

Zur Bedeutung von Nichtveränderung aus verhaltenstherapeutischer Sicht

von Michael Rufer

Nach einem Ausbildungstag im ISS diskutierte ich mit dem an diesem Abend als „Besucher“ anwesenden Kurt Ludewig bei einem Bier¹ kurz darüber, ob und wie es mir gelingt, in der Praxis Verhaltenstherapie und systemische Therapie unter einen Hut zu bringen. Ich selbst, zu dem Zeitpunkt Ausbildungskandidat in systemischer Therapie, fand dies gut möglich - Kurt Ludewig hatte da berechtigte Zweifel. Bis heute bin ich diesbezüglich unsicher, aber nach dem Seminar „Zur Bedeutung der Nichtveränderung“ zusammen mit U. Wilken und H.-H. Keese weiß ich zumindest, dass gemeinsame Seminare von Verhaltenstherapeuten und Systemikern gut machbar und spannend sein können. Zu einer ähnlichen Bewertung kam übrigens auch Helga Pries in ihrem Bericht über eine Fachtagung zum Thema „Systemtherapie und Verhaltenstherapie“ im ISS´ES-Heft 1998: „Der Ansatz [dass sich VertreterInnen verschiedener Therapieformen zusammen- und auseinandersetzen] scheint mir zukunftsweisend - Gemeinsamkeiten auslotend, ohne Unterschiede zu verschleiern. Kooperation statt Konkurrenz auch unter PsychotherapeutInnen verschiedener Ansätze - das entspricht dem systemischen Ansatz. Wir können etwas voneinander haben...“ [1].

Bei der Vorbereitung dieses Seminars für das „Forum Rehabilitation“ in Hamburg im Mai 2000 stellte ich mir als Systemiker natürlich die Frage, wer hier eigentlich welches Anliegen hat. Die Moderatorin H. Pries wollte eine zu große (langweilige) Harmonie zwischen den Referenten vermeiden, ich selbst wollte über etwas sprechen von dem ich auch etwas verstehe (und sei es, dass ich mir dies so konstruiere) und ansprechen sollte das Seminar sowohl „Profis“ als auch Angehörige und Betroffene. Um diesen Anliegen gerecht zu werden erschien es angemessen, dass jeder der drei Referenten eine unterschiedliche, ihm entsprechende, praxisnahe Sichtweise darstellte. Damit präsidierten sich die Anliegen für mich auf die Darstellung der Bedeutung von Nichtveränderung in der Verhaltenstherapie - und wurden dann zur Vereinbarung². Im Folgenden nun also zum Inhalt meines Beitrages.

Dieser gliedert sich in 3 Teile:

- I. Fallbeispiel zu verschiedenen Bedeutungen von Nicht-Veränderung bzw. Veränderung
- II. Was wird aus nicht-veränderten Verhaltenstherapie-PatientInnen im weiteren Verlauf?
- III. Mögliche Konsequenzen

¹ Im „Restaurant Mangal“, Eppendorfer Weg 272 - sehr zu empfehlen nach ISS-Abenden.

² Ursprünglich hatte ich eher einen Beitrag aus systemischer Sicht geplant, auf der Grundlage des Buches von F. Jullien mit dem Titel „Über die Wirksamkeit“. In diesem wird die europäische Tradition der Veränderung durch „Wagemut und über sich hinauswachsen“ der chinesischen Strategie gegenübergestellt, „die Wirkung sich diskret aus sich selbst heraus entfalten zu lassen, ohne dass man sich zu verausgaben hätte“. Ich kann dieses Buch den systemisch interessierten LeserInnen nur empfehlen, für mich war und ist es zum Verständnis von systemischen Ideen sehr wertvoll.

