



Neudeck

Expositions- verfahren

Techniken der Verhaltenstherapie



ARBEITSMATERIAL

BELTZ

Neudeck

Expositionsverfahren

Für meine Eltern, Oswald und Annemarie Neudeck, in Dankbarkeit und Liebe.

Peter Neudeck

Expositionsverfahren

| Techniken der Verhaltenstherapie
| Arbeitsmaterial

BELTZ

Anschrift des Autors:
Dr. Peter Neudeck
Praxis in der Salzgasse
Psychotherapie, Supervision, Coaching
Lehrpraxis der AVT Köln
Salzgasse 7
50667 Köln

Dieses E-Book ist auch als Printausgabe erhältlich
(ISBN 978-3-621-28159-1).

Das Werk und seine Teile sind urheberrechtlich geschützt. Jede Nutzung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf der vorherigen schriftlichen Einwilligung des Verlages. Hinweis zu § 52a UrhG: Weder das Werk noch seine Teile dürfen ohne eine solche Einwilligung eingescannt und in ein Netzwerk eingestellt werden. Dies gilt auch für Intranets von Schulen und sonstigen Bildungseinrichtungen.

Haftungshinweis: Trotz sorgfältiger inhaltlicher Kontrolle übernehmen wir keine Haftung für die Inhalte externer Links. Für den Inhalt der verlinkten Seiten sind ausschließlich deren Betreiber verantwortlich.



1. Auflage 2015

© Beltz Verlag, Weinheim, Basel 2015
Programm PVU Psychologie Verlags Union
<http://www.beltz.de>

Lektorat: Claudia Silbereisen
Herstellung: Uta Euler
Umschlagbild: © fotofuerst/fotolia.com
Satz: Beltz Bad Langensalza GmbH, Bad Langensalza

E-Book

ISBN 978-3-621-28231-4

Inhaltsübersicht

Vorwort	11
I Grundlagen	15
1 Einführung in die Methode	16
2 Indikation und Kontraindikation	34
II Therapiekomponenten	43
3 Diagnostik	44
4 Psychoedukation und kognitive Vorbereitung auf die Expositionstherapie	55
5 Durchführung und Anwendung der Techniken	84
III Exposition bei Angststörungen	103
6 Exposition bei situations- und ortsbezogenen Ängsten	105
7 Exposition bei körperbezogenen Ängsten	111
8 Exposition bei sozialen Ängsten	120
9 Exposition bei Ängsten vor Tieren	129
10 Exposition bei Blut-, Verletzungs- und Spritzenangst	133
11 Exposition bei exzessivem Sorgen	138
12 Exposition bei zwanghaften Ritualen und aufdringlichen Gedanken	145
13 Exposition bei quälenden Erinnerungen und intrusiven Gedanken nach einem Trauma	155
IV Exposition bei anderen Störungen	165
14 Exposition bei Patienten mit Borderlinestörung	166
15 Expositionsbasierte Therapie bei Depression	171
16 Exposition als »cue exposure«	175
Anhang	179
Prüfungsfragen	180
Hinweise zum Arbeitsmaterial	182
Literaturverzeichnis	183
Sachwortverzeichnis	192

Inhalt

Vorwort	11
---------	----

I Grundlagen 15

1 Einführung in die Methode	16
1.1 Die Expositionsverfahren	21
1.1.1 Das Implosionsverfahren	22
1.1.2 Die systematische Desensibilisierung	25
1.1.3 Das Angstbewältigungstraining	27
1.1.4 Graduierte und massierte Reizkonfrontation in vivo	28
1.2 Die Expositionstechniken	30
1.2.1 Interozeptive Exposition	31
1.2.2 Imaginative Exposition	32
1.2.3 In-vivo-Exposition	33
2 Indikation und Kontraindikation	34
2.1 Indikation	34
2.2 Kontraindikation	36
2.3 Exposition und Psychopharmaka	38
2.4 Ethische Aspekte der Exposition	39

