Kognitive Verhaltenstherapie – wie Hausärzte sie nutzen können

Ulrike Ehlert
Universität Zürich, Psychologisches Institut, Klinische Psychologie und Psychotherapie

Quintessenz

- Verhaltenstherapeutische Strategien werden im Alltag regelmässig eingesetzt.
- Hausärzte sind besonders dafür geeignet, ihre häufig schon lang bestehende und tragfähige therapeutische Beziehung zu ihren Patienten für eine Verhaltensänderung zu nutzen.
- Ausgewählte kognitiv-verhaltenstherapeutische Massnahmen lassen sich auch ohne verhaltenstherapeutische Zusatzqualifikation durch Hausärzte in der Alltagsarbeit einsetzen.

Einleitung

Hausärzte arbeiten jeden Tag verhaltenstherapeutisch. Sie mögen sich fragen: Ist das tatsächlich so?
Ja! Ganz einfach, jeder wendet bei der Arbeit und im Privatleben täglich verhaltenstherapeutische Strategien an, ohne sich dessen wirklich bewusst zu sein. Wenn Sie einem Patienten oder einer Patientin zuhören, werden Sie Ihr Gegenüber anschauen, anlächeln, vielleicht mit dem Kopf zustimmend nicken oder den Kopf schütteln; damit reagieren Sie auf die Äusserungen des Gegenübers und verstärken oder lehnen dessen Aussagen ab. Mit der verbalen und/oder nonverbalen Reaktion wird dem Gesprächspartner eine Rückmeldung zum jeweiligen Verhalten gegeben. Im Falle einer positiven Verstärkung wie dem Kopfnicken werden die Aussagen des Gegenübers unterstützt und damit die Wahrscheinlichkeit für eine Fortführung der Äusserungen vergrössert. Im Falle eines Kopfschüttelns wird die Wahrscheinlichkeit für weitere, ähnliche Aussagen verringert. Diese Verkettung von Verhalten und Reaktion wird als instrumentelle Konditionierung bezeichnet und ist ein Grundprinzip verhaltenstherapeutischer Erklärungsansätze für gesundes und pathologisches Verhalten.
Die Verhaltenstherapie ist eine psychotherapeutische Methode, die auf lerntheoretischen Prinzipien wie der klassischen und instrumentellen Konditionierung aufbaut. Im Verlauf ihrer knapp 120-jährigen Geschichte gab es verschiedene konzeptionelle Erweiterungen, die dazu geführt haben, dass die Verhaltenstherapie heute eine Sammlung von Konzepten und Techniken ist, die sich einerseits auf die Erklärung des Zusammenhangs zwischen Emotionen, Kognitionen, physischen Anpassungsleistungen und resultierendem Verhalten bezieht und andererseits mittels empirisch geprüfter Methoden darauf abzielt, psychische und funktionelle somatische Beschwerden von Patienten durch Einstellungs- und Verhaltensänderungen zu erreichen. Diese Veränderbarkeit ist deshalb möglich, weil erstens neben genetischen Dispositionen Lernerfahrungen eine entscheidende Rolle für die Entstehung und Aufrechterhaltung psychiatrischer und psychosomatischer Störungen spielen und weil zweitens diese früheren Lernerfahrungen wieder «verlernt» werden können.
Häufig schildern Patienten ihren Hausärzten diffuse körperliche Symptome wie Magen-Darm-Beschwerden, Rücken- und/oder Kopfschmerzen oder geben an, unter Schlafstörungen zu leiden. Wenn diese Symptome bei fehlenden pathologischen Befunden zum Beispiel im Labor oder in der Bildgebung nicht auf eine organische Erkrankung hindeuten, könnte eine psychische Beteiligung in der Entstehung der Symptome eine Rolle spielen. Das Wissen über die Lebensbedingungen der betroffenen Patienten und die Exploration möglicher aktueller psychosozialer Belastungen kann wertvolle Hinweise auf die Beteiligung dieser Umstände an der Symptomatik geben. Sekundärer Krankheitsgewinn oder die Vermeidung von psychosozialen Anforderungen infolge dieser funktionellen Beschwerden lässt sich häufig lerntheoretisch erklären. Deshalb ist es notwendig, mit den betroffenen Patienten eine Veränderung ihres Krankheitsverständnisses zu erarbeiten, um die Symptomatik beheben zu können. Hierzu stehen verhaltenstherapeutische Methoden zur Verfügung, die auch in der hausärztlichen Praxis gut und wirksam eingesetzt werden können.