I. Fallbeispiel

Zu Beginn schildere ich kurz die Rückmeldung einer Patientin einige Tage vor dem Kongress, die mich bezüglich der Bewertung von Veränderung und Nicht-Veränderung nachdenklich machte: Die junge Frau hatte bei mir eine verhaltenstherapeutische Kurzzeit-Gruppentherapie zur Bewältigung ihrer Zwänge absolviert. Zwar hatte sich nach meiner Einschätzung an ihrer Zwangssymptomatik selbst nicht viel geändert, aber sie war im Verlauf der Therapie fröhlicher und aktiver geworden, die Stimmung hatte sich gebessert, sie unternahm wieder verschiedenes, was sie sonst vernachlässigt hatte. Diese Veränderung bewertete ich spontan für den voraussichtlichen Verlauf nach Therapieende positiv, trotz der Nicht-Veränderung im Bereich der Zwänge, da sich ihr Lebensspielraum erweitert hatte und die Zwänge so mit der Zeit vielleicht weniger Bedeutung bekämen. Sie selbst bestätigte zwar in ihrer Rückmeldung meine Einschätzung bezüglich Stimmung und Zwängen, beurteilte das Therapieergebnis aber insgesamt negativ, was mich wunderte. Sie erklärte mir dies so: Zwar hätte sich ihr Allgemeinbefinden - bei unveränderter Zwangssymptomatik - deutlich verbessert. Aber dadurch, dass es ihr insgesamt besser gehe, befürchte sie (und merke dies auch schon), dass sie ihren Widerstand gegen die Zwänge vernachlässige. Sie denke aufgrund ihrer guten Stimmung dann schon mal „was soll’s, dann kontrolliere ich eben noch zweimal“. Da so die Zeit für ihre Zwangshandlungen zunehme, müsse sie ja früher oder später auch ihre (neu begonnenen) Aktivitäten einschränken, wodurch sich ihre Stimmung wohl verschlechtern würde. Dann hätte sie nicht nur mehr Zwänge sondern auch die gleiche schlechte Stimmung und wenig Aktivitäten als vor der Therapie.

Ich fand ihre Argumentation durchaus plausibel und wurde dadurch zu folgendem ermahnt: Obwohl sich die Patientin in ihrem Hauptanliegen („Zwangssymptome“) nicht veränderte, hatte ich mir eine Erfolgsbewertung konstruiert aufgrund einer Veränderung in einem anderen Bereich („Stimmung, Aktivitäten“). Sie selbst sah ihre Nicht-Veränderung im Zwangsbereich hingegen problematischer und bewertete die (positive) Veränderung ihrer Stimmung für die Prognose sogar negativ. Die Bedeutung der an und für sich übereinstimmend beobachteten Veränderungen und Nichtveränderungen sah also aus Therapeuten- und Patientensicht ganz unterschiedlich aus und ich sollte zukünftig vorsichtiger sein bei meiner Bewertung diesbezüglich. Interessant wäre es, zu erfahren, wie es ihr inzwischen ergangen ist³, was zu der Frage überleitet: Was wird eigentlich aus den PatientInnen, die sich während der Therapie nicht verändern, im weiteren Verlauf?

II. Was wird aus „Nicht-Veränderern“?

Auch in der Verhaltenstherapie, die ja einen hohen Anspruch bezüglich der Überprüfbarkeit hat, gibt es relativ wenige Untersuchungen zu den PatientInnen, die sich während der Therapie nicht verändern. Es können verschiedene Gründe für die Nicht-Untersuchung von Nicht-Veränderern vermutet werden: Wegen der Konkurrenzsituation zu anderen Therapieschulen werden Veröffentlichungen vermieden, die keine „Erfolge“

³ Die Patientin wird demnächst zur Nachuntersuchung bei uns erscheinen - ich bin gespannt.

nachweisen; Nachuntersuchungen beziehen sich traditionell fast immer auf die ehemaligen PatientInnen, welche die Therapie auch beendet haben; der Therapeut nimmt an, dass es sein Fehler ist (falsche Technik,...), wenn sich PatientInnen nicht verändern und möchte dies nicht publik machen; PatientInnen, die sich durch die Therapie nicht (positiv) verändert haben, nehmen seltener an Nachbefragungen teil.

