

Verhaltenstherapie - Die erste Systemische Therapie

Vortrag am 16.09.2011 in Bonn bei der Köln-Bonner Akademie für Psychotherapie

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen,

Diesen Vortrag widme ich aus gegebenem Anlass Herrn Professor Dr. Adolf Martin Däumling, der am 20. Juni diesen Jahres in München im Alter von 94 Jahren verstorben ist. Herr Professor Däumling war hier am Psychologischen Institut der Universität Bonn viele Jahre Lehrstuhlinhaber für Klinische Psychologie. Ich habe bei Herrn Däumling von 1965 bis 1970 studiert, 1968 mein erstes Referat über Verhaltenstherapie gehalten, 1970 meine Diplomarbeit über die verhaltenstherapeutische Sexualtherapie von Masters & Johnson geschrieben, von 1976 bis 1984 als Assistent gearbeitet und zweisemestrige Lehrveranstaltungen über Verhaltenstherapie gehalten und schließlich 1978 mit einer Arbeit über Sexualtherapie promoviert. Professor Däumling, von uns liebevoll „Alf“ genannt, war mein großer Mentor und schließlich auch Freund. Ich verdanke ihm mehr als in Worte zu fassen ist. Und nun zum Thema:

Die Verhaltenstherapie ist nicht die erste, aber die wichtigste „Systemtherapie“.

Wenn man Systemtherapie so versteht, dass es sich dabei zwar auch um die Sicht der Ursachen, also um die Diagnostik, hauptsächlich aber um das zentrale Therapieinstrument, das Setting, und den speziellen Anwendungsbereich, also die Indikation handelt: Um **Paartherapie, Familientherapie und um Kommunikationstherapie.**

Gruppentherapie erwähne ich in diesem Zusammenhang erst mal nicht, weil Gruppentherapie in der Regel „nur“ ein Therapieformat ist, ein Therapiesetting, und kaum systemtherapeutischen Zwecken und Zielen dient. Und die **Sexualtherapie** erwähne ich

zuletzt, weil sie wohl am aller offensichtlichsten zeigt, wie Verhaltenstherapie auch Systemtherapie sein kann. Dazu evtl. später mehr im anschließenden Workshop.

Und wenn man es dann weiterhin auch so versteht, dass man Systemtherapie nach verschiedenen psychotherapeutischen Methoden durchführen kann: Psychoanalytisch, gesprächstherapeutisch, gruppentherapeutisch wie beim Psychodrama von Moreno oder wie bei der Gestalttherapie von Perls. Oder eben auch verhaltenstherapeutisch. Am besten lässt es sich aber meines Erachtens bei Beziehungsproblemen oder Familienproblemen verhaltenstherapeutisch arbeiten. Dass ich bislang, übrigens, der Meinung war und immer noch bin, dass die für die Systemtherapie so typische Kommunikationstheorie und Kommunikationstherapie der Palo-Alto-Schule (Watzlawick, Bateson u.a.) ein integraler Bestandteil der Verhaltenstherapie ist, möge mir keiner verübeln.

Den Behaviorismus gibt es schon seit den Anfangsjahren des zurückliegenden Jahrhunderts. Diese Bezeichnung geht auf J.B. Watson (1878 – 1958) zurück, der Ivan Petrovitch Pawlow (1849 – 1936) auf dessen Vortragsreise durch die U.S.A. kennen lernte. Die wahre Geburtsstunde der Verhaltenstherapie schlug allerdings erst Mitte der 60iger Jahre mit der Veröffentlichung des Buchs von Joseph Wolpe und Arnold Lazarus „Behavior Therapy Techniques“ (1966). Aus diesem Buch hatte ich damals 1968 als Student an der Bonner Universität die Ehre, über das Kapitel “Negative Practice” von Dunlap ein Referat zu halten. Ich hatte damals nicht die Spur einer Ahnung, wie sehr die Verhaltenstherapie meinen späteren Lebensweg bis zum heutigen Tag, gut 40 Jahre später, begleiten und bestimmen würde. Heute bin ich 67 Jahre alt und blicke auf so ziemlich genau 40 Jahre Berufstätigkeit als Vollblut-Psychotherapeut zurück. Mit über 1.000 behandelten Patienten und über 30.000 Therapiestunden.

2. Ist die Verhaltenstherapie auf dem Weg zur Integration oder Desintegration?

Schafft sie sich selber ab oder erschafft sie sich neu zur Supermacht?

