Zur Fragmentierung in der Verhaltenstherapie

Fritz Hohagen Winfried Lotz-Rambaldi

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck, Deutschland

Die Verhaltenstherapie stellt seit vielen Jahrzehnten das bestevaluierte Psychotherapieverfahren dar, obgleich sie erst vergleichsweise spät als kassenärztliche Leistung (1980) anerkannt wurde. Seit der Anerkennung ist der Anteil der psychotherapeutisch Tätigen, die verhaltenstherapeutisch arbeiten, stetig gestiegen. Bei den niedergelassenen Psychologischen Psychotherapeuten ist sie bereits seit längerem das dominierende Richtlinienverfahren, aber auch innerhalb der ärztlichen Psychotherapie und unter den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten nimmt sie einen immer breiteren Raum ein, wenngleich die meisten Ärzte für psychotherapeutische Medizin bzw. Ärzte für psychosomatische Medizin und Psychotherapie und die so genannten «Zusatztitler» bislang tiefenpsychologisch ausgebildet wurden. Nicht zuletzt aufgrund ihrer beeindruckenden empirischen Fundierung und permanenten wissenschaftlichen Fortentwicklung hat die Verhaltenstherapie im stationären Sektor vor allem an den Universitätskliniken für Psychiatrie und Psychotherapie, aber in zunehmendem Maße auch an den anderen Versorgungskliniken, eine Vorrangstellung.

Die historische Entwicklung der Verhaltenstherapie verlief in mehreren «Wellen»: Ausgehend von der Mitte des letzten Jahrhunderts als «Behaviour Therapy» konzeptionalisierten Therapie, die das Individuum in erster Linie als reiz- und reaktionsverarbeitenden Organismus betrachtete, wurde mit der sich anschließenden kognitiven Wende («zweite Welle») der Patient als informationsverarbeitendes System aufgefasst. In der seit geraumer Zeit anflutenden und inzwischen als solcher auch anerkannten «dritten» (emotiven) Welle der Verhaltenstherapie wurden Anregungen aus Nachbardisziplinen mit durchaus unterschiedlicher Grundorientierung aufgenommen, aus denen sich Differenzierungen und Verästelungen herausgebildet haben. Zu nennen sind hier beispielsweise die Prinzipien der Achtsamkeit (Acceptance and Commitment Therapy, ACT) oder der Mindfulness (Mindfulness-based Stress Reduction, MBSR) [Meibert et al., 2006] aus der buddhistischen Philosophiewelt, aber auch

interpersonelle Aspekte (Dialektisch-Behaviorale Therapie, DBT [Linehan, 1996]), tiefenpsychologische Sichtweisen wie Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP) [McCullough, 2000; Schramm et al., 2006] oder mentalisierungsbasierte Psychotherapie [Fonagy et al., 2002], emotionsfokussierte und klärungsorientierte Therapieansätze, Schematherapie [Young et al., 2008] oder EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) [Shapiro, 1999] usw.

Die Verhaltenstherapie begreift den Menschen mittlerweile auch als ein emotionsgetriebenes Bindungs- und Beziehungswesen, das sich selbst verstehen und als sinnvoll handelnd erleben möchte. Zwar war es immer eine Stärke der Verhaltenstherapie, dass sie unterschiedlichste Techniken und Verfahren unter ihrem großen Dach versammelte. Um in der dritten Welle die Komplexität menschlichen Erlebens und Handelns zu berücksichtigen, hat sie sich jedoch naturgemäß immer weiter vom ursprünglichen Paradigma des «psychologischen Experiments», das die Gründerväter postulierten, entfernt: Obwohl die Konzepte und Interventionen lerntheoretisch fundiert sind, entziehen sich viele Grundannahmen und Interventionen der empirischen Überprüfbarkeit, obwohl sich die Verhaltenstherapie natürlich auch weiterhin um eine empirische Absicherung ihres Handelns und um Evidenzbasierung ihrer Interventionen bemüht. Viele Fragen sind mit dieser Entwicklung verbunden, so z.B. die Frage nach der Qualitätssicherung, also wie gewährleistet werden kann, dass neue Methoden tatsächlich richtig beherrscht und in angemessener Weise in der Praxis angewandt werden.

