



Hoffmann • Hofmann

4. Auflage

Expositionszentrierte Verhaltenstherapie bei Ängsten und Zwängen

BELTZ

Hoffmann • Hofmann

Expositionszentrierte Verhaltenstherapie bei Ängsten und Zwängen

Nicolas Hoffmann • Birgit Hofmann

Expositionszentrierte Verhaltenstherapie bei Ängsten und Zwängen

Mit E-Book inside

4., überarbeitete Auflage

BELTZ

Anschrift der Autor_innen:

Dr. Nicolas Hoffmann
Orber Str. 18
14193 Berlin
www.agadaz.de

Dr. Birgit Hofmann
Flemmingstr. 4
12163 Berlin
E-Mail: birgit.hofmann@t-online.de
www.agadaz.de

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme.



Dieses Buch ist erhältlich als:
ISBN 978-3-621-28536-0 Print
ISBN 978-3-621-28537-7 E-Book (PDF)

4., überarbeitete Auflage 2018

© 2018 Programm PVU Psychologie Verlags Union
in der Verlagsgruppe Beltz • Weinheim Basel
Werderstraße 10, 69469 Weinheim

Lektorat: Antje Raden
Umschlagbild: Birgit Hofmann
Herstellung: Uta Euler
Satz: Reemers Publishing Services GmbH
Gesamtherstellung: Beltz Bad Langensalza GmbH, Bad Langensalza
Printed in Germany

Weitere Informationen zu unseren Autor_innen und Titeln finden Sie unter: www.beltz.de

Für Vini, Feti und Blümchen

»Du zitterst, altes Gerippe? Wie würdest Du erst zittern, wenn Du wüsstest, wohin ich Dich jetzt bringen werde!«
(Selbstgespräch des greisen Marschall Turenne auf dem Weg in eine Schlacht)

Inhaltsübersicht

Vorwort zur vierten Auflage	15
1 In-vivo-Expositionen: Theorie und Praxis	19
2 Angsterkrankungen: Allgemeiner Teil	39
3 Insektenphobien	48
4 Prüfungsängste	60
5 Soziale Ängste	69
6 Panikstörung und Agoraphobie	90
7 Zwangserkrankungen: Allgemeiner Teil	124
8 Kontrollzwänge	143
9 Primäre zwanghafte Langsamkeit	167
10 Berührungsvermeidungszwänge (Waschzwänge)	189
11 Zwangsgedanken (Denkzwänge)	222
12 Überwertige Ideen	250
13 Magisches Denken	267
14 Zwanghaftes Sammeln und Horten	286
Literatur	297
Sachwortverzeichnis	301

Inhalt

Vorwort zur vierten Auflage	15
1 In-vivo-Expositionen: Theorie und Praxis	19
1.1 Stellenwert von Expositionen in der therapeutischen Praxis	19
1.1.1 Therapeutenassoziationen zu Expositionen	19
1.1.2 Wie häufig und auf welche Art werden Expositionen in der Praxis durchgeführt? (am Beispiel von Zwangsstörungen)	20
1.1.3 Eigene Exploration von praktizierenden Therapeuten	20
1.2 Theoretische Modelle von Expositionen	22
1.2.1 Exposition mit Reaktionsverhinderung	22
1.2.2 Exposition mit Reaktionsmanagement	25
1.2.3 Exposition mit Inhibitionslernen	25
1.2.4 Probleme der klassischen Modelle	26
1.3 Exposition mit Subjektkonstituierung	27
1.3.1 Spontane Subjektkonstituierung	27
1.3.2 Grundlagen des Modells der Subjektkonstituierung	29
1.3.3 Praktische Durchführung der Exposition	32
1.3.4 Besondere Merkmale und mögliche Vorteile	35
2 Angsterkrankungen: Allgemeiner Teil	39
2.1 Geschichte der Therapie bei Ängsten	39
2.2 Allgemeine Struktur von Angsterkrankungen	41
2.3 Auswirkungen auf das Leben Betroffener	45
2.4 Allgemeine Ziele in der Therapie von Angsterkrankungen	46
3 Insektenphobien	48
3.1 Beschreibung der Störung	48
3.1.1 Struktur der Insektenphobie	49
3.1.2 Auswirkungen auf das Leben der Betroffenen	50
3.2 Gesamttherapieplan bei Insektenphobien	50
3.2.1 Motivationsarbeit	51
3.2.2 Expositionsziele	51
3.2.3 Expositionen mit Anleitung zur Subjektkonstituierung – Fallbeispiel	54
4 Prüfungsängste	60
4.1 Beschreibung der Prüfungsängste	61
4.2 Gesamttherapieplan bei Prüfungsängsten	62
4.2.1 Störungsrelevante Diagnostik	62
4.2.2 Psychoedukation	63

4.2.3	In-sensu-Expositionen mit Anleitung zur Subjektkonstituierung	63
4.2.4	Hilfen bei generalisierten sozialen Ängsten	68
4.2.5	Hilfen bei Arbeitsstörungen	68
5	Soziale Ängste	69
5.1	Beschreibung der Störung	70
5.1.1	Schüchternheit	71
5.1.2	Schamneigung	71
5.1.3	Soziale Gehemmtheit	72
5.2	Gesamttherapieplan bei sozialen Ängsten	75
5.2.1	Störungsrelevante Diagnostik und Erstellen von Therapiezielen	76
5.2.2	Psychoedukation	77
5.2.3	In-vivo-Expositionen mit Anleitung zur Subjektkonstituierung	83
5.3	Fazit	89
6	Panikstörung und Agoraphobie	90
6.1	Beschreibung der Störung	92
6.2	Ein Modell der Entstehung von Panikattacken	94
6.3	Die Agoraphobie	97
6.4	Gesamttherapieplan bei Panik und Agoraphobie	100
6.4.1	Verstehen	101
6.4.2	Beeinflussen können	110
6.4.3	Sich exponieren und Angst tolerieren	118
6.4.4	Bewältigen	123
6.5	Umgang mit Rückfällen	123
7	Zwangserkrankungen: Allgemeiner Teil	124
7.1	Geschichte der Therapie bei Zwangserkrankungen	124
7.2	Die Struktur von Zwangserkrankungen	128
7.3	Auswirkungen von Zwangserkrankungen auf das Leben Betroffener	129
7.3.1	Veränderung der Welt und des In-der-Welt-Seins	129
7.3.2	Qualitative Unterschiede im Erleben von Gesunden und Zwangskranken	130
7.3.3	Innere Haltung zu den Zwangsinhalten und »Denkverbot«	136
7.3.4	Leben wie in zwei Welten	138
7.3.5	Zurückdrängen ursprünglicher Werte, Bedürfnisse und Gefühle	139
7.3.6	»Problemlösen« auf symbolischer, magischer Ebene und das Zwei-Bühnen-Modell	140
7.3.7	Zwänge können eine Funktion erhalten	142
7.4	Allgemeine Ziele in der Therapie von Zwangserkrankungen	142

