Verhaltenstherapie

Editorial

Verhaltenstherapie 2003;13:93–95

Verhaltenstherapie und Gesellschaft

Moden sind kein Privileg der Textilindustrie, sondern beeinflussen auch Wissenschaft und Heilkunde. Wurden vor 50 Jahren allzu leichtfertig gesellschaftliche Bedingungen für psychische Probleme verantwortlich gemacht, so beobachten wir seit mehreren Jahrzehnten eine immer stärkere Betonung individueller Faktoren. Dabei wird «individuell» in jüngerer Zeit zunehmend als biologisch verstanden. Psychotherapie entspricht dem Zeitgeist, da sie gemeinhin als klar auf das Individuum ausgerichtete Maßnahme gilt. Inwiefern stimmt das auch für die Verhaltenstherapie?

Der klassische Behaviorismus war stark auf Umweltbedingungen und kaum auf Personenvariablen ausgerichtet. Die frühe Verhaltenstherapie schwächte diese einseitige Orientierung ab und bezog «Organismusvariablen» stärker in ihre Ansätze ein. Ihren stärksten Ausdruck fand die Abkehr von Umweltbedingungen jedoch in der heutigen Form der kognitiv-behavioralen Therapie, die intraindividuelle Faktoren (z.B. Informationsverarbeitung) in ihrer Theorie (und Praxis) weitaus stärker berücksichtigt als etwa gesellschaftliche Bedingungen.

Inzwischen könnte man meinen, wir hätten das Interesse an der Gesellschaft als relevanter Größe für Therapie und Theorie verloren. Eine Literaturrecherche in den gebräuchlichsten Datenbanken (Medline, PsycLit/PsycInfo, Psyndex, deutsch und englisch) ergab für die Jahre seit 1995 gerade acht Treffer für die Kombination des Stichwortes «society» mit «behavior therapy», «cognitive therapy», «cognitive behavioral therapy», «psychotherapy» bzw. «therapy» bzw. deren deutsche Pendants. Davon waren nur zwei Einträge wirklich einschlägig, diese betrafen jedoch nicht die Verhaltenstherapie bzw. ihre kognitiven Verwandten («cross-cultural psychotherapy»). Tauscht man «society» gegen «environment» oder «social environment» aus, so zeigen sich nur unwesentlich bessere Ergebnisse: Von insgesamt 58 Treffern sind nur zwei relevant (VT und Demenz, kognitive VT und Expressed Emotions bei posttraumatischen Störungen). Die Literaturrecherche belegt es: Das Thema Gesellschaft ist in Verhaltenstherapie und allgemeiner Psychotherapie nicht «in».

Kontrazyklisches Denken und Handeln ist jedoch in vielen Bereichen sinnvoll. Daher möchte ich mich an dieser Stelle mit drei Fragen auseinander setzen:

1. Hängen Gesellschaft und psychische Gesundheit zusammen?
2. Beeinflussen gesellschaftliche Faktoren therapeutisches Handeln?
3. Kann die Verhaltenstherapie die Gesellschaft beeinflussen?

Die erste Frage muss klar mit «Ja» beantwortet werden. In der Dresdner Prädiktorenstudie zu psychischer Gesundheit/Krankheit zeigte sich beispielsweise, dass mit steigender Unzufriedenheit mit dem Familieneinkommen auch die Prävalenz von affektiven, somatoformen, Ess- und Angststörungen deutlich zunahm. Ein ähnlicher Zusammenhang zeigte sich für Störungen des Kindes- und Jugendalters. Bedenkt man, dass inzwischen etwa jedes fünfte Kind in Deutschland auf Sozialhilfeniveau lebt (Tendenz steigend), ist dies Grund zur Beunruhigung. Geld ist allerdings nicht der einzig relevante gesellschaftliche Faktor: So verlaufen schizophrene Erkrankungen in den (armen) Ländern der sog. Dritten Welt nach WHO-Daten langfristig deutlich günstiger als in unseren (besser gestellten) Breitengraden (vgl. in diesem Heft Schmolke [2003] zu salutogenetischen Aspekten bei schizophrenen Patienten). Umgekehrt ging mit der politischen Wende im Osten Deutschlands für die Mehrheit der Bevölkerung eine deutliche Verbesserung der Einkommenssituation einher, dennoch stiegen dort die durchschnittlichen Angstwerte auf etwa das Doppelte der westdeutschen Werte [Margraf und Poldrack, 2000].