Neulich griff ich mir die neueste Ausgabe des „Psychotherapeutenjournal“, dem offiziellen Organ der Bundespsychotherapeutenkammer, Ausgabe 2/2011 vom 15. Juni und kam aus dem Staunen nicht mehr raus. Ich las schon auf der Titelseite Überraschendes: „Imaginative Techniken in der Verhaltenstherapie“ und „Selbsterfahrung in der modernen Verhaltenstherapieausbildung“. Die „Imaginativen Techniken“, z.B. das sogenannte „Imaginative Überschreiben“ („Imagery Rescripting“) zur Behandlung von Posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS), kenne ich besser aus meiner frühen Gestalttherapieausbildung in den 70iger Jahren. Und natürlich erst recht auch aus meiner damaligen Verhaltenstherapieausbildung, bei der wir lernten, Angsterkrankungen wie auch die Posttraumatische Belastungsstörung mit der Systematischen Desensibilisierung von Wolpe nicht nur in vivo, sondern auch in sensu, also kognitiv und imaginativ zu behandeln. Das schon nicht mehr ganz so neue Verfahren des Eye Movement Desensitization and Reprocessing, abgekürzt das EMDR, von Shapiro und nun neuerdings die Imagery Rescripting and Processing Therapy, abgekürzt IRRT von Smucker sind also eigentlich nur alte Hüte in neuer Aufmachung. Alter Wein in neuen Schläuchen. Genau dasselbe wurde auch schon anfangs bei der Systematischen Desensibilisierung gemacht. Die Systematische Desensibilisierung ist die Mutter aller weiteren Verhaltenstherapiemethoden. Und sie ist auch heute noch die beste aller Methoden, wenn es um die Angstbehandlung geht. Daran ändert auch nichts, dass eine solche Neuheit wie die IRRT angeblich auf anderen Wirkmechanismen beruhen soll als die alten typisch verhaltenstherapeutischen Konfrontationsverfahren (wie z.B. die Systematische Desensibilisierung, das Habituationstraining oder die Expositionstherapie mit Reaktionsverhinderung). Statt nachvollziehbaren Erklärungen wie Löschung, Habituation oder Kognitive Umstrukturierung nun als „emotionale

Neubewertung“ erklärt. Nebenbei gesagt halte ich allein schon den Begriff „emotionale Neubewertung“ für haltlosen Unsinn. Dazu später mehr im Rahmen der Ausführungen zur sogenannten Kognitiven Wende in der Verhaltenstherapie Mitte der 70iger Jahre.

Und auch bei den Vorschlägen zu einer modernen Selbsterfahrungsausbildung in der Verhaltenstherapie finde ich eigentlich nur alte Bekannte wieder aus meiner auch schon uralten Gesprächstherapieausbildung ebenfalls in den 70iger Jahren: Die therapeutischen Basisvariablen bedingungslose Wertschätzung, Empathie und Kongruenz. Ist dies nun Fortschritt oder Rückschritt? Wenn der Verhaltenstherapeut lernt, sich wie ein Gesprächstherapeut zu verhalten? Ist die Verhaltenstherapie auf dem Weg, sich selbst aufzulösen und abzuschaffen? Oder ist sie auf dem Weg, die alleinige Macht in der Psychotherapie zu übernehmen? Dazu hier schnell noch ein weiteres erstaunliches Beispiel aus dem vorhin erwähnten Fachbeitrag über Imaginative Techniken in der Verhaltenstherapie: Es wird vor einem Effekt, einem Phänomen gewarnt, das schon seit den Anfängen der Verhaltenstherapie in den 50iger Jahren bekannt ist. Als schon damals bei der Systematischen Desensibilisierung von WOLPE, der Königin aller verhaltenstherapeutischen Methoden, die nicht nur „In vivo“, sondern auch „In sensu“ durchgeführt wurde, das Problem auftrat, dass man sich als Patient bei kognitiven imaginativen Methoden leicht der Mitarbeit und Wirkung entziehen kann, indem man sich einfach nicht auf die gedankliche Vorstellung einlässt. Die Bereitschaft, an der psychotherapeutischen Behandlung effektiv mitzuwirken nannte man bislang „Compliance“, und das war's auch schon. Die bisherigen verhaltenstherapeutischen Bemühungen richteten sich zwar darauf, wie man „Compliance“ erreicht, aber nicht wie man das Gegenteil, die Non-Compliance“, erkennt und verhindert. In der Regel erkennt der Verhaltenstherapeut die Compliance bzw. die Non-Compliance seiner Patienten daran, wie sie ihre „Hausaufgaben“, die ja ein ganz

typisches Charakteristikum der Verhaltenstherapie sind, befolgen oder nicht befolgen. Dass der Patient sich nicht auf die Vorstellungs-Übung einlässt und emotional „mauert“ wird nun neuerdings „Experiential Avoidance“ (EA) genannt und ist meines Erachtens identisch mit dem therapeutischen Phänomen des „Widerstands“, wie man ihn aus der psychoanalytischen Therapie kennt. Die Verhaltenstherapie macht inzwischen vor nichts halt. Erst einverleibt sie sich im Namen der sogenannten Kognitiven Verhaltenstherapie die besten Ideen der Gestalttherapie (von Perls), dann die Basisvariablen der Gesprächstherapie (von Rogers), nun erobert sie auch noch letzte psychodynamische Domänen wie „Widerstand“ und „Übertragung“ (von Freud). Wie als eindrucksvolles Beispiel in der sogenannten Interaktionellen Verhaltenstherapie von Grawe mit systemtherapeutischen Kunstgriffen wie der „Kompensatorischen Beziehungsgestaltung“. Ist das nun Fortschritt oder Rückschritt?