8	Kontrollzwänge	143
8.1	Beschreibung der Störung	144
8.1.1	Kontrollen bei Nichtzwangskranken	144
8.1.2	Kontrollen als Abwehrmaßnahmen bei Zwangserkrankungen	145
8.2	Kritische Anmerkungen zu Therapien bei Kontrollzwängen	146
8.2.1	Die Annahme übersteigter »positiver« Eigenschaften als Ursachen der Störung	146
8.2.2	In-sensu-Konfrontation mit »befürchteten Konsequenzen«	147
8.2.3	Unvollständigkeitsgefühle als zentraler Aspekt bei Zwangsstörungen	148
8.3	Gesamttherapieplan bei Kontrollzwängen	150
8.3.1	Analyse des Zwangssystems	151
8.3.2	In-vivo-Beobachtung	152
8.3.3	Analyse der prädisponierenden, auslösenden und aufrechterhaltenden Bedingungen	153
8.3.4	Erörterung von Perspektiven »nach dem Zwang« und Aktualisierung von Wünschen, Bedürfnissen und Zielen	154
8.3.5	Vermittlung von Erklärungsmodellen für die Struktur des Zwanges und erste Informationen über den Therapieverlauf	154
8.3.6	Schaffung einer neuen Regulationsgrundlage für Kontrollen	154
8.3.7	Übung des »normalen« Kontrollierens und Überwindung des Unvollständigkeitsgefühls	156
8.3.8	Zeitweilige Hilfen durch Quasi-Therapeutenpräsenz	158
8.3.9	Maßnahmen zur Tolerierung und Überwindung von Restspannung	159
8.3.10	In-sensu-Übungen der normalen Kontrollabläufe	160
8.3.11	Umgang mit unrealistischen negativen Gedanken und Ängsten	161
8.3.12	Allmähliche Zurücknahme von Hilfen	161
8.3.13	Vorbereitung auf Rückfälle	161
8.3.14	Arbeit mit Angehörigen	163
8.3.15	Bearbeitung intrapsychischer und interpersoneller Funktionalitäten	163
8.4	Schwierigkeiten und mögliche Fehler bei der Therapie	163
8.5	Wirkprinzipien der Therapie	165
9	Primäre zwanghafte Langsamkeit	167
9.1	Beschreibung der Störung	168
9.1.1	Fragmentieren von Handlungen	169
9.1.2	Rekapitulieren	170
9.1.3	Warten auf Handlungsimpulse	170
9.1.4	Kleben bleiben	171
9.2	Kritische Anmerkungen zu Therapien bei primärer zwanghafter Langsamkeit	171

9.3	Gesamttherapieplan bei primärer zwanghafter Langsamkeit	173
9.3.1	Analyse des Zwangssystems	173
9.3.2	Diagnosezentrierte Expositionen	175
9.3.3	Psychische Wiederbelebung	179
9.3.4	Expositionen nach dem Modell der Subjektkonstituierung	181
9.3.5	Hilfen bei der sozialen und beruflichen Rehabilitation	188
9.4	Wirkprinzipien der Therapie	188
10	Berührungsvermeidungszwänge (Waschzwänge)	189
10.1	Beschreibung der Störung	191
10.1.1	Exkurs: Ekel	191
10.1.2	Zur Genese von Berührungsvermeidungszwängen	193
10.2	Kritische Anmerkungen zu Therapien bei Waschzwängen	196
10.2.1	Versuch der Widerlegung negativer Erwartungen als zentrale Maßnahme	196
10.2.2	Arbeit mit isolierten Substanzen und »künstlichen« Situationen bei Expositionen	197
10.3	Gesamttherapieplan bei Berührungsvermeidungszwängen (Waschzwängen)	198
10.3.1	Analyse des Zwangssystems	198
10.3.2	Gemeinsame Exploration des Zwanges in vivo	200
10.3.3	Maßnahmen zur Distanzierung vom Zwang	206
10.3.4	Erweiterung des inneren und äußeren Probierraums durch Verhaltensexperimente	208
10.3.5	Tolerierung und Bewältigung von zwanghaften Gedanken und Emotionen	209
10.3.6	Festlegung von Anlass, Häufigkeit und Dauer von normalen Waschvorgängen	210
10.3.7	Durchführung von Expositionen nach dem Modell der Subjektkonstituierung	211
10.3.8	Überwindung von Ekelreaktionen	212
10.3.9	Hinweise zur Durchführung von Expositionen nach dem Modell der Subjektkonstituierung	215
10.3.10	Umgang mit eventuell auftretenden intensiven Gefühlen	215
10.3.11	Aktivierung eigener Wünsche und Bedürfnisse	218
10.4	Schwierigkeiten und mögliche Fehler bei der Durchführung der Therapie	218
10.5	Wirkprinzipien der Therapie	220
11	Zwangsgedanken (Denkzwänge)	222
11.1	Beschreibung der Störung	224
11.2	Kritische Anmerkungen zu Therapien bei Zwangsgedanken	228
11.3	Gesamttherapieplan bei Zwangsgedanken (Denkzwängen)	230

11.3.1	Analyse des Zwangssystems	230
11.3.2	In-vivo-Beobachtungen	231
11.3.3	Erarbeiten eines Erklärungsmodells für die Störung und erste Informationen über die Therapie	232
11.3.4	Sensibilisierung für die Wahrnehmung der eigenen Person	233
11.3.5	Umgang mit Zwangsgedanken bei den Übungen und Expositionen	235
11.3.6	Therapeutische Expositionen nach dem Modell der Subjekt-konstituierung	238
11.3.7	Konkretisierung von Zwangsgedanken	244
11.3.8	Emotionale Stützung und Stabilisierung zum Schaffen von Distanz zu Zwangsgedanken	246
11.4	Schwierigkeiten und mögliche Fehler bei der Therapie	248
11.5	Wirkprinzipien der Therapie	249
12	Überwertige Ideen	250
12.1	Beschreibung der Störung	252
12.2	Kritische Anmerkungen zu Therapien bei überwertigen Ideen	254
12.3	Schwierigkeiten und Ziele bei der Therapie von überwertigen Ideen	255
12.3.1	Die Schichten von überwertigen Ideen	255
12.3.2	Ziele der Therapie	257
12.4	Gesamttherapieplan bei überwertigen Ideen	258
12.4.1	Analyse des Zwangssystems	258
12.4.2	Aktivierung und Flexibilisierung des aktuellen Verhaltens	259
12.4.3	Abbau von überwertigen Anteilen: Technik der Ideenaufweichung	262
12.4.4	Technik der Werteevozierung und -realisierung	265
12.4.5	Anleitung zum Agieren auf der realen Lebensbühne	266
12.5	Wirkprinzipien der Therapie	266
13	Magisches Denken	267
13.1	Beschreibung der Störung	270
13.1.1	Die Zahl 19 und ihr Gefahrenpotenzial	270
13.1.2	Leben wie in zwei Welten	270
13.1.3	Unwiderlegbarkeit des Systems	271
13.1.4	Alltägliches Kausalitätsverständnis und Partizipation	271
13.1.5	Hauptformen magischen Denkens und Handelns bei Zwangserkrankungen	272
13.1.6	Hexen und Heilige	273
13.2	Kritische Anmerkungen zu Therapien bei magischem Denken	273
13.3	Gesamttherapieplan bei magischem Denken	274
13.3.1	Analyse des Zwangssystems	274

13.3.2	Biographische Rekonstruktion der Entstehung des magischen Denkens	275
13.3.3	»Bühne der Realität« versus »Nebenbühne des Zwanges«	277
13.3.4	Expositionen mit Anleitung zur Subjektkonstituierung	279
13.3.5	Transferförderung: Veränderung des Selbstkonzepts	283
13.4	Wirkprinzipien der Therapie	285
14	Zwanghaftes Sammeln und Horten	286
14.1	Beschreibung der Störung	287
14.2	Kritische Anmerkungen zu Therapien bei zwanghaftem Sammeln und Horten	289
14.3	Gesamttherapieplan bei Sammeln und Horten	290
14.3.1	Analyse des individuellen Systems	291
14.3.2	Neuorganisation »im Kopf«	292
14.3.3	Stabilisierung der Ich-Grenzen	293
14.3.4	Innere Distanz zu Gegenständen herstellen	293
14.3.5	Einordnen von Gefühlen in die eigene Biographie	294
14.3.6	Bedürfniskonkretisierung	294
14.3.7	Expansion nach außen und Perspektivenaufbau	295
14.4	Schwierigkeiten und mögliche Fehler bei der Therapie	295
14.5	Wirkprinzipien der Therapie	295
	Literatur	297
	Sachwortverzeichnis	301

Vorwort zur vierten Auflage

Bis vor wenigen Jahrzehnten zeichnete sich die gesamte Psychotherapie durch eine nicht näher hinterfragte Rede- und Sitzlastigkeit aus, sodass einer ihrer Initiatoren, Sigmund Freud, mit Fug und Recht von einer »Redekur« sprechen konnte. Diese Art von Kur, die das problembeladene Individuum heilen oder ihm zumindest helfen soll, wird nach wie vor praktiziert. Sie besteht, je nach der theoretischen Orientierung der diversen Schulen, etwa darin, den Patienten in eine absichtlich hergestellte »Übertragungsneurose« zu verwickeln (wie in der klassischen Psychoanalyse) oder darin, ihm ein zwischenmenschliches Klima zu bieten, in dem er zu einer »voll funktionierenden Person« heranreifen kann, wie es bei Rogers und seinen Schülern heißt. Die Umgebung, in der das alles zu geschehen hat, ist der Praxisraum des Therapeuten oder eine bestimmte Station in einer spezialisierten Klinik. Dort, und ausschließlich dort, wird miteinander geredet.

