

Störungen. Dabei verändert sich die Betrachtungsweise: Es wird nicht mehr darauf geschaut, was die Person tut (Verhalten), sondern darauf, was sie angeblich hat (Krankheit).

Situation und Selbstverantwortung. Im medizinischen Modell gehen situationale und normative Komponenten verloren. Zudem wird weitgehend außer Acht gelassen, welche Rolle die Aktivitäten der Person selbst für das Zustandekommen bzw. die Veränderung einer psychischen Störung spielen.



Das medizinische Modell ist selbst in der somatischen Medizin längst nicht mehr allgemein anerkannt. Gerade in neuen Entwicklungen, beispielsweise der →Verhaltensmedizin, werden situationale, gesellschaftliche und Verhaltensfaktoren für das Zustandekommen von Erkrankungen ausführlich diskutiert (vgl. 1.6.5).

Symptomverschiebung. Die unterschiedlichen Auffassungen des medizinischen und verhaltenstherapeutischen Modells können am Konzept der Symptomverschiebung verdeutlicht werden. Freud (1926) hatte das Denkmodell der Neurologie und damit zentrale Annahmen des medizinischen Modells auf die Struktur des psychischen Apparates übertragen. Demnach sei eine effiziente Behandlung eines Problems nur möglich, wenn die Ursachen – auf der Ebene des psychischen Apparates – behandelt würden. Andernfalls komme es notwendigerweise zur Symptomverschiebung. Aus der Sicht der Verhaltenstherapie ist das zugrunde liegende Denkmodell unangemessen. Im Modell wird nämlich angenommen, dass die Ursachen des Problems in einem wie immer gearteten Krankheitsprozess zu suchen sind, der selbst nicht beobachtbar ist. Aus der Sicht der Verhaltenstherapie sind die Ursachen einer psychischen Störung in den Bedingungen der Entstehung und Aufrechterhaltung zu sehen (vgl. 1.5.1). Diese, und nicht ein zugrunde liegender Krankheitsprozess sind zu ändern, damit es zu einer Veränderung des Problems kommt. Die Verwendung des Symptombegriffs hat in der Verhaltenstherapie deshalb wenig Sinn, weil es hier um die Veränderung von Problemverhalten in konkreten Situationen geht.

1.4.2 Lerntheoretisches Modell psychischer Störungen

In der Psychologie wurden verschiedene Modelle psychischer Störungen ausgearbeitet, die als Alternativen zum medizinischen Modell formuliert wurden, z.B. sozialpsychologische Ansätze im Rahmen der Antipsychiatrie. Das aus Sicht der Verhaltenstherapie wichtigste Modell ist das lerntheoretische Modell. Welche Grundprinzipien beinhaltet es?

Lernen. Für die Entstehung psychischer Störungen sind Mechanismen des →Lernens entscheidend. Vereinfacht ausgedrückt: Verhaltensabweichungen weisen eine wichtige Komponente auf, die gelernt wurde – demzufolge können Merkmale der Störung auch verlernt werden. Es steht außer Frage, dass Lernen vor dem Hintergrund biologischer, genetischer und evolutionärer Bedingungen erfolgt. Neuere Lerntheorien gehen auch davon aus, dass Lernen ein Prozess auf mehreren Ebenen ist (automatische Konditionierungsprozesse, Lernen durch Einsicht etc.).

Normalität und Störung. Verhalten ist nicht per se „normal“ oder „abnorm“; Verhaltensweisen sind auf einem Kontinuum zu sehen, an dessen einem Ende wir von Normalität sprechen, am anderen Ende von Störung. Die Beurteilung von Verhalten als „pathologisch“ bzw. „behandlungsbedürftig“ erfolgt anhand von Kriterien, nämlich

- ▶ von Merkmalen des Verhaltens selbst (z.B. Intensität oder Häufigkeit),
- ▶ von Merkmalen des Kontextes (der Situation), in dem das Verhalten auftritt, sowie
- ▶ durch einen Beurteiler, der anhand bestimmter fachlicher Kriterien oder Normen über das Verhalten entscheidet.

Prinzipien sind universell. Die Prinzipien, mit deren Hilfe menschliches Verhalten beschrieben wird, sind universell. Entstehung und Aufrechterhaltung normalen wie pathologischen Verhaltens kann durch dieselben Gesetze des Lernens beschrieben und erklärt werden. Die Kontinuität gilt damit nicht nur für die Beschreibung, sondern auch für Prinzipien der Erklärung.

Verhaltensebene ist zentral. Aus verhaltenstherapeutischer Sicht wird die Verhaltensebene als wichtigster Zugang zur Beschreibung und als zentrales Kriterium für die Veränderung gesehen (vgl. 2.2.1, Stichprobenansatz). Auf der Ebene des Verhaltens, speziell bei der Analyse emotionaler Probleme, sind mehrere Ebenen zu unterscheiden, wie dies im Systemmodell psychischer Störungen geschieht (vgl. 1.4.3).

Verhalten versus →Persönlichkeit. Ziel der Therapie ist eine Veränderung von Merkmalen des Verhaltens, und nicht eine Veränderung struktureller Merkmale der Persönlichkeit. Wenn man Persönlichkeit als Summe von Verhaltensmustern sieht, resultiert jedoch erfolgreiche Verhaltenstherapie auch in einer Veränderung von Merkmalen der Persönlichkeit.

