

Exposition und Konfrontation

**Tobias Teismann
Jürgen Margraf**

Standards der
Psychotherapie

 **hogrefe**

Exposition und Konfrontation

Standards der Psychotherapie Band 3

Exposition und Konfrontation

Dr. Tobias Teismann, Prof. Dr. Jürgen Margraf

Herausgeber der Reihe:

Prof. Dr. Martin Hautzinger, Prof. Dr. Kurt Hahlweg,

Prof. Dr. Jürgen Margraf, Prof. Dr. Winfried Rief

Tobias Teismann
Jürgen Margraf

Exposition und Konfrontation



Dr. Tobias Teismann, geb. 1975. 1996–2002 Studium der Psychologie in Mainz und Bochum. Psychologischer Psychotherapeut (Verhaltenstherapie). 2009 Promotion. Seit 2004 Wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Arbeitseinheit für Klinische Psychologie und Psychotherapie der Ruhr-Universität Bochum. Seit 2012 Geschäftsführender Leiter des Zentrums für Psychotherapie der Ruhr-Universität Bochum. Arbeitsschwerpunkte: Arbeit mit Ressourcen in der Psychotherapie, Depression und depressives Grübeln, Suizidalität und Suizidprävention.

Prof. Dr. Jürgen Margraf, geb. 1956. 1975–1983 Studium der Psychologie, Soziologie und Physiologie in München, Brüssel, Kiel und Tübingen. 1983–1986 Research Scholar in Psychiatry and Behavioral Sciences an der Stanford University, USA. 1986 Promotion. 1986–1992 Wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Universität Tübingen und Hochschulassistent an der Universität Marburg. 1990 Habilitation. 1990–1992 Lehrstuhl-Vertretung an der Universität Münster, dann Wechsel auf eine Professur für Klinische Psychologie an der FU Berlin. 1993–1999 Inhaber des Lehrstuhls für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Technischen Universität Dresden. 1999–2010 Ordinarius für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Universität Basel. Seit 2010 Alexander-von-Humboldt-Professor für Klinische Psychologie und Psychotherapie und Leitung des Forschungs- und Behandlungszentrums für psychische Gesundheit an der Ruhr-Universität Bochum.

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat gemeinsam mit den Autoren bzw. den Herausgebern große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen, Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskriptherstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Copyright-Hinweis:

Das E-Book einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar.

Der Nutzer verpflichtet sich, die Urheberrechte anzuerkennen und einzuhalten.

Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Merkelstraße 3
37085 Göttingen
Deutschland
Tel. +49 551 999 50 0
Fax +49 551 999 50 111
verlag@hogrefe.de
www.hogrefe.de

Satz: Matthias Lenke, Weimar
Format: PDF

1. Auflage 2018

© 2018 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen

(E-Book-ISBN [PDF] 978-3-8409-2825-3; E-Book-ISBN [EPUB] 978-3-8444-2825-4)

ISBN 978-3-8017-2825-0

<http://doi.org/10.1026/02825-000>

Nutzungsbedingungen:

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Audiodateien.

Anmerkung:

Sofern der Printausgabe eine CD-ROM beigelegt ist, sind die Materialien/Arbeitsblätter, die sich darauf befinden, bereits Bestandteil dieses E-Books.

Inhaltsverzeichnis

Einführung	1
1 Beschreibung der Methode	3
1.1 Formen von Konfrontation	6
1.2 Ethische Aspekt der Expositionstherapie	13
2 Theorie	14
2.1 Habituation	14
2.2 Gegenkonditionierung	15
2.3 Emotionale Verarbeitung („emotional processing“)	16
2.4 Extinktion und inhibitorisches Lernen	17
2.5 Selbstwirksamkeit	19
2.6 Fazit	20
3 Diagnostik und Indikation	21
3.1 Beziehungsaufbau und allgemeiner Eindruck	21
3.2 Klassifikatorische/kategoriale Diagnose	21
3.3 Organische Ursachen und Komplikationen	22
3.4 Analyse des Problemverhaltens	23
3.5 Weitere diagnostische Maßnahmen vor und während der Therapie	26
3.6 Indikation	27
4 Behandlung	28
4.1 Exposition in vivo	28
4.1.1 Allgemeine Informationen	28
4.1.2 Kontraindikation	29
4.1.3 Entwicklung des Behandlungsrationalis	29
4.1.3.1 Gedankenexperiment	29
4.1.3.2 Motivierung	34
4.1.4 Planung der Exposition	36
4.1.4.1 Erstellen einer Angsthierarchie	36
4.1.4.2 Vorbereitung der ersten Konfrontationssitzung	38
4.1.4.3 Gestaltung der Konfrontation	43