Auf der Suche, um nicht zu sagen in der Sucht nach immer neuen Entwicklungen und immer besseren Verfahren, sind leider etliche alte bewährte Methoden auf der Strecke geblieben, die sich nicht nur sehr gut bewährt hatten, sondern auch noch deutlich nachvollziehbar auf dem Boden der behavioristischen Lerntheorie standen. So zum Beispiel die Methode der „Verdeckten Sensibilisierung“ („Covert Sensitization“) von Cautela oder das „Emotionstraining“ („Emotional Training“) und die „Trauertherapie“ („Bereavement Therapy“) von Ramsay. Requiescant in pace!

Über die Jahre in Vergessenheit geraten oder erst gar nie wirklich verstanden ist neben einzelnen verdienstvollen alten Methoden leider auch die Tatsache, dass jedes einzelne verhaltenstherapeutische Verfahren sich darin von den anderen unterscheidet, dass es entweder nach dem Prinzip des Klassischen Konditionierens oder des Operanten

Konditionierens funktioniert und, viel wichtiger noch, dass alle Krankheitssymptome in ihrer Entstehung und Entwicklung ebenfalls nach jeweils einer dieser beiden Konditionierungsmethoden zu definieren sind. Und dass daraus abgeleitet werden muss, dass ein klassisch konditioniertes Symptom nur mit einem Verfahren des Klassischen Konditionierens zu heilen ist. Und ein operant konditioniertes Symptom nur mit einem operanten Verfahren! Wer weiß das heute schon noch? Viele therapeutische Kunstfehler beruhen auf diesem verloren gegangenen bzw. nie richtig verstandenen Wissen.

3. Was ist Verhaltenstherapie?

Es ist noch gar nicht so lange her, da musste man bei einem Vortrag über Verhaltenstherapie erst einmal eine ganze Menge schlimmer **Vorurteile** aus dem Wege räumen:

(1) Die Verhaltenstherapie befasse sich doch nur mit dem Verhalten und nicht mit dem viel Wichtigerem und einzig Wahrem, dem Inneren des Menschen, seiner Seele. Dieses Vorurteil ging auf die wissenschaftstheoretische Konstruktion der sogenannten Black Box zurück, mit der Behavioristen sich bewusst vom Problem der Spekulation und Mystifikation abgrenzen wollten, wie sie in den anderen bekannten Therapie- und Persönlichkeitsmodellen gang und gebe waren. Dass in der Black Box jedoch etwas sein musste, wurde von niemandem bestritten, es wurde nur außen vor gelassen.

(2) Das nächste heftige Vorurteil betraf den Umstand, dass die Behavioristen und Verhaltenstherapeuten ihre Erkenntnisse über den Menschen nur aus Tierexperimenten bezogen und dass dies nicht statthaft sei, weil es den Menschen auf die Stufe eines Tieres herabwürdigte. Ob Schäferhunde wie bei Pawlow, Ratten wie bei Thorndike oder Tauben wie bei Skinner, heutzutage hat sich unser Verhältnis zu Tieren erheblich geändert und wir respektieren die Gemeinsamkeiten, zum Beispiel von Mensch und Schwein, Mensch und Menschenaffen.

(3) Schließlich hat sich auch das Vorurteil, dass Verhaltenstherapie nur Symptomtherapie sei und nicht den ganzen Menschen erfasse erheblich gebessert. Das einzelne Symptom wird heute als Rädchen im Getriebe, als Teil eines Systems gesehen. Verändert man das Symptom, so verändert man automatisch das ganze System!

Verhaltenstherapie ist die Anwendung der sogenannten **Lerntheorien** auf die Diagnostik und Therapie psychischer und psychosomatischer Erkrankungen. Alle diese Erkrankungen werden als Folge von entweder fehlerhaftem oder noch gar nicht stattgefundenem Lernen erklärt. Auf jeden Fall aber hauptsächlich und ausschließlich als **Lern-Fehler**. Als „falsch

gelernt“ würde man danach Störungen und Erkrankungen bezeichnen, bei denen die großen und fürchterlichen Vier auftauchen: Angst, Ekel, Scham und Schmerz. Seelischer Schmerz wie zum Beispiel Trauer, Liebeskummer bis hin zum „gebrochenen Herzen“, Heimweh oder Abschiedsschmerz. Als „nicht gelernt“ und deshalb neu zu lernen erachtet man hauptsächlich fehlende soziale Kompetenz oder fehlende Fähigkeit zur Selbstkontrolle, zur Selbststeuerung und zur Impulskontrolle. Wie bei Sucht- und Zwangserkrankungen

