Guided Practice in der Verhaltenstherapie

Tobias Teismann André Wannemüller

Arbeitseinheit für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Ruhr-Universität Bochum, Bochum, Deutschland

Schlüsselwörter

Guided Practice · Angstexposition

Zusammenfassung

Patientenübungen, die außerhalb des Therapieraums stattfinden und vom Therapeuten angeleitet werden, sind häufige Bestandteile kognitiv-verhaltenstherapeutischer Behandlungen. Auch wenn Guided-Practice (GP-)Übungen für viele Verhaltenstherapeuten eine Selbstverständlichkeit darstellen, gibt es bei der Planung und Umsetzung solcher Übungen Vorbehalte, die unter anderem ethische und empirische Aspekte umfassen. Der folgende Beitrag gibt zunächst praktische Hinweise zur Gestaltung von GP-Übungen, bevor im Anschluss die aktuelle Evidenzlage in Bezug auf therapeutenbegleitete Übungen außerhalb des Therapieraums skizziert und potentielle Nebenwirkungen der Methode diskutiert werden.

© 2019 S. Karger AG, Basel

following article gives practical hints for the design of guided practice exercises. Furthermore, the current evidence regarding therapist-guided exercises is summarized and potential side effects of the method are discussed.

© 2019 S. Karger AG, Basel

Einleitung

Guided Practice (GP), d.h. therapeutenbegleitete Übungen außerhalb des Therapieraums, gehören zum Standardrepertoire der Verhaltenstherapie. Umgesetzt werden GP-Techniken insbesondere in der Behandlung von Angst-, Zwangs- und Traumafolgestörungen – im Rahmen von begleiteten Expositionen und Verhaltensexperimenten [Teismann und Ertle, 2011; Teismann und Margraf, 2018] – ohne aber hierauf beschränkt zu sein. So kann es sich therapeutisch beispielsweise auch bei der Behandlung von Sucht- bzw. Alkoholerkrankungen anbieten, Übungen außerhalb des Therapieraums therapeutisch zu begleiten. Therapeutenbegleitete Übungen bringen den Vorteil mit sich, dass die Patienten bei der optimalen Umsetzung und Verarbeitung von therapeutischen Aufgaben unmittelbar unterstützt werden können, dass der Therapeut als (Mastery-)Modell fungieren kann und dass es Patienten – im Sinne eines graduieren Vorgehens – leichter fallen dürfte, sich in Begleitung des Therapeuten auf erste Übungen einzulassen. Vor diesem Hintergrund stellt GP für die meisten Verhaltenstherapeuten eine therapeutische Standardtechnik dar. Allerdings wird sie möglicherweise seltener angewendet, als dies sinnvoll sein könnte. Eine Befragung von niedergelassenen Psychotherapeuten [Pittig, persönliche Kom-

Guided Practice in Behavioral Therapy

Keywords

Guided practice · Exposure therapy

Abstract

Therapist-guided exercises that take place outside the therapy room are common components of cognitive-behavioral therapies. Although guided practice exercises are a matter of course for many behavioral therapists, reservations regarding guided practice exercises are common and include ethical as well as empirical aspects. The

munikation] ergab, dass 35% keine Übungen außerhalb der eigenen Praxisräume durchführen. Gründe sind der erforderliche Zeitaufwand, aber auch empirische und ethische Vorbehalte.

Technische Durchführung von GP

Anleitungen für die Gestaltung von therapeutenbegleiteten Übungen außerhalb des Therapieraums finden sich vor allem für die Behandlung von Ängsten bzw. Angststörungen. Eine erfolgreiche Konfrontation braucht die aktive Auseinandersetzung des Patienten mit seinen Ängsten und ist abhängig von einer Vielzahl potentiell moderierender Faktoren [Craske et al., 2014]. Die Aufgabe des Therapeuten besteht beim GP darin, den Patienten so zu unterstützen, dass dieser optimal von der Konfrontation profitiert. Entscheiden sich Patient und Therapeut – nach einem entsprechenden Abwägungsprozess – für die gemeinsame Durchführung von Expositionsübungen außerhalb des Therapieraums, so gilt es folgende Aspekte während der therapeutenbegleiteten Exposition zu berücksichtigen:

- Vor Beginn der eigentlichen Exposition sollten Therapeuten an das Behandlungsrational erinnern (*Wie wird das, was wir heute vorhaben, Ihnen dabei helfen, Ihre Ängste zu überwinden? Worauf müssen wir Acht geben, wenn wir jetzt in die Situation hineingehen?*).
- Es müssen zentrale Befürchtungen des Patienten herausgearbeitet und angesprochen werden (*Was genau ist Ihre Befürchtung/Vorhersage, was passieren wird, wenn Sie sich nun in die Situation hineinbegeben?*).
- Sollte der Patient zögerlich sein, dann ist es Aufgabe des Therapeuten, den Patienten durch ermunternde Worte zu unterstützen bzw. den Umgang mit dem Angststimulus zu modellieren.
- Im Folgenden stellt der Therapeut durch die Lenkung der Aufmerksamkeit auf bedrohliche Stimuli sicher, dass der Patient tatsächlich eine hinreichende Angst erlebt (*Was sehen Sie/riechen Sie/nehmen Sie wahr? Was erleben Sie körperlich?*).
- Im Sinne einer umfassenden Angstintensivierung bietet es sich zudem an, dass der Therapeut verschiedene Angstreize miteinander kombiniert: Eine interozeptive Exposition mit gefürchteten Körpersymptomen (wie z.B. Herzrasen durch Koffeinkonsum) und eine In-vivo-Exposition mit einer agoraphobischen Situation (wie z.B. Aufenthalt in einem Einkaufszentrum) sollten also kombiniert werden (Kaffee trinken, während man sich in einem Einkaufszentrum aufhält), nachdem mit beiden Stimuli zunächst einzeln konfrontiert wurde [Craske et al., 2014].
- Durch die intensive Expositionsgestaltung stellt der Therapeut sicher, dass insbesondere Patienten, die

Angst vor der Angst haben, in ausreichendem Maße aktiviert werden und somit eine Situation geschaffen wird, in der erwartungskonträre Erfahrungen gemacht werden können.

- Dem Therapeuten obliegt des Weiteren, die Reaktionsweisen des Patienten genau zu beobachten: Ein stark verzögerter Angstrückgang wie auch das Ausbleiben von Angst verweist auf die Möglichkeit, dass der Patient (subtile) Sicherheitsverhaltensweisen einsetzt.
- Es sollten eventuelle Vermeidungsstrategien erfragt werden, und dem Patienten muss dabei geholfen werden, jedwede Form von Vermeidungsverhalten aufzugeben.
- Auch andere Aspekte, die einer vertieften Auseinandersetzung mit der gegenwärtigen Angstsituation entgegenstehen, müssen vom Therapeuten beachtet und wenn möglich ausgeräumt werden.
- Im Fall von dissoziativem Erleben muss der Therapeut darauf achten, dass der Gegenwartsbezug im Rahmen der Exposition erhalten bleibt. Das Auftreten ungefährlicher, aber unangenehmer körperlicher Symptome (z.B. Atmungstetanie, Muskelkrämpfe) kann gleichermaßen eine Anpassung der Expositionsgestaltung erforderlich machen.
- Schließlich obliegt es dem Therapeuten, darauf zu achten, dass die Konfrontation mit dem Angststimulus so lange andauert, bis der Patient entweder einen deutlichen Abfall der Symptomatik erlebt oder aber zentrale Befürchtungen widerlegt bzw. getestet werden konnten.
- Im Fall von starken Abbruchtendenzen sollte der Therapeut das Rational und das Ziel der Konfrontationen auf ruhige und zugewandte Weise nochmal in Erinnerung bringen (*Ich weiß, dass es ganz viel Kraft kostet, sich dieser Situation zu stellen. Geben Sie sich aber bitte noch einen Moment und lassen Sie uns nochmal nachvollziehen, warum Sie hier sind. Was würden Sie lernen, wenn Sie jetzt aufhören? Was denken Sie wird mit der Angst geschehen, wenn Sie noch ein wenig bleiben?*).
- Ist es in einer Situation zum Angstrückgang gekommen, kontrastiert der Therapeut Befürchtung und Erfahrung und leitet den Patienten dazu an, resultierende Schlussfolgerungen herauszuarbeiten [Craske et al., 2014]: *Sagen Sie nochmal, was genau schlimmstenfalls während der Exposition hätte passieren können. Was haben Sie befürchtet? Was ist tatsächlich passiert? Inwieweit ist das überraschend für Sie? Welchen Schluss ziehen Sie hieraus?*
- Hilfreich ist es auch, eine erfolgreich gemeisterte Situation mithilfe eines Fotos/Videos (z.B. Bild auf einem Turm, Bild mit Spinne auf der Hand) als Erinnerungstütze festzuhalten.