Twenge [2000] konnte kürzlich anhand der Analyse von Normstichproben psychometrischer Angstinventare aus fünf Jahrzehnten zeigen, dass in den USA zwischen den 1950er und 1990er Jahren ein deutlicher Anstieg der durchschnitt-

KARGER

Fax +49 761 4 52 07 14
E-mail Information@Karger.de
www.karger.com

© 2003 S. Karger GmbH, Freiburg

Accessible online at:
www.karger.com/ver

lichen Angstwerte (um etwa eine Standardabweichung!) stattfand. Rund 20% der Gesamtvarianz konnte dabei durch soziale Variablen wie zwischenmenschliche Verbundenheit (Scheidungsrate, Anteil von Singlehaushalten, Heiratsalter etc.) aufgeklärt werden. Besonders bemerkenswert ist, dass Veränderungen der sozialen Variablen denen der Angst vorausgingen. Sie sind also nicht einfach Folgen erhöhter Angst. Belege für steigende Prävalenzen gibt es aus der Epidemiologie auch zu Depressionen und Sozialphobien. Weitere klare Beispiele für gesellschaftliche Einflüsse liefern der Einfluss von Schönheitsidealen auf Essstörungen wie Bulimie und Binge Eating oder von Medienberichten auf Suizide.

Auch die zweite Frage muss eindeutig positiv beantwortet werden. Zugang und Verfügbarkeit von Psychotherapie sind nicht für alle Menschen gleich. Einkommen, Krankenversicherungen und soziale Stereotype spielen dabei eine wichtige Rolle. Das YAVIS-Syndrom, wonach der typische Psychotherapiepatient «*y*oung, *a*ttractive, *v*erbal, *i*ntelligent and *s*ocial» ist, gilt auch heute noch. Noch immer kommen Oberschichtpatienten eher in den Genuss psychotherapeutischer Maßnahmen, während Unterschichtpatienten eher somatisch behandelt werden; ebenso werden Frauen eher als «neurotisch» diagnostiziert und medikamentös behandelt als Männer. Mit manchen der geplanten Reformen im Gesundheitswesen könnte der Zugang zu Psychotherapien sogar noch wesentlich ungleicher verteilt werden. Darüber hinaus brauchen wir – wie bereits in einem früheren Editorial dargelegt [Margraf, 2000] – weitaus mehr Mittel für Forschung und Entwicklung. Allein in Deutschland werden jährlich zirka 90 Millionen Euro für ZNS-Medikamente über die erhöhten Preise für Neueinführungen von der gesetzlichen Krankenversicherung und damit von den Versicherten aufgebracht. Wo bleiben die entsprechenden Mittel für die Psychotherapieforschung? Aber natürlich werden die Millionen bei Psychopharmaka nicht allein für Forschung ausgegeben, sondern auch für Marketing. Brauchen wir etwa «Marketing» für Verhaltenstherapie?

Die Verbreitung moderner Therapien muss gegen wirkungsmächtige «traditionelle» Vorstellungen von Psychotherapie anarbeiten. Noch immer gehört es zum Allgemeingut mindestens der «gebildeten Schichten», dass jede Therapie die «wahren» Ursachen der Störung aufdecken müsse. Die wahren Ursachen lägen in frühkindlichen Konflikten und sexuellen Traumata, Therapie müsse daher gründlich (= lang) und schmerzhaft (= teuer?) sein. Wenn Therapie oberflächlich bliebe (d.h. die wahre Ursache nicht aufgedeckt werde), könne kein nennenswerter Therapieerfolg erreicht werden. Rein symptomatische Behandlungen seien langfristig sogar schädlich (Symptomverschiebung!). Würde dagegen die wahre Ursache entdeckt, implodierten die Symptome, verschwände die Störung und die Person könne gar dauerhaftes Glück (Reife, Wachstum ...) erreichen. Das Bild der Verhaltenstherapie in der öffentlichen Wahrnehmung, sofern überhaupt eines vorhanden ist, bleibt dagegen so negativ, wie es in der klassischen Arbeit «A rose by any other name ...» von Woolfolk et al. [1977] gezeigt wurde. Natürlich haben behavioristische Autoren mit ihrer technizistischen Polemik maßgeblich zu diesem Bild beigetragen (etwa Krasner [1962] mit «The therapist as a social reinforcement machine»). So überrascht es nicht, dass bis heute die Anwendung der Verhaltenstherapie weit hinter ihren Möglichkeiten bleibt. In einer klinischen Anwendungsstudie in den USA fanden wir in den 1980er Jahren, dass lediglich 3,7% von 791 Patienten, die zur Behandlung ihrer agoraphobischen Beschwerden in die große Ambulanz der Stanford Universität gingen, eine Konfrontationsbehandlung bekommen hatten [Taylor et al., 1989]. Ein Jahrzehnt später zeigte sich in einer repräsentativen Bevölkerungsstudie, dass kognitiv-behaviorale Verfahren in Deutschland nur 1% aller Behandlungen für Ängste ausmachten [Margraf und Poldrack, 2000]. Wir brauchen tatsächlich eine bessere Verbreitung des Wissens über die Verhaltenstherapie.

