Konfrontative Behandlung: Erfolg ohne Akzeptanz in der Praxis

W.		Fiegenbaum
M.		Freitag
B.		Frank

Christoph-Dornier-Stiftung für Klinische Psychologie Marburg

Die massierte Reizkonfrontation kann zweifellos als ein wissenschaftlich gut dokumentiertes Therapieverfahren angesehen werden. Unsere praktischen Erfahrungen in der Ambulanz der Christoph-Dornier-Stiftung für Klinische Psychologie lassen uns sogar zu dem Schluß kommen, daß ein konfrontatives Vorgehen darüber hinaus bei Phobien als Methode der Wahl anzusehen ist. Hierfür spricht nach unserer Auffassung vor allem die hohe Langzeitstabilität der Therapieerfolge bei einem relativ geringen Aufwand an Therapiestunden.

Erfolg konfrontativer Behandlungen: Katamnese-Ergebnisse

Alle Patienten der Christoph-Dornier-Stiftung werden 6-8 Wochen sowie 1 und 5 Jahre nach Therapieende untersucht. 1991 wurden 61 Konfrontationsbehandlungen abgeschlossen. Bei den anschließenden Nachuntersuchungen schätzten 75,3% der Patienten auf einer siebenstufigen Skala mit den Endpunkten 1 («sehr viel besser») und 7 («sehr viel schlechter») ihren Zustand nach der Behandlung als «sehr viel besser» oder als «viel besser» ein. Zudem wurden 1991 turnusmäßig 31 1-Jahres-Nachuntersuchungen durchgeführt. Hier ergab sich auf der oben beschriebenen Skala eine durchschnittliche Therapieerfolgseinschätzung von 1,83 durch die Patienten und von 1,61 durch die Therapeuten. Insgesamt bewerteten 74,2% der Patienten ihren Zustand 1 Jahr nach der Therapie als «sehr viel besser» oder als «viel besser». Ergebnisse von 5-Jahres-Nachuntersuchungen liegen bislang noch nicht vor. Wir hoffen jedoch, die Ergebnisse der Studie von Fiegenbaum [1988] tendenziell replizieren zu können. Dieser Autor konnte zeigen, daß 77,9% von 104 untersuchten Agoraphobikerinnen ihren Zustand 5 Jahre nach Abschluß einer massierten Reizkonfrontationstherapie als symptom-frei beschrieben.

Vor diesem Erfahrungshintergrund bedauern wir sehr, daß die Reizkonfrontation in der Praxis immer noch auf eine Vielzahl von Vorbehalten stößt und daß daher das bestehende Behandlungsangebot als nicht ausreichend angesehen werden muß.

Praktikabilität konfrontativer Behandlungen

Integration in bestehende Organisationsformen

Einen wesentlichen Hinderungsgrund für die Etablierung dieses Verfahrens stellt sicherlich die damit notwendigerweise

verbundene Umstrukturierung in der Organisation einer Praxis bzw. einer stationären Einrichtung dar. So erschwert die intensive therapeutische Betreuung eines einzelnen Patienten über mehrere aufeinanderfolgende Tage die Koordination mit anderen Therapieformen. In vielen Fällen wird daher eine bedingte Spezialisierung einzelner Therapeuten auf die Durchführung von Reizüberflutungstherapien sinnvoll sein. So könnten in Kliniken oder

größeren Praxen einige der Therapeuten, beispielsweise auch im Wechsel, ihre Planung auf die besonderen Anforderungen einer konfrontativen Therapie abstimmen, so daß eine bestimmte Anzahl solcher Therapieplätze zur Verfügung stehen würde. Darüber hinaus sollte man nach unserer Auffassung die organisatorischen Probleme auch nicht überschätzen. So besteht ein hoher therapeutischer Aufwand in den meisten Fällen nur während der ersten 3 Tage der Therapie, da der Patient bereits frühzeitig die Übungen selbständig durchführen sollte. Zudem können eine gute Teamorganisation sowie eine sorgfältige und langfristige Therapieplanung bei vielen Problemen Abhilfe schaffen.

Folgen einer veränderten therapeutischen Arbeitssituation

Eine andere Schwierigkeit besteht sicher darin, daß es für den einzelnen Therapeuten zu einer im Vergleich zu anderen Therapieformen stark veränderten Arbeitssituation kommt. So kann sich einerseits die Arbeitszeit sehr viel flexibler gestalten, beispielsweise wenn es notwendig ist, mit dem Patienten die Therapie weit vom eigentlichen Arbeitsort entfernt durchzuführen. Hier hängt es natürlich auch von der privaten Lebenssituation eines Therapeuten ab, inwieweit er die damit verbundenen Nachteile tragen bzw. die ebenso entstehenden Vorteile für sich nutzen kann.