Es ist dabei unbedingt wichtig, verstanden zu haben, dass mit diesen beiden Lerntheorien konsequent und kongruent **das Gesamt des menschlichen Nervensystems** und dessen Funktionsweisen abgebildet und erklärt werden. Das sogenannte „animale“, zentrale und periphere Nervensystem“, das die **willkürlichen** Funktionen des Organismus regelt entspricht der Lerntheorie vom operanten Konditionieren, dem „Lernen am Erfolg“. Und das sogenannte vegetative, autonome und eben **unwillkürliche** Nervensystem, das den lerntheoretischen Prinzipien der „Reflexologie“, des Klassischen Konditionierens folgt. Diese beiden behavioristischen Lerntheorien erklären dabei keineswegs nur, wie wir Menschen lernen und Gelerntes behalten, sondern beschreiben auch, nach welchen Regeln sich das tagtägliche Leben des Menschen abspielt.

Das **Menschenbild in der Verhaltenstherapie** ist das eines Organismus', der stets und ständig lernt. Dieses Lernen dient grob gesagt im Sinne der **Evolutionstheorie von Darwin** dem Überleben. An dieser Stelle möchte ich gerne noch einmal ganz deutlich die enge Verwandtschaft von Evolutionstheorie und Lerntheorien, von Evolutionsbiologie und Behaviorismus in Ihr Bewusstsein rücken. Die Regeln der beiden behavioristischen Lerntheorien bilden im kleinen Format des alltäglichen Lebens und des Lebens eines einzelnen Menschen ab, wie es die Regeln der Darwin'schen Evolutionstheorie im

großen Format der Jahrhunderte und Jahrtausende der gesamten Menschheitsentwicklung tun. Im Großen wie im Kleinen geht es um das Überleben durch Lernen und erfolgreiche Anpassung an sich verändernde Umwelt- und Lebensbedingungen.

Dem entsprechend ist **Krankheit** in der Verhaltenstherapie definiert als Störung oder Versagen der notwendigen Lernprozesse. Als Unfähigkeit sich zu ändern. Und dem entsprechend definiert die Verhaltenstherapie **Gesundheit** als die Fähigkeit zu lernen und sich zu ändern. Dies ist durchaus radikal auch so zu verstehen, dass Menschen, die aufhören zu lernen, eine hohe Wahrscheinlichkeit erleiden, krank zu werden und vorzeitig zu sterben. Dies sollte eigentlich nicht allzu sehr überraschen, wenn wir nur an die prägnantesten Ergebnisse der aktuellen Altersforschung denken. **Leben ist Lernen**. Und der Sinn des Lebens, so sieht es die Verhaltenstherapie, ist das **lebenslange Lernen**. Beim „Lernen“ geht es natürlich nicht nur um Lernen im akademischen Sinn, also um Bildung. Beim Lernen geht es einfach um alles, was der erfolgreichen Anpassung an ein sich veränderndes Leben und dem Überleben dient. Es drängt sich einem sogar der Verdacht auf, dass schon **Lernen per se therapeutisch** ist. Das ist auffällig deckungsgleich mit der Kernaussage von Fritz Perls zur Gestalttherapie: „Awareness, auf deutsch „Achtsamkeit“, Awareness per se ist therapeutisch!“ Das verhaltenstherapeutische Credo ist allerdings weiter und überzeugender. So täte es wohl jedem Menschen gut, sich abends zu fragen: Was habe ich heute gelernt?

Mit Hilfe der **behavioristischen Lerntheorien vom Klassischen Konditionieren (Pawlow) und des operanten Konditionierens (Skinner)** werden Patienten durch die Verhaltenstherapie dazu angehalten, umzulernen oder neu zu lernen. Seit der sogenannten „**Kognitiven Wende**“, basierend auf der sogenannten „**Kontinuitätsannahme**“ und dem

„**Isomorphie-Prinzip**“ zielen die therapeutischen Lernstrategien nicht nur auf die äußeren Variablen „Verhalten“ (genannt: „motorisch“) und „Körper“ („physiologisch“) ab, sondern auch, ja inzwischen sogar vorrangig, auf die inneren Variablen Gedanken („kognitiv“) und Gefühle (emotional). Wegen der immensen Bedeutung der „Kognitiven Wende“ für die Weiterentwicklung der Verhaltenstherapie möchte ich gerne an dieser Stelle **die zentralen 4 Annahmen** dieses Ansatzes vorstellen, wie sie 1974 von Michael Mahoney paradigmatisch formuliert wurden:

1. Der menschliche Organismus reagiert vor allem auf die kognitive Repräsentation, seiner Umwelt, also auf die innere Darstellung und Abbildung der Umgebung und der Ereignisse seiner Welt, und nicht auf die reale Umwelt und die realen Ereignisse.
2. Diese kognitiven Repräsentationen sind funktional mit den Lernprozessen des Klassischen und des Operanten Konditionierens verbunden. Das heißt:
3. Menschliches Lernen ist zum größten Teil kognitiv vermittelt. Hauptsächlich durch drei kognitive Vermittlungsmodelle : (1) Verdecktes Konditionieren; (2) Informationsverarbeitung („Kognitive Umstrukturierung“, „Reframing“), wie z.B. in der „Kognitiven Dissonanztheorie“ von Festinger. Und (3) Modellernen, auch stellvertretendes Lernen oder soziales Lernen genannt (Bandura).
4. Gedanken, Gefühle, Verhalten und vegetative, physiologische Reaktionen sind interaktiv und bedingen einander. Die Faustregel dazu lautet: Kognitionen lösen Emotionen aus, Emotionen lösen willkürliches und unwillkürliches Verhalten aus. Das heißt: Am Anfang ist stets der Gedanke, die Kognition (und nicht das Gefühl).

Als Folge der Kognitiven Wende hat sich im Gesamt der Verhaltenstherapie die sogenannte **Kognitive Verhaltenstherapie** (Mahoney, 1974) besonders stark durchgesetzt. Gut dreißig Jahre nach der Kognitiven Wende registrieren wir heute eine überraschende Weiterentwicklung der behavioristischen Verhaltenstherapie, die man gut und gerne auch als „Humanistische Wende“ und als „Emotionale Wende“ wertschätzen könnte. Aber erstens sind diese weiteren Wenden auch schon mit in der „Kognitiven Wende“ enthalten. Und zweitens droht damit leider eine immer weitere Entfremdung von den wichtigen

und notwendigen behavioristischen Wurzeln und Grundlagen. Wer die Lerntheorien nicht kennt und funktionales Denken nicht verstanden hat, der sollte Verhaltenstherapie lieber nicht anwenden. Auch wenn es oberflächlich so einfach erscheint, einfach mal nach dem wenn-dann-Prinzip nachzuschlagen, welche Methode angeblich wohl am besten zur jeweiligen Diagnose passt. Ein Therapieerfolg wäre dann eher zufällig denn durchdacht und absichtlich erzielt worden.

Als besonders wertvoll erweist sich meines Erachtens mit der „Kognitiven Wende“, dass nunmehr damit eines der wichtigsten klinisch relevanten lerntheoretischen Phänomene erklärbar wird: das **Phänomen der Erwartung**. Dass nämlich jedes reale Ereignis im Guten wie im Bösen in der direkten Folge bei Mensch und Tier kognitiv die Erwartung auslöst, dass dieses Ereignis erneut eintreten wird. Wenn es eine gute Erfahrung ist, dann entsteht daraus die Erwartung, die wir als „Vorfreude“ bezeichnen. Diese Erwartung hat in der Regel ein im Jargon der Verhaltenstherapie so genanntes „Annäherungsverhalten“ zur Folge. Der Versuch, eine gute Erfahrung zu wiederholen. Wenn es eine schlechte, eine beängstigende Erfahrung war, dann entsteht daraus die „Vorangst“. Klinisch und therapeutisch relevanter ist allerdings die kognitive Reaktion auf eine schlechte Erfahrung: die sogenannte **Erwartungsangst**. Die „Erwartungsangst“ kann nunmehr mit Hilfe des Konzepts der Kognitiven Theorie als internen „klassisch konditionierten Reiz“, als „CS“, angesehen werden. Beim Schäferhund von Pawlow war der konditionierte Reiz (CS) ein Klingelton. Beim kognitiven Verhaltenstherapeuten ist der konditionierte Reiz ein Gedächtnisinhalt, die Erinnerung. Die Erinnerung, die wiederum durch zahllose andere sekundär oder tertiär klassisch konditionierte äußere wie innere Reize zum Stimulus, zum Signal wird für eine Angstreaktion und ein entsprechendes Flucht- und Vermeidungsverhalten. Die kognitive klassische Konditionierung von guten

bzw. schlechten Erfahrungen und die daraus resultierende Auslösung von entweder „Annäherungsverhalten“ bzw. „Vermeidungsverhalten“ hat einen hohen unersetzlichen Wert für das Überleben und die Evolution des Menschen. Sie erklärt, nebenbei gesagt, übrigens auch die Phänomene, die wir als **Placebo** und **Nocebo** bezeichnen.

Kognitive Verhaltenstherapie zielt vor allem auf die Veränderung des Denkens, weil im Denken der Ursprung, die Ursache von Krankheit und Gesundheit gesehen wird. Besondere Bedeutung kommt dabei der Arbeit von Aaron C. Beck zu: Seinen Ausführungen über die sogenannte Kognitive Triade: Annahmen über sich selbst, seine Mitmenschen und über das Leben/die Zukunft. Und den aller typischsten Denkfehlern: Unzulässige Generalisierung und Maximierung, selektive Wahrnehmung und willkürliche Schlussfolgerungen

4. Wieso ist Verhaltenstherapie auch Systemtherapie?

Systemtherapie ist die spezielle Anwendung von Verhaltenstherapie auf die Diagnostik und Behandlung von psychischen und psychosomatischen Störungen und Erkrankungen, die von gestörten „Systemen“ verursacht werden. Als Systeme werden hauptsächlich Geflechte und Wirkungszusammenhänge von **interpersonellen Beziehungen** bezeichnet. Vorrangig bilden Familien und Partnerbeziehungen solche Systeme, letztlich aber eben auch alle weiteren relevanten Gruppenbildungen wie Bürogemeinschaften, Cliques und Freundeskreise. Nach der Erkenntnis, dass systemische Probleme systemische Lösungen brauchen. Typische Vertreter der Systemtherapie sind demzufolge Familientherapie, Paartherapie, Gruppentherapie, Kommunikationstherapie und Sexualtherapie.

