

# Die Bedeutung von Nichtveränderung aus systemischer Sicht

von Ulrich Wilken

Trotz der vielen hilfreichen Anregungen, Ideen und Phantasien, konstruktiven Dialogen, ausgefeilten Kommentaren und überraschenden Eingebungen kommt es doch vor, dass sich Klienten partout nicht ihren Anliegen gemäß verändern.

Selbst nach etlichen Stunden intensiver therapeutischer Dialoge scheint es den Klienten nicht möglich, ihr Leid zu beenden. Sie berichten, dass sich eigentlich nichts verändern würde, trotz einiger anfänglicher Silberstreifen am Horizont sei nun alles wieder beim alten, ein paar Wochen sei durchaus ein positiver Ansatzpunkt bemerkt worden, doch es habe nicht lange gehalten. Verzweifelt sucht der Therapeut nach weiteren Maßnahmen und schlaun Interventionen. Auch wenn man nicht härter als der Klient arbeiten sollte, machen sich erste Schweißperlen und Magenprobleme bemerkbar, was wiederum zu Mehr-desselben führt.

Diese äußerst resistenten Verhaltens- und/oder Glaubensmuster inszenieren sich scheinbar mit einer Gleichförmigkeit, die den Therapeuten manchmal an den Rand des eigenen Selbstverständnisses bringt und ihn an seinen erworbenen Fähigkeiten zweifeln lässt. Besonders ausgefuchste und kreative Therapeuten zaubern dann aus schierer Verzweiflung das Konzept des Widerstandes aus dem Hut, was sie vermeintlich von der Schau auf sie selbst entbindet.

Ich möchte im Folgenden einen anderen Weg vorschlagen. Ich plädiere dafür, innezuhalten und davon auszugehen, dass man noch nicht genau verstanden hat. Dieses Nicht-Verstehen bezieht sich in erster Linie auf die sogenannte Problemlogik und damit auf die Geschichte besonders hartnäckigen und leidvollen Erlebens.

Wie den meisten Therapeuten sicherlich aus eigener Praxis bekannt ist, ist vielen Klienten kognitiv durchaus klar, was sie machen müssten, um ihre Situation zu verändern. Sie müssten respektvoller miteinander umgehen, mehr aufeinander achten, klarere Ziele formulieren, weniger essen, mehr essen, mehr lieben, weniger lieben usw. Dennoch scheinen viele Menschen unbewusst vieles dafür zu tun, damit dies gerade nicht geschieht. Die Frage ist nur warum oder wozu?

Die Antwort darauf scheint mir nicht besonders neu zu sein, sie lautet: Veränderung ist bedrohlicher, als das empfundene Leid. Wenn diese Hypothese passt, dann folgt daraus, dass die Menschen ihre Wahrnehmung so organisieren, dass alternative Erfahrungen in der Form selektioniert werden, dass sie in das bekannte Schema nicht hineinpassen. D.h. nur solche Erfahrungen werden wahrgenommen, die in das bereits bekannte, leidvolle Schema integriert werden.

Dieser Prozess der Selektion scheint nach dem Prinzip von selbsterfüllenden Prophezeiungen abzulaufen. Diejenigen Erfahrungen und Erlebnisse und die damit verknüpften Emotionen filtern sich in das bereits vorhandene Schema ein. Der Rest wird ausgefiltert und erreicht gar nicht erst das Niveau neuronaler Aktivierung. Die neueren Resultate der Hirnfor-

schung scheinen gut zu diesen Beobachtungen zu passen. Man geht davon aus, dass 80% bis 90% der neuronalen Verbindungen sich mit dem inneren Monolog beschäftigen, d.h. nur etwa 10% bis 20% der Reize werden über unsere Sinnesorgane aufgenommen und verarbeitet.

Das Ziel des therapeutischen Prozesses besteht nun darin, die mögliche Bedeutung der Aufrechterhaltung des leidvollen Verhaltens und Erlebens besser zu verstehen. Dabei geht es nicht darum, die wirklichen Ursachen zu erkennen, das ist aus meiner Perspektive aus logischen Gründen nicht möglich, da wir aus der Gegenwart nicht entkommen können und somit Zukunft und Vergangenheit immer Konstruktionen der Gegenwart bleiben, sondern plausible Erklärungen zu (er)finden, die das eigene leidvolle Verhalten in einen neuen Gewand erscheinen lassen. Erst dadurch ist es vielen Klienten wieder möglich, Handlungsfähigkeit zu erlangen und nicht in der Ohnmacht des scheinbar Aussichtslosen zu verharren.