Beachtung situativer Merkmale. Da für Entstehung und Aufrechterhaltung von Störungen situative Merkmale eine zentrale Rolle spielen, sollten sie auch bei der Therapie besonders berücksichtigt werden. Therapie muss die natürliche Umgebung als Faktor der Veränderung miteinbeziehen (z.B. Mitglieder der Familie). Therapie durch Personen der natürlichen Umgebung bzw. therapeutische Selbsthilfe hat in der Verhaltenstherapie einen hohen Stellenwert.

3 Psychologische Grundlagen der Verhaltenstherapie

Wissenschaftliches Handeln erfordert eine Begründung durch wissenschaftliche Theorien. Auch verhaltenstherapeutisches Handeln basiert auf Theorien – hier sind es in erster Linie die Lerntheorien. Den Lerntheorien kommt eine besondere Bedeutung zu, weil menschliches Verhalten erlernt wird. In der Therapie werden sie wieder verlernt bzw. neu gelernt.

In diesem Kapitel werden nach einer kurzen Einführung einige ausgewählte psychologische Grundlagen der Verhaltenstherapie dargestellt: Lerntheorien, Kognitive Theorien, Motivationstheorien und Theorien der Sozialpsychologie. Abschließend werden Aspekte der therapeutischen Beziehung erörtert.

3.1 Welche Funktionen haben Theorien?

Die psychologische Fundierung der Verhaltenstherapie bildet ein Kernmerkmal im Bereich der →Ätiologie und der Therapie. Sowohl bei der Frage der Entstehung als auch hinsichtlich der Therapieplanung und Therapiedurchführung stützt man sich auf Theorien, die in der psychologischen Grundlagenforschung einen zentralen Platz einnehmen. Theoretische Modelle können dabei zweierlei Funktion einnehmen, nämlich im Kontext der Heuristik und im Kontext des Begründungszusammenhangs.

Kontext der Heuristik. In dieser Funktion geht es z.B. um die Suche nach Ideen für ein therapeutisches Vorgehen („Was könnte bei einer Patientin mit geistiger Behinderung und einer Essstörung therapeutisch hilfreich sein?“). Hier mag es sinnvoll sein, an unterschiedliche psychologische Modelle zu denken, die zur Beschreibung des Falles und gegebenenfalls zur Therapie herangezogen werden können.

Kontext des Begründungszusammenhangs. Hier geht es um die Frage, wie sich therapeutisches Vorgehen relativ rational begründen lässt. Das ist wichtig, weil begründet werden muss, warum gerade dieses konkrete Verfahren (z.B. differentielle Verstärkung inkompatiblen Verhaltens) ausgewählt wurde. Andernfalls wäre therapeutisches Handeln beliebig und nicht wissenschaftlich fundiert. Der Begründungszusammenhang ist von größter Wichtigkeit: Viele therapeutische Ansätze wurden entwickelt, ohne dass zunächst eine genaue theoretische und

empirische Begründung geliefert wurde; dies war eine nicht zufriedenstellende Situation. Heute kann sich verhaltenstherapeutisches Handeln auf einen breiten Bereich psychologischer Theorien beziehen.

Fließende Grenzen. Ein Problem stellt die Tatsache dar, dass der Bereich psychologischer Theorien ausgesprochen breit ist, so dass die Grenzen dessen, was noch als Verhaltenstherapie bezeichnet wird und was nicht, nur schwer anzugeben sind. Beispiele für solche Ansätze sind etwa Paradoxe Therapieansätze (vgl. Ascher, 1989), die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT, vgl. Linehan, 1996), die Interpersonale Therapie (IPT, vgl. Schramm, 2001) oder auch Strategien der Hypnose (vgl. Kossak, 2004), die heute durchaus selbstverständlich mit in den Kanon der Verhaltenstherapie aufgenommen werden. Die Begründung dafür muss mit einer Fundierung in psychologischen Theorien und ihrer empirischen Brauchbarkeit geleistet werden (vgl. Grawe, 1998).

Theorien als Problemlösestrategie. Theoretische Modelle der Psychologie bieten somit eine Strategie der flexiblen Problemlösung: Sie sind als Werkzeuge zu sehen, die nicht per se gut oder schlecht, sondern in der Hand eines kompetenten Anwenders mehr oder weniger gut geeignet sind, zur Lösung eines komplexen Problems beizutragen, z.B. in der Therapieplanung in einer therapeutischen Situation oder bei einer Störung, die dem Therapeuten bisher nicht vertraut war.

3.2 Klassische Lerntheorien

Alle Einführungswerke zur Verhaltenstherapie stellen die Lerntheorien an den Beginn der Abhandlung. Das hat seinen Hauptgrund darin, dass in den Grundlagen Merkmale des Lernens sowohl für die Entstehung als auch für die Therapie von psychischen Störungen als zentral angesehen werden.

3.2.1 Konzepte des Lernens

Lernen ist ein Prozess, der selbst nicht direkt beobachtbar ist. Beobachtbar sind allerdings einzelne Verhaltensweisen (Reaktionen) eines Organismus, die sich im Laufe der Zeit verändern. Diese Veränderung wird unter anderem auf Prozesse des Lernens zurückgeführt. Lernen beinhaltet unterschiedliche Ebenen und Aspekte, die in den folgenden Charakterisierungen verdeutlicht werden.