VI Inhaltsverzeichnis

4.1.5	Durchführung der Exposition	44
4.1.5.1	Intensivphase der Reizkonfrontation	44
4.1.5.2	Selbstkontrollphase	52
4.1.5.3	Rückfallprävention	54
4.1.6	Besonderheiten und Umgang mit Schwierigkeiten	56
4.1.6.1	Tierphobien	56
4.1.6.2	Autofahrphobien	56
4.1.6.3	Blut-Spritzen-Verletzungs-Phobien	57
4.1.6.4	Soziale Phobie	58
4.1.6.5	Waschzwänge	59
4.1.6.6	Kontrollzwänge	59
4.1.6.7	Körperkonfrontation	60
4.1.6.8	Exposition bei Kindern	61
4.2	Interozeptive Exposition	64
4.2.1	Allgemeine Informationen	64
4.2.2	Kontraindikation	65
4.2.3	Entwicklung des Behandlungsrationals	65
4.2.4	Planung der Exposition	66
4.2.5	Durchführung der Exposition	69
4.2.5.1	Hyperventilation	69
4.2.5.2	Weitere Übungen zur primären interozeptiven Exposition	72
4.2.6	Besonderheiten und Umgang mit Schwierigkeiten	73
4.2.6.1	Patientenvorbehalte	73
4.2.6.2	Therapeutinnenvorbehalte	74
4.3	Exposition in sensu	76
4.3.1	Sorgenkonfrontation bei exzessiven Sorgen	77
4.3.2	Imaginatives Nacherleben traumatischer Erlebnisse	85
4.3.3	Besonderheiten und Umgang mit Schwierigkeiten	94
4.3.3.1	Mangelnde Vorstellungsfähigkeit	94
4.3.3.2	Dissoziation	95
4.3.3.3	Konfrontation mit intrusiven Gedanken	95
4.4	Cue-Exposure	96
4.4.1	Allgemeine Informationen	96
4.4.2	Kontraindikationen	97
4.4.3	Entwicklung des Behandlungsrationals	97
4.4.4	Planung der Exposition	99
4.4.5	Durchführung der Exposition	99
4.4.6	Besonderheiten und Umgang mit Schwierigkeiten	102
4.4.6.1	Schamgefühle	102
4.4.6.2	Vorfall während der Übung	102
4.4.6.3	Cue-Exposure bei Essstörungen	102

5	Neuere Entwicklungen	104
5.1	Exposition in virtueller Realität	104
5.2	Enhancement-Strategien	105
5.2.1	D-Cycloserine	105
5.2.2	Glucocorticoide	107
6	Effektivität und empirische Evidenz	109
7	Literatur	115
8	Anhang	122
	Ableitung des Konfrontationsrationalis	122
	Gestaltung von Expositionen	124
	Umgang mit Vor- bzw. Rückfällen	125

Einführung

Expositionstherapien haben sich als hocheffektives Verfahren in der Behandlung sowohl von Angststörungen wie spezifischen Phobien, Agoraphobie, Panikstörung, sozialer Phobie, generalisierter Angststörung, Zwangsstörungen (Ruhmland & Margraf, 2001a, 2001b, 2001c) und posttraumatischer Belastungsstörung (Bradley et al., 2005), als auch in der Behandlung von alkoholbezogenen Störungen (Conklin & Tiffany, 2002) und von Essstörungen (Jansen, 2005) erwiesen. Der Nutzen von Expositionstherapien ließ sich überdies in klinischen Studien genauso wie in der Routineversorgung nachweisen (Stewart & Chambless, 2009). Gerade im Bereich der Angststörungen scheint die Exposition *der zentrale* Behandlungsbaustein zu sein (Meuret, Wolitzky-Taylor, Twhig & Craske, 2012).

Trotz der erwiesenen Wirksamkeit des Verfahrens und der Tatsache, dass ein konfrontatives Vorgehen von Patienten gut akzeptiert wird, werden Expositionsverfahren in der Praxis nur selten angeboten: In diesem Sinne fanden beispielsweise Roth und Kollegen (2004) in einer anonymen Befragung von Verhaltenstherapeuten, dass lediglich 33 % Konfrontationsverfahren mit Reaktionsverhinderung regelhaft zur Behandlung von Zwangspatienten einsetzen – und dies, obwohl etwa 91 % der Verhaltenstherapeuten in ihren Kasenanträgen angeben, ein entsprechendes Vorgehen zu planen (Schubert et al., 2003). Befragt man Zwangspatienten selbst, so berichten in etwa 29 % von durchgeführten Expositionsübungen im Rahmen einer zurückliegenden Verhaltenstherapie (Böhm et al., 2008). In einer amerikanischen Praktikerbefragung ergaben sich gleichermaßen geringe Zahlen bezüglich des Einsatzes imaginativen Nacherlebens bei posttraumatischen Belastungsstörungen, so gaben gerade einmal 17 % an, mit traumatischen Erinnerungen zu konfrontieren (Becker, Zayfert & Anderson, 2004). Negative Überzeugungen bezüglich der ethischen Vertretbarkeit, der potenziellen Gefährlichkeit und der Zumutbarkeit von Expositionsverfahren sind sehr verbreitet (Deacon et al., 2013) und begründen den seltenen Einsatz von Expositionsverfahren. Ironischerweise repräsentieren viele dieser Therapeutenbefürchtungen („Die Symptome könnten schlimmer werden“, „Der Patient könnte ohnmächtig werden“ etc.) dabei genau die ungünstigen Patientenbefürchtungen, welche durch die Exposition behandelt werden sollen.