II Therapiekomponenten 43

3 Diagnostik	44
4 Psychoedukation und kognitive Vorbereitung auf die Expositionstherapie	55
4.1 Information über die Störung I: Das allgemeine Störungsmodell	56
4.2 Die Entstehung von Angstanfällen	61
4.3 Entstehungsmodelle von Störungen	64
4.4 Information über die Störung II: Das individuelle Störungsmodell	68
4.5 Das Gedankenexperiment	76
5 Durchführung und Anwendung der Techniken	84
5.1 Struktur der Expositionssitzung	84
5.2 Massiert oder graduiert?	85
5.3 Therapeutenverhalten während der Exposition	88

5.4	Patientenverhalten während der Exposition	90
5.5	Anwendung von Kontrollstrategien	92
5.6	Instruktion	93
5.7	Therapeutenbegleitete Exposition versus Exposition im Selbstmanagement	95
5.8	Rahmenbedingungen	96
5.9	Einbindung von Angehörigen	99

III Exposition bei Angststörungen 103

6	Exposition bei situations- und ortsbezogenen Ängsten	105
6.1	Planung und Durchführung von Expositionen	106
6.2	Probleme und Lösungen	109
7	Exposition bei körperbezogenen Ängsten	111
7.1	Planung und Durchführung von Expositionen bei körperbezogenen Ängsten	112
7.2	Probleme und Lösungen	118
8	Exposition bei sozialen Ängsten	120
8.1	Planung und Durchführung von Expositionen bei sozialen Ängsten	121
8.2	Probleme und Lösungen	125
9	Exposition bei Ängsten vor Tieren	129
9.1	Planung und Durchführung von Expositionen bei Ängsten vor Tieren	130
9.2	Probleme und Lösungen	132
10	Exposition bei Blut-, Verletzungs- und Spritzenangst	133
10.1	Planung und Durchführung von Expositionen bei Blut-, Verletzungs- und Spritzenangst	134
10.2	Probleme und Lösungen	137
11	Exposition bei exzessivem Sorgen	138
11.1	Planung und Durchführung von Expositionen bei exzessivem Sorgen	139
11.2	Probleme und Lösungen	143

12	Exposition bei zwanghaften Ritualen und aufdringlichen Gedanken	145
12.1	Planung und Durchführung von Expositionen bei zwanghaften Ritualen und aufdringlichen Gedanken	147
12.2	Probleme und Lösungen	151
13	Exposition bei quälenden Erinnerungen und intrusiven Gedanken nach einem Trauma	155
13.1	Planung und Durchführung von Expositionen bei quälenden Erinnerungen und intrusiven Gedanken nach einem Trauma	156
13.2	Probleme und Lösungen	161
IV	Exposition bei anderen Störungen	165
14	Exposition bei Patienten mit Borderlinestörung	166
14.1	Exposition bei Borderlinepatienten mit Angststörungen	166
14.2	Exposition bei Borderlinepatienten mit Traumatisierungen	169
15	Expositionsbasierte Therapie bei Depression	171
15.1	Reduktion interpersonellen Vermeidungsverhaltens bei Depression mit Hilfe der Interpersonellen Diskriminationsübung	173
16	Exposition als »cue exposure«	175
	Anhang	179
	Prüfungsfragen	180
	Hinweise zum Arbeitsmaterial	182
	Literaturverzeichnis	183
	Sachwortverzeichnis	192