- „Lernen ist der Vorgang, durch den eine Aktivität im Gefolge von Reaktionen des Organismus auf eine Umweltsituation entsteht oder verändert wird.“ (Hilgard & Bower, 1975, S. 16).
- „Lernen besteht im Erwerb neuraler Funktionen und setzt ein plastisches Nervensystem voraus.“ (Bunge, 1980, S. 140).

- ▶ Lernen bedeutet Veränderung neuronaler Vernetzungen als Folge von Einflüssen der Umgebung (Spitzer, 2002).
- ▶ Lernen heißt Veränderung von Erwartungen durch das Erleben von Kontingenzen (Tolman, 1932).
- ▶ Beim Lernen entsteht im Organismus ein Muster (Abbild) von Merkmalen der Umgebung; Lernen heißt damit, in Erfahrung zu bringen, was zu was führt (Rescorla, 1988).

Lernprozesse. Selbst wenn wir in vielen Fällen über die Entstehung psychischer Störungen nur Vermutungen anstellen können (Ätiologietheorien), zeigt die Erfahrung (Empirie), dass verschiedene Merkmale dieser Störungen durchaus durch Prozesse des Lernens verändert werden können (Psychotherapie). Das kann auf zweierlei Weise geschehen:

- ▶ durch Rückbildung von pathologischen Gewohnheiten, d.h. durch eine Schwächung neuronaler Vernetzungen (z.B. →Habituation);
- ▶ durch die Ausformung fehlender oder alternativer Handlungsmuster (z.B. Selbstsicherheitstrainings).

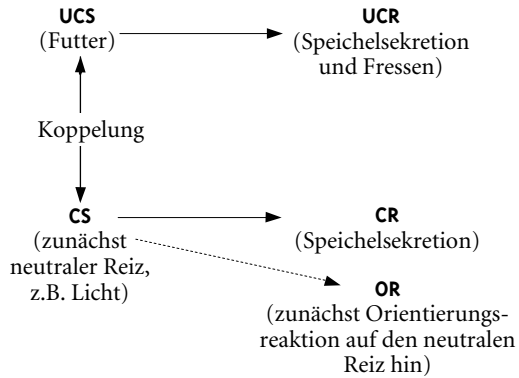
3.2.2 →Klassisches Konditionieren: Pawlow

Klassische Lerntheorien stellen nach wie vor ein bewährtes Fundament verhaltenstherapeutischen Vorgehens dar. Ihr Prinzip besteht in der sogenannten Stimulussubstitution: Wenn ein – zumeist biologisch relevanter – Stimulus eine Reaktion zuverlässig auslöst, kann diese Funktion zukünftig auch durch einen anderen Reiz übernommen werden. Die Voraussetzung dafür ist, dass der zunächst neutrale Reiz mit dem ursprünglichen Stimulus in verlässlicher Weise gekoppelt wird (vgl. Abb. 3.1).

Voraussetzungen für die Bildung von Assoziationen

- ▶ Vorliegen eines spezifischen somatischen Zustands des Organismus (z.B. Hunger) und
- ▶ einer speziellen Relation von konditioniertem (CS) und unkonditioniertem Stimulus (UCS), d.h., der Organismus muss durch die zeitliche Koppelung der beiden Reize deren Zusammengehörigkeit erkennen können;
- ▶ die Reize selbst müssen Zusammengehörigkeit aufweisen, z.B. Zusammengehörigkeit im selben System, etwa Geruch (CS) und Geschmack (UCS) einer Speise, da nicht jeder neutrale Reiz geeignet ist, die Funktion des UCS zu übernehmen.

Abb. 3.1. Prinzip der klassischen Konditionierung. Ein ursprünglich neutraler Reiz (CS) erwirbt durch die zuverlässige Koppelung mit einem un konditionierten Reiz selbst die Funktion eines Auslösers für eine (nunmehr konditionierte) Reaktion (CR). Zu den Begriffen: UCS (unkonditionierter Stimulus) ist der Reiz, der eine bestimmte Reaktion beim Organismus verlässlich auslöst (z.B. Futter, das Speichelsekretion auslöst). UCR (unkonditionierte Reaktion) ist meist



eine reflexhafte Reaktion, die bei der Präsentation des UCS beim Organismus ausgelöst wird (z.B. Speichelsekretion). CS (konditionierter Stimulus) ist ein zunächst neutraler Reiz hinsichtlich der Reaktion; erst durch eine Koppelung mit dem UCS erwirbt der CS auch die Funktion der Auslösung einer Reaktion. Voraussetzung hierfür ist, dass der Organismus den CS wahrnimmt, d.h., es gibt zunächst eine Orientierungsreaktion auf den neutralen Reiz hin (OR). CR (konditionierte Reaktion) ist eine Reaktion als Ergebnis der Koppelung von CS mit dem UCS. Die konditionierte Reaktion ist der UCR sehr ähnlich, mit ihr allerdings nicht identisch; sie wird durch den CS allein ausgelöst (z.B. Speichelsekretion beim Anblick von Speisen)

Klassische Konditionierung in der klinischen Praxis

Merkmale der klassischen Konditionierung lassen sich beispielsweise am Beginn eines therapeutischen Prozesses feststellen. Der Beginn einer therapeutischen Intervention führt bei vielen Patienten bereits zu einer anfänglichen Erleichterung (CR), auch wenn die therapeutischen Faktoren (UCS) noch gar nicht ihre Wirkung entfalten konnten. Bereits ein Termin für ein Erstgespräch (CS) und die Vermittlung von Kompetenz vonseiten des Therapeuten führen zu positiven Veränderungen beim Patienten, denn er erwartet eine Besserung – dies gilt auch und gerade bei Patienten, die auf einer Warteliste stehen.