Ulrike Ehlert

Die Autorin hat keine finanziellen oder persönlichen Verbindungen im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

Grundprinzipien der Verhaltenstherapie

Klassische Konditionierung

Konditionierungsvorgänge lassen sich in zwei verschiedene Prozesse unterscheiden. Mit der *klassischen Konditionierung*, die auf die Tierexperimente des Nobelpreisträgers Pawlow zurückgeht, kann erklärt werden, weshalb Umgebungsmerkmale Verhaltensweisen auslösen können, mit denen sie nicht ursächlich verknüpft sind. Beispielsweise wurde nachgewiesen, dass medikamentös ausgelöste immunsuppressive Effekte konditionierbar sind [1]: Bei gesunden Probanden wurde mehrfach das Immunsuppressivum Cyclosporin A (unkonditionierter Reiz) zusammen mit einem neuartig schmeckenden Getränk (neutraler Reiz) verabreicht. In der Folge dieser Kombination von physiologischem Inhibitor von Immunreaktionen mit einem Umgebungsreiz zeigte sich eine signifikante Abnahme von IL2,

IFN-γ und der Lymphozytenproliferation. Nach einer Woche wurde das Getränk als konditionierter Reiz nur noch zusammen mit Plazebotabletten verabreicht; dennoch konnte eine signifikante Immunsupression nachgewiesen werden. Das heisst, immunologische Prozesse sind klassisch konditionierbar. Es fand sich in den Arbeiten jedoch auch der bekannte Löschungseffekt, demzufolge die wiederholte ausschliessliche Darbietung des konditionierten Reizes zu einer immer schwächeren Reaktion führt.

Instrumentelle Konditionierung

Die *instrumentelle Konditionierung* wurde federführend durch den amerikansichen Psychologen Burrhus Frederic Skinner (1904–1990) beschrieben. Anhand unterschiedlicher tierexperimenteller Studien, bei denen zum Beispiel Tauben dazu gebracht wurden, gezielt auf eine bestimmte Scheibe zu picken, um Futterpillen zu erhalten, wies er die Effekte positiver Verstärkung nach. Die Bedeutung der Konsequenzen eines Verhaltens, wie in Tabelle 1 dargestellt, stellt die Grundlage theoretischer Erklärungen für Pathologien sowie für unterschiedliche verhaltenstherapeutische Massnahmen dar. Beispielsweise konnten Breitenstein, Flor und Birbaumer [2] zeigen, dass chronische Schmerzpatienten einen experimentell induzierten Schmerz (Arm in Eiswasser legen) deutlich kürzer ertragen, wenn der anwesende Partner Mitgefühl äussert, im Vergleich zu einer Patientengruppe mit der gleichen Schmerzinduktion, bei der sich der Partner neutral verhält. Eine Schlussfolgerung aus dem Experiment könnte sein, dass bei chronischen Schmerzpatienten ein zu grosses Eingehen der Bezugspersonen auf den Schmerz die Krankheitschronifizierung fördert.

Tabelle 1
Konsequenzen von Verhalten.

Verhaltensförderung	Verhaltensabbau
Positive Verstärkung (Lob)	Direkte Bestrafung (Ablehnung)
Wegfall einer (erwarteten) negativen Konsequenz	Wegfall einer positiven Konsequenz

Imitationslernen

Verhaltensweisen sind auch aufgrund von *Imitationslernen* veränderbar. Ein Beispiel dafür ist eine Lektion bei einem Skilehrer. Im Verlauf einer Unterrichtsstunde werden mündliche Instruktionen gegeben, wie ein Hang hinuntergefahren werden soll, und im Anschluss daran demonstriert der Skilehrer die entsprechende Schwungtechnik oder das Bremsmanöver praktisch. Der Schüler beobachtet die Fahrtechnik des Skilehrers und versucht, dessen Schwungtechnik zu imitieren. Das Erlernen der motorischen Fertigkeit hängt in diesem Fall von der Beobachtung, der kognitiven Verarbeitung und der motorischen Umsetzung (dem sichtbaren Lernvorgang) ab.
Die Auftretenswahrscheinlichkeit eines bestimmten Verhaltens wird grundsätzlich von Fertigkeiten, individuellen Motiven und Einstellungen des Probanden oder Patienten beeinflusst. Ein Skischüler kann den Skilehrer noch so gut beobachten; wenn er sehr ängstlich ist, wird die motorische Fertigkeit durch eine angespannte Körperhaltung als Begleiterscheinung der Angst vor dem Hinfallen ungünstig beeinflusst. Werden ungeeignete Verstärker (z.B. Nahrungsmittel, die der lernenden Person nicht schmecken) gewählt, um ein Verhalten zu fördern, kann der gewünschte Effekt ausbleiben, weil die betreffende Person an den Verstärkern nicht interessiert ist. Schliesslich können bestimmte Voreinstellungen dazu führen, dass der Lernende davon überzeugt ist, in keinem Fall in der Lage zu sein, bestimmte Fertigkeiten zu erwerben. Gerade das letztgenannte Beispiel ist bei Patienten in der Hausarztpraxis nicht selten zu beobachten. Beispiele hierfür sind die Überzeugung, Gewicht nicht reduzieren zu können, oder die Annahme, dass bestimmte Beschwerden ausschliesslich pharmakologisch behoben werden können.

