruch auf Einheitlichkeit von Lerntheorie und wissenschaftlicher Verfahrensweise (z. B. experimentell sauberes Vorgehen) erscheint zweifelhaft. Vielmehr diktiert das klinische Arbeiten oft lerntheoretisch fundiertes und angeleitetes, aber nicht experimentförmig verlaufendes Handeln. Damit soll nichts gegen experimentelle Sauberkeit gesagt werden, nur insofern, als in der Verhaltenstherapieliteratur gerade jene experimentelle Fundierung der Therapie als ihr konstituierendes Moment betrachtet wird, fällt die klinische Ernstfallarbeit aus diesem Anspruch heraus. Es ist danach fraglich, ob klinische Verfahrensweisen der geschilderten Art sich noch der Verhaltenstherapie zurechnen dürfen, oder ob die Verhaltenstherapie nicht solche Arbeitsweisen als legitimen Teil ihrer Praxis zu betrachten und auch in die Theoriebildung einzubeziehen hätte.

Es entspricht gerade der hier zu kennzeichnenden Tendenz, daß die Versuche, praktische Erfahrungen fruchtbar zu machen, sich gerade nicht auf die Theorie auswirken, sondern eine neue pragmatische Ebene „unterhalb der Theorie“ geschaffen haben. So sind die elaborierten Lerntheorien pragmatisch in einige einfache Formeln transformiert worden, der Experimentalbegriff wurde erweitert und zeigt in seiner lapidaren Grundformel („das zu verändernde Verhalten ist abhängige Variable, die zu variiende Bedingung ist unabhängige Variable . . .“) allenfalls noch propädeutischen Charakter. Diese Pragmatisierung gilt es nicht vom Standpunkt der Theorie zu bedauern, sondern sie ist als Ergebnis verhaltenstherapeutischer Praxis zu thematisieren. Keinesfalls sollten Ergebnisse solchen pragmatischen Handelns im Nachhinein wieder in eine theorieähnliche Form gezwungen werden, um den wissenschaftlichen Schein zu wahren⁴.

Zur Rezeptionsgestalt der Verhaltenstherapie

Für die Art, wie Verhaltenstherapie rezipiert wird, zum Beispiel in der Ausbildung des Verhaltenstherapeuten, aber auch in der Öffentlichkeit, müssen diese Überlegungen Konsequenzen haben. Am wissenschaftsformigen Verfahren, an der scheinbar stets objektivierbaren Hypothesen-Verifikationsstrategie hängt der Optimismus der Verhaltenstherapeuten selbst, mit ihm auch der Glaube der Öffentlichkeit an die Treffsicherheit der Verhaltenstherapie. „Unheimlich aber wirksam“ wurde verhaltenstherapeutische Praxis einmal im „Spiegel“ genannt. Prinzipiell ist dieser Optimismus begründet, sofern er sich auf die grundsätzliche Entschlüsselbarkeit und Be-

einflußbarkeit von Verhalten bezieht und sich gegen die Annahme prinzipiell verborgener pathologischer Mechanismen richtet. Falsch ist er dort, wo er Perfektion suggeriert und so unter anderem als Ausbildungshindernis wirkt. Vielfach ist es dieses Problem, das die Ausbildung an der klinischen Praxis vorbeizieleen läßt. So scheint die Erstellung funktionaler Analysen, die Ausbildungsgegenstand ist, ein lückenloses Netz über die Symptomatik zu werfen, aus denen Verstärkungs- oder Löschmethoden quasi zwangsläufig herauspringen. Die konkrete Umsetzung für den Einzelfall scheint dem Belieben, der Erfahrung, der Geschicklichkeit des Therapeuten anheimgestellt, die er als Auszubildender erst noch erwerben muß.