Es ist unbestritten, dass beim komplexen Prozess des Beginns einer therapeutischen Interaktion auch andere psychologische Faktoren als die der klassischen Konditionierung eine Rolle spielen. Allerdings sollte die Rolle der klassischen Konditionierung nicht deshalb übersehen werden, weil sie so selbstverständlich geworden ist.

Immunreaktionen. Es wurde vielfach nachgewiesen, dass eine Immunreaktion, nämlich die Bildung spezifischer Antikörper, auch durch konditionierte Reize ausgelöst werden kann (vgl. Ader, 1981). Sowohl das endokrine System als auch das Immunsystem werden demnach durch Prozesse des Lernens – hier das klassische Konditionieren – mitbeeinflusst.

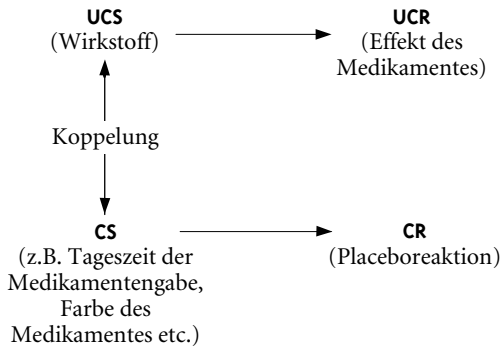


Abb. 3.2. Placeboreaktionen als Beispiel für klassische Konditionierung. Die Verabreichung eines Wirkstoffs (UCS) löst eine spezifische Reaktion (UCR) aus. Die Gabe des Wirkstoffs ist mit situativen Merkmalen (CS) verknüpft. Nach mehreren Koppelungen mit diesen reagiert die Person nicht nur auf den Wirkstoff, sondern bereits auf Stimuli (CS), die mit der Gabe des Wirkstoffs verknüpft sind

Prinzipien der klassischen Konditionierung finden wir auch bei der Genese psychosomatischer oder psychophysiologischer Störungen (vgl. Köhler, 1995). Asthmaanfälle (UCR) etwa werden nicht nur durch spezifische Allergene (UCS) ausgelöst; es wurde vielfach nachgewiesen, dass Anfälle (CR) auch durch Reize (CS) ausgelöst werden können, die durch eine mehrfache Koppelung mit dem ursprünglichen Reiz zu konditionierten Auslösern geworden sind. Ein solcher Reiz ist etwa die Situation Alleinsein (CS), die zu einem Asthmaanfall (nun CR) führt.

Ein Beispiel für klassische Konditionierung aus dem Alltag ist Werbung: Ein Produkt, z.B. ein Antifalten-Creme, wird mit für die Gesellschaft bedeutsamen Werten gekoppelt, z.B. Jugend und Schönheit. Diese Koppelung wird häufig dargeboten, z.B. werden in den Werbeblöcken, die während eines Films ausgestrahlt werden, immer wieder dieselben Werbespots gezeigt.

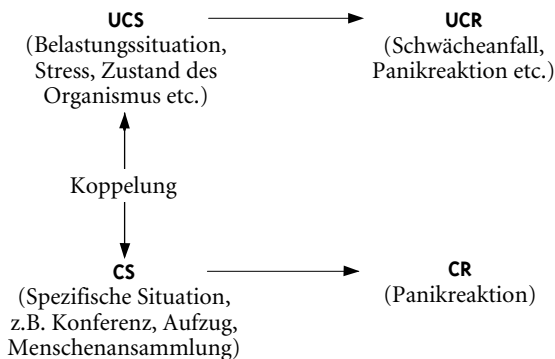


Abb. 3.3. Klassische Konditionierung und Entstehung einer konditionierten Angstreaktion. Bei Patienten mit Agoraphobien lösen neutrale Reize (z.B. Sitzen im Theater) eine komplexe Angstreaktion auf unterschiedlichen Ebenen aus. Man kann sich die Entstehung dieser (konditionierten) Reaktion als Folge des klassischen Konditionierens erklären. Die Patientin hat einmal oder

mehrfach eine komplexe Angst- oder Panikreaktion (UCR) erlebt, deren Auslöser (UCS) vielleicht gar nicht identifiziert werden konnten. Das Erleben wurde an zufällige Situationen (CS) gekoppelt, die ursprünglich zwar neutral waren, durch das traumatische Erleben (UCR) nunmehr selbst die Funktion von Auslösern der Panikreaktion (CR) übernommen haben. Dass speziell bei Panikstörungen und Agoraphobien sowohl in der Entstehung als auch in der Aufrechterhaltung zusätzlich andere Faktoren eine Rolle spielen (z.B. Gefühl der Hilflosigkeit, Fehlen von Sicherheitssignalen), ist völlig unbestritten (vgl. 3.2.4, Abb. 3.5)