Vorwort

»Man kann nicht zweimal in den gleichen Fluss steigen.«
Heraklit

An einem sonnigen Frühlingstag vor ungefähr 20 Jahren stand ich am Service-Point der Deutschen Bahn im Hauptbahnhof Hannover und wartete. Es war der zweite Tag der Intensivphase meiner ersten selbstständig durchgeführten Expositionsbehandlung. Vorher war ich als Co-Therapeut dabei und durfte auch schon die ein oder andere Exposition anleiten, aber jetzt war ich verantwortlich, und die Patientin war weg. Ich schwitzte, wartete und schwitzte. So hatte ich mir die Übung nicht vorgestellt. Schwitzen sollte die Patientin, so war das eigentlich geplant. Es ging darum, sich den bisher vermiedenen Reizen auszusetzen – ohne Hilfsmittel – und zu erleben, dass die Symptome mit der Zeit nachlassen. Ich aber wurde von Minute zu Minute unruhiger. Es wurde immer schlimmer, ich wartete jetzt schon mehr als 30 Minuten. Die Patientin sollte nach einer längeren gemeinsamen Autofahrt, die sie erfolgreich gemeistert hatte, nun alleine das Auto im Parkhaus des Hauptbahnhofs abstellen und dann zum Service-Point kommen. So hatten wir es verabredet, als ich kurz vor dem Bahnhof ausgestiegen war. Ich war sehr zuversichtlich, dass die Patientin diese Aufgabe ohne große Probleme schaffen würde. Doch mit der Zeit wandelte sich diese Zuversicht in Befürchtungen und eine Reihe katastrophisierender Gedanken. Möglicherweise hatte sie einen schweren Panikanfall und lag hilflos im Auto, möglicherweise hatte sie doch vor Angst die Kontrolle verloren – und dann? Ein Anruf mit dem Mobiltelefon war nicht möglich, ich hatte keines. Auch sonst konnte ich keinen Kontakt aufbauen und musste warten, konnte nichts tun und hatte die Kontrolle über die Situation verloren. Nach mehr als 40 Minuten tauchte die Patientin dann auf, wirkte gar nicht panisch, sondern eher verärgert, und erklärte mir, dass sie im gesamten Parkhaus keinen Parkplatz gefunden habe, rausgefahren sei und ca. einen Kilometer entfernt dann ein anderes Parkhaus mit freien Plätzen gefunden habe, und dass es deshalb so lange gedauert hatte. Wir nahmen unsere Arbeit wieder auf und es ging in die nächste Exposition. Was mich in der Wartezeit am stärksten verunsichert und am meisten zweifeln gelassen hatte, war die Frage, ob die Patientin bei der Therapie wirklich engagiert mitmachte, ob sie »committed« war.

Im vorliegenden Buch wird regelmäßig auf die Ergebnisse evidenzbasierter klinischer Forschung, meist in Form randomisierter, kontrollierter Studien hingewiesen. Die kleine Begebenheit im Bahnhof weist auf zwei Faktoren hin, die neben all den anderen gut erforschten Bedingungen, die eine erfolgreiche Exposition gewährleisten, bei der Anwendung von Expositionsverfahren in der klinischen Praxis meiner Ansicht nach eine wichtige Rolle spielen: Vertrauen und Geduld.

Zum einen halte ich es für wichtig, dass Therapeuten Vertrauen in die Ressourcen ihrer Patienten und darüber hinaus in den »gesunden Menschenverstand« (common sense) haben. Die Stärken der Patienten sind dann auch die Stärken der therapeutischen Allianz. Es ist während der Behandlung durchaus hilfreich, Patienten nach ihren Ansichten und ihren Meinungen bezüglich dessen zu fragen, was man da gerade gemeinsam tut und warum man es tut. Meistens wissen sie ganz gut Bescheid und sind erleichtert, wenn Therapeuten anerkennen, dass Patienten in der Lage sind, sich aufgrund ihres Alltagswissens ein Verstandesurteil zu bilden. Vertrauen ist somit eine gute Voraussetzung für »Commitment«.

Zum anderen ist die Geduld während der Behandlung ein wichtiger Faktor, weil sie hilft, die Phase der Vorbereitung der Patienten auf die therapeutischen Veränderungen optimal zu gestalten. Je mehr Geduld der Therapeut hat, jede auch noch so abstruse Möglichkeit, die Patienten zur Erklärung ihrer Probleme haben, vernünftig in Erwägung zu ziehen und gemeinsam mit den Patienten Schritt für Schritt auf ihre Gültigkeit zu überprüfen, desto mehr haben die Patienten den Eindruck, dass das in dieser Phase entwickelte Störungsmodell auch wirklich individuell auf sie abgestimmt ist. Geduld bedeutet, den Patienten nicht mit therapeutischem Expertenwissen zu »überfahren«, sondern neugierig und ohne Druck nach Erklärungen und Lösungen zu suchen. Geduld ist also eine weitere gute Voraussetzung für »Commitment«.