Da es keine Studien zur Frage gibt, wann und wie oft ein Therapeut Expositionsübungen begleiten sollte, und da Expositionen mit und ohne Therapeutenbegleitung nahezu gleichermaßen effektiv sind (siehe unten), ist es im Sinne eines ressourcenschonenden Vorgehens sinnvoll, die Notwendigkeit therapeutenbegleiteter Expositionen sehr kritisch zu prüfen. Auch im Psychotherapieantragsverfahren werden viele Stunden pro Sitzung wegen GP unter dem Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkt von den Gutachtern nur bei besonderer Begründung befürwortet.

Der Einsatz von GP als Teil einer individualisierten Therapieplanung ist insbesondere dann sinnvoll, wenn Ängste bei Patienten im Vorfeld von expositionsbasierenden Übungen so stark sind, dass sie nicht alleine überwunden werden können. Grundsätzlich ist die therapeutenbegleitete Exposition als ein Startpunkt zu verstehen, von dem aus Patienten sich anschließend in Eigenregie weiter konfrontieren müssen – entsprechend ist es den Patienten zu vermitteln. Bereits nach der ersten gemeinsamen Expositionssitzung sollten Patienten daher ermuntert werden, tägliche Expositionsübungen durchzuführen. Zunächst wird es in der Regel darum gehen, die gemeinsam durchgeführten Expositionsübungen zu wiederholen. Im Therapieverlauf werden dann zunehmend neue Situationen/Reize hinzugenommen, welche in der Therapiesitzung nur noch vor- und nachbesprochen werden. Gerade bei den ersten selbstdurchgeführten Expositionssitzungen kann es hilfreich sein, vor der Exposition und im unmittelbaren Anschluss kurz mit dem Patienten zu telefonieren. Auf diese Weise lässt sich weitreichendem Vermeidungsverhalten vielfach vorzubeugen.

Empirische Befundlage zu GP

Es liegen nur wenige Untersuchungen zur Wirksamkeit therapeutenbegleiteter Übungen vor. Entsprechende Studien beschränken sich auf den Vergleich von Expositionen mit versus ohne Therapeutenbegleitung. Sie kommen zu uneinheitlichen Ergebnissen und genügen vielfach nicht grundlegenden methodischen Anforderungen [Lang und Helbig-Lang, 2012]. Eine bedeutsame Ausnahme stellt eine Multizenterstudie von Gloster et al. [2011, 2013] dar. Im Rahmen dieser Studie wurden 369 Patienten, die an einer Panikstörung mit Agoraphobie litten, in eine von drei Behandlungsgruppen randomisiert: eine Behandlungsbedingung mit Therapeutenbegleitung während der Exposition (T+), einer Behandlungsbedingung ohne Therapeutenbegleitung während der Exposition (T–) und einer Wartekontrollgruppe. Die Behandlungen waren strikt expositionsbasiert und folgten einem strukturierten Therapiemanual. Unter beiden Arten der Expositionsgestaltung kam es zu signifikanten Verbesserungen in den primären Outcomemaßen, während es in

der Wartebedingung zu keinen (nennenswerten) Veränderungen kam. Im Vergleich der beiden aktiven Behandlungsbedingungen fand sich zum Behandlungsende in der T+ Bedingung ein größerer Anteil von panikfreien Patienten, ein geringeres agoraphobisches Vermeidungsverhalten und ein höheres Funktionsniveau im Vergleich zu Patienten der T– Bedingung [Gloster et al., 2011]. Allerdings waren die Effektivitätsunterschiede nach der Behandlung nur von moderater Größe. Im Follow-up 24 Monate nach Therapieende fand sich einzig hinsichtlich des agoraphobischen Vermeidungsverhaltens noch ein kleiner Unterschied zwischen den beiden Behandlungsbedingungen [Gloster et al., 2013]. Die Befunde zusammenfassend betonen Lang und Helbig-Lang [2012] den Nutzen therapeutengestützter Expositionen, weisen jedoch gleichzeitig darauf hin, dass sich zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht entscheiden lässt, ob der Effektivitätszuwachs den höheren logistischen Aufwand therapeutengestützter Expositionen rechtfertigt. Allerdings muss auch darauf hingewiesen werden, dass die Vorbereitung der Expositionen in der T– Bedingung möglicherweise deutlich kleinschrittiger und systematischer erfolgte, als es in der klinischen Praxisroutine üblich ist.