Seltener Einsatz
in der klinischen
Praxis

Negative
Therapeuten-
überzeugungen

Um Unsicherheiten und Vorbehalte gegenüber der Expositionstherapie – als einer der wirksamsten Psychotherapiepraktiken überhaupt – abzubauen, ist

es wichtig, sich mit dem praktischen Vorgehen sehr genau vertraut zu machen, bestenfalls eigene Erfahrungen mit Expositionen zu machen und so die eigene Haltung zu klären. Zu diesem Zweck möchte das vorliegende Buch einerseits den aktuellen Wissensstand zu dieser Interventionsform zusammenfassen und andererseits eine konkrete Anleitung für die praktisch-therapeutische Umsetzung – bei verschiedenen Störungsbildern – geben. Im Einzelnen wird zunächst ein Überblick über verschiedene Arten von Expositionen und deren Entwicklung gegeben, bevor auf ethische Aspekte der Expositionsbehandlung eingegangen wird. Es folgt eine Übersicht über verschiedene theoretische Modelle zur Wirkweise von Expositionen, bevor im dritten Kapitel auf notwendige diagnostische und problemanalytische Schritte im Vorfeld einer Expositionsbehandlung eingegangen wird. Im vierten Kapitel werden sodann verschiedene Expositionsarten ausführlich dargestellt. Beschrieben wird die Planung und die Durchführung von In-vivo-Expositionen, interozeptiven Expositionen, In-sensu-Expositionen und sogenannten Cue-Expositionen. Ergänzend wird auf Kontraindikationen und potenzielle Besonderheiten oder Schwierigkeiten bei der Durchführung eingegangen. Anschließend werden neuere Entwicklungen wie die Durchführung von Virtual Reality Expositionen und die Nutzung von medikamentösen Enhancement-Strategien skizziert. Das Buch schließt mit einer Übersicht über Effektivitätsnachweise der Expositionstherapie im Rahmen verschiedener Störungsbilder.

1 Beschreibung der Methode

Das zentrale Prinzip der Konfrontationsbehandlung besteht darin, dass Patienten unter therapeutischer Hilfe genau solche Situationen aufsuchen, in denen ihre psychischen Probleme – u. a. Angst, Unbehagen, Verlangen – auftreten. So werden Patienten, die an Angststörungen leiden – in Abhängigkeit von ihren jeweiligen Befürchtungen – beispielsweise angeleitet, sich Hunden anzunähern, mit Spinnen zu hantieren, mit dem Auto über Autobahnen zu fahren, hohe Türme zu besteigen, in Kaufhäuser, U-Bahnen, auf große Plätze oder in enge Räume zu gehen. Patienten mit Essstörungen lernen, sich vor dem Spiegel mit dem Anblick ihres Körpers zu konfrontieren oder sich Lebensmitteln auszusetzen, die in der Vergangenheit einen Essanfall stimuliert haben. Alkoholabhängige Patienten werden mit alkoholbezogenen Reizen konfrontiert, um die Erfahrung zu machen, dass Verlangen nach einiger Zeit abklingt und sich Versuchungssituationen ohne Rückfall bewältigen lassen. Grundsätzlich wird die Exposition zeitlich so lange ausgedehnt, bis Angst, Ekel, Unbehagen, Verlangen deutlich zurückgegangen sind, oder bis klar geworden ist, dass die vom Patienten befürchteten negativen Konsequenzen nicht eintreten.

Patienten suchen gezielt Situationen auf, in denen Ängste und Unbehagen auftreten

Das Grundprinzip der Exposition war bereits lange vor der Beschäftigung der Fachwissenschaften mit diesem Thema bekannt. So beschreibt Goethe in seinem Werk *Dichtung und Wahrheit*, wie er sich selbst durch Konfrontation heilte.

Goethe

Ein starker Schall war mir zuwider, krankhafte Gegenstände erregten mir Ekel und Abscheu. Besonders aber ängstigte mich ein Schwindel, der mich jedesmal befiel, wenn ich von einer Höhe herunterblickte. Allen diesen Mängeln suchte ich abzu- helfen, und zwar, weil ich keine Zeit verlieren wollte, auf eine etwas heftige Weise. Abends beim Zapfenstreich ging ich neben der Menge Trommeln her, deren gewaltsame Wirbel und Schläge das Herz im Busen hätten zersprengen mögen. Ich erstieg ganz allein den höchsten Gipfel des Münsterturms und saß in dem so genannten Hals, unter dem Knopf oder der Krone, wie mans nennt, wohl eine Viertelstunde lang, bis ich es wagte, wieder heraus in die freie Luft zu treten, wo man auf einer Platte, die kaum eine Elle ins Gevierte haben wird, ohne sich sonderlich anhalten zu können, stehend das unendliche Land vor sich sieht, indessen die nächsten Umgebungen und Zieraten die Kirche und alles, worauf und worüber man steht, verbergen. Es ist völlig, als wenn man sich auf einer Montgolfiere in die Luft erhoben sähe. Dergleichen Angst und Qual wiederholte ich so oft, bis der Eindruck mir ganz gleichgültig ward, und ich habe nachher bei Bergreisen und geologischen Studien, bei großen Bauten, wo ich mit den Zimmerleuten um die Wette über die

