

8 Grundkonzepte der Verhaltenstherapie

Hintergrund und Entstehungsgeschichte. Der Begriff „Verhaltenstherapie“ umfasst eine heterogene Gruppe von Ansätzen, deren Gemeinsamkeit sinnvollerweise in einem lerntheoretischen Verständnis für die Genese und Therapie von Störungen auszumachen ist (und weniger in einer empirischen Absicherung der therapeutischen Wirksamkeit, die ja auch bei fundamental anderen Therapieformen nachweisbar ist).

Die ersten, die den Begriff „Verhaltenstherapie“ unabhängig voneinander verwendeten, waren Skinner, Wolpe und Eysenck. Wichtige Vertreter der kognitiven Verhaltenstherapie sind Beck, Mahoney, Meichenbaum und Ellis. Die Grundlagen für diese Therapieformen liegen in den eher zu Forschungszwecken entwickelten Lerntheorien der 30er Jahre. In der klinischen Praxis fanden verhaltenstherapeutische Techniken erst in den 50er Jahren Eingang.

Frühe theoretische Ansätze. Pawlows Entdeckung des bedingten Reflexes lenkte die Konzentration auf objektiv beobachtbare physiologische Prozesse. Deshalb verwendete Bechterew Pawlows Arbeiten zur Untermauerung seiner „objektiven Psychologie“. Ihr erklärtes Ziel war es, „psychologische“ Begriffe zu vermeiden und für psychische Krankheiten möglichst eine biologische Erklärung durch rein experimentelle Reduktion zu finden – gemäß dem objektivistischen, materialistischen naturwissenschaftlichen Modell.

Protagonist einer Richtung mit weitgehend gleichen Zielen in Amerika, dem Behaviorismus, war Watson. Der Behaviorismus kann vor allem als forschungsmethodologische Position verstanden werden, die dann die Grundlage für Lerntheorien bildete. Viele Behavioristen hatten durchaus die praktische Relevanz der Forschung im Auge, weshalb sie auch die in der klinischen Praxis verbreitete und erfolgreiche Psychoanalyse achteten.

Frühe praxisorientierte Verhaltensforschungen. Frühe Anwendungen fanden sich in der Tierdressur, in der Aversionstechnik von Rosenbach und in der Forschung zu den nicht geplanten experimentellen Neurosen. Bekannt wurde v. a. das ethisch fragwürdige – und in seinen theoretischen Schlussfolgerungen wissenschaftlich unhaltbare – Experiment von Watson mit dem kleinen Albert, der eine durch klassische Konditionierung ausgelöste Furchtreaktion vor Fellgegenständen entwickelte.

Als einer der Ersten setzte Bechterew die Konditionierung praktisch ein, indem er bei hysterischen Patienten suggerierte Furcht auslösende Inhalte mit einem entspannten Zustand koppelte. Die von Watson beschriebenen Maßnahmen der Konfrontation, Rekonditionierung und Imitation positiver Verhaltensweisen wurden v. a. von Mary C. Jones bei Ängsten von Kindern angewandt und erweitert. Bedingt durch den Rückzug der führenden Vertreter Watson und Hamilton sowie die weite Verbreitung und größere finanzielle Unterstützung der praktisch anwendbaren Psychoanalyse, blieben die behavioristischen Ansätze aber bis in die 50er Jahre hinein für die klinische Praxis irrelevant.

Die amerikanischen Lerntheorien. Die amerikanischen Lerntheorien von Hull, Skinner, Guthrie und Tolman sind eine Schnittstelle zwischen den genannten theoretischen und praktischen ersten Arbeiten und späteren verhaltenstherapeutischen Ansätzen. Hull versuchte mit seiner Lerntheorie die behavioristischen Theorien Pawlows und Thorndikes, zudem aber auch psychoanalytische Begriffe zu integrieren. Der Fokus lag dabei auf Reiz-Reaktions-Verbindungen (CS-CR) durch das Erreichen eines lustbetonten Zustands als Verstärkers. Dagegen beschäftigte sich Skinner mit den Kontingenzen zwischen spontan auftretendem Verhalten und dessen Nachfolgebedingungen (Sequenzen von CR): Ein Verhalten wird wahrscheinlicher, wenn ein Individuum auf sein Verhalten eine triebabäquate Belohnung erfährt – ein Vorgang, der operante Konditionierung genannt wird. Mit der Verhaltensformung und dem Näherungslernen

zeigte Skinner, wie komplexes Verhalten in viele kleine Verhaltensanteile zerlegt werden kann; damit legte er einen Grundstein für spätere verhaltenstherapeutische Pläne.