Dieses Buch ist kein Behandlungsmanual. Es gibt vielmehr einen Überblick über die Anwendungsmöglichkeiten von Expositionsverfahren und unterscheidet sich von störungsspezifischen Therapiemanualen durch die Beschreibung der allgemeinen Grundlagen von Expositionsverfahren. Insofern verfolgt das vorliegende Buch einen transdiagnostischen Ansatz. Das Ziel des Buchs ist es, besonders jungen und mit der Methode der Exposition wenig vertrauten Kolleginnen und Kollegen eine erfolgreiche Vorbereitung und Anwendung von Expositionsverfahren zu ermöglichen. Dabei wird besonderer Wert auf eine praxisrelevante Darstellung der klinischen Anwendbarkeit gelegt. In Teil I erfolgt ein Überblick über die verschiedenen Expositionsverfahren (Kap. 1) sowie über Indikation und Kontraindikation (Kap. 2). In Teil II folgt eine ausführliche Anleitung zur Durchführung der funktionalen Diagnostik (Kap. 3) und eine detaillierte Beschreibung der patientengerechten Vorbereitung der Expositionsverfahren, in der die einzelnen Schritte dieser Phase erklärt werden (Kap. 4). Im nächsten Schritt werden die Planung und Durchführung der Expositionsverfahren in der klinischen Praxis bei Angststörungen (Teil III) und bei anderen Störungen (Teil IV) geschildert. Abschließend findet sich eine Auswahl von Prüfungsfragen und -antwortmöglichkeiten, die sich am Gegenstandskatalog der staatlichen Prüfung zur Approbation orientieren.

Es gibt eine Vielzahl von störungsspezifischen Manualen, in denen Exposition als Methode beschrieben wird. In all diesen Manualen ist vorgesehen, dass Patienten sich mit vermiedenen Stimuli konfrontieren sollen. Dieser Gedanke bildet sozusagen die Basis einer störungsübergreifenden Gemeinsamkeit der Expositionsverfahren und somit eines transdiagnostischen Ansatzes.

Ein weiterer grundsätzlicher Gedanke ist, dass es sich bei der Exposition nicht um eine Therapie im Sinne einer Therapieschule handelt, sondern um Techniken und Verfahren, die innerhalb eines Behandlungskonzepts gleich welcher Therapieschule angewendet werden können. In diesem Buch wird deshalb das störungsspezifische Vorgehen ersetzt durch den transdiagnostischen Fokus auf grundsätzliches Vorgehen bei der Vorbereitung und die Durchführung von Exposition. Dies geschieht aus zwei Gründen: Zum einen stellt das Wissen um die Prinzipien der Anwendung von Exposition eine gute Voraussetzung dar, um eine große Bandbreite von Symptomen erfolgreich zu behandeln; zum anderen hat der Fokus auf die störungsübergreifenden Gemeinsamkeiten der Exposition den Vorteil, dass man nicht gleich ein gesamtes Behandlungsmanual abarbeiten muss, um die Exposition erfolgreich anzuwenden.

Eine Grenze des Buches bildet das klinische Setting, denn die Voraussetzung der im Buch beschriebenen Verfahren ist am besten im Bereich der ambulanten Psychotherapie gewährleistet. Für eine im Buch geschilderte Vorbereitung und Durchführung von Expositionsverfahren bietet der stationäre Alltag zumeist nicht genügend Zeit. Es ist jedoch durchaus möglich, einzelne Interventionen oder Techniken, gerade aus dem Bereich der Psychoedukation und kognitiven Vorbereitung auch im stationären Setting erfolgreich anzuwenden.

Des Weiteren werden in diesem Buch die Möglichkeiten der »Virtual-Reality«-Exposition bei der Durchführung von Expositionsverfahren nicht berücksichtigt. Der Grund liegt darin, dass diese Methoden zwar nachgewiesenermaßen effektiv sind, in der klinischen Praxis allerdings so gut wie keine Rolle spielen, da die Anschaffungskosten für das technische Equipment, die Software etc. noch sehr hoch sind. Dies wird sich ändern, wenn die Produktion der erforderlichen Geräte bzw. die Entwicklung der Software für die produzierenden Unternehmen ökonomisch rentabel ist, was jedoch heute noch nicht abzusehen ist.