freiliegenden Balken und über die Gesimse des Gebäudes herlief, ja in Rom, wo man eben dergleiche Wagstücke ausüben muss, um bedeutende Kunstwerke näher zu sehen, von jenen Vorübungen großen Vorteil gezogen. Die Anatomie war mir auch deshalb doppelt wert, weil sie mich den widerwärtigsten Anblick ertragen lehrte, indem sie meine Wißbegierde befriedigte. Und so besuchte ich das Klinikum des ältern Doktor Ehrmann sowie die Lektionen der Entbindungskunst seines Sohnes, in der doppelten Absicht, alle Zustände kennenzulernen und mich von aller Apprehension gegen widerwärtige Dinge zu befreien. Ich habe es auch wirklich darin so weit gebracht, dass nichts dergleichen mich jemals wieder aus der Fassung setzen konnte. Aber nicht allein gegen diese sinnlichen Eindrücke, sondern auch gegen die Anfechtungen der Einbildungskraft suchte ich mich zu stählen. Die ahnungs- und schauervollen Eindrücke der Finsternis, der Kirchhöfe, einsamer Orte, nächtlicher Kirchen und Kapellen, und was hiermit verwandt sein mag, wusste ich mir ebenfalls gleichgültig zu machen; und auch darin brachte ich es so weit, dass mir Tag und Nacht und jedes Lokal völlig gleich war, ja dass, als in später Zeit mich die Lust ankam, wieder einmal in solcher Umgebung die angenehmen Schauer der Jugend zu fühlen, ich diese mir kaum durch die seltsamsten und fürchterlichsten Bilder, die ich hervorrief, wieder einigermaßen erzwingen konnte. (Goethe, 1970, S. 337–338)

Auch in der Fachliteratur tauchen konfrontative Methoden schon früh auf. Beispielsweise empfahl Oppenheim bereits 1911 in seinem *Lehrbuch der Nervenkrankheiten*, mit agoraphobischen Patienten zusammen die gefürchteten Plätze zu überqueren. Zur gleichen Zeit wies Sigmund Freud auf die Bedeutung konfrontativer Maßnahmen und die Grenzen der psychoanalytischen Therapie bei Phobien hin. In *Wege der psychoanalytischen Therapie* aus dem Jahr 1917 schrieb er dazu Folgendes:

Unsere Technik ist an der Behandlung der Hysterie erwachsen und noch immer auf diese Affektion eingerichtet. Aber schon die Phobien nötigen uns, über unser bisheriges Verhalten hinauszugehen. Man wird kaum einer Phobie Herr, wenn man abwartet, bis sich der Kranke durch die Analyse bewegen lässt, sie aufzugeben. Er bringt dann niemals jenes Material in die Analyse, das zur überzeugenden Lösung der Phobie unentbehrlich ist. Man muss anders vorgehen. Nehmen Sie das Beispiel eines Agoraphoben; es gibt zwei Klassen von solchen, eine leichtere und eine schwerere. Die ersteren haben zwar jedesmal unter Angst zu leiden, wenn sie allein auf die Straße gehen, aber sie haben darum das Alleingehen noch nicht aufgegeben; die anderen schützen sich vor der Angst, indem sie auf das Alleingehen verzichten. Bei diesen letzteren hat man nur dann Erfolg, wenn man sie durch den Einfluss der Analyse bewegen kann, sich wieder wie Phobiker ersten Grades zu benehmen, also auf die Straße zu gehen und während dieses Versuches mit der Angst zu kämpfen. Man bringt es also zunächst dahin, die Phobie so weit zu ermäßigen, und erst wenn dies durch die Forderung des Arztes erreicht ist, wird der Kranke jener Einfälle und Erinnerungen habhaft, welche die Lösung der Phobie ermöglichen. (Freud, 1895, S. 191)

Eine erste wissenschaftliche Arbeit, die im engeren Sinne als verhaltenstherapeutisch bezeichnet werden kann, wurde 1924 schließlich von Mary Cover