Die Verhaltenstherapie ist auch Systemtherapie und sucht und findet die Ursachen von Störungen und Erkrankungen auch in gestörten oder gar kranken Systemen, wie bei

Paar-, Beziehungs- und Kommunikationsstörungen. Aber nicht nur. Störungen und Erkrankungen können auch andere Ursachen haben, die dann wirklich nur die einzelne Person, den einzelnen Patienten betreffen: Wie zum Beispiel ein Schicksalsschlag, eine Krankheit oder ein Unfall oder eine Sinnkrise. Aber: Wer heute noch glaubt, dass auch nur irgendein lebender Organismus ein Einzelelement sein kann, das nicht gleichzeitig und immerdar Teil eines größeren Verbunds, eines „Systems“, ist, hat wohl als Mensch genauso wie als Psychotherapeut etwas ganz wichtiges im Leben nicht verstanden. Frei nach Paul Watzlawiks Grundregeln der menschlichen Kommunikation, dass es nicht möglich ist, nicht zu kommunizieren, muss man auch anerkennen, dass es nicht möglich ist, nicht stets ein Teil eines Systems zu sein. Oder auch frei nach dem altbekannten gestaltpsychologischen Grundsatz, dass das Ganze immer mehr ist als die bloße Summe seiner Einzelteile.

So sollte eigentlich auch der Psychoanalytiker, der nun wohl weiß Gott nicht zu den Systemtherapeuten zu zählen ist, zugeben, dass selbst ein psychoanalytisch so zentrales Krankheitsgeschehen wie der Ödipus-Komplex eigentlich und tatsächlich ein Fehler, wenn nicht sogar eine Krankheit im „System“ ist.

Dies gilt selbstverständlich auch für den Verhaltenstherapeuten und die Verhaltenstherapie bei der Diagnose von Störungsursachen genauso wie bei der Therapie. Nur dass die Systeme, die in der Verhaltenstherapie berücksichtigt werden, weitaus weitgehender sind als in der klassischen Systemtherapie und durchaus nicht nur interpersonelle Beziehungen als systemisch bewerten, sondern sämtliche Reizbedingungen im Spannungsbogen zwischen Ursache und Wirkung, also auch intrapersonelle Beziehungen und Systeme wie zwischen Denken, Fühlen, Verhalten und Körper (vgl. 4-Ebenen-Modell).

Die Verhaltenstherapie basiert auf einem der drei wichtigsten und wesentlichen wissenschafts- und erkenntnistheoretischen Modelle von Psychologie und Psychotherapie: dem Behaviorismus. Welches sind die anderen beiden Ansätze? Psychoanalyse und Humanismus. Typisch und charakteristisch für den Behaviorismus und die Verhaltenstherapie ist der sogenannte **Funktionalismus**. Funktionalismus, funktionales Denken steht im krassen Widerspruch zu dem bislang und leider immer noch weitläufig üblichen sogenannten Strukturalismus in der alten Wissenschaftstradition von Wilhelm Wundt. Danach definiert sich ein Objekt, eine Person oder eine Handlung nicht danach, wie sie erscheinen, sondern ausschließlich **welche Wirkung** sie haben. Das System in der Verhaltenstherapie wird also verstanden als System von Wirkungszusammenhängen. Diese Systeme können aus **interpersonellen** Beziehungen bestehen, wie in der klassischen Systemtherapie als Familientherapie, Paartherapie oder Kommunikationstherapie, können aber eben auch andere und weit subtilere Systeme betreffen, wie zum Beispiel das intrapersonelle System von Gedanken, Gefühlen, Verhaltensweisen und physiologischen Reaktionen, die sich nach der Kernlehre der Kognitiven Verhaltenstherapie, wie von Mahoney Mitte der 70iger Jahre beschrieben, gegenseitig bedingen. Wie etwa in der alten paradigmatischen Lehre von den sogenannten **4 Ebenen**: Kognition steuert Emotion, Emotion löst entsprechende vegetativ-physiologische Reaktionen und entsprechendes Verhalten aus.