Zuvor jedoch möchte ich einige unbeabsichtigte und unbewusste Strategien aufzeigen, die aus meiner Erfahrung seitens der Therapeuten aber auch der Klienten besonders gut geeignet sind, zur Nicht-Veränderung beizutragen.

Um eventuellen Missverständnissen vorzubeugen: In den seltensten Fällen sind dies bewusste Strategien mit Wirklichkeitscharakter.

Die folgenden Schlüsse sind Beobachtungen und Konstruktionen, die weder wahr noch falsch sind, sondern bestenfalls plausibel oder viabel. Sie sollen dem Therapeuten als Hilfskonstruktionen dazu dienen nicht mehr desselben zu machen, sondern die Perspektive zu wechseln, um Veränderung möglich zu machen. Dies gilt nicht nur für Therapeuten, sondern auch für Berater, Supervisoren etc.

### ***Was hindert die Klienten, Veränderungen zuzulassen, bzw. was tragen sie zur Nichtveränderung bei?***

- **Loyalität gegenüber der (Herkunfts-) Familie und/oder Gesellschaft**  
In vielen Familien und anderen sozialen Systemen (z.B. Teams) existieren häufig Geheimnisse und Wertesysteme, die nicht offen gelegt werden dürfen, oftmals über den Tod eines Mitglieds hinaus.
- **Glaubenssätze und/oder rigide Rituale**  
Glaubenssätze wie: Ich bin ein ungewolltes Kind oder ich bin das schwarze Schaf inszenieren sich in Form selbsterfüllender Prophezeiungen, so dass alternative Erfahrungen verhindert werden. Rituale in sozialen Systemen bestimmen den Ablauf des Geschehens und Erlebens. Risiko wird vermieden.
- **Bevorzugen von Sicherheit, auch wenn sie leidvoll ist: Das Elend, was ich kenne, ist mir lieber als die ungewisse "glückliche" Zukunft**  
Auch leidvolle Selbstbeschreibungen z.B. die Opferrolle schaffen eine Form von Identität und Sicherheit. Der Wunsch nach Veränderung geht einher mit der Angst vor Veränderung. Dadurch bleibt alles wie es ist.

- **Misstrauen gegenüber der Zukunft, da Veränderungssituationen in der eigenen Geschichte bedrohlich waren**

Wenn Menschen in ihrer Entwicklung die Erfahrung gemacht haben, dass Veränderungen z.B. durch Scheidung, Trennung, Tod, abgeben des Kindes an die Großeltern etc. mit massiven Ängsten einher gegangen sind, so haben sie nicht gelernt, dass Veränderungen basierend auf Liebe und Vertrauen nicht bedrohlich sein müssen.

- **Aufdeckung von Geheimnissen wäre zu bedrohlich**

In vielen Familien gibt es Tabus und Geheimnisse, die manchmal über Generationen hinweg das innerfamiliäre Leben bestimmen. Eine Veränderung oder gar Aufdeckung bedroht das gesamte System.

- **Sorge und Schuld**

Sorge und Schuld sind in vielen Familien starke Bindeglieder deren Aufhebung zu bedrohlich wäre, da Vertrauen nicht entwickelt wurde. Wo nicht Respekt und Achtung Bindeglieder sind, treten Ersatzbindeglieder an ihre Stelle. Auch Probleme und Krankheit können starke aber leidvolle Bindeglieder sein.

- **Hänschen-Klein-Syndrom**

...aber Mutter weinet sehr hat ja nun kein Hänschen mehr. Gerade für junge Erwachsene ist die Ablösung vom Elternhaus eine öffentlich gewünschte aber doch vielfach bedrohliche Vorstellung.

- **Handschuh-Syndrom**

Der Andere ist schuld, wenn es mir schlecht geht. "Kein Wunder liebe Mutti, dass ich mir die Hände erfriere, du hättest mir ja Handschuhe mitgeben können".

- **Erst Du, dann Ich**

Viel Klienten externalisieren mögliche Veränderungen auf den Partner: Wenn Du dich veränderst, verändere ich mich auch und umgekehrt. Dass in dieser Form keine Veränderung möglich ist versteht sich von selbst. Beide sitzen wie das Kaninchen vor der Schlange und warten, dass sich etwas tut.

- **Illusion: Ich schaffe es noch, den Anderen zu verändern**

Für viele Menschen ist die Hoffnung, dass sich irgendwann etwas verändern wird die einzige Möglichkeit, das empfundene Leid zu ertragen. Je länger diese Illusion andauert, desto schwieriger wird es, aus diesem "Spiel" auszusteigen. So neigen z.B. Frauen dazu, die von Männern geschlagen werden, zu diesen zurückzukehren.