Jones veröffentlicht. Die Einzelfallstudie des „kleinen Peters“ beschreibt die Behandlung eines knapp Dreijährigen mit Angst vor Ratten, Kaninchen und anderen flauschigen Objekten (Pelzmäntel, Federn, Baumwolle). Jones behandelte Peter, indem sie ihn mit anderen Kindern zusammenbrachte, die keine Angst vor Kaninchen äußerten. Peter spielte jeden Tag mit drei anderen Kindern, wobei während eines Teils der Spielzeit ein Kaninchen anwesend war. Peters anfänglich starke Angstreaktion nahm kontinuierlich ab, bis er schließlich ruhig und unbeteiligt das Kaninchen anschauen konnte. Als Peter nach einer auskurierten Krankheit von einer Krankenschwester mit dem Taxi vom Krankenhaus nach Hause gebracht werden sollte, erlebte er einen Rückfall. Während sie in das Taxi einsteigen wollten, lief ein großer Hund auf sie zu und sprang sie an. Beide erschreckten sich sehr. Jones machte für den Rückfall die folgenden Variablen verantwortlich: eine fremde Umgebung, ein aversiver Stimulus (der Hund) und ein ängstliches Erwachsenen-Modell. Sie änderte ihre Therapiestrategie und konfrontierte Peter von nun an direkt mit dem Kaninchen, während er in seinem Hochstuhl saß und seine Lieblingsspeisen aß. Das Kaninchen wurde hierbei zunehmend an Peters Stuhl angenähert. Auch bei diesem Behandlungsteil wurden nicht ängstliche Kinder herangezogen, die vor den Augen Peters mit dem Kaninchen spielten. Schon bald konnte Peter ein Kaninchen auf den Arm nehmen, ohne eine Angstreaktion zu zeigen. Augenscheinlich weist die von Jones verwendete Methode große Ähnlichkeit mit der später von Wolpe (1958) beschriebenen Methode der systematischen Desensibilisierung auf.

„Kleiner Peter“

Die Arbeiten von Wolpe (1958) zur systematischen Desensibilisierung und die Arbeiten von Stampfl und Lewis (1967) zur Implosionstherapie bildeten sodann das eigentliche Fundament der heutigen Expositionstherapie. Basierend auf tierexperimentellen Studien postulierte Wolpe (1954) in dem Artikel „Reciprocal Inhibition as the Main Basis of Psychotherapeutic Effects“ die reziproke Hemmung als allgemeingültiges Prinzip: Eine Angstreduktion wird erreicht, wenn angstausslösende Reize zusammen mit solchen Reizen vorgegeben werden, die eine dominierende antagonistische Reaktion auf Angst (die reziproke Hemmung) hervorrufen. Um sicher zu sein, dass die Hemmung stark genug war, gab er die angstausslösenden Reize stufenweise mit ansteigendem Schweregrad vor. Bei der Anwendung seiner Forschungsergebnisse auf Menschen zog Wolpe hauptsächlich drei Reaktionsbereiche in Betracht, die reziprok hemmend wirken konnten: sexuelle Reaktionen, assertive (selbstsichere) Reaktionen und Entspannungsreaktionen. Um Furchtreaktionen durch reziproke Hemmung abzubauen, brachte Wolpe seinen Patienten zunächst eine Entspannungstechnik – die progressive Muskelentspannung – bei und ermutigte sie dann, ihre gefürchteten Situationen Schritt für Schritt und unter Aufrechterhaltung der Entspannung zu durchleben. Ursprünglich benutzte Wolpe Konfrontationen in vivo, ging dann aber zu Vorstellungsübungen über, da diese besser kontrollierbar und leichter zu verwirklichen waren.

Wolpe

Implosions- therapie	Stampfl und Lewis (1967) orientierten sich bei der Entwicklung ihrer Implosionstherapie sowohl am Lösungsprinzip der klassischen Konditionierung als auch an psychodynamischen Vorstellungen Sigmund Freuds. In diesem Sinne nahmen Stampfl und Lewis (1967) an, dass die Löschung einer konditionierten Angst am ehesten dann auftreten kann, wenn die vorgegebenen auslösenden Stimuli denen der ursprünglichen Konditionierungssituation möglichst ähnlich sind. Konfrontiert wurde schrittweise in der Vorstellung; dabei nutzten sie zum Teil auch unmögliche oder übertriebene Vorstellungsbilder (z. B. von extrem hohen Türmen), um möglichst viel Angst hervorzurufen. Darüber hinaus wurde auch mit Vorstellungsbildern konfrontiert, die aus psychodynamischer Sicht dem Angsterleben zugrunde liegen sollen, wie z. B. ödipale Szenen, aggressives Verhalten den Eltern oder Geschwistern gegenüber, Ablehnungserlebnisse usw. Hogan (1968) gibt ein Beispiel für eine Implosionstherapie, bei der der Patient angeleitet wird, sich vorzustellen, wie eine Schlange über ihn kriecht, ihm in den Finger beißt, ihm ins Gesicht beißt, die Augen des Patienten isst und in die Nase des Patienten kriecht. Die Nutzung entsprechender Übertreibungen konnte sich langfristig nicht durchsetzen.
Exposition als zentrale Interventions- methode	In den 70er-Jahren des 20. Jahrhunderts wurde deutlich, dass die vielen verhaltenstherapeutischen Therapieprogramme zur Behandlung von Angst-erkrankungen Konfrontation als gemeinsame Interventionsmethode teilen. In diesem Sinne kam beispielsweise Marks (1975) in einer systematischen Literaturzusammenfassung zu dem Schluss, dass die reine Konfrontation mit aversiven Reizen genauso effektiv sei wie die systematische Desensibilisierung. Er prägte in diesem Rahmen dann auch den Begriff der Exposition („exposure“) für die heutige gängige Form der Konfrontationsbehandlung.
Konfrontation impliziert akti- ves Patienten- verhalten	In dem vorliegenden Buch werden die Begriffe Exposition und Konfrontation synonym verwendet. Der Begriff Konfrontation impliziert, im Unterschied zum Begriff der Exposition, ein aktives Patientenverhalten und sollte u.E. daher bevorzugt werden.