Bei Guthries Kontiguitätsprinzip geht es um die räumlich-zeitliche Nähe zwischen einem Reizmuster und einer erfolgreichen Handlung (Kontiguität von CS und CR); demzufolge sind Verstärker zu vernachlässigen. Tolmans Experimente zum latenten Lernen lassen die behavioristischen Begriffe noch mehr in den Hintergrund treten. Die Anwendung der Begriffe Absicht und Erwartung sowie die postulierte Verbindung zwischen Zeichen und Bezeichnetem setzt den Einbezug kognitiver Prozesse voraus und bietet daher auch eine Grundlage für die kognitive Verhaltenstherapie (CS-(U)CR-UCS).

Die Notwendigkeit schneller Hilfe für traumatisierte Soldaten nach dem Zweiten Weltkrieg erforderte eine Alternative zur langwierigen psychoanalytischen Behandlungsmethode und bildete den Hintergrund für den Aufstieg lerntheoretischer Erkenntnisse in der Verhaltenstherapie.

9 Lerntheoretische Verhaltenstherapie

Desensibilisierung und Angstbewältigung. Während die Behavioristen um Wolpe und Eysenck mit der Anwendung der Ergebnisse zur klassischen Konditionierung auf den Abbau von Ängsten und Neurosen zielten, ging es Skinner und seinen Schülern entsprechend dem operanten Ansatz mehr um den Aufbau erwünschten Verhaltens.

Aus der ersten Richtung stammte zunächst die Maßnahme der Gegenkonditionierung: Der konditionierte, Angst auslösende Reiz wird durch einen positiven Reiz mit einer positiven Reaktion (angenehmes Gefühl) verknüpft, so dass die Verbindung mit der negativen Reaktion (Angst) gelöst wird. Dabei besteht aber die Gefahr, dass sich die negative Reaktion auf den positiven Reiz statt die positive Reaktion auf den konditionierten Reiz überträgt.

Demgegenüber entwickelte Wolpe mit seiner „systematischen Desensibilisierung“ eine Methode, die dem Angst auslösenden Reiz möglichst unmittelbar, nämlich mittels Entspannung entgegenwirken sollte. Dazu verband er eine kürzere Form der progressiven Muskelentspannung (nach Jacobson) mit vorgestellten Angst auslösenden Inhalten (wie Bechterew) gemäß einer mit dem Patienten gemeinsam aufgestellten Angsthierarchie. Neben der nachhaltigen Wirksamkeit des Verfahrens war besonders die Erklärung für diese Wirksamkeit umstritten: Wolpe selbst sah ihre Begründung in der „reziproken Hemmung“ – erklärungsbedürftig bleibt dabei aber, warum therapeutische Erfolge sowohl mit reiner Entspannung (ohne Angstvorstellung) als auch mit reiner Angstvorstellung (ohne Entspannung) möglich sind. Auch die Befunde, dass der Glaube entspannt zu sein, eher als die tatsächliche Entspannung wirksam ist, lassen eher auf einen komplexeren Lernvorgang schließen, der von Gewöhnungs-, Erwartungs- und Bewertungsprozessen des Patienten abhängig ist.

Bei bestimmten Angststörungen hat sich das Expositionstraining („Habituationstraining“ oder „Reizüberflutung“) als wirksam erwiesen, wobei sorgfältige kognitive Vorbereitung und die Auswahl eines patientengerechten Erklärungsmodells wichtig sind. Eine Modifikation des Verfahrens ist das Angstbewältigungstraining; es beinhaltet drei Momente: frühe Wahrnehmung von Angst, bewusste Selbstkontrollinstruktion und aktive Anwendung eines Entspannungsverfahrens.

Die aktive Bewältigung einer Situation spielt auch im Selbstbehauptungstraining (Assertive Training) eine Rolle: Dem Gefühl der Angst wird das damit nicht zu vereinbarende (und bisher unterdrückte) Gefühl von Ärger entgegengesetzt, was die entsprechende Situation weniger aversiv machen und die Selbstkontrolle erhöhen soll.