Funktionales Denken und Systemisches Denken gehen dabei Hand in Hand. Denn auch ein **Teil** eines Ganzen kann ein **Ganzes** sein, das in sich Teile vereint. Und auch ein Ganzes kann ein Teil eines größeren Ganzen sein. Je nach Funktion und Wirkung. Genauso wie ein Lob sowohl ein Lob als auch eine Strafe und eine Strafe sowohl eine Strafe, aber auch ein Lob sein kann. **Es kommt „nur“ auf die Wirkung an.**

Diese beiden interpersonellen und intrapersonellen Systeme werden im Modell der sogenannten **Verhaltensanalyse** inklusive der sogenannten **Funktionalen Bedingungsanalyse**, dem wichtigsten diagnostischen Instrument der Verhaltenstherapie als „mikroskopische“ oder „makroskopische“ Analyse abgebildet, neuerdings alternativ und fast deckungsgleich auch als „horizontale“ bzw. „vertikale“ Analyse benannt.

Ein überzeugendes Beispiel für die gemeinsame Schnittmenge von Verhaltenstherapie und Systemtherapie findet sich, übrigens, im Konzept der Funktionalen Bedingungsanalyse und den „pragmatischen Axiomen“ der Kommunikationstheorie von Watzlawick im Paradigma von der „Interpunktierung“ von Ereignisfolgen. Zwei Schulen haben dieselbe Erkenntnis!

Kann der Verhaltenstherapeut denn auch systemisch arbeiten? Ja. Der Verhaltenstherapeut hat die Wahl des geeignetsten Therapieformats, die notwendige Therapie. entweder als Einzeltherapie, Gruppentherapie, Paartherapie oder Familientherapie durchzuführen. Bislang gilt auch für Verhaltenstherapeuten, dass ein systemisches Problem nur systemisch zu behandeln ist. Eine gestörte, kranke Paarbeziehung nur durch Paartherapie. Wenn eine Familie als Ganzes krank ist, dann muss auch mit Familientherapie behandelt werden. Allerdings: Ich habe auch schon von einem Kollegen gelesen, der ein Familienproblem in Einzeltherapie anging. Ich fürchte, dass die Idee der „Familientherapie als Einzeltherapie“ eher aus der Not geboren ist, als aus wirklicher Überzeugung. Aus der Not, die dadurch besteht, dass die anderen Mitglieder des Systems nicht „mitspielen“. Egal ob als Eltern oder Kinder, Ehemänner oder Ehefrauen, Kollegen und Kolleginnen im Büro und auf der Arbeit oder im Tennisclub. Ach ja, nur nicht zu vergessen Systeme wie die Nachbarschaft, die Hausgemeinschaft. Wenn die psychische Erkrankung eines Patienten nach gründlicher Anamnese und sorgfältiger Diagnostik offensichtlich auf ein Mobbing

durch Mitmenschen wie Bürogemeinschaften, Schulklassen, Kegelclubs usw. verursacht wird, dann müsste eigentlich zur theoretisch optimalen Therapie auch der ganze „Club“, das ganze „System“ also, zur Therapie antreten. Gute Idee, theoretisch im Modell möglich. Und dennoch in der Realität kaum je möglich. Ich glaube sogar, als alter erfahrener Psychotherapeut sagen zu können, dass die meisten psychischen Störungen und Erkrankungen auf Beziehungs- und Systemprobleme hinauslaufen. Und dass die meisten dieser verhaltenstherapeutischen Behandlungen dennoch als Einzeltherapien ablaufen. In der Realität der psychotherapeutischen Versorgung der Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland sieht es allerdings ein wenig anders, ein wenig rigider aus. Aber dennoch nicht unmöglich. Zugegeben: Privatkassen und gesetzliche Krankenkassen bezahlen zwar Gruppentherapie, aber nicht Paartherapie und auch nicht Familientherapie. Was sie bezahlen? Die „Einbeziehung wichtiger Bezugspersonen“, wenn auch nur eingeschränkt im Verhältnis 4 Patientenstunden zu einer Stunde mit einer „Beziehungsperson“. Krankenkassen bezahlen auch Gruppentherapie. Allerdings aus anderen Gründen als aus therapeutischen, eigentlich nur aus ökonomischen, um Geld zu sparen. Aber das ist in der Regel etwas ganz anderes als die Therapie mit einer speziellen Gruppierung wie mit einer Familie. Gruppentherapie in der deutschen Krankenversorgung bedeutet, mit einer bunt zusammengewürfelten Gruppe von anderen Kranken einmal wöchentlich zusammensitzen und über die einzelnen Probleme und Beschwerden zu sprechen. Diese Art von Gruppentherapie ist damit leider im Sinne der systemischen Therapie, und auch der systemischen Verhaltenstherapie bis auf wenige Ausnahmen im Vergleich zur Paartherapie und Familientherapie vollkommen sinnlos.