Einigen Kapiteln und Abschnitten dieses Buchs ist ein Motto vorangestellt. Es handelt sich um Zitate, die der Auflockerung dienen, zum Nachdenken anregen und dem Leser die Möglichkeit geben, die Thematik unter anderen Gesichtspunkten zu betrachten. Lediglich zu dem einleitenden Zitat des Heraklit möchte ich einige Gedanken ausführen. Ich habe dieses Zitat gewählt, weil es auf einen sehr relevanten Gesichtspunkt im Zusammenhang mit den Expositionsverfahren weist. So, wie Sie eine Stelle dieses Buches kein zweites Mal auf exakt die gleiche Weise lesen können, so exponieren sich auch Ihre Patienten niemals zwei Mal in der gleichen Situation. Dies gilt auch für interne Reize. Man kann nicht zwei Mal die gleiche Angst erleben. Exposition wirkt am besten, wenn sie immer wieder unter »gleichen«, also ähnlichen und verschiedenen Bedingungen (Kontexten) durchgeführt wird. Schon eine einzige neue Erfahrung in der »gleichen« Situation hat Veränderungen für das Angsterleben der Patienten zur Folge. Diese Tatsache sollten wir nutzen und unseren Patienten die Möglichkeit eröffnen, sich immer wieder neu zu exponieren, neu zu lernen, und so ihre psychische Gesundheit zu verbessern. Expositionsverfahren gehören zu den am besten untersuchten psychotherapeutischen Behandlungsmethoden, und man darf ohne Zögern behaupten, dass sie sehr effizient sind. Es wäre schön, wenn dieses Buch viele

Therapeuten dabei unterstützt, diese effizienten Verfahren in die Praxis umzusetzen, damit möglichst viele Patienten eine Verbesserung ihrer Lebensqualität erleben. An dieser Stelle möchte ich noch darauf hinweisen, dass im vorliegenden Buch auf geschlechtsspezifische Differenzierungen verzichtet wird, um den Lesefluss des Textes nicht zu stören.

Bedanken möchte ich mich bei meinem ersten Lehrtherapeuten und Supervisor, Herrn Dr. Hinrich Bents, der mir half, Exposition zu erlernen, und mich als Anfänger sehr kompetent und wertschätzend unterstützte. Weiterhin gilt mein Dank all den Supervisanden, die durch die Rekonstruktion ihres Vorgehens innerhalb der Behandlung dazu beitrugen, dass neue Ideen für die Optimierung therapeutischer Prozesse entstanden. Bedanken möchte ich mich auch bei Herrn Václav Demling, der die formale und sprachliche Gestaltung des Buches kompetent begleitete. Zuletzt gehört mein Dank meiner Ehefrau und meinen Kindern, die es über mehr als ein halbes Jahr zuließen, dass ich sehr wenig gemeinsame Freizeit mit ihnen verbrachte. Das, versprochen, werde ich nachholen.

Köln, im Herbst 2014

Peter Neudeck

I Grundlagen

1 Einführung in die Methode

Ziel einer erfolgreichen Behandlung von Ängsten ist es immer, die Lebensqualität der Patienten zu verbessern. Um dies zu erreichen, wurden im Verlauf der Zeit die unterschiedlichsten und zum Teil sonderbarsten Verfahren entwickelt und eingesetzt. So ging man in früheren Zeiten auch mal mit einer Teufelsaustreibung (Exorzismus) dem vermeintlichen Dämon Angst zu Leibe oder versuchte es mit kalten Wassergüssen. Diese Zeiten sind zum Glück längst vorbei. Doch auch heutzutage gibt es auf dem »Psychomarkt« eine Vielzahl unterschiedlichster Verfahren, um »Angst zu überwinden«, wie die Urschreithherapie, das Reiki, die Klopftherapie oder die Kunsttherapie (Collinge, Wentworth & Sabo, 2005; Bowers, 1992). Die Effektivität dieser Behandlungen wurde bisher nur vereinzelt oder gar nicht in wissenschaftlichen Studien überprüft. Dabei wissen wir, dass es durchaus effektive und wissenschaftlich gut überprüfte Möglichkeiten zur Behandlung von Ängsten gibt.

Die Kognitive Verhaltenstherapie. Sie hat große Erfolge in der Behandlung von Angststörungen vorzuweisen. Vor allem durch Behandlungskonzepte, die genau auf die individuelle Ausprägung der Symptomatik ausgerichtet sind (»tailored treatments«), können Therapieergebnisse erreicht werden, die eine deutliche Verbesserung der Lebensqualität bei vielen Behandelten versprechen.