Ein Beispiel für solche Durchführungsschwierigkeiten bei gleichzeitiger Simplizität der Verhaltensanalyse: Ein Kind hat die Gewohnheit, den Zaun des Spielgartens zu zerstören, so daß andere Kinder entlaufen. Wird das Kind am Betreten des Gartens gehindert, erregt es sich sehr und wird aggressiv. Das Zerstören des Zaunes erledigt es dagegen methodisch, Latte für Latte, mit allen Zeichen der Befriedigung wie eine gut gelöste Aufgabe. Funktional-analytisch birgt das Geschehen keine Probleme. Das Lattenabreißen ist operant und scheint Selbstverstärkungswert zu haben, provoziert außerdem Zuwendung. Einfaches Löschen durch Entzug dieser Konsequenzen hat keinen Einfluß, ein alternatives Verhalten ließ sich bislang nicht aufbauen, simples Verbot bzw. Eingriff hat bislang nichts ausgerichtet (das Abreißen geschieht blitzschnell). Entfernung aus der Situation hat wieder soziale Zuwendung als Begleitumstand und endet regelmäßig in heftigen aggressiven Auseinandersetzungen mit den entsprechenden unübersichtlichen und schwer steuerbaren Folgeerscheinungen. – Ein weiteres Beispiel: Der nämliche Junge, der anläßlich der Hörprüfungsprobleme geschildert wurde, bringt mit hoher Frequenz willkürlich kleine Mengen von Mageninhalt heraus und schmiert vergnügt mit dem Fleck auf dem Boden herum. Auch hier: Verhaltensanalyse klar, aber nutzlos. Auf Verbote hört der Junge nicht, körperliche Strafen verbieten sich aus einer Reihe von Gründen (Nachahmung durch andere Kinder, Verschlechterung der ohnehin delikaten und rudimentären Beziehung zu dem Kind usw.), time-out ist schlicht nutzlos.

Für solche Fälle bietet das wissenschaftliche Gewand, in dem sich die therapeutische Lehre darbietet, keine Hilfe. Hier bedürfte es der Kasuistik, das heißt einfacher aber ausgebreiteter Informationen über vergleichbare Erfahrungen. Die für verhaltenstherapeutische Literatur üblichen Darstellungsformen sind aber durch jene Tradition der Wissenschaftsförmigkeit so belastet, daß sie das Bedürfnis nach solcher Ernstfallkasuistik nicht abdecken können. Ein Überblick über kasuistische Literatur lehrt, daß zur Veröffentlichung nur solche Fälle kommen, die offensichtlich vom Ansatz und Verlauf her Wissenschaftsförmigkeit der Darstellung gewährleisten – kein Fallbericht ohne Diagramme. Wichtig für die Darstellungswürdigkeit scheint weiter auch der erfolgreiche Verlauf von Therapie zu sein – für das Erlernen der Therapie und die Ausbreitung der Erfahrung über sie ist aber, genau wie für die Supervision, die genaue Darstellung von gescheiterten Therapien und deren Bedingungen erforderlich. In der genannten Auszählung von 1074 Zeitschriftenartikeln fanden sich ganze zwei Berichte über Mißerfolge.

Das Resultat ist neben falschen Erwartungen an den Verhaltenstherapeuten durch seine Kollegen in der Institution ein schmerzhafter Relativierungsschock bei ihm selbst. Hier klaffen also die Rezeptionsgestalt der Verhaltenstherapie und ihre klinische Realität weit auseinander. Es ist sicher kein gutes Zeichen, daß die Rekonstruktion der wahren therapeutischen Möglichkeiten der Verhaltenstherapie sich erheblich von ihren Ansprüchen entfernt und in der Regel vom einzelnen isoliert geleistet werden muß. Von diesen Möglichkeiten soll abschließend die Rede sein.

Verhaltenstherapie ohne Verhaltenstherapeuten

Die wahren Möglichkeiten der verhaltenstherapeutischen Arbeit in der Klinik zeigen sich gerade an den Punkten, wo sie sich entgrenzt, ihren Anspruch auf wohlumschriebene Konzepte aufgibt und mit anderen psychologischen Methoden und mit außerpsychologischen Berufen kooperiert. Diese simple Tatsache scheint von Apologeten und, mit Ausnahmen, auch von Kritikern der Verhaltenstherapie oft übersehen zu werden. Dies hängt möglicherweise damit zusammen, daß sich die klinische Praxis schlecht in die üblichen Darstellungsmittel zu fügen scheint und daher klinische Arbeitsbedingungen selten als konzeptbildende Elemente reflektiert werden⁵. Daher werden auch Kritiker oft zwangsläufig von jener verkürzt, durch das Übergewicht der Quasiexperimente deformierten Gestalt der Verhaltenstherapie ausgehen. Die wissenschaftlichen Apologeten der Verhaltenstherapie neigen in Kontinuität mit behavioristischen Redeweisen dazu, ihre Disziplin mit Psychologie gleichzusetzen. Dem gebührt jede Kritik. Die klinische Arbeit lehrt, daß z. B. jedes anamnestiche Gespräch, sei es auch zur Vorbereitung einer Verhaltenstherapie, regelmäßig über das Setting einer Verhaltensanalyse hinausgehen muß.