Ein krönendes Beispiel für die verhaltenstherapeutische Systemtherapie ist die **Sexualtherapie** der 60iger, 70iger Jahre von Masters & Johnson, bei der es um die Behandlung sexuelle Dysfunktionen mit Mitteln und Methoden ging, die eindeutig verhaltenstherapeu-

tischer Natur waren und noch immer sind. Diese Sexualtherapie á la Masters & Johnson wurde erst recht noch zur ultimativen Krönung aller systemtherapeutischen Formate dadurch nämlich, dass die Therapie als Paartherapie von einem Therapeutenpaar abgehalten wurde. Im optimalen Idealfall aller systemtherapeutischen, verhaltenstherapeutischen Settings ist das Therapeutenpaar auch tatsächlich ein Paar. Aber wer soll das bezahlen? Und vor allem: Wer soll das aushalten? Als Therapeutenpaar. Ich nicht.

Trotzdem: Dieses therapeutische Format ist das „Höchste der Gefühle“. Aus systemtherapeutischer Sicht auf jeden Fall. Und es würde schon reichen, wenn das Therapeutenpaar zwar nicht ineinander verliebt, miteinander verlobt und verheiratet wären, aber auf jeden Fall gute Freunde und Kollegen. Die hier vorgeschlagene Paartherapie als Vierer-Therapie könnte auch ein gutes Thema sein für den sich anschließenden Workshop.

5. Historischer Überblick von den Anfängen bis zur Gegenwart der Verhaltenstherapie: Vom „Kleinen Albert“ zum „Imagery Rescripting“. Von der Systematischen Desensibilisierung“ bis zur Kognitiven Verhaltenstherapie.

Es gibt zwei uralte Vorurteile gegen die Verhaltenstherapie. Das erste besagt, dass die Verhaltenstherapie nur bei Ratten und bei Schäferhunden funktioniert. Dieses Vorurteil ist zu dumm, um es ernsthaft zu diskutieren, ob Ergebnisse aus Experimenten mit Tieren auch auf Menschen übertragbar sind. Das zweite Vorurteil besagt, dass die Verhaltenstherapie „nur“ das Verhalten ändert, nicht aber Denken und Fühlen. Stimmt denn das?

Es ist wichtig zu verstehen, dass die Verhaltenstherapie leider durch unglückliche historische Umstände an einen falschen und irreführenden Namen geraten ist. Die Verhaltenstherapie ist definiert als die Anwendung der behavioristischen Lerntheorien von Pawlow

und Skinner auf die Diagnostik und Therapie psychischer Störungen. Die Verhaltenstherapie beeinflusst und behandelt keineswegs nur das Verhalten, sondern auch das Denken und Fühlen und sogar physiologische Reaktionen und Reflexe. Die Verhaltenstherapie müsste deswegen logischer Weise **Lerntherapie** genannt werden. Wie konnte es zu dieser falschen und irreführenden Namensgebung „Verhaltenstherapie“, auf englisch und amerikanisch „Behavior Therapy“, kommen? Behavior Therapy im amerikanischen Original, 1953 zuerst so genannt von Skinner, Wolpe u.a. bedeutet: Die Psychotherapie, die aus dem Behaviorismus kommt. Eingedeutscht hätte die Verhaltenstherapie dann eigentlich auch heißen müssen: Die Behaviorismus-Therapie.

Behaviorismus-Therapie. Zugegeben ein unmöglicher Name. Aber die Verhaltenstherapie als Verhaltenstherapie zu bezeichnen, muss man heute als fahrlässige und unnötige Wort-Schlamperei bezeichnen, die Jahrzehnte mit dummen Vorurteilen wie „Rattentherapie“, „Symptomtherapie“ und „Dressur“ kosteten. Die Verhaltenstherapie verdankt den überzeugenden Siegeszug der zurückliegenden Jahrzehnte vor allem zwei Vorteilen:

1. Der wissenschaftlich fundierten Theorie und unmissverständlichen Beschreibung des therapeutischen Vorgehens, wodurch die Therapiemethode transparent und logisch und vor allem wiederholbar wird.
2. Eine bestechend hohe Erfolgsquote, die durch eine Unmasse von experimentellen Studien belegt ist.

Wie wichtig für ein ernst zu nehmendes Therapieverfahren diese beiden Kriterien der Wiederholbarkeit und der Erfolgskontrolle sind, muss hier wohl nicht weiter vertieft werden. Darin, jedenfalls, ist die Verhaltenstherapie unschlagbar. Auch als Systemtherapie. Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.

Anhang:

Themenauswahl zur Vertiefung im Workshop:

- 1) Die Verhaltensanalyse und Funktionale Bedingungsanalyse
- 2) Das Setting der 4-rer Therapie in der Sexualtherapie von Masters & Johnson:
Am Beispiel des „4:3-7:0 – Syndroms“
- 3) Die 25 größten Fehler in der Therapie. Aus der Sicht des Verhaltenstherapeuten.
- 4) Die 30 Quizfragen zum Wissen über Verhaltenstherapie
- 5) Verhaltenstherapeutische Supervision

Köln/Berlin, 16.09.2011 gez. Dr.Hermann Wendt