1.1 Formen von Konfrontation

Konfrontationsverfahren unterscheiden sich in einer Vielzahl von Faktoren: Bei *In-sensu-Verfahren* konfrontiert sich der Patient in der Vorstellung mit angstausslösenden Reizen. Bei *In-vivo-Verfahren* setzt sich der Patient den Reizen in der Realität aus. Zunehmend werden auch Virtual Reality Konfrontationen beforscht und eingesetzt, bei denen Patienten sich computerbasiert den Furchtreizen aussetzen. Beim *graduieren* Vorgehen werden die Patienten zunächst mit weniger angstausslösenden Reizen konfrontiert, um dann schrittweise zu immer beängstigenderen Reizen überzugehen. Bei *massierten* Verfahren wird demgegenüber unmittelbar mit der schwierigsten Situation/

Vorstellung konfrontiert. Dieses Vorgehen wird auch Flooding oder Reizüberflutung genannt. Ein weiteres Unterscheidungskriterium ist die Art der verwendeten Reize: Es kann mit *externen Reizen* wie bestimmten Tieren, Situationen oder Objekten konfrontiert werden, oder mit *internen Reizen*, wie gefürchteten Körpersymptomen oder aufdringlichen Gedanken. Schließlich kann der Einsatz *angstreduzierender Maßnahmen* während der Konfrontation erlaubt sein bzw. aktiv gefördert werden, oder der Patient wird darin unterstützt, keinerlei sicherheitsspendende Strategien während der Exposition anzuwenden (vgl. Abbildung 1).

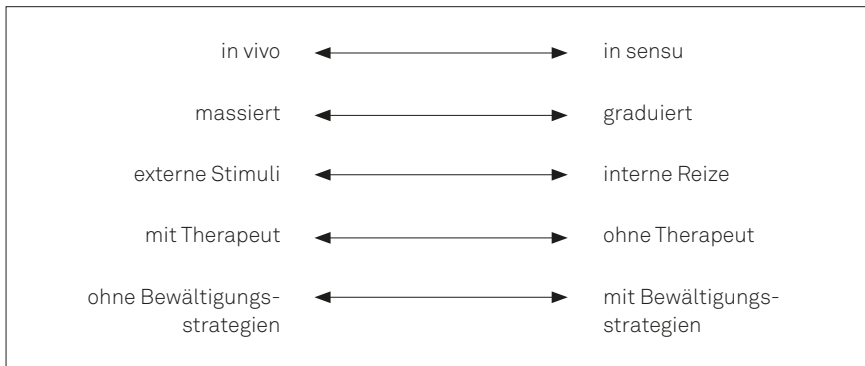


Abbildung 1: Formen von Konfrontation

Im Folgenden wird auf die zentralen Unterschiede nochmals ausführlicher eingegangen.

In sensu vs. in vivo. Die erste Dimension, anhand derer Konfrontationsverfahren differenziert werden können, betrifft die Modalität, in der die Stimuli präsentiert werden: in der Vorstellung (*in sensu*) oder in der Realität (*in vivo*). Die *In-vivo-Exposition* gilt vielfach als die effektivste Form der Exposition (Marks, 1987). Hierbei konfrontiert sich der Patient mit den Situationen und Objekten, die ihm Angst einflößen, in der Realität (vgl. Kapitel 4.1). Jemand, der Angst vor Spinnen hat, wird angeleitet, mit Spinnen zu hantieren. Jemand, der Angst vor dem Autofahren hat, wird beim Autofahren begleitet. Jemand, der Ängste vor Ansteckung hat, wird angeleitet, solche Dinge anzufassen, die potenziell kontaminiert sind.

In-vivo-Exposition

In-sensu-Konfrontationen oder *imaginative Konfrontationen* (vgl. Kapitel 4.3) stellen eine Ergänzung oder Alternative zur *In-vivo-Exposition* dar. Als Ergänzung können sie genutzt werden, um beispielsweise Patienten, die sehr ängstlich sind, auf eine *In-vivo-Exposition* vorzubereiten. In einem solchen Fall konfrontieren sich die Patienten mit den Angststimuli zunächst in ihrer Vorstellung, bevor dann schrittweise in der Realität mit dem Stimulus konfrontiert wird. Eine Ergänzung können *In-sensu-Konfrontationen* auch in dem

In-sensu-Exposition

Sinne darstellen, dass Patienten sich während einer In-vivo-Exposition zusätzlich mit belastenden Vorstellungen konfrontieren, um zu einem weiteren Angstanstieg beizutragen. Eine Alternative stellen In-sensu-Verfahren immer dann dar, wenn Stimuli nur schwer zugänglich bzw. kontrollierbar sind. Eine besondere Rolle spielen In-sensu-Expositionen entsprechend im Umgang mit exzessiven Sorgen (vgl. Kapitel 4.3.2) und bei der Aufarbeitung traumatischer Erlebnisse (vgl. Kapitel 4.3.3). Ganz grundsätzlich ist die Effektivität von In-sensu-Konfrontationen abhängig von der Vorstellungsfähigkeit einer Person.