In den 60er-Jahren des vorigen Jahrhunderts fing man an, auch aufgrund neuerer Untersuchungen, die Erfolge des traditionellen Modells infrage zu stellen und seine Sinnhaftigkeit immer stärker anzuzweifeln. Das »Herausnehmen« des Patienten aus seinem natürlichen Lebenskontext und sein »Hineinversetzen« zwecks Behandlung in ein eigens dafür geschaffenes »therapeutisches Milieu« als grundlegende Strategie, schien bei immer mehr Störungsbildern an seine Grenzen zu stoßen. Eine mögliche alternative Vorgehensweise kam immer mehr ins Gespräch. Sie basiert auf der Auffassung, dass ein effizientes Neu-, Um- und Verlernen am besten in der Umgebung stattfindet, in der die Schwierigkeiten auftreten und die Ressourcen zu ihrer Bewältigung angesiedelt sind (siehe z. B.: Tharp & Wetzel, 1969). Dieser Denkansatz, der eines der Hauptprinzipien der Verhaltenstherapie bildet, wurde schon sehr früh (1919), wie so viele spätere »Innovationen«, von Pierre Janet vertreten, der sich mit seinem feinen diskreten Humor darüber mokierte, wie man auch nur bloß auf den Gedanken kommen könne, eine Störung wie die agoraphobische, anderswo als »auf der Straße« behandeln zu wollen.

Die an sich richtige Strategie, die Therapie zunehmend in das Lebensmilieu des Patienten zu verlagern, wird seit einiger Zeit durch die Überschätzung der sogenannten kognitiven Wende und der »dritten Welle« aufgeweicht. Sie alle, mit flamboyanten Namen wie »Metakognitive Therapie« oder »Akzeptanz- und Commitmenttherapie« belegt, weisen wieder eine fatale Ähnlichkeit mit der alten Redekur auf, vor allem dann, wenn suggeriert wird, dass *durch sie allein* Angststörungen oder Zwänge behandelbar seien. Darüber hinaus sind die Prinzipien, die ihnen zugrunde liegen, keineswegs neu. Sie bilden seit eh und je Teile der Strategie einer multimodalen Verhaltenstherapie, wie sie seit Arnold Lazarus und Victor Meyer, mit viel Erfolg, implementiert wurde.

Trotz aller nützlichen Hilfsverfahren bleibt das Kernstück der Verhaltenstherapie die angeleitete Auseinandersetzung des Patienten mit seiner Wirklichkeit. Der wichtigste Ansatz dazu ist die Exposition, vor allem die In-vivo-Exposition.

In der vierten Auflage unseres Buches zu dem Thema behalten wir die Grundzüge unserer Herangehensweise bei:

- ▶ Sowohl bei der Analyse der einzelnen Störungen als auch bei unseren therapeutischen Empfehlungen, setzen wir konsequent auf eine phänomenologisch orientierte Betrachtungsweise. Das bedeutet, dass wir uns von dem Erleben der betroffenen Menschen leiten lassen und das setzt natürlich voraus, dass wir sie durch intensive Befragung und Beobachtung erst einmal bis in das letzte Detail kennenlernen. Leider scheint diese an sich so plausible und unentbehrlich erscheinende Vorgehensweise noch immer keine Selbstverständlichkeit zu sein. Wir wollen das an einem Beispiel verdeutlichen. Wir finden auf Schritt und Tritt, auch in der neuesten Literatur, um die Funktionsweise von zwanghaften Menschen zu erklären, Begrifflichkeiten wie »Gedanken-Handlungsverschmelzung«. Unterstellt wird Betroffenen dabei die folgende »Fehlbewertung«: Wenn ich etwas denke, werde ich dieses auch tun. Schon eine einigermaßen ausführliche Exploration von Patienten ergibt ein ganz anderes Bild. Aufgrund der in allen kritischen Situationen stark ausgeprägten Unvollständigkeitsgefühle stellt sich bei ihnen kein klares Erleben einer ausreichend sicheren Kontrolle über ihr eigenes Verhalten ein. Sie verfügen über kein Sicherheitsgefühl darüber, ob sie nicht schon eine bestimmte Handlung, aus einer Art Kontrollverlust heraus oder infolge einer verborgenen Motivation, nicht schon gerade ausgeführt haben oder gleich ausführen könnten. Dadurch entstehen so starke Unsicherheiten, Ängste und Schuldgefühle, dass sie zu allen möglichen Mitteln greifen, um sich absichern zu wollen. Dieses innere Geschehen ist jedem einigermaßen empathischen Befrager oder Beobachter zugänglich – allerdings nur dann, wenn er genügend Interesse für seine Patienten aufbringt und sich die Mühe macht, über alle standardisierten Fragebögen hinaus, sich mit ihnen zu beschäftigen. Der Versuch einer Erklärung eines solchen Geschehens durch ein Konstrukt wie Gedanken-Handlungs-Verschmelzung, ist ungefähr auf demselben theoretischen Niveau, wie wenn ein Physiker verkünden würde: Es wird hell in dem Zimmer aufgrund einer Steckdosen-Glühbirnen-Verschmelzung. Solche Beispiele, die dokumentieren, dass das innere Erleben von Patienten gar nicht gekannt, geschweige denn verstanden wird, ließen sich anhäufen. Selbstverständlich sind aus solchen abstrakten Konstruktionen abgeleitete therapeutische Vorschläge nicht nur irrelevant, weil sie am Kern des Problems vorbeigehen, sondern werden von Betroffenen auch oft geradezu als Verhöhnung empfunden. So wird in einem Manual vorgeschlagen, ein solcher (von Angst und Schuldgefühlen geprägter Mensch!) möge doch denken, dass er gleich zum Einkauf *fliegen* werde, um dann festzustellen, ob er das dann auch wirklich macht oder nicht!
- ▶ Wir weichen auch nicht von unserem Konzept ab, Expositionen mit *realen* Menschen durchzuführen, die in ihrer persönlichen und sozialen Wirklichkeit agieren und nicht mit »Normpatienten«, die in einer für sie kritischen Situation zu

einem künstlichen Verhalten gezwungen werden, um irgendwelche passiven Prozesse wie »Habituation« oder »Löschung« über sich ergehen zu lassen. Unsinnigerweise wird oft das, was sie lebendig werden ließe, fälschlicherweise als »Vermeidung« fehlinterpretiert und geradezu verboten. Stattdessen sollen sie sich als eine Art »vegetative Organismen« ganz auf ihr Innenleben fixieren. Jeder Gedanke, jede Bewegung, die sie davon ablenken könnte, wird als angebliche Störung der therapeutischen Prozedur (Vermeidung!) sanktioniert und hat zu unterbleiben. Ein Beispiel: Jemand mit einer Angststörung konfrontiert sich in einer Bibliothek mit einer Menge Menschen. Was soll er während der Übung tun? Niemand hat es ihm je so richtig gesagt. Doch über eines herrscht Konsens: Er soll sich bloß nicht mit Büchern beschäftigen, mit den Menschen, die ihn umgeben, mit seinen Bedürfnissen, Wünschen und Plänen, denn dadurch könnte er seine mögliche Heilung geradezu sabotieren! Wenn auch in neueren Ansätzen, etwa bei dem des Inhibitionslernens diese Absurditäten schon etwas zurückgenommen werden, so gilt auch dabei nach wie vor das Paradigma des passiven Menschen, der weitgehend von seinen natürlichen Lebensbezügen abgetrennt ist.