Methoden der Verhaltenstherapie in der Hausarztpraxis

Aufbauend auf den Grundannahmen, dass
1. Verhalten er- und verlernbar ist und
2. Einstellungen und Ursachenzuschreibungen hinterfragt und dann verändert werden können,

lassen sich verschiedene (Hilfs-)Methoden heranziehen, um die oben genannten Ziele zu erreichen. Im Folgenden werden drei Strategien aufgezeigt, die sich in der hausärztlichen Praxis gut umsetzen lassen.
Vielen Patienten ist das Ausmass ihrer gesundheitsschädigenden Verhaltensweisen nicht bewusst. Alltägliche Beispiele hierfür sind Bewegungsmangel und übermässiger Nahrungsmittelkonsum. Vor einer Verhaltensänderung muss die betreffende Person erst einmal erkennen, wie häufig (oder wie selten) sie das jeweils ungünstige (günstige) Verhalten zeigt. Dabei ist es wichtig, dass nicht mehrere Verhaltensweisen gleichzeitig (selbst) beobachtet werden, sondern nur ein genau definiertes Verhalten registriert wird, um eine Überforderung zu vermeiden und Präzision in der Beobachtung zu erreichen. Smartphones erleichtern diese Selbstbeobachtungsaufgaben, da es inzwischen Softwareapplikationen (Apps) für unterschiedlichste Registrierungen gibt. So helfen beispielsweise Aktimeterprogramme oder Schrittzähler, das tägliche Aktivitätsausmass zu dokumentieren, oder Schmerzregistrierungsapps, die Häufigkeit und die Intensität von Schmerzen zu erfassen. Ein wirksamer Einsatz von Verhaltensbeobachtungen setzt jedoch voraus, dass der Hausarzt sich die Zeit nimmt, gemeinsam mit dem Patienten die erhobenen Daten anzuschauen, Verhaltensänderungen (z.B. Aktivitätsaufbau) zu besprechen und in einem Recall-Termin die erreichten Effekte zu evaluieren.
Neben dem Bewusstmachen problematischen Verhaltens lässt sich häufig feststellen, dass den Patienten das notwendige Wissen fehlt, um selbstverantwortlich an der Behandlung zu partizipieren (ein Teilproblem fehlender Adhärenz). Die Abgabe von schriftlichem Informationsmaterial zu der jeweiligen Erkrankung oder Symptomatik und/oder die Weitergabe von geeigenten Internetinformationen setzt voraus, dass sich der jeweilige

Behandler erst einmal ein patientengeeignetes Informationspaket zur betreffenden Erkrankung zusammenstellt. Dies hat den Vorteil, dass Arzt und Patient dann bezüglich der abgegebenen Informationen auf einem gleichen Wissensstand sind. Die Bitte, wiederzugeben, *was* der Patient von den Informationen verstanden hat, zeigt dem Behandler, ob der Patient die Informationen tatsächlich gelesen und verstanden hat. Auf der anderen Seite zeigt es dem Patienten, dass sich sein Behandler wirklich für ihn interessiert. Manchmal hilft besseres Wissen des Patienten bei der Verbesserung der Adhärenz für Therapiemassnahmen.