3.2.3 Operantes Konditionieren: Skinner

Während Pawlow Reize als Auslöser unterschiedlicher Reaktionen untersucht hat, ging es Skinner (1953, 1969) um die genaue Beschreibung von Merkmalen einzelner Reaktionen und deren Veränderung in Abhängigkeit von Konsequenzen dieser Reaktionen (vgl. 3.2.4). Auch Skinner war bewusst, dass Verhalten (R) immer in einer Situation (S) stattfindet, seiner Auffassung nach ist jedoch diese Situation für die Stabilität und Veränderung des Verhaltens nicht so ausschlaggebend wie die Konsequenzen (C) des Verhaltens.

Wichtig für die Betrachtung des →operanten Konditionierens (auch „instrumentelles Konditionieren“) ist bei Skinner, dass Verhalten auf deskriptiver Ebene erfasst und analysiert werden sollte. Theorien, die Verhalten auf anderen Ebenen zu erklären versuchen, lehnte er als nicht zielführend ab. Welche Theorien sind dies, und wie begründet er seine Ablehnung?

Physiologische Theorien. Sie führen Prozesse des Verhaltens auf Theorien der Physiologie zurück, z.B. erklären sie depressives Verhalten durch einen Mangel des Neurotransmitters Serotonin. Nach Skinner ist das nicht sinnvoll, da diese theoretischen Überlegungen auf nichtpsychologischen Methoden beruhen. Zwischen Verhaltens- und physiologischen Theorien besteht weder eine begriffliche, noch eine operationale Verknüpfung – Begriffe und Operationalisierungen bewegen sich auf einer anderen Ebene. Deshalb sind Konzepte der Physiologie mit Prinzipien der deskriptiven Verhaltensbeschreibung nicht vereinbar.

Mentalistische Theorien. Auch hier handelt es sich nach Skinner um Gesetzmäßigkeiten auf einer anderen Ebene als der des Verhaltens. Mentalistische Theorien beanspruchen, subjektive Erfahrungen zu erklären und verwenden vorwiegend Dispositionsbegriffe (z.B. Erwartung, Furcht vor Misserfolg). Dispositionsbegriffe können aber nicht auf Verhaltensebene bezogen werden. Nach Skinner leisten diese keine Erklärung von Verhalten, weil sie im Prinzip zirkulär sind. Ängstliches Verhalten beispielsweise bei einem Sozialphobiker auf das Konstrukt „Furcht vor Misserfolg“ zurückzuführen, hilft nicht in der Erklärung von Verhalten.

Kognitive Theorien. Darunter versteht Skinner theoretische Konstruktionen, die hypothetische Komponenten (z.B. „Erwartung“) enthalten. Diese lassen sich nicht auf Aspekte des beobachtbaren Verhaltens beziehen und eignen sich deshalb nicht zu dessen Erklärung. Das Konstrukt Erwartung beispielsweise versucht eine Erklärung von Verhalten auf einer Ebene, die nicht hinreichend auf Verhalten bezogen werden kann. Nach Skinner hat es keinen Sinn, Vermeidungsverhalten einer ängstlichen Person auf deren Erwartung vor einer Schädigung zurückzuführen.

Was sind Verhaltenskontingenzen?

Für Skinner spielt der Begriff Verhaltenskontingenzen eine entscheidende Rolle. Von Kontingenz spricht man, wenn ein Reiz einem Verhalten mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit folgt. Damit in Zusammenhang steht das Effektgesetz, das bereits von Thorndike (1898) formuliert worden war.

Positiver Verstärker. Das ist nach Skinner ein Reiz, der die zukünftige Auftrittswahrscheinlichkeit von Verhalten derselben operanten Klasse erhöht, wenn er kontingent (zeitlich nah) auf das entsprechende Verhalten dargeboten wird. Diese etwas umständliche Formulierung ist deshalb notwendig, weil Verhalten genau genommen nicht „verstärkt“ werden kann – es besitzt die Wahrscheinlichkeit 1, d.h., es ist bereits abgelaufen und kann damit gar nicht mehr verändert werden. Was man durch Verstärkung jedoch verändern kann, ist die zukünftige Auftrittswahrscheinlichkeit von Verhalten derselben operanten Klasse (d.h. Verhalten ähnlicher Art). Dabei ist die Bestimmung dessen, was genau eine operante Klasse ausmacht, keinesfalls einfach (vgl. Kimble, 1961). Mit anderen Worten: Wie ähnlich müssen Verhaltensweisen sein bzw. wie unterschiedlich dürfen sie noch sein, um zur selben operanten Klasse zu gehören?