Im Mittelpunkt der kognitiv-behavioralen Therapieverfahren steht der Zusammenhang zwischen Kognitionen (Einstellungen, Gedanken, Bewertungen, Überzeugungen), Emotionen (Gefühle, Empfindungen) und unserem Verhalten. Es handelt sich um eine lösungsorientierte Behandlung, die auf den wissenschaftlichen Ergebnissen von Psychologie, Medizin und Neurowissenschaften fußt (Margraf, 2008).

Der Hintergrund dieses Therapieansatzes besteht in der Annahme, dass unser Denken, unsere Wahrnehmung und unsere Bewertungen einen großen Einfluss darauf haben, wie wir uns fühlen und verhalten. Andererseits erhalten wir über unser Verhalten und die damit verbundenen Konsequenzen Informationen, die unser Denken und unsere Annahmen beeinflussen.

Im Unterschied zu anderen Therapieschulen wie der tiefenpsychologischen Psychotherapie oder der Psychoanalyse fokussiert die Kognitive Verhaltenstherapie nicht auf die Vergangenheit und postuliert keine »unbewussten, zugrundeliegenden Konflikte«, sondern arbeitet transparent, d. h. für den Patienten jederzeit nachvollziehbar, im Hier und Jetzt. Unser Verhalten und unsere Annahmen, die für unsere momentanen Probleme verantwortlich sind, haben wir uns zwar in der Vergangenheit – während unserer Lerngeschichte – angeeignet, aber ändern können wir problematisches Verhalten und verzerrte Annahmen nur im Hier und Heute. Deshalb liegt der Schwerpunkt der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Arbeit in der Analyse und Veränderung von Bedingungen, welche die psychischen Störungen aufrechterhalten. So entstehen

im Verlauf der Therapie neue lösungsorientierte Annahmen oder Einstellungen sowie funktionale und effiziente Verhaltensweisen.

Exposition, eine effektive Methode zur Behandlung von Ängsten. Was aber ist aus kognitiv-verhaltenstherapeutischer Sicht eine effektive Behandlung von Ängsten, die zum einen transparent und für die Patienten nachvollziehbar ist und zum anderen auch langfristigen Erfolg verspricht?

Von Johann Wolfgang von Goethe erfahren wir, dass er seine Höhenangst bewältigte, indem er auf einen Turm stieg. Goethe beschrieb in seiner Autobiografie »Aus meinem Leben. Dichtung und Wahrheit« (Goethe, 1831/2000), wie er sich selbst erfolgreich behandelte, indem er auf der Spitze des Straßburger Münsterturms ins Freie kletterte: »Dergleichen Angst und Qual wiederholte ich so oft, bis der Eindruck mir ganz gleichgültig war. (...) Ich habe es darin auch wirklich so weit gebracht, dass nichts dergleichen mich jemals wieder außer Fassung setzen konnte« (a. a. O., S. 337) In der kognitiven Verhaltenstherapie werden seit über 40 Jahren solche und ähnliche Herangehensweisen als »Expositionsverfahren« zur Behandlung von Ängsten erfolgreich eingesetzt. Während der Patient sich Reizen bzw. Reizmustern aussetzt, die starke Angst auslösen, macht er neue Erfahrungen: Zum einen lernt er, dass die Situationen ungefährlich sind (Veränderung der Annahmen) und zum anderen erlebt er, dass er die mit seinen Ängsten verbundenen aversiven körperlichen Reaktionen tolerieren kann, und dass die Angstsymptomatik nach einer Weile nachlässt (Veränderung des Verhaltens). Er erhält so die Kontrolle über sein Leben zurück, sein Handlungsspielraum erweitert sich und die Lebensqualität wird erhöht (Neudeck & Wittchen, 2004). Auch die erfolgreiche Tennisspielerin Martina Navrátilová machte positive Erfahrungen mit Exposition. In einem Interview mit dem SZ Magazin 2011 sagte sie dazu: »Ich hatte Flugangst, also habe ich den Pilotenschein gemacht. Ich hatte Angst vor dem Ertrinken, also habe ich den Tauchschein gemacht. Ich hatte Angst vor Schlangen, also habe ich mir eine Python um den Hals legen lassen«.