Wir bleiben dabei: Auch bei Expositionen hat der Lernende der lebendige Mensch in seiner vollen Wirklichkeit zu sein. Wir wollen ihm dabei helfen, sein Verhalten in all seinen Facetten neu zu organisieren, um eine ganzheitliche, zielgerichtete und effektive Auseinandersetzung mit seinen Problemen zu gewährleisten, und um ihn in den Stand zu versetzen, sie immer besser zu bewältigen.

- ▶ Wir haben unseren Ansatz auch nicht stärker »manualisiert«. Wir wollen weiter Therapeutinnen und Therapeuten, auch zu Beginn ihrer Tätigkeit, eher zu einer inneren flexiblen Haltung als zu einer sklavischen Übernahme von standardisierten Therapieschablonen ermutigen. Es ist nun einmal so, dass vorgezeichnete Abläufe von Therapiesitzungen oder -sequenzen fast immer (glücklicherweise!), durch die Differenziertheit und Vielfältigkeit dessen, was zwischen Therapeut und Patient geschieht, modifiziert werden müssen. Als Therapeuten sind wir oft bestrebt, bei unseren Patienten eine mutige Experimentierhaltung zu etablieren. Warum soll das nicht auch für uns gelten?
- ▶ Wir haben in der vierten Auflage ein Kapitel über soziale Ängste hinzugefügt und das über Prüfungängste umgeschrieben. Auch an anderen Stellen haben wir neue Erfahrungen aufgenommen.
- ▶ Wir wurden von wohlwollenden Kollegen darauf aufmerksam gemacht, dass der ursprüngliche Titel unseres Buches nicht den gesamten Inhalt widerspiegelt, weil wir ja nicht nur isolierte Expositionen beschreiben, sondern solche, die in einen diagnostischen und therapeutischen Gesamtprozess eingebettet sind, d.h. wir beschreiben komplette Therapien. Aus diesem Grund haben wir den Titel geändert.
- ▶ Es gibt keine empirische Untersuchung, die die Wirksamkeit unseres Ansatzes mit mehr traditionellen vergleicht. Ohne überheblich sein zu wollen, müssen wir zugestehen, dass das uns immer weniger Kopfschmerzen bereitet. Wir machen die Erfahrung, dass Kollegen, die *wirklich* mit Expositionen arbeiten, immer mehr von dem engen Korsett der orthodoxen Vorstellungen darüber abrücken. In einer

Würdigung unseres Ansatzes bemerkt auch Peter Fiedler, dass Therapeuten die »bewältigende Exposition« notwendigerweise bereits intuitiv in der Behandlung unterschiedlicher Zustände anwenden. Darüber hinaus sind wir dabei, Patienten, die sich mehr klassischen Expositionen unterzogen haben, ausführlich zu befragen. Der folgende Befund deutet sich an: Wenn diese Expositionen erfolgreich waren, haben die Patienten sich spontan, oft gegen die Instruktionen der Therapeuten, annähernd so verhalten, wie wir es als »Subjektkonstituierung« beschreiben. Vielleicht verstehen unsere Patienten doch mehr von ihren eigenen Problemen und von der Möglichkeit, sie zu überwinden, als manche von uns annehmen.

Zu Dank verpflichtet sind wir Frau Dr. Svenja Wahl und Frau Antje Raden vom Beltz-Verlag, die uns bei unserer Arbeit sehr geholfen haben.

Berlin, im Herbst 2017

Birgit Hofmann und Nicolas Hoffmann

1 In-vivo-Expositionen: Theorie und Praxis

Wir wollen zuerst eine Bestandsaufnahme der aktuellen Situation in der Praxis vornehmen, soweit Informationen darüber vorliegen. Dann fassen wir die wichtigsten theoretischen Standpunkte zu dem Thema zusammen. Schließlich werden wir ein eigenes Modell vorstellen und die sich daraus ergebenden praktischen Konsequenzen aufzeigen.

1.1 Stellenwert von Expositionen in der therapeutischen Praxis

Um den Stellenwert von Expositionen in der Praxis erfassen zu können, interessieren uns zum einen die subjektiven Einschätzungen der Kolleginnen und Kollegen, zum anderen Informationen über die Art, wie Expositionen eingesetzt werden.

1.1.1 Therapeutenassoziationen zu Expositionen

Wir haben 63 Ausbildungsteilnehmer und praktizierende Verhaltenstherapeuten gebeten, (ohne viel zu überlegen) Assoziationen aufzuschreiben, die ihnen zum Begriff »Exposition« einfallen. Eine kurze Auswertung dieser sicherlich nicht repräsentativen Befragung ergibt ein recht aufschlussreiches Bild. Die am häufigsten genannten Begriffe oder Äußerungen sind folgende:

- ▶ »Gewöhnung, Habituation«
- ▶ »Patienten wollen keine Exposition«
- ▶ »Warten, bis die Angst vorbei geht, durchhalten, Augen zu und durch, Patient wird losgeschickt und muss sich überwinden«
- ▶ »Reizüberflutung soll am wirksamsten sein«
- ▶ »Richtige Verhaltenstherapie«
- ▶ »Beste Angsttherapie«
- ▶ »Habe keine Zeit dafür, zu aufwendig, oft nicht machbar«
- ▶ »Sollte ich unbedingt mehr einsetzen«
- ▶ »Schwierigkeiten beim Abrechnen«
- ▶ »Patient soll Panikanfälle ausleben, was kann da alles passieren!«
- ▶ »Patienten wollen bei Expositionen immer vermeiden«
- ▶ »Reaktionsverhinderung erzeugen, aber ich weiß nicht genau wie«
- ▶ »Fühle mich unsicher dabei, Patient und Therapeut zittern, die schwierigste Methode, weiß nie, ob ich es richtig mache«
- ▶ »Bei Zwängen traue ich mir so etwas nicht zu«
- ▶ »Schreckgespenst, Folter für Patienten«

- ▶ »Da halte ich mich lieber raus, ist mir zu unsicher. Versuche, eher kognitiv zu arbeiten«
- ▶ »Therapeuten müssen aus dem Therapieraum heraus, dürfen sie das überhaupt?«
- ▶ »Schadet der Therapeut-Patient-Beziehung«
- ▶ »Überflüssig, seit es die Schematherapie gibt«

1.1.2 Wie häufig und auf welche Art werden Expositionen in der Praxis durchgeführt? (am Beispiel von Zwangsstörungen)

Böhm et al. (2008) geben an, dass Verhaltenstherapeuten in ihren Kassenanträgen bei Zwangsstörungen fast ausnahmslos angeben, Expositionsverfahren zu planen. In ihrer Studie untersuchen sie, was 57 Patienten von ihrer früheren Therapie tatsächlich wahrgenommen haben und was sie darüber berichten. Der Fokus dabei lag auf der Anwendung und Durchführung von Expositionen. Als zentrales Ergebnis stellen sie fest, »dass 83,8 % der 111 Therapien von insgesamt 56 Patienten aus Sicht der Patienten keine Expositionsverfahren beinhalten. Weiterhin erinnert sich auch die überwiegende Zahl der Patienten nicht daran, Vorbereitungen eines Expositionsverfahrens durchgeführt zu haben. So gaben über 70 % an, keine Selbstbeobachtungsprotokolle erstellt zu haben und 81 % berichteten, keine Zwangshierarchie erarbeitet zu haben« (Böhm, 2008, S. 18).