Dabei könnte man von Nachuntersuchungen dieser PatientInnen sicherlich viel lernen. Wohl jeder Therapeut hat sich schon mehrfach die Frage gestellt, was aus diesem oder jenem Patienten geworden ist, der die Therapie beendete, ohne sich verändert zu haben. In den im Folgenden zusammengefassten Studien, die in der Verhaltenstherapie-Ambulanz am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf durchgeführt wurden, wurde dieser Frage mit Nachuntersuchungen bis zu 9 Jahren nach Therapieende nachgegangen [2; 3; 4; 5].

Es wurden PatientInnen mit der Diagnose einer Agoraphobie nachuntersucht. Die Verhaltenstherapie gilt als sehr aussichtsreich in der Behandlung von PatientInnen mit dieser Störung, die Expositionstherapie gilt als Therapie der ersten Wahl. Insgesamt 34 Studien mit über 1.000 PatientInnen belegen, dass in 90% der Fälle diese Behandlung zu einer signifikanten Symptomreduktion führte. Im Allgemeinen wird von 70-80% Behandlungserfolg ausgegangen [6]. Bei kritischerer Betrachtung der „Erfolgskriterien“ mit besonderer Berücksichtigung der PatientInnen, die nicht profitierten (bzw. sich nicht ausreichend veränderten), müssten die folgenden (bisher überwiegend vernachlässigten) Patientengruppen mit einbezogen werden [7]:

- PatientInnen, die sich nach entsprechenden Vorinformationen (z.B. Erstgespräch oder probatorische Sitzungen) nicht dazu entschließen, die Behandlung zu beginnen („Ablehner“)
- PatientInnen, die die Therapie vorzeitig beenden („Abbrecher“)
- PatientInnen, die auf die durchgeführte Behandlung nicht ansprechen (die eigentlichen „Nicht-Veränderer“)
- PatientInnen, die die Therapie zwar erfolgreich beenden, bei denen dann aber eine bleibende Verschlechterung auftritt („Rückfälle“)

Wie stellt sich bei Berücksichtigung auch dieser PatientInnen die Bilanz dar? Die obengenannten, in der VT-Ambulanz durchgeführten Studien beziehen sich auf 236 PatientInnen mit agoraphobischen Ängsten. Von diesen

- nahmen 28 (12%) nicht an der Therapie teil („Ablehner“),
- 9 (4%) brachen die Behandlung ab.
- 199 beendeten die Therapie.

166 „Beender“ wurden nach 1-9 Jahren nachuntersucht.

- 124 (73%) waren Therapieerfolge,
- 24 (15%) hatten sich hingegen nicht verändert und
- 18 (12%) wurden als RückfallpatientInnen eingestuft.

Die PatientInnen wurden in ausführlichen Interviews reanalysiert, selbstverständlich nicht nur bezogen auf „Ängste“ (eine „Symptomverschiebung“ trat nicht auf), mit folgenden Ergebnissen [8]:

„Ablehner“

Zum Nachuntersuchungszeitpunkt hatten fast alle (80%) der „Ablehner“ nahezu unverändert starke agoraphobische Ängste (bei allerdings verminderten anderen Symptomen, wie z.B. Depressionen).

„Abbrecher“

Interessanterweise konnten 2/3 von diesen bei der Nachuntersuchung als ErfolgspatientInnen eingestuft werden, hatten sich also durchaus positiv verändert mit erheblich weniger Ängsten als zum Zeitpunkt der Therapie.

„Nicht-Veränderer“ trotz Therapiebeendigung

Wie bei den „Ablehnern“ hatten fast alle (80%) bei der Nachuntersuchung unverändert erhebliche agoraphobische Ängste und weitere Symptome.

Rückfälle

Meist konnte ein Zusammenhang zu Lebenskrisen vermutet werden, mit dann erneuten Ängsten und Vermeidung. 40% der PatientInnen haben den Rückfall langfristig wieder bewältigen können.

Damit kann zusammenfassend zu dieser differenzierteren Bilanz gesagt werden: Für PatientInnen, die die Therapie beenden kann zur Zeit am ehesten davon ausgegangen werden, dass

1. ca. 40% von ihnen vollständig symptomfrei werden (d.h. Angstwerte von Gesunden erreichen),
2. 30% unverändert unter einer schweren Agoraphobie leiden und
3. 30% trotz positiver Veränderung mit Reduktion der Symptomatik leichte bis mäßige agoraphobische Ängste behalten.