Ein Beispiel: Ein achtjähriger Junge wurde wegen „Autismus“ nicht beschult. In der Anamnese und der Verhaltensbeobachtung ergaben sich Anzeichen für eine mit dem autistischen Bild nicht deckungsgleiche Kontakt- und Kommunikationsstörung. Da den Eltern viele der Verhaltensweisen des Jungen gar nicht auffällig waren, sie aber wußten, daß mit dem Kind „etwas nicht stimmte“, war die leitende Kategorie der Gespräche die „Auffälligkeit“ des Kindes; die Gespräche mußten unter Aufbietung aller zur Verfügung stehenden psychologischen Kenntnisse geführt werden. Die Verhaltensweisen, an denen der vermeintliche Autismus kenntlich wurde, mußten in abstraktiver und zusammenfassender Arbeit herausgearbeitet werden und bilden bis heute eine stets schwankende und zu revidierende Grundlage der Therapie. Auch das therapeutische Vorgehen war, obwohl lerntheoretisch orientiert, von der Vagheit jener Daten abhängig, muß immer wieder mit Überlegungen von außerhalb der Verhaltenstherapie konfrontiert werden und ist allenfalls im nachhinein aus einer schematischen Verhaltensanalyse herleitbar. Hier zeigt sich, daß schon in der Tätigkeit des einzelnen Psychologen die Verhaltenstherapie nur einen Teilaspekt darstellt, den andere ergänzen. Das Konzept der „Fehlangepaßtheit“, obwohl von seinen Apologeten als Alternative zur Psychopathologie angeboten, nimmt im klinischen Betrieb ebenfalls eine relative Position ein. Es tritt an die Stelle von wichtigen Defizienten der Psychopathologie, überdeckt jene aber nicht.

Ein Beispiel: Ein achtjähriger Junge mit einer schweren Phakomatose (Veränderung des Großhirns mit tumorösen Hautveränderungen, Krampfanfällen und hochgradigem Schwachsinn) zeigt erhebliche Verhaltensstörungen, die zwar „fehlangepaßt“ sind, aber als Teil des Krankheitsgeschehens aufgefaßt werden müssen. Selbstverständlich „deckt“ das lerntheoretische Konzept nicht das diagnostische Verfahren. Hier zeigt sich, daß verhaltenstherapeutische Analysen und Interventionen nur einen Teilbereich der klinischen Kooperation abdecken. Das psychopathologische Konzept der Verhaltenstherapie kann die Krankheitslehre der Medizin und der Psychoanalyse so wenig ablösen wie jene ohne verhaltenstherapeutische Beiträge auskommen werden. Aus diesem Grunde trifft die Kritik am Konzept der „Fehlangepaßtheit“ die klinische Arbeit nur zu einem geringen Teil, denn in der Klinik ist nicht daran zu denken, aus diesem Konzept eine ganze Krankheitslehre zu machen. Wird eine klinische Diagnose therapeutisch umgesetzt, bezieht sich die Therapie schon auf einen arbeitsteiligen Begriff, auf eine Konfiguration.

Auf die durch Kooperation zu ergänzende Partialität des verhaltenstherapeutischen Ansatzes läßt sich auch die Kritik von Gleiss beziehen, Verhaltenstherapie verstärke nur, was vorhanden sei, lehre aber nicht eigentlich⁶. Abgesehen davon, daß hier die Thematisierung von Imitations- und Modellierungsprozessen in der Verhaltenstherapie außer acht gelassen wurde, ist zu beachten, daß der Verhaltenstherapeut zwar in der Lerntheorie über ein grundlegendes und generelles Hilfsmittel verfügt, daß aber seine Arbeit ergänzt wird durch Lehrer, Heilpädagogen, Sprachheiltherapeuten etc., deren Arbeit sein Konzept nicht aufsaugt, sondern ergänzt, und deren Kollege er ist. Die Verhaltenstherapie hat also in der klinisch-psychologischen Arbeit mit anderen psychologischen Konzepten zu kooperieren, wer sie ausübt, muß mit nicht-psychologischen Berufen kooperieren. Der Psychologe arbeitet in der Klinik in der Regel nicht als Verhaltenstherapeut, sondern als klinischer Psychologe, der Verhaltenstherapie ausübt – neben anderen Aufgaben und neben Nichtpsychologen, die eventuell ebenfalls Verhaltenstherapie ausüben. Unter diesem Gesichtspunkt ist es nutzlos, die Verhaltenstherapie als falschen Ansatz der Psychologie zu kritisieren, weil sie nicht die Psychologie ist. Diesbezügliche Ansprüche der Verhaltenstherapie sind allerdings zurückzuweisen. Von der Verhaltenstherapie ist zu fordern, daß sie die Summe ihrer praktischen Erfahrungen präsentiert und reflektiert, auf diese Weise zur Formulierung einer humanen und fortschrittlichen klinischen Psychologie beiträgt und nicht länger technizistisch um sich selbst kreist.