Bei den 29,3 Prozent der erfassten Verhaltenstherapien, bei denen sich die Patienten an Expositionsübungen erinnerten (13 Patienten, 17 Therapien), ergaben sich zusätzlich folgende Informationen: 17,5 Prozent der Expositionsbehandlungen wurden in sensu durchgeführt und 23,5 Prozent fanden ausschließlich im Behandlungsraum statt. 71 Prozent der therapeutengeleiteten Expositionsübungen dauerten nicht länger als 60 Minuten. Im Schnitt fanden den Patienten zufolge 1,5 therapeutengeleitete Expositionssitzungen statt.

1.1.3 Eigene Exploration von praktizierenden Therapeuten

Bei so gut wie allen Kollegen (n = 21), die wir über ihre Art, Expositionen durchzuführen, befragt haben, fanden wir, dass die Unsicherheit in der Handhabung des Ansatzes sehr groß ist. Sie schlägt sich auch darin nieder, dass den Patienten sehr vage Instruktionen darüber mit auf den Weg gegeben werden, wie sie sich bei den Expositionen zu verhalten haben. Auch werden ihnen die angestrebten Lerneffekte nicht deutlich gemacht. So werden sie »losgeschickt«: Sie sollen in der Situation ausharren, bis die Angst vorbeigeht; sie sollen sich überwinden – »Augen zu und durch«. Wenn die Übungen in Therapeutenbegleitung durchgeführt werden, so lässt der Therapeut die Patienten meistens nur die Stärke ihrer Angst subjektiv einschätzen. Die Kollegen trauen sich kaum, etwas anderes anzusprechen, weil sie befürchten, das könnte als »Anleitung zur Vermeidung« aufgefasst werden. Alle sind überzeugt, dass es sehr nachteilig ist, wenn Patienten »vermeiden«. Sie müssen ganz streng davor gewarnt werden. Geschieht so etwas dennoch, dann muss man sie »zur Rechenschaft ziehen« (»Verdacht auf Widerstand!«).

Die ganze Prozedur scheint auf eine »Zauberformel« hinauszulaufen: Die Patienten sollen habituieren. Es sieht so aus, als hätte sich in den Köpfen der Therapeuten eine Art Einheitsmodell gebildet, das über die Vorstellung einer nicht näher mit Inhalt gefüllten Gewöhnung kaum hinausgeht. Dabei sind wenige in der Lage, eine einigermaßen korrekte Definition des Begriffs *Gewöhnung* anzugeben und kaum einer von ihnen ist sich der Tatsache bewusst, dass »Konstanz der Stimulation«, d.h. eine weitgehend gleichbleibende Situation (innen wie außen) die absolute Voraussetzung bildet, damit überhaupt von Gewöhnung gesprochen werden kann. Auf die Art geht die Irrmeinung um, es gäbe bei allen möglichen Problemstellungen eine Art »universelles Modell« der Exposition, wenn auch mit einigen kleineren Variationen. Als »Einheitsziel« aller Expositionen wird dabei eine durch Stimuluskonfrontation herbeigeführte »Angst-*evozierung*« mit nachfolgender »Angstreduktion« angenommen. Dasselbe wird auch bei Störungen angenommen, bei denen Angst in Wirklichkeit keine oder eine nur untergeordnete Rolle spielt (so z.B. Abschn. 8.2.3). Als wirksamer Mechanismus gilt einzig und allein »Habituation«, ein Prozess, von dem angenommen wird, dass er im Regelfall automatisch abläuft, wenn sich die Patienten nur lange genug rein passiv einer Reizexposition unterziehen. Mit dem Begriff »Reaktionsexposition«, d.h. die bewusste Konfrontation mit den eigenen Reaktionen (vor allem mit ihrer affektiven Komponente), konnten nur wenige Befragte etwas anfangen.

Schlussfolgerung

Fasst man diese Informationen zusammen, so ergeben sich folgende Schlussfolgerungen: Insgesamt haben viele Kolleginnen und Kollegen eine sehr hohe Meinung von Expositionen als Therapieverfahren; sie gelten vielfach als die wirksamsten Interventionen, vor allem bei Ängsten. Kurzum: Expositionen sind »die richtige Verhaltenstherapie«. Man gewinnt jedoch den Eindruck, dass sie ausgerechnet die Methode, die sie für die beste halten, viel zu wenig (in vielen Fällen gar nicht) einsetzen. Das scheint vor allem drei Gründe zu haben:

- (1) Erstens halten sie die Verfahren für so zeitintensiv, dass sie ihrer Meinung nach in der täglichen Praxis kaum angewandt werden können.
- (2) Zweitens empfinden sie große Unsicherheit, was die »richtige« Durchführung betrifft. Diese Unsicherheit ist bei der Therapie von Zwangserkrankungen größer als bei der Therapie von Ängsten.
- (3) Schließlich wird den Patienten von vornherein eine äußerst negative Haltung dieser Therapieform gegenüber unterstellt: Sie lehnten sie ab und wollten sie unter allen Umständen vermeiden. Es sei für sie wie ein Schreckgespenst. Kein Wunder bei einer Therapiesituation, in der Therapeuten und Patienten sich angeblich »durchzittern« müssen.

Wollte man ein Fazit aus den vorliegenden Informationen über den aktuellen Stellenwert von Expositionen in der Verhaltenstherapiepraxis ziehen, so könnte man etwas überzogen und provokant formulieren: »Die einen wollen es nicht und die anderen können es nicht.«

1.2 Theoretische Modelle von Expositionen

Wie wir bei der Befragung der Kollegen erfahren haben und wie wir der einschlägigen Literatur entnehmen können, herrscht nach wie vor eine große Unklarheit darüber, wie Expositionen durchzuführen sind und über die Prinzipien, die für die positiven Effekte verantwortlich sind. Die Konfusion bezieht sich auch auf die »plausiblen Modelle«, die wir Patienten zur Motivierung anbieten müssen, damit die Prozedur für sie einen Sinn ergibt sowie auf die Instruktionen für ihr Verhalten während der Expositionen.

Es gibt im Wesentlichen drei Arten, Expositionen zu konzipieren. Als »klassische Modelle« gelten:

- (1) Exposition mit Reaktionsverhinderung (sensu Meyer und sensu Marks)
- (2) Exposition mit Reaktionsmanagement (»ERM«, sensu Hand)
- (3) Exposition mit Inhibitionslernen

Dazu haben wir als Alternative das Modell der »Exposition mit Subjektkonstituierung« (sensu Hoffmann & Hofmann) (s. Abschn. 1.3) eingeführt.

Gleichbleibend bei allen vier Modellen ist das Moment der Reizkonfrontation, d. h., der Patient setzt sich Stimuli oder Situationen (inneren wie äußeren) aus, die seine Symptome »triggern«.

Die Unterschiede beziehen sich vor allem auf die Ziele, die angenommenen Wirkfaktoren und darauf, wie sich Patienten während der Exposition verhalten sollen, damit die Wirkfaktoren zum Tragen kommen. Wie das jeweils zu geschehen hat, ergibt sich selbstverständlich aus den verschiedenartigen theoretischen Konzeptionen.

Wir wollen nun die einzelnen Modelle kurz darstellen.

1.2.1 Exposition mit Reaktionsverhinderung

Es lassen sich zwei Varianten unterscheiden: Die eine geht auf die Arbeit von Victor Meyer und Mitarbeiter in der Londoner Middlesex-Klinik zurück. Sie bezieht sich vor allem auf die Therapie von Zwangsstörungen in einem stationären Setting. Die andere Variante wurde ungefähr zur gleichen Zeit von Isaak Marks beschrieben.

Das Modell von Victor Meyer

Meyer sprach ursprünglich von »apoptreptischer Therapie« (*griech.* Abschrecken oder Ausreden). Das wichtigste Therapieziel bei Zwangserkrankten (die er vorwiegend behandelt hat) war, sie dazu zu bewegen, ihre zwanghaften Rituale über einen langen Zeitraum hinweg zu unterbinden, während sie in den Situationen bleiben, die normalerweise Angst und ritualistische Tätigkeiten hervorrufen (s. dazu Meyer et al., 1974).

