



Neudeck

Expositions- verfahren

Techniken der Verhaltenstherapie



BELTZ

Leseprobe aus: Neudeck, Expositionsverfahren, ISBN 978-3-407-28231-4
© 2015 Beltz Verlag, Weinheim Basel
<http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-407-28231-4>

7 Exposition bei körperbezogenen Ängsten

»Es ist ja peinlich für einen Medicus, der sich alle Stunden des Tages mit dem Verständnis der Neurosen quält, nicht zu wissen, ob er an einer logischen oder an einer hypochondrischen Verstimmung leidet.«
Sigmund Freud

Personen mit körperbezogenen Ängsten befürchten entweder, im Rahmen einer Panikattacke an körperlichem Versagen zu sterben, oder verrückt zu werden (Panikstörung/PS, ICD-10: F40.0), im Rahmen einer Krankheitsangst (Hypochondrie/HY, ICD-10: F40), an einer schlimmen Krankheit zu leiden, oder im Rahmen einer Spezifischen Phobie (SP, ICD-10: F40), eine bestimmte, tödliche Krankheit zu bekommen. Patienten mit den beschriebenen Problemen vermeiden bestimmte Tätigkeiten, die mit körperlichen Veränderungen verbunden sind (Panikstörung), haben ein ausgeprägtes Checking-Verhalten (Krankheitsangst) oder vermeiden es, den eigenen Körper anzuschauen (Körperwahrnehmungsstörung).

Körperbezogene Ängste können sich auch auf das eigene Körperbild beziehen (Körperwahrnehmungsstörung/KS, Körperdysmorphie Störung/KD, ICD-10: F40) und bei verschiedenen psychischen Störungen (Zwangsstörungen, ICD-10: F42; Essstörungen, ICD-10: F50) vorkommen. Im Wesentlichen unterscheiden sich die Befürchtungen in vier Dimensionen:

- (1) kurz- versus langfristige Befürchtungen (z.B. jetzt an einem Herzinfarkt zu sterben oder irgendwann an Krebs zu erkranken)
- (2) körperbezogene Sorgen (Angst, an einer schlimmen Krankheit zu sterben) mit oder ohne Panikanfall
- (3) die Befürchtung, eine Krankheit zu bekommen oder eine Krankheit zu haben
- (4) realistische oder unrealistische Wahrnehmung (»Die Nase ist zu lang«) des eigenen Körpers

Entsprechend den Ängsten und Befürchtungen dieser Patienten dauert es häufig sehr lange, bis sie in einer psychotherapeutischen Praxis ankommen. Oftmals stellen sich diese Patienten bei Ärzten vor. Bei Patienten mit Krankheitsängsten ist z.B. das »Doktor-Hopping« verbreitet, Patienten mit Panikstörung gehen häufig aufgrund körperlicher Beschwerden in Hausarztpraxen oder auch in die Notfallaufnahmen von Krankenhäusern. Da keine körperlichen Ursachen für die Symptomatik gefunden werden, bleiben die Patienten, ohne eine befriedigende Erklärung, mit ihren Symptomen allein, fühlen sich unverstanden, nicht ernst genommen und verlieren immer mehr das Vertrauen in ihren Körper. Ein verstärktes Selbstmonitoring setzt ein, alle »Geräusche« des Körpers werden überwacht und geprüft, und so entsteht eine hohe Bereitschaft, schon kleinste Veränderungen wahrzunehmen und entsprechend der katastrophalen Bewertung in den Teufelskreis der Angst zu geraten. Patienten mit

Panikstörungen erleben die körperlichen Symptome subjektiv als so bedrohlich, dass viele Betroffene nicht den Eindruck haben, unter einer Angststörung, sondern unter einer unbekanntem körperlichen Störung zu leiden, und von Arzt zu Arzt gehen, weil sie denken, unzureichend diagnostiziert worden zu sein. Dies kann dazu führen, dass es lange Zeit dauert, bis die Störung richtig erkannt und diagnostiziert werden kann. Zudem entwickelt sich vor dem Hintergrund einer Panikstörung oftmals auch eine agoraphobische Problematik, und Patienten vermeiden Orte und Situationen, in denen sie befürchten, einen Angstanfall zu bekommen.