Unter Berücksichtigung der Therapieablehner, -abbrecher und des Verlustes von Informationen über PatientInnen, die nicht zu den Nachuntersuchungen kamen, steigt die Zahl der weiterhin unter einer schweren Agoraphobie leidenden PatientInnen auf bis zu 50%.

III. Mögliche Konsequenzen

Diese Untersuchungen sprechen meines Erachtens für die Wichtigkeit von konkreter Veränderung der Betroffenen während der Therapie: Denn die PatientInnen, die sich in der Therapie nicht veränderten oder diese ablehnten, litten auch 1-9 Jahre danach fast alle unverändert unter ihren Symptomen. Auf der einen Seite ist es möglich und auch zu akzeptieren, dass einigen PatientInnen Veränderungen soviel Angst machen, dass sie den leidvollen Zustand beibehalten (müssen). Auf der anderen Seite scheint die Vorstellung von TherapeutInnen, die Nicht-Veränderung ihrer PatientInnen zu akzeptieren, da diese dann wohl auch ohne Therapie passendere Wege finden werden um ihr Leiden zu verringern, angesichts dieser Nachuntersuchungsergebnisse möglicherweise häufig unrealistisch. Eine Gefahr ist, dass TherapeutInnen bei „schwierig“ erscheinenden PatientInnen die Nicht-Veränderung in der Therapie oder deren Therapieablehnung eher zu schnell akzeptieren und sich Gründe hierfür konstruieren (wie z.B.: „nicht genügend Leidensdruck“, „zu viel Widerstand“, „nicht therapiefähig“, „das Umfeld müsste sich ändern“, „eine konkrete Veränderung würde vielleicht die Familie destabilisieren“; oder, um auf mein Fallbeispiel zurückzukommen, einen „Therapieerfolg“ trotz Nichtveränderung anzunehmen). Ein möglicher Hintergrund hierfür könnte sein, dass TherapeutInnen das Risiko scheuen, dass sich „schwierige“ PatientInnen schließlich trotz des großen Aufwandes und auch emotionalen Engagements des Therapeuten nicht verändern. Und hat man dann als TherapeutIn nicht „versagt“, weil man alles versucht hat, es aber nichts nützte? Es ist meiner Meinung nach die Verantwortung der TherapeutInnen, Nicht-Veränderung ihrer PatientInnen nicht zu früh zu akzeptieren und großen Wert auf die Förderung von Therapie- und Veränderungsmotivation zu legen. Für das Gelingen dieser Bemühungen ist der Therapeut jedoch sicher nicht allein verantwortlich, was die „Versagensängste“ vermindern sollte.

Darüberhinaus stellt sich mir die Frage, ob sich nur der Patient während der Therapie verändern sollte, oder ob es nicht auch Aufgabe des Therapeuten ist, sich in dieser Zeit selbst zu verändern. Ist das Problem gelegentlich gar nicht die Nicht-Veränderung der PatientInnen sondern die Nicht-Veränderung der TherapeutInnen?⁴ In den genannten Untersuchungen bekamen die meisten PatientInnen ein standardisiertes Therapieangebot - und viele lehnten ab oder veränderten sich während der Therapie nicht. Ein Bestandteil von Therapie ist, PatientInnen zum nötigen Risikoverhalten anzuregen, damit sie sich verändern. Spätestens wenn dies nicht gelingt, müsste dann nicht der Therapeut beginnen, eigene Risiken einzugehen? Die PatientInnen in diesem Fall immer intensiver zu Veränderungen zu drängen, mit Hilfe der risikoarmen therapeutischen Strategie des „mehr desselben“ an Interventionen, erscheint häufig wenig erfolgversprechend. Stattdessen könnte das therapeutische Vorgehen selbst geändert werden, mit dem Ziel, das Therapieangebot „passender“ zu machen durch eine fort währenden Individualisierung der Behandlung. Dafür braucht es beim Therapeuten Mut zur eigenen Veränderung - ohne Erfolgsgarantie (eine Situation, in der sich PatientInnen in einer Therapie grundsätzlich befinden). Notwendig wäre hierfür ein offener Umgang mit den eigenen therapeutischen Problemen und Mißerfolgen im Austausch mit KollegInnen und in der Supervision.