Die Behandlung selbst bestand darin, dass der Patient in seinen wachen Stunden ständig vom Pflegepersonal beobachtet wurde. Es hatte die Anweisung, jede Art von Ritualen zu verhindern. Davor wurden Schwestern und Patienten über die Prinzipien

aufgeklärt, die dem Behandlungsverfahren zugrunde liegen und von den Patienten wurde eine Einverständniserklärung abgeholt. Während der Prozedur wurde das zwanghafte Verhalten, z. B. symptomatisches Waschen, auf verschiedene Weise verhindert. So wurde der Patient bewusst in andere Aktivitäten verwickelt, man diskutierte mit ihm über Sinn und Unsinn seines Verhaltens, man versuchte ihn zu überreden, darauf zu verzichten und sehr selten – und immer nur mit seiner vorherigen Zustimmung – wurde auch sanfte körperliche Gewalt wie Festhalten der Hand angewandt. In den Fällen, in denen die zwangsbedingten Rituale nichts anderes als die Wiederholung oder Übertreibung einer normalen und unverzichtbaren Aktivität waren (wie beim Waschen oder bei der Körperpflege), musste beurteilt werden, was als normal und was als abnorm anzusehen ist. Der Therapeut sah Patienten und Mitarbeiterstab täglich bei gemeinsamen Sitzungen, bei denen die nächsten Schritte besprochen wurden. Es wurden auch systematische Aufzeichnungen über die Dauer und die Häufigkeit des Zwangsverhaltens geplant und durchgeführt. Auch Hierarchien von belastenden Situationen wurden erstellt.

Sobald die Rituale unter Überwachung weitgehend oder völlig unterbunden waren, konnte der Therapeut die Belastung erhöhen, indem er den Patienten mit zunehmend schwierigeren Situationen konfrontierte, die normalerweise sein Zwangsverhalten auslösten. Der Therapeut demonstrierte das angemessene Verhalten häufig und ermunterte den Patienten, ihn zu imitieren. In einigen Fällen wurde der Patient auch »geführt«, indem man z. B. seine Hand nahm und sie auf einen gefürchteten Gegenstand legte (s. dazu Bruch et al., 2011).

Sobald die Rituale trotz Belastungen weitgehend unterdrückt blieben, wurde die Überwachung allmählich eingeschränkt, bis der Patient nur noch gelegentlich beobachtet wurde. Dabei sagte man ihm, er könne sich Hilfe holen, wenn er meine, dem Zwang nicht widerstehen zu können. Wenn trotzdem ein Rückfall auftrat, wurde der Patient für eine gewisse Zeit wieder überwacht.

Nach einer Woche ohne Überwachung und ohne Anzeichen von Zwangsverhalten wurde der Patient für immer längere Intervalle nach Hause geschickt. Die Angehörigen wurden vorher instruiert, wie sie mit ihm umgehen sollten. Traten größere Schwierigkeiten auf, wurde er von einem Mitglied des therapeutischen Stabes nach Hause begleitet und im häuslichen Milieu auftretende Symptome wurden in der üblichen Weise behandelt.

Bei dieser Prozedur werden im Wesentlichen drei Therapiemethoden kombiniert: (1) Reizexposition bis hin zu Reizüberflutung, (2) Reaktionsverhinderung und (3) partizipierendes Modelllernen (s. Bruch et al., 2011).

Theoretisch schließt diese Prozedur an Tierversuche von Maier (1949) an, der zeigen konnte, dass sich unangepasste und stereotype Verhaltensmuster, die bei Ratten durch Frustration hervorgerufen wurden, am besten dadurch eliminieren ließen, dass die unangemessene Reaktion verhindert und das Tier zum richtigen Ziel geführt wurde.



Die Intensität und die Komplexität dieser Behandlungsmethode erfordert am Anfang so gut wie immer eine stationäre Behandlung, gemäß der gemachten Erfahrung von einer Mindestdauer von drei Wochen. Danach schließt sich eine Nachbehandlung in relevanten Settings »draußen« an.

Das Modell von Isaak Marks

Auch die Arbeit von Isaak Marks fand ursprünglich in einem stationären Setting statt. Vor der Konfrontation stellten Patient und Therapeut gemeinsam eine Hierarchie von Situationen zusammen, die Unbehagen und Zwangsrituale auslösen. Nach der Konfrontation mit einer der Situationen wurde der Patient ermutigt, z.B. »Verunreinigungen« zu belassen und für zunehmend längere Zeitperioden dem Bedürfnis, seine Rituale auszuführen, zu widerstehen. Diese Prozedur nannten die Autoren »eigen-gesteuerte Reaktionsverhinderung«. Verbale Unterstützung durch den Therapeuten wurde während der ganzen Behandlungsdauer gegeben, jedoch gab es keine Überwachung zwischen den Sitzungen wie bei Victor Meyer. Wenn einige Patienten sich wiederholt an den Therapeuten wandten und um Beruhigung wegen möglicher »verheerender« Konsequenzen bei Nichtausübung ihrer Rituale baten, wurden sie abgewiesen, da diese Bitten wie Zwangsrituale behandelt wurden. Das heißt, dass keine spezifischen, beruhigenden Äußerungen während und nach der Konfrontation getätigt wurden. Allgemeine Ermutigungen und Beruhigungen jedoch wurden während der ganzen Therapie gegeben. Alle erreichbaren Personen, die mit dem Patienten zu tun hatten, wie Verwandte und Freunde, wurden im Rahmen der Möglichkeiten angewiesen, Bitten um spezifische Versicherungen zurückzuweisen, z. B. mit der Formel: »Ich kann solche Fragen leider nicht beantworten« (Marks et al., 1979).



Auch im Ansatz von Marks war ruhige und freundliche, aber auch nachdrückliche Überredung von Seiten des Therapeuten nötig. Die Autoren bemerken, dass wenn die Patienten trotzdem starken Widerstand gegen die Konfrontation leisteten, wenig erreicht werden konnte. Das Entscheidende an dem Ansatz von Marks war, dass die Reaktionsverhinderung nicht von therapeutischem Personal implementiert und überwacht wurde, sondern vom Patienten selbst gesteuert werden sollte.

Angenommene Wirkfaktoren bei Expositionen mit Reaktionsverhinderung

Morschitzky (2009, S. 397) schreibt zu Expositionen mit Reaktionsverhinderung: »Der Grundgedanke dieses Vorgehens ist, im ersten Teil, der Exposition, den Patienten dazu zu veranlassen, sich den angstauslösenden Situationen zu stellen. Als therapeutischer Wirkmechanismus wird hier die Habituation genannt. Der Patient macht die Erfahrung, dass die subjektiv verspürte Angst oder Unruhe nicht, wie es seinen eigenen Erwartungen entspricht, ins Unermessliche wächst und erhalten bleibt, sondern dass sich nach einer gewissen Zeit des Verbleibens in der Situation ein deutliches Absinken der vom

Patienten schwer tolerierbaren emotionalen Befindlichkeit einstellt. Diese Erfahrung hat der Patient leider bisher durch ein aktives Vermeiden der entsprechenden Situationen oder durch seine spannungsreduzierenden Zwangsrituale verhindert.«

Zu der zweiten therapeutischen Komponente, der Reaktionsverhinderung selbst, bemerkt er, dass sie zum Ziel hat, »eben dieses Vermeidungsverhalten sowie offene und verdeckte Zwangshandlungen zu unterbinden, um dem Patienten zu ermöglichen, neue Bewältigungsmechanismen und Verhaltensweisen im Umgang mit der erlebten Unruhe und Angst zu entwickeln« (S. 397).