Tabelle 3.1. Skinner-Schema. Nach Skinner (1953; Holland & Skinner, 1961) gibt es folgende Möglichkeiten für die kontingente Darbietung von Konsequenzen; sie haben jeweils unterschiedliche Auswirkung für die zukünftige Auftrittswahrscheinlichkeit: Positive Verstärkung (Darbietung von C+) und negative Verstärkung (Entfernung von C-) führen zu einer Zunahme der zukünftigen Auftrittswahrscheinlichkeit von Verhalten (R↑); Bestrafung durch die Darbietung von C- bzw. durch die Entfernung von C+ führt zu einer Senkung der zukünftigen Verhaltensrate (R↓)

	Darbietung	Entfernung
Positiver Stimulus (C+)	Positive Verstärkung Folge: R↑	Bestrafung/Löschung Folge: R↓
Aversiver Stimulus (C-)	Bestrafung Folge: R↓	Negative Verstärkung Folge: R↑

Verstärkerpläne

Verstärkerpläne haben für die klinische Praxis höchste Bedeutung. Mit Verstärkerplänen wird gezielt Einfluss auf das Verhalten genommen. In der sogenannten Verhaltensgleichung sind die Verstärkerpläne im Begriff des Kontingenzverhältnisses angeführt (vgl. 2.3.2, Abb. 2.9).

Unmittelbarkeit. Die Verstärkung soll prinzipiell unmittelbar auf das Verhalten folgen, damit der Organismus den Zusammenhang zwischen Verhalten und Verstärkung erkennen kann (vgl. Timberlake, 1995). Außerdem reagieren Organismen vermutlich aus evolutionären Gründen bevorzugt auf kurzfristige gegenüber langfristigen Konsequenzen.

Flexibler Verstärkerplan. Zur Aufrechterhaltung einmal erworbenen Verhaltens sollte ein flexibler Verstärkerplan benutzt werden. Das heißt, das Verhalten wird nicht kontinuierlich, sondern erst nach einem bestimmten Intervall oder einer festgelegten Quote verstärkt (fix oder variabel). Ein anderer Begriff für einen flexiblen Verstärkerplan ist intermittierende Verstärkung. Es ist festgestellt worden, dass intermittierend verstärktes Verhalten löschungsresistenter ist als kontinuierlich verstärktes Verhalten. Diese Verstärkungsart ist besonders bei Vorenthalten oder Entzug von Verstärkern zu berücksichtigen, wenn die Auftrittshäufigkeit eines Verhaltens im Gesamtrepertoire gesenkt werden soll.

Zum Thema Bestrafung hat Skinner sich nicht sehr ausführlich geäußert. Dies dürfte daran liegen, dass seiner Auffassung nach Bestrafung auch kaum zu einer effektiven und langfristigen Kontrolle von Verhalten beiträgt.

Bedeutung und Weiterentwicklung operanter Verfahren

Operante Verfahren sind hinsichtlich ihrer praktischen Bedeutung unverzichtbar und unumgänglich: Menschen leben in einer Umgebung, die verschiedenartige Kontingenzen bereithält – physikalischer, materieller oder sozialer Art. (Eine Darstellung moderner Positionen zu diesem Thema findet sich bei Angermeier, Bednorz und Hursh, 1994.)

Soziale Verstärkung. Es gibt eine Reihe von Hinweisen darauf, dass die soziale Verstärkung durch den Therapeuten in der Interaktion mit dem Patienten bereits in den ersten Sitzungen bedeutsame Effekte hat: Die Unterstützung des Patienten, die Hilfestellung in ersten kleinen Ansätzen, trägt ganz wesentlich dazu bei, dass er ermutigt wird, erste Schritte in Richtung auf ein therapeutisches Ziel zu setzen (vgl. Schindler, 1991).

Motivierung. Gerade bei massiv beeinträchtigten Patienten, etwa hospitalisierten Schizophrenen, bilden operante Methoden eine Möglichkeit für die Schaffung eines motivierenden Lernmilieus. Die systematische Verstärkung von Verhalten, das für den Alltag wichtig ist (Körperpflege, Essen etc.), führt bei den Patienten, die in Kliniken zum Teil über Jahre hinweg bloß verwahrt worden waren, zu einer deutlichen Besserung ihrer Situation (vgl. Paul & Lentz, 1977).

Sprache. Skinner (1957) hatte die Analyse des Verhaltens auch auf die Sprache bezogen. Er vertrat die Auffassung, dass auch die Sprachverwendung durch Kontingenzen gesteuert wird. Von linguistischer Seite wurde dem massiv wider-

sprochen: Chomsky (1959) etwa meinte, dass die Entstehung von Sprache nicht wesentlich durch Prozesse des Lernens gesteuert würde, sondern durch eine angeborene „generative Grammatik“. In neueren Lerntheorien wird zwischen Sprachentwicklung und Sprachverwendung unterschieden; für erstere werden genetische Merkmale, für zweite Lernprinzipien als grundlegend angesehen.

Selbstkontrolle. Bereits in seiner Abhandlung zur Kontrolle des Verhaltens durch externe Kontingenzen hatte Skinner (1953) Überlegungen zum Thema Selbstkontrolle angestellt. Danach können Reaktionen des Individuums selbst die Funktion der Kontrolle über andere Reaktionen übernehmen, z.B. als Auslöser oder als Konsequenzen des Verhaltens. Skinner unterscheidet dabei zwischen kontrollierenden und kontrollierten Verhaltensweisen (z.B. eine Stunde Joggen als Kontrolle von Essen oder Rauchen). Bei der Erklärung der Selbstkontrolle (wie auch des Problemlösens) bleibt Skinner im Rahmen der klassischen Verhaltenstheorie. In neueren Theorien zur Selbstkontrolle wurde dafür ein kognitiv-verhaltenstheoretischer Rahmen entwickelt, d.h., die Variable Kognition wurde eingeführt (vgl. Kanfer & Karoly, 1972; Karoly, 1995; Baumeister & Vohs, 2004; vgl. 3.3).