Virtual Reality Exposition

Virtual Reality Expositionen, können eine Behandlungsoption darstellen, wenn Patienten über keine ausreichende Vorstellungsfähigkeit verfügen und sich eine Konfrontation in vivo nicht realisieren lässt. Bei Virtual Reality Expositionen werden Probanden in einer computergenerierten, interaktiven virtuellen Umgebung konfrontiert. Das Eintauchen in die virtuelle 3D-Welt wird z. T. noch durch weitere die Haptik und Sensorik betreffende Stimulationen unterstützt. Virtual Reality-Expositionen haben sich in diversen Untersuchungen als effektiv erwiesen (Opris et al., 2012). Eingesetzt werden sie – nicht zuletzt aufgrund der anfallenden Hard- und Softwarekosten – bislang allerdings vor allem in Forschungskontexten. Dort ist das hohe Ausmaß an Standardisierung ein besonders geschätzter Vorteil (vgl. Kapitel 5.1).

Massierte Exposition

Massiert vs. graduert. Die zweite Dimension kennzeichnet die Intensität der Vorgehensweise. Zur Vorbereitung von Konfrontationsübungen wird üblicherweise eine persönliche Hierarchie erstellt, in der die Patienten angeben, inwieweit verschiedene Situationen oder Stimuli für sie angstaussendend bzw. schwer sind (vgl. Kapitel 4.1.4.1). Bei der massierten Exposition wird sodann direkt zu Beginn mit einer der stärksten Angstsituation konfrontiert. Zudem wird die Intensität der Konfrontation noch dadurch gesteigert, dass die Patienten angeleitet werden, ihre Aufmerksamkeit auf die Angst zu fokussieren und die Symptome bewusst zu forcieren. Bei der graduierten Exposition wird hingegen Schritt für Schritt mit immer schwierigeren Situationen bzw. Objekten konfrontiert. Begonnen wird zumeist mit einem Stimulus, der leichte bis mittlere Angst auslöst, und erst, wenn diese Stimuli keine intensive Angst mehr auslösen, wird zur nächst höheren Stufe übergegangen.

Graduierte Exposition

Es gibt nur wenige Untersuchungen zum direkten Vergleich eines graduierten mit einem massierten Vorgehen und die Ergebnisse lassen keinen eindeutigen Schluss zu. Foa und Kozak (1986) empfehlen ein massiertes Vorgehen immer dann, wenn Patienten das Angsterleben selber Angst macht („Angst vor der Angst“), wie es beispielsweise bei der Panikstörung, der Agoraphobie und verschiedenen spezifischen Phobien der Fall ist. Durch ein massiertes Vorgehen wird die Metabotschaft, dass Angst nicht gefährlich ist, am eindeutigsten transportiert (Schneider & Margraf, 1998). Weitere Vorteile der massierten Exposition bestehen darin, dass die Belastung des Patienten durch die schnelle Angstreduktion nur kurzfristig auftritt und die Patienten vielfach

weniger mit Erwartungsängsten zu kämpfen haben: Viele Patienten gewinnen schon bald nach den ersten starken Angstreaktionen Zuversicht („Wenn ich den ‚Supergau‘ überlebt habe, dann schaffe ich auch die anderen Situationen“).

Ein graduiertes Vorgehen empfiehlt sich immer dann, wenn Situationen real gefährlich sein können, beispielsweise bei Ängsten vor dem Autofahren, oder bei manchen Tierphobien. Im Kontext körperlicher Komorbiditäten ist die graduierte Konfrontation der massierten Konfrontation zudem vorzuziehen. Schließlich findet sich regelmäßig die Empfehlung, bei der Behandlung von Zwangsstörungen graduiert vorzugehen. Ein hinsichtlich der Angstintensität graduiertes Vorgehen bedeutet dabei allerdings nicht, dass nicht zeitlich massiert vorgegangen werden kann, also beispielsweise innerhalb der gleichen Sitzung große Teile oder aber auch die gesamte Angsthierarchie abgearbeitet werden kann (z. B. Öst, 1989a).