1.2.2 Exposition mit Reaktionsmanagement

Das Modell von Iver Hand (Exposition-Reaktion-Management »ERM«)

Bei der Exposition mit Reaktionsmanagement wird das in Abschnitt 1.2.1 beschriebene Vorgehen beibehalten, aber Hand führt zusätzliche Komponenten in der Arbeit mit dem Patienten ein: Es soll nicht allein darum gehen, die störenden Verhaltensweisen (z. B. den »Zwang«) zu unterbinden, sondern für Hand ist es ebenso wichtig, alternative Bewältigungsstrategien im Umgang mit der belastenden emotionalen Situation zu entwickeln. Der Ansatz geht insofern deutlich über »reine Habituation« als zentraler Wirkmechanismus hinaus. In der Behandlung soll der Patient dazu angeleitet werden, sich unter hoher emotionaler Erregung aktiv mit auftretenden Gedanken und Emotionen auseinanderzusetzen. Hand schreibt: »Vor Therapiebeginn erhält der Patient ein lerntheoretisch bestimmtes Erklärungsmodell seiner Störung und eine daraus abgeleitete Begründung für die Therapieschritte. Die Expositionsübungen werden nicht nur als Angstbewältigung und -reduktion, sondern auch als Mittel der »Realitätstestung« und Möglichkeit zu vertieftem Selbstverständnis dargestellt ...« (2000, S. 169).

Dazu dienen Instruktionen, die den Patienten dazu anleiten, seine Gefühle zu beachten und zu beschreiben und seine Umgebung und die Reaktionen seines Körpers zu beschreiben. Er soll auftretenden Katastrophenphantasien nicht nachgeben und auch nicht versuchen, seine Angst durch ablenkende Gedanken oder Verhaltensmanöver zu unterdrücken.

Diese fortlaufende Selbstbeschreibung der äußeren und inneren Realität soll vor allem durch die kontinuierliche Konzentration auf die angstmachenden Reize sowie auf die aktuelle Körperwahrnehmung erfolgen. Dadurch soll es zu einer erweiterten Selbsterforschung, einer erweiterten Mikroanalyse und Problemanalyse des Patienten kommen.

1.2.3 Exposition mit Inhibitionslernen

Es hat sich in der neurologischen und psychologischen Forschung herausgestellt, dass das Erlernen neuer Erfahrungen, bei dem Versuch Ängste zu eliminieren, effektiver ist als Habituation. Es geht also nicht darum, die Angst in der Situation auszuhalten bis sie

nachlässt, sondern neue Assoziationen zu lernen, die die Ängste hemmen. Der Effekt soll darin bestehen, dass die Angsterwartung teilweise widerlegt wird. Trotzdem auftretende Ängste werden akzeptiert und toleriert. Um das zu ermöglichen, sollen möglichst viele unterschiedliche Situationen aufgesucht werden, wie z. B. verschiedene Orte zu verschiedenen Zeitpunkten. Die dabei gemachten Erfahrungen sollen der erwarteten Angst widersprechen und dadurch zu »inhibitorischen Lerneffekten« führen (Craske, 2015).

1.2.4 Probleme der klassischen Modelle

Wir streiten in keiner Weise die Sinnhaftigkeit und die nachgewiesene Effizienz der dargestellten Modelle (Exposition mit Reaktionsverhinderung, Exposition mit Reaktionsmanagement, Inhibitionslernen) ab. Wir möchten aber auf einige Aspekte hinweisen, die uns wichtig erscheinen.

- (1) Bei der vorgenommenen Schwerpunktlegung bleiben unseres Erachtens wichtige menschliche Dimensionen wie Wahrnehmung, Orientierung, Wille und Bedürfnisse weitgehend unberücksichtigt oder bei Expositionen mehr oder weniger dem Zufall überlassen.

Wir haben aber immer wieder bei unserer phänomenologisch zentrierten Analyse von diversen Störungen besondere Wahrnehmungs- und Orientierungsprobleme sowie auch eine Schwächung der elementaren Ich-Funktionen bezogen auf Willen, Gefühle und Bedürfnisse festgestellt (s. Abschn. 7.3.6). Dieser Teil der Störungen scheint uns in den klassischen Ansätzen zu wenig berücksichtigt.

Auch die Korrektur von Defiziten, die wichtige Komponenten im Kausalgefüge bei Angst- und Zwangsstörungen darstellen, wird weitgehend dem Zufall überlassen. Der Versuch, Störungen lediglich anhand einfachster Modelle wie des Zwei-Faktoren-Modells zu rekonstruieren, wird der Komplexität der Verhältnisse nicht gerecht. Durch Überbetonung der Fokussierung auf aversive Reaktionen kommt die aktive Herstellung eines neuen Wirklichkeitsbezuges vielfach zu kurz.

- (2) Die Instruktionen, die Therapeuten den Patienten zu deren Verhalten vor, während und nach Expositionen geben sollen, sind oft recht unklar. An keiner Stelle wird beschrieben, wie genau die Patienten sich in Expositionssituationen verhalten sollen. Oft hat man den Eindruck, sie sollen starr stehen oder sitzen und sich mechanisch mit einer Teilstimulation konfrontieren, ohne selbst in die jeweilige natürliche Umgebung eingebunden zu sein (s. auch Hoffmann & Hofmann, 2014).
- (3) Expositionen werden oft in unnatürlicher und befremdender Weise durchgeführt (z. B. auf blutiger Watte tanzen oder die Arme in Säcke mit Katzenstreu tauchen). Dadurch wird der Kontext der gespeicherten traumatischen Episoden, die die Störung ausgelöst haben, nicht mit einbezogen (s. Abschn. 10.2.2). Die Patienten erleben solche Prozeduren oft als am Rande der Zumutbarkeit und ohne Beziehung zu den wahren Problemen, die sie beschäftigen.

- (4) Entscheidungen über Ziele werden oft über den Kopf der Patienten hinweg getroffen, anstatt sie selbst entscheiden zu lassen und sie zu ermutigen, herumzuxperimentieren, was sie sich schon zutrauen und was noch nicht.
- (5) Die Relevanz von elementaren Empfindungen wie Unvollständigkeitsgefühlen (s. Abschn. 8.2.3) bei der Entstehung von Zwängen wird heute in zunehmendem Maße anerkannt (Hoffmann, 1998; Ecker & Gönner, 2008). Daraus ergibt sich die absolute Notwendigkeit, sie in die Therapiepläne einzubeziehen. Von den klassischen Expositionsmodellen werden sie aber (noch immer!) kaum oder gar nicht erwähnt und berücksichtigt.
- (6) Es wird auch wenig beschrieben, wie die Modelle an besondere Schwierigkeiten vieler Patienten (wie Ängste vor der Prozedur, Entmutigung usw.) angepasst werden können. Vor allem aber wird die Rolle des Patienten nach wie vor zu passiv gesehen: Er kann wenig mitsteuern und soll vieles einfach über sich ergehen lassen.

1.3 Exposition mit Subjektkonstituierung

1.3.1 Spontane Subjektkonstituierung

Gelegentlich berichten Patienten darüber, wie sie in einer konkreten Situation, ohne dazu angeleitet worden zu sein, spontan die Prozesse aktualisieren, die wir unter Subjektkonstituierung verstehen. Zwei Beispiele mögen das verdeutlichen.

Beispiel

Katzenstreu. Ein Patient mit Ekelangst vor Katzenstreu, der in einer bisherigen Therapie erfolglos einem Habitationsversuch unterzogen wurde (s. Abschn. 7.3.4, 10.2.2), berichtet von einem spontanen Erlebnis, das er kurze Zeit danach an seiner Haustür hatte: »Jetzt stehe ich wieder vor dieser verdammten Tür. Ich erinnere mich noch genau daran, wie meine damalige Freundin sie anfasste, nachdem sie den Käfig mit der kranken Katze abgestellt hatte. Die Katze hatte sich auf dem Weg übergeben und unter sich gemacht, gelblich und widerlich. Mir wird heute noch übel, wenn ich daran denke. Jetzt kann ich deswegen denselben Zirkus wie immer veranstalten, mit den Papiertüchern und so. Das ödet mich schon an. Muss ich denn immer noch so an der Vergangenheit kleben und den ganzen elenden Zwang mit mir herumschleppen? Die Katze ist tot, die Freundin in Amerika und ich spiele hier noch immer den Hampelmann. Ich will jetzt nach Hause, verdammt, und werde die Tür jetzt öffnen, wie ich es immer getan habe vor diesem ganzen Alptraum« (Hoffmann, 1998a, S. 272).