Bedeutung in nichttherapeutischen Bereichen. Operante Prinzipien haben enorme Bedeutung auch außerhalb des Bereiches der Klinischen Psychologie und Psychotherapie. Operante Strategien sind beispielsweise in der Organisationspsychologie, bei der Veränderung ökologisch relevanten Verhaltens oder in der Gesundheitspsychologie unverzichtbar. Sie sind so selbstverständlich geworden, dass sie vielfach nicht mehr explizit als solche benannt werden (vgl. Martens & Witt, 1988). Das Journal of Applied Behavior Analysis ist diesem Ansatz gänzlich verpflichtet.

3.2.4 Wie können klassisches und operantes Konditionieren unterschieden werden?

Die Unterscheidung von klassischem und operantem Konditionieren wurde seit den 1930er-Jahren in einer zum Teil heftigen und heute kaum noch nachvollziehbaren Kontroverse diskutiert. Dabei wurden sowohl Argumente zugunsten als auch gegen eine Trennung in unterschiedliche Prozesse und zugrunde liegende Theorien vorgebracht.

Die Kontroverse ist einer gewissen Pragmatik gewichen, weil sich herausgestellt hat, dass es in der Praxis kaum möglich ist, mit einem der Modelle allein zu arbeiten (vgl. Kanfer & Phillips, 1975): Klassisch konditionierte Reaktionen ha-

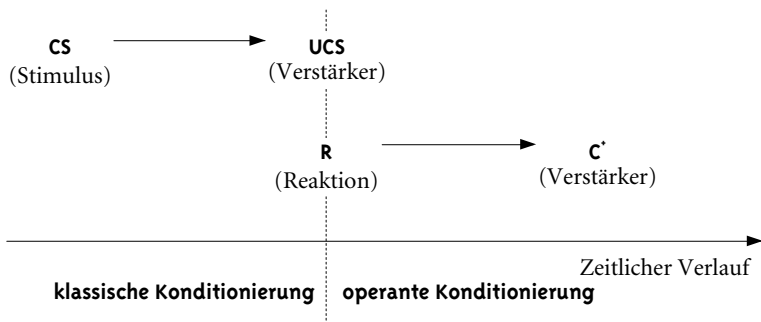


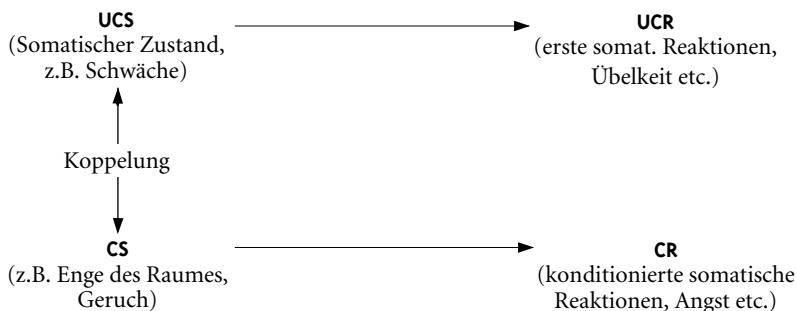
Abb. 3.4. Differenzierung zwischen klassischer und operanter Konditionierung. Im klassischen Konditionieren schafft der Organismus eine Verknüpfung zwischen Stimuli, im operanten Konditionieren eine Verknüpfung zwischen dem eigenen Verhalten und den Konsequenzen dieses Verhaltens. Der Begriff „Verstärker“ wird hier in doppeltem Sinne verwendet: Im Sinne des klassischen Konditionierens ist der Verstärker ein un konditionierter Stimulus (UCS), d.h. ein vorher neutraler Stimulus erhält durch den UCS eine spezielle – zumeist emotionale – Bedeutung. Im Sinne der operanten Konditionierung ist der Verstärker (C') eine Konsequenz des Verhaltens (R), durch die das Verhalten im Repertoire des Organismus zukünftig stabilisiert wird. Sinnvollerweise wird die klassische Konditionierung auch als S-S-Lernen, die operante Konditionierung als R-S-Lernen bezeichnet

ben Konsequenzen auf die Umwelt (C), und umgekehrt erfolgt auch die operante Verstärkung einer Reaktion immer in einer spezifischen Situation (S).

→**Zwei-Faktoren-Modell.** Ein theoretisch ebenso wichtiges wie praktisch relevantes Beispiel für das Zusammenwirken von klassischem und operantem Konditionieren bildet das sogenannte Zwei-Faktoren Modell (Mowrer, 1960). Bei der Darstellung des klassischen Konditionierens wurde bereits ausgeführt (vgl. Abb. 3.3), dass man sich die Entstehung von unangemessener Angst als Ergebnis einer problematischen Koppelung eines vorher neutralen Stimulus (CS) mit einem bedeutsamen traumatischen Stimulus (UCS) vorstellen kann. Ein Beispiel hierfür ist, dass eine Person einen Autounfall auf einer Brücke hat und anschließend Angst vor Brücken entwickelt. Da nun nicht jede weitere Brückenüberquerung mit einem Unfall verknüpft ist, ist nach klassischer Konditionierung eine relativ rasche Löschung der Angst zu erwarten. Dagegen spricht aber die Erfahrung, dass Angststörungen sehr persistent sind. Zur Erklärung der *Aufrechterhaltung* der Störung wird deshalb auf den Prozess des operanten Konditionierens zurückgegriffen (vgl. Abb. 3.5).