Menschen mit Krankheitsängsten (Hypochondrie) machen sich unangemessen große Sorgen, an einer – möglicherweise tödlichen – Krankheit zu leiden. Auch bei diesen Ängsten kommt es, ähnlich wie bei der Panikstörung, zu einer katastrophisierenden Missinterpretation von körperlichen Empfindungen oder Veränderungen. Dies führt zu einer erhöhten Aufmerksamkeit bezüglich Körperprozessen, einem hohen physiologischen Arousal und dem Sicherheitsverhalten, das durch offenes und verdecktes Rückversichern (Checking-Verhalten, häufige Arztbesuche) gekennzeichnet ist. Im Unterschied zu der Angst, eine Krankheit zu haben, die bei der Hypochondrie im Mittelpunkt der Befürchtungen steht, haben Patienten mit der Diagnose »Spezifische Phobie; Krankheitsangst« die Befürchtung, eine Krankheit zu bekommen, die befürchtete Konsequenz liegt also in der Zukunft.

Ängste, die das eigene Körperbild betreffen, zeigen sich in einer vermehrten Sorge um eingebildete oder reale körperliche Deformationen sowie bei Körperschemastörungen, wie man sie beispielweise bei Patienten mit Essstörungen findet. Die »normale« Erscheinung wird als abnorm belastend oder unförmig und dick erlebt. Dabei ist die Problematik meist auf ein bis zwei Körperregionen konzentriert. Patienten mit diesen Ängsten fokussieren ihre Wahrnehmung teilweise über viele Stunden auf die Defekte, die vor allem das Gesicht, die Haut, das Haar und die Körperform betreffen. Die Beschäftigung mit den wahrgenommenen Defekten wird von den Betroffenen als unkontrollierbar erlebt und geht einher mit zeitraubenden Ritualen (Checking-Verhalten), intrusiven Gedanken die Defekte betreffend und einem ausgeprägten Sicherheitsverhalten (z. B. Vermeiden, sich im Spiegel zu betrachten, oder Vermeiden von sozialen Begegnungen). Oftmals ist diese Symptomatik begleitet von einer depressiven Störung oder einer Zwangsstörung.

7.1 Planung und Durchführung von Expositionen bei körperbezogenen Ängsten

Tabelle 7.1 beschreibt die auslösenden Reize, befürchteten Konsequenzen und Sicherheitsstrategien der Patienten mit körperbezogenen Ängsten.

Bei körperbezogenen Ängsten geht es in erster Linie darum, dass Patienten lernen, die körperlichen Erregungsprozesse zu tolerieren, die mit dem Auftreten von körperlichen Veränderungen, Symptomen, Gedanken und Vorstellungen verbunden sind. Bezüglich der Krankheitsangst sollen die Patienten in die Lage versetzt werden,

Tabelle 7.1 Übersicht über die funktionale Diagnostik bei körperbezogenen Ängsten

Gefürchtete externe Stimuli	<p>PS: alle Situationen und Tätigkeiten, die körperliche Empfindungen produzieren; sportliche Aktivitäten; Sex; Tätigkeiten, die mit körperlichen Anstrengungen verbunden sind</p> <p>HY/KA: Situationen, die Befürchtungen bezüglich Krankheiten hervorrufen; Veränderungen der Haut; Kopf-, Gelenk- oder Gliederschmerzen; Ziehen oder Stechen in Körperteilen; Muskelkater; Krankenhäuser; Friedhöfe</p> <p>KD: Spiegel; Partys; soziale Begegnungen</p>
Gefürchtete interne Stimuli	<p>PS: körperliche Erregung; Wahrnehmung körperlicher Veränderung; körperliche Anstrengung</p>
Intrusive Gedanken	<p>HY/KA/KD: wiederkehrende Gedanken an Krankheit, Tod oder Bilder eines körperlichen Defekts («pictures in mind»)</p>
Befürchtete Konsequenzen	<p>PS: Tod durch Herzinfarkt; Ersticken; Schlaganfall; verrückt werden; die Kontrolle verlieren</p> <p>HY/KA: an einer bekannten oder unbekanntem Krankheit zu leiden; an einer Krankheit zu sterben</p> <p>KD: sozial geächtet oder isoliert zu werden, keinen Partner zu bekommen</p>
Sicherheitsstrategien	<p>PS: laute Musik hören; sich kneifen; ein Gummiband um das Handgelenk schnipsen lassen; kalte, nasse Handtücher aufs Gesicht legen; den Partner oder einen Freund bitten, über irgendetwas zu sprechen; beschäftigt bleiben; den Fernseher beim Zubettgehen laufen lassen; sich vorstellen, man wäre woanders; Zählen oder Wortspiele spielen</p> <p>HY/KA: häufige Arztbesuche, Internetrecherche, Lesen von Zeitschriften wie der »Apothekenrundschau«, Body Checking, Ablenken</p> <p>KD: soziale Begegnungen und Interaktion vermeiden, Kosmetik/Camouflage, Vermeiden des Spiegelbildes, kosmetische Chirurgie</p>
Wie wirken die Sicherheitsstrategien	<p>Sicherheitsstrategien verhindern die befürchteten körperlichen Konsequenzen, an körperlichen oder psychischen Erkrankungen zu sterben, helfen, schnell die richtige Diagnose zu finden und verhindern so, dass man eine schlimme Krankheit</p>