Dass es von Vorteil ist, wenn Therapeuten Expositionen begleiten und nicht ausschließlich selbstgeleitete Expositionen durchgeführt werden, zeigte sich bei der Behandlung von Spinnenphobien [Öst et al., 1991; Hellström und Öst, 1995] und Zwangsstörungen [Rosa-Alcázar et al., 2008]. Im Kontext von Zwängen braucht es den Therapeuten oftmals, um verhaltensmäßige und gedankliche Vermeidungsrituale als solche zu erkennen. “Viele dieser Muster sind so automatisiert, dass sie weder vom Patienten selbst noch von seiner Umgebung wahrgenommen werden” [Reinecker und Lakatos, 2005, S. 132]. Entsprechend ist die Anwesenheit des Therapeuten bei der Konfrontation vielfach notwendig, um eine effektive Umsetzung sicherzustellen.

Nebenwirkungen von GP

Psychotherapie findet normalerweise in geschützten, geschlossenen Räumen statt. Durch das gemeinsame Verlassen des Therapieraums kann es nach Einschätzung mancher Therapeuten zu einer ungünstigen Veränderung der Therapeut-Patient-Beziehung kommen [Deacon et al., 2013]. Die Umsetzung therapeutischer Übungen außerhalb des Therapieraums kann zu einer weniger formalisierten Interaktion bzw. zum Austausch über therapeutisch irrelevante Themen führen, sodass sich neben der therapeutischen Beziehung eine weitere andersgeartete – d.h. aus therapeutischer Sicht unangemessene – Beziehung entwickeln kann [*dual relationship*; Zur, 2001]. Dies kann bis zu *Grenzverletzung* oder temporären *Grenzüber-*

schreitung führen. Dies ist als solches nicht immer zu vermeiden und auch nicht als untherapeutisch oder gar unethisch zu bezeichnen [Olatunji et al., 2009]. Allerdings ist beim gemeinsamen Verlassen des Therapieraumes darauf Acht zu geben und sicherzustellen, dass derartige Grenzüberschreitung auf taktvolle, respektvolle und eine dem therapeutischen Plan und Ziel verpflichtete Art und Weise erfolgen. Pope und Keith-Spiegel [2008] empfehlen Therapeuten, vor jedweder Form der therapeutischen Grenzüberschreitung eine Kosten-Nutzen-Abwägung vorzunehmen: Was wäre der beste mögliche Effekt und was wäre der schlechteste mögliche Effekt von beidem, der Überschreitung und der Nicht-Überschreitung einer therapeutischen Grenze?

Ein weiteres Problem bei therapeutischen Übungen außerhalb des Therapieraums bezieht sich darauf, dass Diskretion und Verschwiegenheit hinsichtlich der therapeutischen Arbeit nur schwer sichergestellt werden können [Deacon et al., 2013]. Insbesondere in kleineren Gemeinden/Ortschaften droht die Gefahr, dass Außenstehende von der Behandlung Kenntnis erhalten, ohne dass der Patient dem explizit zugestimmt hat bzw. zustimmen könnte. Es obliegt dem Therapeuten, seine Patienten auf diese Gefahr aufmerksam zu machen. Entscheidet sich der Patient trotzdem für Übungen im öffentlichen Raum, sollte thematisiert werden, was man sagen wird, falls zufällig Bekannte des Patienten getroffen werden. Am einfachsten ist es natürlich, die Wahrheit zu sagen. Manche

Patienten fühlen sich aber mit einer Cover-Story (z.B. "Ich habe einen alten Bekannten getroffen") wohler. Sinnvollerweise sollten Übungen zudem außerhalb der Wohn- und Alltagsumgebung des Patienten durchgeführt werden. Und schließlich ist natürlich darauf Acht zu geben, dass die therapeutische Interaktion außerhalb des Therapieraumes diskret und leise verläuft [Gola et al., 2016].