Andererseits sieht sich der Therapeut mit einer Vielzahl von für ihn eher ungewöhnlichen Aufgaben konfrontiert, wie beispielsweise der Planung und der Organisation der einzelnen Übungssituationen. Anfängliche Schwierigkeiten vermindern sich jedoch mit zunehmender Erfahrung, und auch der zunächst hohe zeitliche Mehraufwand reduziert sich mit steigender Routine sehr schnell. Zudem sollte auch nicht unbeachtet bleiben, daß die Motivation eines Therapeuten, geringe Nachteile in Kauf zu nehmen, durch das Erleben von deutlichen Therapieerfolgen innerhalb von kurzer Zeit gesteigert wird. Über solche ungewohnten organisatorischen Aufgaben hinaus stellen sich jedoch auch die Therapeutenrolle sowie die notwendigen therapeutischen Interventionen bei einer Konfrontationsbehandlung verändert dar. So wird der Therapeut mit der Angst des Patienten sehr viel unmittelbarer konfrontiert und sieht sich häufig in der Situation, sehr direkte

340

Fiengenbaum/Freitag/Frank

Maßnahmen vornehmen zu müssen, ohne dabei gleichzeitig die emotionale Patient-Therapeut-Beziehung zu gefährden. Zudem findet die Therapie nicht mehr in einem geschützten und automatisch distanz erzeugenden Therapieraum, sondern in einem alltäglichen Umfeld statt, was selbstverständlich einerseits Rückwirkungen auf die therapeutische Beziehung hat und andererseits auch mit ganz anderen Problemen verbunden ist, wie z.B. der Notwendigkeit, therapeutische Interventionen in der Öffentlichkeit vornehmen zu müssen. Darüber hinaus muß der Therapeut in der Lage sein, in schwierigen Situationen sehr schnell und flexibel zu handeln; auftretende Probleme müssen häufig sofort besprochen werden und können nicht mehr auf die nächste Therapiestunde vertagt werden. Insbesondere die Sicherheit des Therapeuten spielt hierbei eine noch größere Rolle als bei anderen Therapieformen, da die Modellfunktion des Therapeuten wesentliche Bedeutung hat; gleichzeitig ist jedoch diese Sicherheit für den Therapeuten aufgrund der ungewohnten Anforderungen oft schwerer zu erreichen.

Zusammenfassend kann man sagen, so einfach und schematisch die Durchführung einer Konfrontationstherapie auf den ersten Blick auch erscheint, so vielfältig und differenziert wird die Kompetenz des Therapeuten gefordert, um eine solche Behandlung erfolgreich abzuschließen.

Notwendigkeit praktischer Ausbildung

Nach unserer Auffassung besteht ein deutlicher und schwer-wiegender Mangel an Angeboten einer guten praktischen Ausbildung in konfrontativer Behandlung. Wir gehen davon aus, daß dieser Mangel mit dazu führt, daß die Reizkonfrontationstherapie, relativ zu ihren Möglichkeiten gesehen, in der therapeutischen Praxis bislang noch ein Schattendasein führt. Wir würden uns wünschen, daß sowohl an den Universitäten als auch an unabhängigen Weiterbildungsinstitutionen in viel größerem Maße die Möglichkeit bestünde, unter praktischer Anleitung und Betreuung eines erfahrenen Therapeuten Konfrontationsbehandlungen durchzuführen. Unsere Erfahrung hat uns gezeigt, daß die Konfrontationsmethode in der Regel relativ schnell und unproblematisch zu erlernen ist; auf der anderen Seite birgt das Fehlen von notwendigem praktischem Wissen ein hohes Fehlerrisiko und damit die Gefahr, eine sehr gut wirksame Methode in der Praxis nicht als solche zu erkennen. Eine rein theoretische Weiterbildung allein erachten wir als nicht ausreichend.

Fazit

Abschließend läßt sich sagen, daß die Durchführung einer Konfrontationstherapie in Praxen und Kliniken sicher zu-mindest anfänglich mit strukturellen, organisatorischen und auch persönlichen Schwierigkeiten und Mehrarbeit verbunden ist. Aber nach unserer Auffassung lassen sich diese Probleme in den meisten Fällen gut lösen, und zudem zeigt eine genaue Kosten-Nutzen-Betrachtung, daß die Vorteile und die große Erfolgsrate dieser Methode die anfänglichen «Kosten» nicht nur rechtfertigen, sondern sie sogar als verhältnismäßig gering erscheinen lassen.

Literatur

Fiegenbaum W.: Long-term efficacy of ungraded versus graded massed exposure in agoraphobia, in Hand I, Wittchen HU (eds): Panic and Phobias. Berlin, Springer, 1988, vol 2, pp 83-88.