Tabelle 7.2 (Fortsetzung)

	bekommt, oder helfen dabei, von anderen akzeptiert zu werden
Metakognition bezüglich der Sicherheitsstrategien	»Mein Körper ist nicht sicher«, »Meine Gesundheit ist nicht sicher«, »Mein Aussehen ist inakzeptabel«, »Die Strategien sind notwendig, um nicht zu sterben/verrückt/krank oder gesellschaftlich ausgestoßen zu werden«

auszuhalten, dass sie möglicherweise erkrankt sein könnten (was sehr unwahrscheinlich ist), ohne einen Arzt aufzusuchen oder den Körper zu untersuchen. Selbstverständlich sollte zu Beginn der Behandlung ausgeschlossen werden, dass der Patient tatsächlich an irgendeiner körperlichen Krankheit leidet. Ziel der Behandlung von Ängsten bezüglich körperlichen Defekten ist es, das Sicherheitsverhalten (Body-Checking, kosmetische Camouflage) ebenso wie Vermeidungsstrategien (nicht in den Spiegel schauen) zu reduzieren.

Bei allen körperbezogenen Ängsten, die mit Angstanfällen (Panikattacken) einhergehen, ist die interozeptive Exposition das Mittel der Wahl (Abschn. 1.2.1). Auch kann imaginative und In-vivo-Exposition mit interozeptiver Exposition verknüpft werden (Abschn. 1.2). Bei den anderen körperbezogenen Ängsten stehen imaginative Expositionsverfahren (Abschn. 1.2.2) im Mittelpunkt der Behandlung. Ebenso werden In-vivo-Expositionen im Selbstmanagement durchgeführt (Abschn. 1.2.3), wobei der Wahrnehmungsfokus während der Exposition nicht nur auf der Beobachtung körperlicher Prozesse, sondern auch auf der Überprüfung der befürchteten Katastrophen liegt und somit die Exposition in die Nähe von Verhaltensexperimenten rückt. Die ersten Expositionen bei körperbezogenen Ängsten können unter gut kontrollierbaren Bedingungen durchgeführt werden, etwa in der Praxis oder der Wohnung des Patienten. Weitere Expositionen werden vom Patienten selbst in verschiedenen alltäglichen Situationen durchgeführt. Wenn es für die Patienten nicht möglich ist, ihre Sicherheitsstrategien gleich zu Beginn der Expositionen zu unterlassen, ist es wichtig, das Sicherheitsverhalten auf jeden Fall recht schnell auszuschleichen.

Tabelle 7.2 stellt einen Überblick über die Expositionsmöglichkeiten bei körperbezogenen Ängsten dar.