Operante Ansätze. Bei den operanten Maßnahmen wird die positive und negative Verstärkung genutzt: Ein Verhalten wird häufiger, wenn etwas Positives auf ein Verhalten folgt oder etwas Negatives wegfällt; es wird seltener, wenn ihm etwas Negatives folgt oder etwas Positives wegfällt (zwei Arten der Bestrafung). Klinisch bedeutsam ist die Anwendung positiver Verstärker. Diese können primär (Grundbedürfnis) oder sekundär (z. B. Geld) sein und kontinuierlich oder intermittierend bezüglich der verstärkten Reaktionshäufigkeiten oder Zeitintervalle angewendet werden. Eine Erweiterung der ursprünglichen Konditionierungssituation liegt im Diskriminationslernen, bei dem Verhalten nur bei entsprechenden Hinweisreizen auftritt.

In Token-Programmen wird mit Münzen als (sekundären) Verstärkern gearbeitet, die bei erwünschtem Verhalten erworben und gegen etwas anderes (z. B. Essen, Privilegien im Alltagsleben) eingetauscht werden können. Trotz positiver Lernerfolge sind aber auch ethische Fragen zu berücksichtigen, etwa was die Vertretbarkeit einer „Bezahlung“ von Grundbedürfnissen betrifft. (Siehe Beispiel 9.1).

Beim Biofeedback wird versucht, das operante Prinzip auch für den Einfluss auf Reaktionen des autonomen Nervensystems zu nutzen. Die zeitweilige Begeisterung hat einer zwar weiterhin positiven, aber nüchternen Einschätzung des Verfahrens Platz gemacht.

Selbstkontrolle. Zur Durchführung von Verhaltensübungen bedarf es der Selbstkontrolle. Dieses Konzept markiert den Übergang zu kognitiven Modellen der Verhaltenstherapie. Unter dem Titel „Selbstmanagement“ wurde es v. a. von Kanfer verbreitet. In der therapeutischen Praxis werden v. a. die Methoden der Selbstverstärkung, der Stimuluskontrolle und der Selbstbeobachtung eingesetzt.

Bei der Selbstverstärkung werden operante Prinzipien vom Patienten (mit Hilfestellung des Therapeuten) selbst angewendet, was dessen grundsätzliche eigene Motivation voraussetzt. Meistens verstärkt der Patient sein erwünschtes Verhalten, seltener bestraft er sich für unerwünschtes Verhalten. Bei der Stimuluskontrolle wird versucht, das Problemverhalten von seinen begleitenden, es begünstigenden Umständen zu isolieren, um diese Umstände selbst entsprechend modifizieren oder vermeiden zu können. (Siehe Beispiel 9.2.) Bei der Selbstbeobachtung werden das Verhalten und seine Begleitumstände genau protokolliert und analysiert. Dies wirkt zugleich (kognitiv) als bestrafend (bei unerwünschtem Verhalten) bzw. verstärkend (bei erwünschtem Verhalten). Das dadurch erzielte Feedback über ansonsten „automatisch“ ablaufendes Verhalten ermöglicht es, ein bestimmtes Verhaltensmuster „rechtzeitig“ zu unterbrechen.

Durch verbindliche Therapieverträge können diese Selbstbeobachtungs- und Verstärkungsprozesse unterstützt werden. Kanfers integratives Modell der Selbstregulation kann bei aufkommenden Problemen der Selbstüberwachungs-, Selbstbewertungs- und Selbstverstärkungsprozesse eine Hilfe für die Auswahl oder Veränderung konkreter Interventionen sein. (Siehe auch Beispiel 9.2.)

10 Kognitive Verhaltenstherapie

Entstehung der kognitiven Verhaltenstherapie. Der Mensch zeichnet sich durch sein reflexives Bewusstsein aus. Das Verständnis von Bedeutungen, die Einnahme von Fremdperspektiven und damit einhergehende Erwartungen bestimmen einen großen Teil seines Verhaltens. Schon Tolman hatte durch Begriffe wie „Absicht“ den streng behavioristischen Rahmen überschritten. Der im letzten Kapitel geschilderte Einfluss von Aspekten der Selbstkontrolle auf den therapeutischen Erfolg zeigt, dass die Berücksichtigung kognitiver, nicht-beobachtbarer Prozesse wichtiger ist als eine Eingrenzung auf lerntheoretische Grundsätze. Lazarus plädierte daher für einen technischen Eklektizismus zum Wohle der Patienten.