Ein methodenimmanentes Problem ist, dass bei der Durchführung der Exposition die Anwesenheit der Therapeutin als Sicherheitssignal fungieren kann ("Solange Sie dabei sind, wird mir sicher nichts passieren; Sie würden doch auf mich aufpassen"). Dann ist eine Konfrontation in Anwesenheit des Therapeuten keine wirkliche Konfrontation mehr und gegebenenfalls sogar kontraindiziert. Sollte dies der Fall sein, muss der Patient die Konfrontation allein durchführen bzw. weiterführen. Vor allem im Rahmen von Kontrollzwängen ist von besonderer Wichtigkeit, dass der Patient selber die Verantwortung für sein Handeln übernimmt. Methodische Varianten zur Vermeidung dieser Nebenwirkung können sein, dass der Patient die betreffende Situation alleine aufsucht und der Therapeut entweder woanders auf den Patienten wartet oder die Konfrontation per Telefon begleitet.

Disclosure Statement

Die Autoren erklären, dass keine Interessenskonflikte vorliegen.

Literatur

- Craske MG, Treanor M, Conway CC, Zbozinek T, Vervliet B. Maximizing exposure therapy: an inhibitory learning approach. *Behav Res Ther.* 2014 Jul;58:10–23.
- Deacon BJ, Farrell NR, Kemp JJ, Dixon LJ, Sy JT, Zhang AR, et al. Assessing therapist reservations about exposure therapy for anxiety disorders: the Therapist Beliefs about Exposure Scale. *J Anxiety Disord.* 2013 Dec;27(8):772–80.
- Gloster AT, Hauke C, Höfler M, Einsle F, Fydrich T, Hamm A, et al. Long-term stability of cognitive behavioral therapy effects for panic disorder with agoraphobia: a two-year follow-up study. *Behav Res Ther.* 2013 Dec;51(12):830–9.
- Gloster AT, Wittchen HU, Einsle F, Lang T, Helbig-Lang S, Fydrich T, et al. Psychological treatment for panic disorder with agoraphobia: a randomized controlled trial to examine the role of therapist-guided exposure in situ in CBT. *J Consult Clin Psychol.* 2011 Jun;79(3):406–20.
- Gola JA, Beidas RS, Antinoro-Burke D, Kratz HE, Fingerhut R. Ethical considerations in exposure therapy with children. *Cognit Behav Pract.* 2016 May;23(2):184–93.
- Hellström K, Öst LG. One-session therapist directed exposure vs two forms of manual directed self-exposure in the treatment of spider phobia. *Behav Res Ther.* 1995 Nov;33(8):959–65.
- Lang T, Helbig-Lang S. Exposure in vivo and without presence of a therapist: does it matter. In: Neudeck P, Wittchen HU, editors. *Exposure.* Berlin: Springer; 2012. p. 261–73.
- Olatunji BO, Deacon BJ, Abramowitz JS. The cruelest cure? Ethical issues in the implementation of exposure-based treatments. *Cognit Behav Pract.* 2009;16(2):172–80.
- Öst LG, Salkovskis PM, Hellström K. One-session therapist-directed exposure vs. self-exposure in the treatment of spider phobia. *Behav Ther.* 1991;22(3):407–22.
- Pope KS, Keith-Spiegel P. A practical approach to boundaries in psychotherapy: making decisions, bypassing blunders, and mending fences. *J Clin Psychol.* 2008 May;64(5):638–52.
- Reinecker H, Lakatos L. Was kommt nach dem Ritual? Umgang mit Emotionen während und nach der Exposition. In: Neudeck P, Wittchen HU, editors. *Konfrontationstherapie bei psychischen Störungen.* Göttingen: Hogrefe; 2005. p. 127–42.
- Rosa-Alcázar AI, Sánchez-Meca J, Gómez-Coneasa A, Marín-Martínez F. Psychological treatment of obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2008 Dec;28(8):1310–25.
- Teismann T, Ertle A. Verhaltensexperimente in der kognitiven Therapie. *Verhaltenstherapie.* 2011;21(2):117–24.
- Teismann T, Margraf J. *Exposition und Konfrontation.* Göttingen: Hogrefe; 2018.
- Zur O. Out-of-office experience: when crossing office boundaries and engaging in dual relationships are clinically beneficial and ethically sound. *Indep Pract.* 2001;21:96–100.