Die dritte Frage möchte ich daher nicht als Frage, sondern als Aufforderung behandeln: Verhaltenstherapie *muss* die Gesellschaft beeinflussen. Dazu möchte ich drei Punkte benennen:

1. Was wir bereits anzubieten haben (unter anderem): Erfolgreiche Behandlungen von Individuen, Paaren und Familien beeinflussen die Gesellschaft. Ausbildungsstandards und Qualitätskontrolle sichern sinnvolle Praxis sowie die Fähigkeit zur Neuentwicklung und Evaluation Erfolg versprechender Verfahren (vgl. z.B. Schenk et al. [2003] zu Neurofeedback bei Tinnitus, Wendisch und Neher [2003] zum Erstgespräch oder Jacobsen et al. [2003] zur Reliabilität der deutschsprachigen Y-BOCS in diesem Heft).
2. Wo wir besser werden müssen (unter anderem): Bei Früherkennung und Frühintervention, bei Minimalinterventionen für die Breitenanwendung (Public Health), bei der Theorieentwicklung als Basis für maßgeschneiderte Therapien (vgl. dazu in diesem Heft: Sieg et al. [2003] zu Impulsivität bei Zwangssymptomen) und natürlich bei der Verbreitung der bereits verfügbaren Methoden.
3. Was wir akzeptieren müssen: Wir müssen die Lobby für unsere Patienten sein und wir müssen unsere Stimme gegen pathogene Faktoren in der Gesellschaft erheben.

Was wir also in Wissenschaft und Praxis brauchen, ist ein ausgewogener Ansatz, der sowohl gesellschaftliche wie auch individuelle Faktoren berücksichtigt. Dabei sollten sich gerade Verhaltenstherapeuten nicht scheuen, gegen den Strom auch die Rolle gesellschaftlicher Faktoren zu betonen.

Jürgen Margraf, Basel

Literatur

Jacobsen D, Kloss M, Fricke S, Hand I, Moritz S: Reliabilität der deutschen Version der Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. Verhaltenstherapie 2003;13: 111–113.

Krasner L: The therapist as a social reinforcement machine; in Strupp HH, Luborsky L (eds): Research in Psychotherapy, vol 2. Washington DC, American Psychological Association, 1962, pp 61–94.

Margraf J: Verhaltenstherapie, Öffentlichkeit und Forschung. Verhaltenstherapie 2000;10:152–153.

Margraf J, Poldrack A: Angstsyndrome in Ost- und Westdeutschland: Eine repräsentative Bevölkerungserhebung. Z Klin Psychol 2000;29:157–169.

Schenk S, Lamm K, Ladwig K-H: Effekte eines neurofeedbackgestützten Alphatrainings bei chronischem Tinnitus. Verhaltenstherapie 2003;13:115–120.

Schmolke M: Das Gesunde im Patienten entdecken. Eine salutogenetisch orientierte Untersuchung mit schizophrenen Patienten. Verhaltenstherapie 2003;13: 102–109.

Sieg J, Konradt B, Scholz OB: Impulsivität und Zwangssymptome in einer nichtklinischen Stichprobe. Verhaltenstherapie 2003;13:96–100.

Taylor CB, King R, Margraf J, Ehlers A, Telch M, Roth WT, Agras WS: Use of medication and in vivo exposure in volunteers with panic disorder. Am J Psychiatry 1989;146:1423–1426.

Twenge JM: The age of anxiety? Birth cohort change in anxiety and neuroticism, 1952-1993. J Pers Soc Psychol 2000;79:1007–1021.

Wendisch M, Neher M: Das Erstgespräch in der Verhaltenstherapie – ein Leitfaden. Verhaltenstherapie 2003;13:122–129.

Woolfolk AE, Woolfolk RL Wilson GT: A rose by any other name ...: Labeling bias and attitudes toward behavior modification. J Consult Clin Psychol 1977;45:1 84–191.