Aufgrund dieser Praxisorientierung sind viele verhaltenstherapeutische Techniken entstanden, die nicht immer theoretisch fundiert sind. Der Einbezug kognitiver und behavioraler Strategien ist dabei in unterschiedlicher Gewichtung vorhanden.

Modelllernen. Beim Modelllernen nach Bandura wird Verhalten durch die Beobachtung eines anderen erlernt. Bandura unterscheidet Verhaltenseinflüsse durch externe Reize, innere symbolische Prozesse und reaktionsverstärkende Prozesse. Besonders effektiv ist es, wenn die Beobachtung in vivo erfolgt, das Modell eine nur leicht voraussetzende Kompetenz hat, das Verhalten unmittelbar danach erprobt werden kann, und der Kontext positiv ist.

Beim Training sozialer Kompetenz kann unterschieden werden, ob die Kompetenz für bestimmtes Verhalten aus Angst gehemmt wurde, ob sie ganz neu erworben oder geübt werden muss. Pfingsten unterscheidet die sozialen Fähigkeiten Typ R (Recht), Typ B (Beziehung) und Typ K (Kontakt). Ein soziales Kompetenztraining beinhaltet die Einübung konkreter angemessener Verhaltensweisen in vivo, durch Rollenspiel oder Modelllernen und wird oft in Kombination mit anderen Verfahren der Verhaltenstherapie durchgeführt.

Problemlösungstherapien. Bei Problemlösungstrainings werden allgemeine Strategien zur Bewältigung problematischer Situationen eingeübt. Dieser Vorgang ist zunächst ein überwiegend kognitiver Lernvorgang, bevor es anschließend zur In-vivo-Erprobung kommt (siehe Beispiel 10.1).

Verdeckte Konditionierung. Bei der verdeckten Konditionierung nach Cautela soll entsprechend der realen Konditionierungsprozesse z. B. das unerwünschte Verhalten und anschließend ein aversives Gefühl möglichst intensiv imaginiert werden. Der Erfolg und die theoretische Erklärung sind umstritten.

Selbstinstruktionstraining. Das Selbstinstruktionstraining nach Meichenbaum fokussiert auf den inneren Dialog, in dem Ereignissen ihre Bedeutung zugeschrieben wird. Von dieser Bedeutung, nicht vom Ereignis selbst, hängt oft ab, was ein positiver oder negativer Verstärker ist. In der Therapie soll daher zunächst das gewohnheitsmäßige, seinem Problemverhalten zugrunde liegende Schema des Patienten begrifflich strukturiert werden (Phase 1), dann dieses Konzept durch die Unterscheidung von äußeren Ereignissen und inneren Bewertungen differenziert werden (Phase 2) und schließlich die entsprechenden Bewertungen und Selbstaussagen mittels verschiedener verhaltenstherapeutischer Methoden modifiziert werden (Phase 3). (Siehe auch Beispiel 9.2.) Für Kinder gibt es eine Variante des Trainings mit handlungsbegleitendem, selbstinstruierendem Sprechen.

Kognitive Therapie. Ähnlich zentral ist die Zuschreibung von Bedeutungen und die damit verknüpfte Gefühlsreaktion auch bei der Kognitiven Therapie nach Beck. Das Selbstbild und die

darum herum gruppierten wichtigen Dinge und Personen bilden die persönliche Domäne, die möglichst aufrechterhalten werden soll. Ereignisse, Personen und Dinge werden nun auf ihre Passung zu dieser Domäne überprüft. Je nachdem reagiert ein Mensch unterschiedlich: bei festgestellter Passung mit positiven, bei mangelnder Passung mit negativen Gefühlen; z. B. reagiert er auf Verlust mit Trauer, auf Bedrohung mit Angst und auf direkte Verletzung mit Wut.