Die beschriebene Entwicklung ist aber auch mit einer zunehmenden Fragmentierung – um nicht zu sagen «Kleinstaaterei» – der verhaltenstherapeutischen Landschaft verbunden. Denn die Protagonisten und Anhänger neuer Methoden tendieren dazu, sich in eigenen Verbandsstrukturen zu organisieren und sich nur lose an die etablierten, übergeordneten Verbände oder wissenschaftlichen Fachgesellschaften zu binden. Diese neuen Verbände oder Netzwerke wachen in zunehmendem Maße eifersüchtig über die Einhaltung der

«reinen Lehre» ihrer jeweiligen Methoden, was nicht nur mit dem berechtigten Interesse an konzeptioneller Reinhaltung und fachlicher Qualitätssicherung, sondern in manchen Fällen mit Partialinteressen zu tun hat. Hier gedeihen mitunter persönliche Befindlichkeiten, die zulasten inhaltlicher Sachlichkeit gehen können. Aber auch handfeste finanzielle Interessen in Form von Einkommensvorteilen der jeweiligen Gründerväter und -mütter und ihrer direkten Adepten, die an vielen Stellen wirksam werden, mögen hier eine Rolle spielen (z.B. hinsichtlich Ausbildungsinstituten, Workshops, Supervision, Kongressen sowie Manualen und anderen Veröffentlichungen).

Aus der Perspektive einer an den wissenschaftlichen Erkenntnissen der Psychotherapieforschung orientierten Gesundheitsversorgung psychisch Kranker stellt sich jedoch die Frage, ob nicht jeder psychologische und ärztliche Psychotherapeut mit einer gründlichen Verhaltenstherapieausbildung in der Lage sein sollte, Zusatzausbildungen absolvieren und nach entsprechender Qualifizierung und Erfahrung mit der neuen Methode diese auch selbst an andere weitergeben zu können.

Angesichts der Vielzahl neuer Methoden auf dem verhaltenstherapeutischen Markt scheint es zudem fraglich, ob dem einzelnen Weiterbildungskandidaten zusätzlich zur kognitiven Therapie Ausbildungen in CBASP, Schematherapie, DBT usw. zugemutet werden können. Damit stellt sich die Frage, ob in die Weiterbildung eine Art Modulsystem integriert werden sollte, in dem bestimmte Basisfertigkeiten wie kognitive Umstrukturierung, soziales Kompetenz- oder Problemlösetraining, aber auch Emotionsregulation, Achtsamkeitsfokussierung, Ressourcen- und Klärungsorientierung usw. vermittelt werden.

Ein solches Baukastensystem würde es leichter machen, sich neue Methoden zeitökonomisch anzueignen und diese neuen Elemente in die Behandlungskonzepte zu integrieren, die dem Einzelnen bereits zur Verfügung stehen.

Die enorme Ausdifferenzierung innerhalb der Verhaltenstherapie und deren vielfältigen Weiterentwicklungen [Ehlert, 2009] stellt eine große Herausforderung für die Zukunft dar und betrifft alle Bereiche – von ihrer wissenschaftlichen Fundierung, über das Aus- und Weiterbildungssystem und das Vergütungssystem bis hin zum Versorgungssystem. Es wäre schade, wenn durch Partialinteressen oder z.T. fragwürdige Abgrenzungsstrategien die wissenschaftliche und klinische Weiterentwicklung der Verhaltenstherapie beeinträchtigt würde.

Literatur

- Ehlert U: Weiterentwicklungen in der Verhaltenstherapie: Unübersehbar und identitätszerstörend? (Editorial). *Verhaltenstherapie* 2009;19:216–217.
- Fonagy P, Gergely G, Jurist E, Target M: Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst. Stuttgart, Klett.Cotta, 2002.
- Linehan M: Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. München, CIP-Medien, 1996.
- McCullough JP: Treatment for Chronic Depression. Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy. New York, Guilford Press, 2000.
- Meibert P, Michalak J, Heidenreich T: Achtsamkeitsbasierte Stressreduktion – Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) nach Kabat-Zinn; in Heidenreich T, Michalak J (Hrsg): Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie, ed 2. Tübingen, DGVT, 2006: pp 141–191.
- Schramm E, Schweiger U, Hohagen F, Berger M: Psychotherapie für chronische Depression; in James P. McCullough (ed) Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP). München, Elsevier, 2006.
- Shapiro F: EMDR – Grundlagen und Praxis. Paderborn, Junfermann, 1999.
- Young JE, Klosko JS, Weishaar ME: Schematherapie. Ein praxisorientiertes Handbuch, ed 2. Paderborn, Junfermann, 2008.