Für eine erfolgreiche Angstbehandlung reicht Exposition alleine nicht aus, sie wird ergänzt durch kognitive Methoden, die auf eine veränderte Interpretation der ursprünglich als bedrohlich erlebten Angstsymptome abzielen (Reinecker, 1993, 1994).

In den Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von Ängsten der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) wird bei allen Angststörungen die Durchführung von Expositionsverfahren empfohlen (Dengler & Selbmann, 2000) und schon im Jahr 1994 erwähnen Grawe und Mitarbeiter weit über 100 wissenschaftliche Therapiestudien in diesem Bereich, die eine hohe Wirksamkeit dieser Methoden bei sachgerechter Anwendung belegen (Grawe, Donati & Bernauer, 1994). Die Autoren fordern eine vermehrte Anwendung der Expositionsverfahren in der klinischen Praxis und führen weiter aus: »Therapeuten, die dies – aus welchen Gründen auch immer – nicht tun, legen ihren Patienten völlig unnötig ein verlängertes oder nie endendes Leiden auf und verstoßen, das kann man heute so sagen, gegen die Regeln der Kunst« (Grawe et al., 1994, S. 344).

Expositionsverfahren bilden keine einheitliche Therapiegruppe und ihre Anwendung ist schon seit Längerem nicht auf die Behandlung von Phobien beschränkt.

Expositionsverfahren werden auch bei Panikstörung, Generalisierter Angststörung, Zwangsstörungen, posttraumatischen Belastungsstörungen und in abgewandelter Form bei Essstörungen und Abhängigkeitsstörungen (»cue exposure«) eingesetzt (Jansen, 2004).

In ihrem Buch »Exposure Therapy« (Neudeck & Wittchen, 2012) definieren die Autoren Exposition als eine Abfolge von Behandlungskomponenten innerhalb eines psychotherapeutischen Behandlungspakets, bei dem Patienten über ihre Erkrankung aufgeklärt, auf das Behandlungsrationale vorbereitet werden und sich schließlich an externe oder interne Stimuli exponieren.

Definition: Expositionstherapie

Mit Expositionstherapie werden Behandlungskomponenten beschrieben, bei deren Anwendung Patienten, nach einer allgemeinen und individuellen Erarbeitung eines Modells zur Entstehung und Aufrechterhaltung ihrer Störung, sich mit den von ihnen gefürchteten Reizen (extern und/oder intern) nach bestimmten Regeln konfrontieren. Exposition bedeutet dabei im Sinne der Lerntheorien, dass der Betroffene sich dem konditionierten Reiz (»conditioned stimulus«) in Abwesenheit des unkonditionierten Reizes (»unconditioned stimulus«) hinreichend lange und häufig aussetzt.

Wirksamkeitsstudien. Hintergrund der Expositionsverfahren sind die Ergebnisse experimenteller Grundlagenforschung zum Lernen im Labor. Solomon, Kamin und Wynne (1953) boten ihren Versuchstieren eine Reihe von aversiven Reizen dar. Dabei lernten die Tiere schnell, das nun bedrohliche Gehege zu verlassen, indem sie auf diskriminative Hinweisreize reagierten, bevor der aversive Reiz einsetzte. Dieses Verhalten wurde als Vermeidungsreaktion bezeichnet und blieb als Verhaltensreaktion über die Zeit sehr stabil, d. h. das bedrohliche Gehege wurde auch vermieden, als die Forscher die Darbietung der aversiven Reize längst beendet hatten. Das Fluchtverhalten war extrem löschungsresistent, aber es konnte unter bestimmten Bedingungen wieder verlernt werden. Man fand heraus, dass eine Konfrontation der Tiere mit dem vermiedenen Gehege unter Auslassen der aversiven Reize, bei gleichzeitiger Verhinderung des Vermeidungsverhaltens, zu einem Aufheben der Flucht- und Vermeidungsreaktionen führte. Die Tiere zeigten dabei zunächst motorische Unruhe und weigerten sich zu fressen, also Verhalten, das auch Menschen zeigen, wenn sie starke Angst haben. Nach einiger Zeit schienen sich die Tiere jedoch an die neue Situation zu gewöhnen, die ängstlichen Reaktionen nahmen ab. Die Tiere hatten gelernt, dass die ehemals aversive Situation keine Bedrohung mehr darstellte.