Anmerkungen

1 Hier gilt mutatis mutandis, was Holzkamp über psychologische Experimente ausgeführt hat. Vgl. Holzkamp, K., Verborgene anthropologische Voraussetzungen der allgemeinen Psychologie. In: Holzkamp, K., Kritische Psychologie, Frankfurt/M., 1972, S. 35, bes. S. 38 ff.

2 Jaeggli, E., Persönlichkeitstheoretische Implikationen verhaltenstherapeutischer Praxis, in: Das Argument 91, 1975, S. 434.

3 Jaeggli a.a.O., S. 427.

4 Schröder gibt ein gutes Beispiel für solche retrospektive Verwissenschaftlichung therapeutischer Pragmatik. Sein Beitrag wirkt streckenweise wie die Karikatur des hier Kritisierten. Dies ist umso verwunderlicher, als Schröder im selben Beitrag eine zutreffende Zusammenfassung der Probleme zwischen Theorie und Praxis gibt. Vgl. Schröder, G., Theorie und Praxis der Angstreduktion bei Kindern, in: Mitteilungen der Gesellschaft zur Förderung der Verhaltenstherapie 2, 1971, S. 13.

5 Franks spricht davon, daß sogar die klinische Literatur der Verhaltenstherapie entweder von akademischen Autoren oder von Klinikern in akademischen Arbeitszusammenhängen (academic settings) beherrscht werde. Ayllon/Azrin's „Token Economy“ ist einer der wenigen Praxisberichte, in dem klinische Rahmenbedingungen als Arbeitsgrundlage direkt benannt werden – recht günstige Bedingungen: Die tägliche Versorgungsarbeit der Abteilung wurde von Patienten erledigt, und das Pflegepersonal hatte die Möglichkeit und das Recht, die Behandlung abzubrechen, wenn sie zu problematisch wurde. Für deutsche Verhältnisse ist dies sicher nur der „relative Ernstfall“. Vgl. Franks, C. M. (Ed.): Behavior Therapy Appraisal and Status, New York 1969, Vorwort; Ayllon, T./Azrin, N., The Token Economy, A Motivational System for Therapy and Rehabilitation, New York 1968.

6 Vgl. Gleiss, I., Verhalten oder Tätigkeit? In: Das Argument 91, S. 440.

Ernest Borneman

Zur Nomenklatur der Psychiatrie

Bis zur Zeit von Charcot (1825–1893), Kraepelin (1856–1926), Freud (1856–1939), Bleuler (1857–1939) und Janet (1859–1947) glaubten die Ärzte, daß alle „Geisteskrankheiten“ endogen, nicht exogen seien, und schrieben die Symptome des „Irnsinns“ somatischen Ursachen (Gehirntumoren, Sklerosen usw.) zu. Die Revolution der Psychiatrie, die nun ein rundes Dreivierteljahrhundert alt ist, bestand vor allem darin, daß man zwischen somatogenen und psychogenen Störungen zu unterscheiden lernte. Erst seit kurzer Zeit sind neue Zweifel an dieser einst revolutionären Unterscheidung aufgetaucht, und zwar nicht nur bei kritischen Einzelgängern wie Szasz, bei Anti-Psychiatern wie Laing und Cooper, sondern auch unter Psychoanalytikern, Verhaltenstherapeuten und Neurologen jüngerer Alters. Die Gruppe der Sozialpsychologen und Sozialpsychiatern, die mit ihnen sympathisiert, fragt heute, ob Psychosyndrome, die nicht körperlich bedingt sind, notwendigerweise „seelisch“ bedingt sein müssen, oder ob sie nicht vielleicht umweltbedingt sind, also ökologisch und gesellschaftlich erzeugt werden. Gibt es überhaupt so etwas wie psychogene Neurosen? Ist der Terminus „Psychose“ nicht selbstkontradiktorisch? Sind alle „psychischen“ Störungen mit Ausnahme der strikt somatogenen nicht soziogen? Steckt der Erreger des „psychischen“ Leidens nicht stets in dem Elternhaus, in dem man aufgewachsen ist, in der Schule, die man besucht hat, in der Familie, in der man lebt, in den Arbeitsbedingungen, unter denen man sein Brot verdient, in der sozia-