Externe vs. interne Reize. Neben der Konfrontation mit angstausslösenden Objekten und Situationen kann die Konfrontation auch mit angstlösenden internen Reizen, d. h. Körperempfindungen wie Herzklopfen, Schwindel, Atemnot, Übelkeit durchgeführt werden. Die sogenannte interozeptive Exposition ist zentral in der Behandlung von Panikstörungen, spielt aber auch in der Behandlung somatoformer Störungen und verschiedener spezifischer Phobien eine wichtige Rolle (vgl. Kapitel 4.2). Zur Steigerung des Angsterlebens können interozeptive Expositionsübungen auch kombiniert mit In-vivo-Expositionen eingesetzt werden.

Interozeptive
Exposition

Mit Therapeutin vs. ohne Therapeutin. Die Konfrontation kann entweder mit oder ohne Begleitung der Therapeutin durchgeführt werden. Gerade zu Beginn der Konfrontationsbehandlung empfiehlt sich eine Begleitung durch die Therapeutin, da diese den Patienten bei der richtigen Durchführung der Konfrontationsübung unterstützen und motivieren kann. Entgegen der Vorstellung, dass es sich bei der Konfrontation um ein eher simples Verfahren handelt, gibt es diverse Aspekte, auf die bei der Exposition sorgfältig geachtet werden muss – hierfür kann die Therapeutin wichtig sein. Überdies kann die Therapeutin den Patienten unterstützen, indem sie die einzelnen Schritte der Konfrontation zunächst modelliert. Die therapeutengestützte Exposition erwies sich verschiedentlich der selbstgeleiteten Exposition als leicht überlegen.

Begleitete
Exposition

Auf der anderen Seite kann die Therapeutin natürlich auch als ein Sicherheitssignal wahrgenommen werden. Entsprechend wichtig ist es, dass Patienten rasch mit selbstgeleiteten Konfrontationen beginnen (vgl. Kapitel 4.1.5.2). Überdies kann es sein, dass eine Konfrontation in Begleitung der Therapeutin von Anfang an nicht möglich ist, da der Patient im Beisein der Therapeutin keinerlei Ängste empfindet. Sollte eine Begleitung durch die Therapeutin nicht möglich sein, empfiehlt sich eine äußerst genaue und

Unbegleitete
Exposition

dezidierte Vorbereitung des Patienten auf die jeweilige Expositionsübung. Insbesondere ist darauf zu achten, dass mit dem Patienten Verhaltensweisen besprochen werden, die es ihm ermöglichen die Situation aufzusuchen, bei aufkommender Angst in der Situation zu verbleiben und seine üblichen Vermeidungsverhaltensweisen zu unterbinden.

Mit vs. ohne
Bewältigungs-
strategien

Mit Bewältigungsstrategien vs. ohne Bewältigungsstrategien. Gerade in den Anfängen der Expositionsbehandlung wurde die Exposition meist mit aktiven Bewältigungsstrategien kombiniert. Die sicher bekannteste Methode der Angstbewältigung ist die – bereits erwähnte – systematische Desensibilisierung von Wolpe (1958).

Systematische Desensibilisierung

Systematische
Desensibili-
sierung

Das therapeutische Prinzip der systematischen Desensibilisierung besteht aus zwei Komponenten: (1) der systematisch gesteigerten Reizkonfrontation in der Vorstellung und (2) einem Entspannungstraining. Der praktische Ablauf der Methode lässt sich gut in verschiedene Abschnitte untergliedern: Zunächst werden die angstrelevanten Situationen exploriert und hinsichtlich ihrer subjektiven Angstintensität in einer Angsthierarchie geordnet. Sodann erlernt der Patient ein Entspannungsverfahren, zumeist die progressive Muskelentspannung nach Jacobsen. Die eigentliche Therapie besteht nun in einem ständigen Wechsel von Entspannungssequenzen und dem Vorstellen der angstbesetzten Situationen. Jede Angstsituation der Hierarchie wird dabei so lange wiederholt, bis der Patient keine Anzeichen subjektiver Erregung mehr bei sich beobachtet.

Ziel ist es, den Patienten schrittweise mit den vorher definierten Angstitems zu konfrontieren und mittels zwischengeschalteter Entspannungsübungen sicherzustellen, dass keine negative Erregung auftritt.

Angstbewälti-
gungstraining

Eine Alternative zur systematischen Desensibilisierung sind sogenannte Angstbewältigungstraining. Auch hier lernen die Patienten zunächst ein Entspannungsverfahren, die Darbietung der angstausslösenden Stimuli erfolgt allerdings *in vivo*. Die Patienten werden also angeleitet, sich in Situationen zu begeben, die leichte bis mittlere Angst evozieren, und auf aufkommende Angstsymptome zu achten. Der Patient lernt, diese Anzeichen möglichst frühzeitig zu registrieren und darauf mit Entspannungsübungen zu reagieren. Im Unterschied zur systematischen Desensibilisierung wird bei Angst und Anspannung die belastende Situation jedoch nicht zurückgenommen bzw. verlassen, sondern der Patient versucht, seine Erregung durch Entspannung zu reduzieren, während er in der kritischen Situation bleibt.

Bei den Konfrontationsverfahren im engeren Sinne werden Beruhigung, Entspannung oder andere Bewältigungsversuche des Patienten während der