Die ersten psychologischen Methoden, die bei der Behandlung von Ängsten Erfolg zeigten, waren expositionsbasierte Interventionen. 1958 stellte der Psychiater Joseph Wolpe in Südafrika die systematische Desensibilisierung zur gezielten Behandlung von Angst vor. Er übertrug die Prinzipien der Lerntheorien und die Ergebnisse der Grundlagenforschung auf den klinischen Bereich. Zu Beginn der 1960er Jahre ent-

wickelte das Team von Isaac Marks in England die erste Expositionstherapie in vivo, aufbauend auf dem sogenannten »Flooding-Prinzip«.

Seit diesen Anfängen (siehe dazu Meyer, 1966; Boulougouris, 1973; Marks et al., 1971) liegen viele international publizierte Wirksamkeitsstudien vor (Abramowitz, 1996; Barlow, 1990; Powers et al., 2010; Maercker et al., 2003; Rosa-Alcázar, 2008; van Balkom et al., 1997). Grawe et al. (1994) fassen die Ergebnisse ihrer Literaturlauswertung zur Psychotherapieforschung hinsichtlich der Expositionstherapie folgendermaßen zusammen:

»Die massierte Reizkonfrontation muß nach dieser Faktenlage als ein außerordentlich wirksames Verfahren zur Reduktion von Ängsten und Zwängen angesehen werden. Während Agoraphobie und Zwänge noch vor 30 Jahren zu den schwer behandelbaren Störungen zählten und die Patienten mit diesen Störungen in großer Zahl die psychiatrischen Kliniken bevölkerten, hat sich dieses Bild heute dramatisch gewandelt. Patienten mit solchen Störungen haben heute eine eher günstige Prognose, und dies ist fast gänzlich der Reizkonfrontationstherapie zu verdanken. Man kann jedoch heute ohne Übertreibung feststellen, daß die Reizkonfrontationsverfahren sich inzwischen immer mehr als die Methode der Wahl zur Behandlung von Zwängen und agoraphobischen Störungen erwiesen haben.« (S. 338)

Das bedeutet, dass es sich bei den Expositionsverfahren um evaluierte Techniken handelt, die als Therapiebausteine in ein Gesamtkonzept einfließen oder isoliert als symptomzentrierte Therapie, etwa bei spezifischen Phobien, eingesetzt werden (Neudeck & Einsle, 2010; Neudeck & Wittchen, 2004). Hinter Verfahrensbezeichnungen wie »Kognitive Verhaltenstherapie«, »Strategische Kurzzeittherapie« oder »Rational-Emotive Therapie« verbergen sich also häufig auch mehr oder weniger viele Elemente einer Expositionstherapie. So gibt es nicht die eine Expositionstherapie, es handelt sich vielmehr um verschiedene Techniken und Varianten, die je nach individueller Problematik zur Anwendung kommen. Dabei ist es wichtig, darauf hinzuweisen, dass man auf keinen Fall »reflexartig« Expositionsverfahren durchführen sollte, sobald man eine Angststörung diagnostiziert hat. Vielmehr gilt es, genau abzuwägen und zu planen, in welcher Therapiephase das Expositionsprogramm beginnen soll.

Einbindung der Exposition in den Therapieverlauf bei verschiedenen psychischen Störungen

- ▶ Bei primärer Angststörung mit psychosozialen (Folge-)Problemen sollte zunächst eine gezielte Symptomtherapie erfolgen, bevor eine Behandlung der anderen Probleme erfolgt. Der durch die erfolgreiche Behandlung der Ängste gewonnene Handlungsspielraum setzt Ressourcen frei, die für die Lösung anderer Probleme (Probleme am Arbeitsplatz, in der Partnerschaft) eingesetzt werden können.
- ▶ Bei primärer Angststörung mit sekundärer Depression als Epiphänomen reicht in den meisten Fällen eine expositionsbasierte Therapie ohne Psychopharmaka.