Strukturiertes Problemlösen und kognitive Umstrukturierung

Fehlende Verhaltensänderungen können auch darauf zurückzuführen sein, dass Überforderungen im privaten oder beruflichen Umfeld vorliegen, die beispielsweise zu Schlafstörungen, unspezifischen Beschwerden des Gastrointestinaltrakts oder diffusen Kopf- und Rückenschmerzen führen. Daher lohnt sich eine eigentliche psychosoziale Anamnese. Psychosoziale Belastungen können zu körperlichen Symptomen führen, wobei dem Patienten der mögliche Zusammenhang zwischen Belastungen und körperlicher Reaktion oft nicht bewusst ist. Eine medikamentöse Therapie kann zwar kurzfristig die Symptome lindern, die zugrundliegenden psychosozialen Probleme werden dadurch jedoch nicht gelöst. Deshalb empfiehlt es sich, dem Patienten Zeit für eine Beschreibung seiner Lebenssituation zu geben und sich nicht nur auf die körperliche oder psychische Symptomatik zu beschränken. Dabei fällt nicht selten auf, dass Patienten ein ganzes Konglomerat von Problemen schildern und dass sie die einzelnen Probleme nicht voneinander trennen können. Verhaltenstherapeutische Techniken, die sich in solchen Fällen anbieten, sind strukturiertes Problemlösen und kognitive Umstrukturierung. Bei der erstgenannten Technik geht es darum, das Problem genau zu definieren, ggf. Teilprobleme zu benennen, (Teil-)Ziele zu formulieren, Lösungsalternativen zu sammeln, diese nach ihrer Durchführbarkeit und ihren kurz- und langfristigen Konsequenzen gemeinsam zu bewerten, eine konkret im Moment anwendbare Lösungsmöglichkeit auszuwählen, ihre praktische Umsetzung zu planen und beim nächsten Arztbesuch zu besprechen, wie dieser Lösungsversuch geklappt hat. Bei der kognitiven Umstrukturierung geht es darum, vom Patienten zu erfahren, aufgrund welcher Grundannahmen ein bestimmtes Problem überhaupt entstanden ist. Häufig zeigt sich, dass Patienten bezüglich ihrer Probleme zur Generalisierung neigen, sich von einem Alles-oder-nichts-Denken leiten lassen oder überhöhte Ansprüche an ihre eigene Leistungsfähigkeit zeigen. Eine Bewusstmachung dieser ungünstigen Denkmuster kann beispielsweise durch Selbstbeochtung (siehe oben) erfolgen. Ein Hinterfragen, weshalb die Ansprüche an die eigene Person so hoch sind, kann helfen, realistische Einschätzungen der eigenen Kompetenzen zu erreichen. Es geht bei der kognitiven Umstrukturierung nicht darum, Ratschläge zu erteilen, sondern um das geschickte Erfragen von Einstellungen und um die Fähigkeit, den Patienten im Gespräch so zu führen, dass er selbst erkennt, wo seine problematischen Grundannahmen liegen. Denn genau dann ist er am ehesten bereit, solche ungünstigen Einstellungen zu verändern und daraus resultierend neue Verhaltensweisen zu erproben.

Abschliessende Bemerkungen

Die Qualität der therapeutischen Beziehung ist für den erfolgreichen Einsatz verhaltenstherapeutischer Techniken von besonderer Wichtigkeit. Nur ein Patient, der seinem Behandler vertraut, wird sich auf das Nachdenken über alternative Erklärungsmöglichkeiten seiner Beschwerden einlassen, seine Krankheit unter einem anderen Blickwinkel sehen können und sich aktiv am therapeutischen Prozess beteiligen. Eine weitere Voraussetzung für den Einsatz verhaltenstherapeutischer Massnahmen ist Zeit. Behandler und Patient müssen bereit sein, längere Zeit im Gespräch miteinander zu verbringen. Inwieweit sich dies in der regulären Sprechstundenzeit ermöglichen lässt, können Hausärzte selbst am besten abschätzen.

Bei schwerwiegenden Angsterkankungen wie Panikstörungen mit oder ohne Agoraphobie, Posttraumatischer Belastungsstörung, schwerwiegender Suchtmittelabhängigkeit, depressiven Störungen oder Persönlichkeitsstörungen bedarf es einer längerfristigen psychotherapeutischen Behandlung, die im Rahmen der hausärztlichen Tätigkeit schon allein aufgrund des hohen zeitlichen Aufwands und aufgrund der Spezifität der einzusetzenden Behandlungstechniken nicht realisierbar ist. Hier empfiehlt sich eine Überweisung an einen psychologischen oder ärztlichen Verhaltenstherapeuten.

Grundsätzlich ist der Hausarzt die wichtigste Anlaufstelle für alle Patienten. Eine Chronifizierung mancher Beschwerden kann durch den Einsatz oben genannter Basistechniken der Verhaltenstherapie im Rahmen der hausärtzlichen Praxis vermieden werden und dürfte sowohl auf Patienten- als auch auf Behandlerseite persönlich bereichernd sein.

Korrespondenz:
Prof. Dr. rer. nat. Ulrike Ehlert
University of Zurich
Binzmühlestrasse 14/26
CH-8050 Zürich
u.ehlert[at]psychologie.uzh.ch

Literatur

1 Goebel MU, Trebst AE, Steiner J, Xie YF, Exton MS, Frede S, Canbay AE, Michel MC, Heemann U, Schedlowski M. Behavioral conditioning of immunosuppression is possible in humans. FASEB J. 2002 Dec; 16(14):1869–73.
2 Breitenstein C, Flor H & Birbaumer N (1994). Kommunikations- und Problemlöseverhalten von chronischen Schmerzpatienten und ihren Partnern. Zeitschrift für Klinische Psychologie. 23(2),105–16.