Internale Reize als Angstauslöser. Wichtig ist bei Angststörungen besonders, dass nicht nur externe Stimuli (Menschenansammlungen, Aufzüge, Höhen etc.) die Funktion eines konditionierten Auslösers für emotionale Reaktionen übernehmen können. Auch minimale internale Reize, die mit der traumatischen Situation gekoppelt waren, übernehmen nun diese Funktion, z.B. Zittern,

1. Faktor: Klassische Konditionierung



2. Faktor: Operante Konditionierung

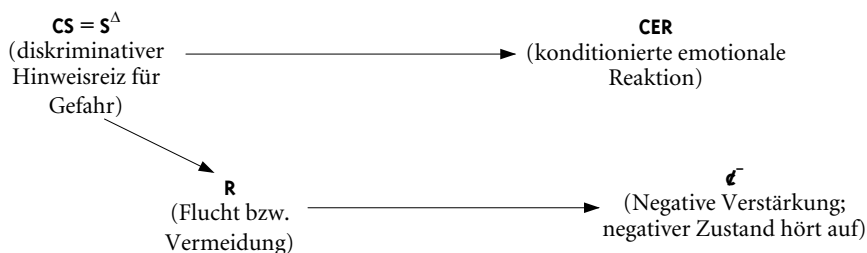


Abb. 3.5. Zwei-Faktoren-Modell zur Entstehung und Aufrechterhaltung von Angst. Für die Entstehung der Angst wird klassische Konditionierung geltend gemacht. Demnach löst die Koppelung eines ursprünglich neutralen Reizes (CS, z.B. Enge eines Raumes) mit einem un-konditionierten Stimulus (UCS, z.B. stickige Luft) konditionierte Reaktionen (CR, z.B. Schwindelgefühl) aus. Für die Aufrechterhaltung der Angst kommen nun operante Prinzipien ins Spiel: Der CS wird zu einem diskriminativen Hinweisreiz (S^Δ) und Auslöser für eine Flucht- und Vermeidungsreaktion. Diese Reaktion wird unmittelbar negativ verstärkt, d.h. die erwartete aversive Konsequenz (CER) bleibt weg. Der Organismus kann durch die Vermeidungsreaktion nicht mehr die Erfahrung machen, dass die traumatische Situation (UCS) nicht mehr eintreten würde, auch wenn auf das Vermeidungsverhalten verzichtet wird

Schwitzen oder erhöhte Herzfrequenz. Der Patient kann diese Stimuli möglicherweise gar nicht mehr benennen. Viele der Prozesse laufen offenbar stark automatisiert und mit einem geringen Maß an kognitiver Kontrolle ab; dies gilt insbesondere bei Panikstörungen (vgl. Michael, Ehlers & Margraf, 2004).

3.2.5 Zentrale Prozesse des Lernens

In der therapeutischen Praxis werden zentrale Prozesse für die Veränderung von Verhalten zunutze gemacht. Die wichtigsten Prozesse sind sekundäre Verstärkung, Generalisierung, Diskrimination und Löschung.

Schlusswort – Verhaltenstherapie als menschliches Unterfangen

Verhaltenstherapie ist in Entwicklung. Kontinuierliche Entwicklungen beinhalten neben einer fundierten Ausbildung auch eine Verpflichtung für Therapeuten zur Fort- und Weiterbildung im Dienste einer optimalen Behandlung. Viele Ansätze in der Verhaltenstherapie können als fundiert und bewährt angesehen werden, sie bedürfen vielfach „nur“ der kompetenten Umsetzung in der Praxis; Beispiel hierfür ist die Konfrontationsbehandlung bei Angststörungen: Das Verfahren gilt als hoch wirksam – wenn es nur angewendet wird! Moderne Verhaltenstherapie heißt aber auch, dass neue Entwicklungen zu berücksichtigen sind – schließlich würde man sich auch nicht gern von einem Zahnarzt behandeln lassen, der Methoden aus den 70er Jahren des vergangenen Jahrhunderts verwendet.

Auch und gerade wenn sich Verhaltenstherapie als wirksam zur Erreichung eines Therapieziels herausstellt, bedarf die Auswahl und Anwendung des Verfahrens einer fundierten theoretischen Begründung. Dass es sich dabei nicht um endgültige Begründungen handeln kann, sollte für eine empirische Disziplin selbstverständlich sein. Im Sinne einer relativ rationalen Rechtfertigung wird auf Theorien zurückgegriffen, wie sie unter anderem in diesem Buch benannt worden sind. Die Theorien sind als durchaus bewährt und brauchbar anzusehen, sie werden aber laufend überarbeitet, korrigiert und verbessert.

Damit schließt sich der Kreis zu der am Beginn des Buches vorgebrachten Charakterisierung von Verhaltenstherapie als in der modernen Psychologie verankertem Therapieansatz – als Psychologische Therapie im wörtlichen Sinne.