Kommentar:

- Der Patient macht sich seine aktuelle Lage klar bewusst und die frustrierenden Einschränkungen, denen er unterliegt.

- ▶ Er ordnet sie in seinen lebensgeschichtlichen Kontext ein und versteht dadurch, wie seine Erkrankung zustande gekommen ist.
- ▶ Er kann seine aktuellen Gefühle, insbesondere die unausgelebte Wut und den Ekel, mit seiner Vergangenheit in Verbindung bringen und sie dadurch von der gegenwärtigen Situation (angeblich kontaminierte Türklinke usw.) abziehen und seine negativen Empfindungen dadurch relativieren.
- ▶ Er stellt sich selbst vor eine Entscheidung: Ich kann mich weiter den Diktaten des Zwanges unterwerfen oder mich davon befreien.
- ▶ Er aktualisiert die Vorteile eines mutigen Widerstandes gegen den Zwang und entschließt sich dazu, gegen dessen Regeln zu handeln, um sich dadurch aus seinen »Klauen« zu befreien.

Beispiel

Tabuisierte Wörter und Objekte. Ellen Weiß, die seit fast 30 Jahren vermieden hatte, Wörter wie Angst, Tod, Sterben usw. auszusprechen, berichtet über folgendes Erlebnis: »Während einer Unterhaltung mit meinem behandelnden Arzt hatte ich plötzlich das Empfinden, den Satz ›ich habe Angst‹ ohne besondere Gefährdung aussprechen zu können. Ich tat es, empfand dabei nicht einmal Unbehagen, sondern eher ein befreiendes Gefühl und wiederholte kurz darauf den Satz in irgendeinem Zusammenhang. Als mir diese für mich unfassbare Handlung gelungen war, sprach ich Wörter wie ›Tod‹, ›Sterben‹ usw. aus (Hoffmann & Weiß, 1983, S. 34–35).

Nachdem ich den Arzt verlassen hatte, kam mir der Gedanke, nunmehr auch den ›Spiegel‹ anzufassen (*was sie auch Jahrzehnte vermieden hatte*). An einem Zeitungskiosk angelangt berührte ich vorsichtig ein an der Seitenwand angebrachtes Exemplar. Dabei entstand ein merkwürdiges Gefühl, vergleichbar etwa mit dem eines Kranken, der nach langer Bettlägerigkeit zum ersten Mal wieder laufen und es selbst noch kaum fassen kann. Die früher bei unvermeidbaren Berührungen des Spiegels stets aufkommende, erdrückende Angst blieb aus.«

Die Patientin selbst kommentiert: »Gerade zu diesem Arzt hatte ich ein sehr gutes, ja geradezu herzliches Verhältnis. Er war immer in der Lage, mich zu einem gewissen Grad zu beruhigen und zu ermutigen. Er hatte mir gerade erzählt, unter welch schwierigen Bedingungen er sein Studium geschafft hatte. Ich bewunderte ihn dafür, wie er sein Leben gemeistert hatte. Da kam mir der Gedanke: Kann nicht auch ich zumindest versuchen, annähernd so stark zu sein und mir ein Beispiel an ihm zu nehmen? Plötzlich verspürte ich so etwas wie Mut, mein Leben wieder mehr in die Hand zu nehmen, um etwas Sinnvolles in der Welt zu schaffen. Der Gedanke, mich den für heilig gehaltenen Regeln des Zwanges zu widersetzen, machte mir große Angst, aber ich sagte mir: Du musst jetzt endlich etwas wagen und anfangen, Widerstand zu leisten. Ich tat es und war sehr erleichtert, dass es erträglich war. Ich war stolz darauf, weil ich das Gefühl hatte, endlich einmal gewonnen zu haben.«

1.3.2 Grundlagen des Modells der Subjektkonstituierung

»Das Subjekt ist kein fester Besitz, man muss es unablässig erwerben,
um es zu besitzen.«

(Viktor von Weizsäcker)

Bedürfnispyramide bei Störungen. Wir beschreiben Expositionen basierend auf den im Folgenden erläuterten Überlegungen als therapeutische Verfahren innerhalb der Verhaltenstherapie. Bei Störungen wie Ängsten und Zwängen und grundsätzlich bei der psychischen Verfassung, die Pierre Janet als »Psychasthenie« bezeichnet hat, ist die Bedürfnispyramide im Sinne Maslows (1981) in einer gewissen Weise »enthauptet«. Höhere Bedürfnisse wie das Streben nach Zuneigung, der Wunsch nach Anerkennung oder die Tendenzen zur Selbstverwirklichung treten völlig in den Hintergrund, und der Zugang zu ihnen (das sogenannte »Fühlwissen« nach Kuhl & Kazén, 1997, oder das »Konfigurationswissen« nach Sokolowski, 1993) ist richtiggehend blockiert. Neben der Befriedigung biologischer Bedürfnisse als Voraussetzung für den unmittelbaren Lebenserhalt sind das Bedürfnis nach Sicherheit und die erlebte Notwendigkeit, ein Mittelmaß an Kontrolle herzustellen, völlig in den Vordergrund getreten.

Suche nach Halt und Orientierung. Das Erleben und das Verhalten in kritischen Situationen werden also primär durch die Suche nach Halt und Orientierungspunkten bestimmt. Menschen mit Angst- oder Zwangsstörungen leben in einer Welt, die mit Anzeichen für Gefahr, Bedrohung oder Ekliges angefüllt ist. Diese Anzeichen sind symbolisch mit ihrer krank machenden Lebensgeschichte verknüpft. Angst- und Zwangskranke streben weg von dieser Welt, die für sie kaum noch Anreizmomente bietet, hin zu primitiv-instinktiven, Halt gebenden und Sicherheit signalisierenden Momenten. Sie bauen Schutzräume um sich herum wie das System von Sicherheitsfaktoren der Agoraphobiker oder die »reine« und mit allen Mitteln rein zu haltende Wohnung der Zwangskranken. Ihre Aufmerksamkeit wandert hektisch nach Halt suchend umher, und ihr Blick fixiert vermeintlich Sicherheit bildende Punkte (»Röhrenblick«), die bald vor ihren Augen verschwimmen. Dabei wechseln sich kognitive und erlebnismäßige Unschärfe (etwa in Form eines Unvollständigkeitsgefühls) und extreme Anspannung ab. Die Fähigkeit zur »mentalalen Synthese«, d. h. die Möglichkeit, die Welt nach der eigenen Wert- und Bedürfnislage zu überblicken und für die Erfüllung echter eigener Wünsche zu nutzen, ist stark beeinträchtigt. Ein starres, stereotypes Regelwerk, eine Art »Fremdsteuerungssystem«, gewinnt die Oberhand. Es garantiert zumindest ein Überleben, aber um den Preis einer beträchtlichen Einbuße an Lebensqualität.

Wahrnehmung der Umwelt. In unserem Ansatz hingegen lernen die Patienten, konkret erlebte Situationen nach sinnvollen Verhaltensklassen einzuordnen, die auf die Befriedigung ihrer Bedürfnisse ausgerichtet sind (»Was habe ich hier früher Schönes erlebt?«, »Was konnte ich hier Nützliches für mich erreichen?«, »Was will ich jetzt hier machen?«, »Welche Wünsche werden bei mir aktiviert?«).

Wiedererlangung der subjektiven Kontrolle. Voraussetzung dafür ist, dass sie die subjektive Kontrolle, die metakognitive höhere Form der Steuerung, wiedererlangen,