## **Was trägt der Therapeut zur Nichtveränderung bei?**

- **Vermeidung der affektiven Rahmung/Anerkennung**  
 Der Therapeut vermeidet oder vergisst es manchmal, den Klienten seinen Respekt und seine Achtung auszudrücken. Probleme und seien sie scheinbar noch so trivial werden wenig ernst genommen.
- **Keine Kontexterweiterung**  
 Die Geschichte und Bedeutung von Problemen werden zu wenig reflektiert und der emotionale Kontext nicht berücksichtigt. Lösungen stehen im Vordergrund und werden allzu pragmatisch verfolgt.
- **Konstruktives Fragen als technisches Instrument**  
 Gerade unerfahrene Kollegen neigen dazu, neu erworbenes "Handwerkszeug" ohne Einbettung in den persönlichen Stil allzu technokratisch anzuwenden. Spätestens nachdem die Wunderfrage gestellt wurde, stellt sich Ratlosigkeit ein.
- **Intervenieren zu schnell und zu pragmatisch**  
 Viele Therapeuten und Berater neigen dazu, die Anliegen der Klienten zu schnell zu verstehen und nehmen sich nicht die Zeit, Ziel und Veränderungswünsche der Klienten genau zu explorieren. In der Regel wissen die Klienten ihr eigens Anliegen nicht, sie wissen um ihr Problem, aber selten, was sie für sich entwickeln wollen.
- **Fragen werden nicht eingeleitet/ John Wayne Technik**  
 Bei den Gesprächen vieler Kollegen hat man den Eindruck, dass die Klienten oft nicht nachvollziehen können, mit welcher Intention der Therapeut seine Fragen stellt. Sie kommen geradezu aus der Hüfte geschossen.
- **Die Gefahren einer möglichen Veränderung werden nicht antizipiert**  
 Ausgehend von der These, dass für viele Menschen Veränderungen bedrohlicher sind als das aktuelle Leid, berücksichtigen manche Therapeuten die möglichen Konsequenzen der erstrebten Veränderung zu wenig und neigen dazu mehr desselben zu machen.
- **Nichtbeachtung der Geschichte der Klienten; bedeutsame Ereignisse, die auf mögliche Ängste schließen lassen, werden außer acht gelassen**  
 Wir Menschen sind immer das Produkt unserer eigenen Geschichte. Manche Ereignisse und Erfahrungen bzgl. Veränderung sind mit beachtlichen negativen Emotionen gekoppelt. Ein Außerachtlassen dieser Geschichten lässt Veränderung kaum möglich werden.
- **Zu schnelles Verstehen des Anliegens; Leid wird nicht wahrgenommen und muss somit aufrechterhalten werden**  
 Wie oben schon angedeutet werden häufig die Anliegen zu schnell verstanden. Manche eifrige ressourcenorientierte Therapeuten neigen dazu, mit lieb gemeinten Umdeutungen den Menschen Gutes tun zu wollen. Diese fühlen sich dann in ihrem Leid nicht verstanden und "müssen" dann noch deutlicher machen, wie sehr sie leiden.

Dies sind nur einige kurze Überlegungen, wie in Therapie, Beratung, Supervision, Coaching usw. der angestrebte Veränderungsprozess unbewusst behindert werden könnte und sich dadurch so manche Kollegen ausgelaugt und müde fühlen. Im Folgenden werden einige Anregungen erörtert, die dem Therapeuten dazu dienen sollen, die mögliche Bedrohung von Veränderung bei seinem Vorgehen zu berücksichtigen.

### ***Therapeutische Konsequenzen***

- **Nichtveränderung akzeptieren**

Viele Klienten haben schon mehrere Versuche hinter sich, das problematische Verhalten oder Empfinden zu verändern, häufig auch mit professioneller Hilfe. Statt mehr desselben zu versuchen, sollte der Therapeut dem Klienten die Konstruktion der Bedrohlichkeit von Veränderung deutlich machen und gemeinsam erkunden, ob eine solche Erklärung plausibel erscheint. Wenn ja: Erleichterung seitens der Klienten, da leidvolles Verhalten oder Empfinden in sich selbst als konsistent verstanden werden kann. Man ist nicht verrückt, dumm, eine schlechte Mutter oder Vater etc.