⁴ Hierzu gibt es wohl noch weniger oder keine wissenschaftlichen Untersuchungen...

Abschließend erwähne ich noch kurz zwei ganz konkrete Konsequenzen dieser Untersuchungen: Zum einen sind die Fragestellung und diese ersten Ergebnisse so interessant, dass in den folgenden Jahren die Untersuchungen weitergeführt und auch auf PatientInnen mit anderen Diagnosen ausgedehnt werden. Spannend wäre es z.B., wenn sich bestätigt, dass es „Therapieabbrecher“ anschließend meist schaffen, ihre Probleme zu bewältigen. Eine Therapie abbrechen zu können wäre dann möglicherweise eine Fähigkeit, die den weiteren Verlauf positiv beeinflusst.

Zum anderen planen wir (Mitarbeiter des Verhaltenstherapie-Arbeitsbereiches) eine Therapiestudie, in der Agoraphobie-PatientInnen ergänzend zur üblichen Verhaltenstherapie das Angebot einer zusätzlichen individuellen Paartherapie erhalten. Hintergrund hierfür sind die inzwischen recht gut untersuchten Zusammenhänge zwischen Partnerschaftsmerkmalen und der Entstehung sowie Aufrechterhaltung einer Agoraphobie [9]. Vielleicht gelingt es durch ein in dieser Weise „passenderes“ Therapieangebot, einige PatientInnen zu Veränderungen zu motivieren, die ansonsten zu bedrohlich für sie gewesen wäre.

Literatur

- (1) **Pries H:** „Begegnung live“: Die DGVT-Tagung zum Vergleich von Verhaltens- und systemischer Therapie. ISS´ES September 1998; 5-21.
- (2) **Hand I:** Verhaltenstherapie und kognitive Therapie in der Psychiatrie; in Kisker KP, Lauter H, Meyer JE, Müller C, Strömgen E (Hrsg.): Psychiatrie der Gegenwart, Band 1. Berlin, Springer, 1986.
- (3) **Fischer M, Hand I, Angenendt J:** Langzeiteffekte von Kurzzeit-Verhaltens-therapie bei Agoraphobie. Zeitschrift für klinische Psychotherapie 1988; 17; 225-243.
- (4) **Fischer M, Hand I, Angenendt J, Büttner-Westphal H, Manecke C:** Failures in exposure treatment of agoraphobia: Evaluation and prediction; in Hand I, Wittchen HU (Hrsg.): Panic and phobias 2. Treatments and variable affecting course ans outcome. Berlin, Springer; pp 195-208; 1988.
- (5) **Fischer-Klepsch M:** Mißerfolge spezifischer verhaltenstherapeutischer Behandlung des agoraphobischen Syndroms: Klassifikation, Prädiktion und Evaluation. Dissertation am Fachbereich Psychologie, Universität Hamburg, 1990.
- (6) **Grawe K, Donati R, Bernauer F:** Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Göttingen, Hogrefe; 1994
- (7) Foa EB, Emmelkamp PMG: Failures in behavior therapy. New York, Wiley; 1983
- (8) **Fischer-Klepsch M, Münchau N, Hand I:** Mißerfolge in der Verhaltenstherapie; in Margraf J (Hrsg.): Lehrbuch der Verhaltenstherapie, 2. Aufl., Band 1. Berlin, Springer; pp191-203; 2000
- (9) **Peter HM:** Verhaltenstherapie bei Agoraphobien - Wechselwirkungen zwischen Expositionstherapie und Partnerschaftsmerkmalen. Eingereichte Habilitationsschrift, Fachbereich Medizin der Universität Hamburg, 2000.