Ein negatives Selbstbild, eine negative Interpretation der Lebenserfahrungen und eine nihilistische Sicht der Zukunft bilden die kognitive Trias Depressiver, bei denen oft automatische Gedanken mit typischen Denkfehlern (wie Personalisieren, polarisiertes Denken, selektive Abstraktion usw.) auftreten. In einem strukturierten Therapieprozess soll eine Sensibilität für diese Automatismen entwickelt werden; er lässt sich nach Beck in vier Phasen gliedern: Selbstbeobachtung – Identifikation selbstzerstörerischer kognitiver Tendenzen – Hypothesenüberprüfung – Training alternativer Erklärungen (siehe Beispiel 10.2).

Mit der systemimmanenten kognitiven Therapie hat Meichenbaum ein integratives und erweiterndes Konzept vorgeschlagen, das ein größeres Wirkungsgefüge verschiedener Einflüsse umfasst (siehe Beispiel 10.3).

Multimodale Therapie (BASIC ID). Die multimodale Therapie nach Lazarus (BASIC ID) verweist auf Bereiche, die in jeder Therapie berücksichtigt werden sollten. Dabei können je nach Störungsschwerpunkten beliebige Techniken angewendet werden (siehe Beispiel 10.4.) – was allerdings den Wissenschaftsanspruch von Therapie in Frage stellt.

II Rational-emotive Therapie

Entstehung der Rational-emotiven Therapie. Ellis entwickelte seine Rational-emotive Therapie (RET) parallel zur Verhaltenstherapie in den 50er Jahren, zu der sie sich inhaltlich rechnen lässt. Obwohl die RET anfänglich eher eine Praxeologie auf schwach entwickeltem theoretischem Unterbau war, hat sie sich inzwischen als eine praktikable und effektive Therapie etabliert.

„A-B-C“ der Rational-emotiven Therapie. In der RET sind, ähnlich wie bei Beck, die dysfunktionalen Zuschreibungen von Bedeutungen zu bestimmten Ereignissen, also die „irrationalen Einschätzungen“, zentral. Im A-B-C-Schema geht es darum, die Psycho-Logik des Alltags zu hinterfragen, in der oft eine emotionale oder kognitive Reaktion als unmittelbare Folge (C, „consequence“) eines bestimmten Ereignisses (A, „activating event“) gesehen wird. Dabei „überspringt“ man jedoch den eigentlich relevanten Auslöser für diese Reaktion: das „belief system“ (B).

Wenn dieses „Glaubenssystem“ von „mussturbatorischen Ideologien“ geprägt ist, werden z. B. unangenehme Ereignisse nicht einfach nur als unangenehm, sondern als katastrophal empfunden. Durch Selbstindoktrination, in der die eigene Bewertung von Ereignissen als Eigenschaft des Ereignisses selbst gesehen und entsprechend darauf reagiert wird, können irrationale Ideen (iB) aufrechterhalten werden. Aus drei grundlegenden mussturbatorischen Ideologien leitet Ellis zwölf grundlegende irrationale Ideen ab, wie z. B. die irrationale Idee, perfekt zu sein – anstatt zu akzeptieren, dass man ein unvollkommenes Wesen ist (siehe Beispiel 11.2).

Praxis der Rational-emotiven Therapie. In der therapeutischen Praxis der RET kommt nach dem A-B-C auch das D („debating“ etc.): das auch von der Geschicklichkeit des Therapeuten abhängige Führen eines „sokratischen Dialogs“ (siehe Beispiele 11.1 und 11.2). Dadurch soll es schließlich zum Effekt (E) kommen: zu einer Neuorientierung des Bewertungssystems des Patienten.

Zunächst vermittelt der Therapeut dem Klienten das A-B-C-Schema der RET. Danach werden die Problemsituationen (A) und die gefühls- und verhaltensmäßigen Konsequenzen (C) des Klienten genau analysiert und differenziert, bevor es dann (u. a. mit Hilfe der genannten Grundkategorien) an die Aufdeckung der irrationalen Ideen (iB) gehen kann. Zuletzt werden außer dem „Disputieren, Debattieren, Diskriminieren und Definieren“ (v. a. mit Hilfe des „sokratischen Dialogs“) rationale, behavioristische und kognitive RET-Techniken angewendet.

Ellis hat insgesamt eine deduktive Vorgehensweise in der Therapie, da er die Annahme vertritt, dass aus einer begrenzten Anzahl möglicher irrationaler Ideen die jeweils zutreffenden gefunden werden können. Dies bedingt auch seine didaktischen und konfrontativen Interventionen.