- **Nichtveränderung bedeutet nicht Stillstand**

Damit die Lebensumstände und Gefühle so bleiben, wie sie sind, muss man viel tun. Das gilt sowohl für die positiven wie auch für die negativen Gefühle. Das Leid aufrecht zu erhalten, beinhaltet einen hohen Aufwand an Energie. Dies geschieht unbewusst. Bewusst wollen die meisten Menschen Veränderung und Linderung des Leids.

- **Lebensgeschichte und Bedeutung**

Um das Vertrauen in Veränderungen wieder zu erlangen, benötigen die Klienten alternative Erfahrungen bzw. alternative Bedeutungen aufbauend auf ihrer eigenen Lebensgeschichte. Hierbei ist es hilfreich, gemeinsam mit den Klienten in ihrer Geschichte zurückzugehen und für sie bedeutsame Erlebnisse und Geschehnisse zu erkunden, mit denen leidvolle Erfahrungen gekoppelt sind. Nun können alternative Erklärungen für leidvolle Erfahrungen entwickelt werden, die der Klient in eine schlüssige Lebensgeschichte integrieren kann. Ausgehend von diesen neuen (Be)Deutungen können nun "geschichtslosere", alternative Erfahrungen gemacht werden, die nicht mehr unmittelbar mit negativen Emotionen verknüpft sind. Dadurch wird die Transformation des Lebenskripts, welches Festhalten an Leid und Symptomen überflüssig macht, ermöglicht und Vertrauen und Risikobereitschaft gefördert.

- **Risikobereitschaft**

Besonders in sozialen Systemen, aber nicht nur dort, schleichen sich über die Zeit eine Vielzahl von Ritualen ein, die den meisten Menschen Stabilität und Sicherheit versprechen. Spontaneität und Kreativität geraten immer mehr in den Hintergrund. Verlässlich steuern z.B. viele Paare in die stereotype Langeweile.

Eine Frau, die versuchte, das Unheil aufzuhalten fragte ihren Mann: "Schatz, liebst Du mich noch?" und bekam als Antwort: "Schatz, das weißt Du doch". Eine fast vollendete Form von Sprachlosigkeit. Veränderungen brauchen Vertrauen. Die Transparenz möglicher Ängste der Klienten durch den Therapeuten schafft ein Klima des Vertrauens, welche Veränderung

in kleinen Schritten ermöglichen kann. Nur wenn man das Risiko eingeht etwas zu tun, wo man nicht weiß, was geschieht, kann etwas Neues entstehen.

Diese kurzen Überlegungen sollen den Therapeuten, Beratern, Supervisoren usw. dazu dienen, nicht so schnell aufzugeben oder an den eigenen Fähigkeiten zu zweifeln, wenn sich die Klienten nicht in die Richtung entwickeln, die sie sich vorstellen und wünschen. Häufig ist ein Perspektivenwechsel des Therapeuten eine konstruktive Hilfe, um aus einer vermeintlichen Sackgasse einen erfolgsversprechenden Ausweg zu finden, der neues Erleben ermöglichen kann.

[Text eingeben]

## 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 Bier<sup>1</sup> 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 berechnete 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 präzisierten sich die Anliegen für mich auf die Darstellung der Bedeutung von Nichtveränderung in der Verhaltenstherapie - und wurden dann zur Vereinbarung<sup>2</sup>. Im folgenden nun also zum Inhalt meines Beitrages.

---

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

<sup>2</sup> 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



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

## **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

---

interessierten LeserInnen nur empfehlen, für mich war und ist es zum Verständnis von systemischen Ideen sehr wertvoll.

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 ist<sup>3</sup>, 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 wenig 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“ 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 Berücksich-

---

<sup>3</sup> Die Patientin wird demnächst zur Nachuntersuchung bei uns erscheinen - ich bin gespannt.

tigung der PatientInnen, die nicht profitierten (bzw. sich nicht ausreichend veränderten), müssten die folgenden (bisher überwiegend vernachlässigten) Patientengruppen miteinbezogen 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 Thera-

peutInnen, 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“, „zuviel Widerstand“, „nicht therapiefähig“, „das Umfeld müsste sich ändern“, „eine konkrete Veränderung würde vielleicht die Familie destabilisieren“; oder, um auf mein Fallbeispiel zurückzukommen, einen „Therapie-erfolg“ 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?<sup>4</sup> 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 fortwährenden 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

---

<sup>4</sup> Hierzu gibt es wohl noch weniger oder keine wissenschaftlichen Untersuchungen...

Problemen und Mißerfolgen im Austausch mit KollegInnen und in der Supervision.

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-Verhaltenstherapie 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 and 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.