Tabelle 7.2 Interozeptive Expositionen bei körperbezogenen Ängsten

Symptome/Befürchtungen	Expositionen
Schwindel, Herzklopfen	Kurzatmigkeit oder Hyperventilation herbeiführen
Herzklopfen, Schwitzen	Treppensteigen; Kniebeugen oder auf der Stelle laufen

Tabelle 7.2 (Fortsetzung)

Symptome/Befürchtungen	Expositionen
Palpitationen	Konfrontation der Patienten mit dem eigenen EKG
Intrusive Gedanken	aktive Gedankenunterdrückung
Schwindel, Kurzatmigkeit	atmen durch Strohhalm; auf einem Drehstuhl drehen; den Kopf schütteln
Derealisationseffekte	Schwindelinduktion; visuelle Effekte
Schwindel, Schwitzen, Muskelspannung	Sit-ups machen
Kurzatmigkeit	Luft anhalten, so lange es geht, dann kurz einatmen und wieder Luft anhalten
Kardiovaskuläre Erkrankungen	Laufen; Sit-ups machen; Treppen steigen; starken Kaffee trinken und dann laufen; scharfe Speisen essen; mehrere lange Saunagänge; in einem heißen engen Raum sitzen
Respiratorische Erkrankungen	atmen durch Strohhalm; sportliche Betätigungen, mehrere Saunagänge; nach dem Duschen mit nassen Haaren nach draußen gehen
Verrückt werden	wiederholte Hyperventilation; in fluoreszierende Lichtquellen schauen, in einem dunklen Raum stehen mit Ohropax; sich drehende Spiralen ansehen (Bilder)
Erbrechen	auf einem Drehstuhl drehen; Holzspatel auf die Zunge drücken; viel essen und dann auf der Stelle laufen oder hyperventilieren

Der Ablauf einer interozeptiven Exposition bei der Angst vor Schwindel und Atemnot könnte z. B. so aussehen:

- (1) den Kopf schütteln und kreisen (30 Sekunden)
- (2) auf einem Drehstuhl sitzen und gedreht werden (60 Sekunden)
- (3) beim Sitzen auf einem Stuhl den Kopf zwischen die Beine legen (30 Sekunden) und danach schnell aufrecht setzen
- (4) Atem anhalten (30 Sekunden oder so lange wie möglich).
- (5) Hyperventilation (flaches Atmen mit ca. 100–120 Atemzügen pro Minute; 60 Sekunden).
- (6) atmen durch einen dünnen, langen Strohhalm (dabei möglicherweise die Nase zuhalten, 2 Minuten)

In-vivo-Exposition bei körperbezogenen Ängsten

Bei Krankheitsängsten und das eigene Körperbild betreffenden Ängsten werden Expositionen in vivo von den Patienten selbst durchgeführt. Die Vorbereitung und detaillierte Planung erfolgt gemeinsam mit dem Therapeuten. Je besser die individuelle Vorbereitung des Patienten ist, desto erfolgreicher wird die Exposition sein.

In-vivo-Exposition bei Krankheitsangst. Patienten mit krankheitsbezogenen Ängsten vermeiden Orte und Situationen, die mit Krankheit oder Tod assoziiert sind. Auch vermeiden sie es, Genaueres über Krankheiten zu erfahren, beziehen Informationen allenfalls aus Quellen im Internet, die nicht immer seriös sind. Es ist wichtig, dass diese Patienten zunächst Bewältigungsstrategien erlernen (Rationalisieren, Suche nach Evidenz, an einer bestimmten Erkrankung zu leiden), bevor sie im Rahmen von In-vivo-Expositionen ihr aktives Vermeideverhalten (checken, Arztkonsultation, Rückversicherung über Vertraute) unterlassen. Wichtig ist hier eine genaue einzelfallbezogene Diagnostik. Einige Patienten mit Krankheitsängsten gehen sehr häufig zum Arzt. Hier ist eine Exposition mit Reaktionsverhinderung (Verhinderung des Arztbesuchs, obwohl man große Angst hat, an einer Krankheit zu leiden) sinnvoll, während andere Patienten Arztbesuche vermeiden, aus Angst, ihre größten Befürchtungen könnten bestätigt werden. Bei diesen Patienten ist ein Arztbesuch eine geeignete Exposition. Andere Beispiele für In-vivo-Expositionen sind:

- ▶ Konfrontation mit krankheitsbezogenen medizinischen Informationen (Informationsvermittlung als Exposition)
- ▶ Aufsuchen von Krankenhäusern
- ▶ Sprechen über die befürchtete Erkrankung und Aussprechen der Befürchtungen gegenüber Dritten
- ▶ Krankenbesuche
- ▶ Aufsuchen von Orten, an denen man sich »anstecken könnte« (individuell zu explorieren)
- ▶ Fotos von oder Filme mit kranken Menschen oder über Erkrankungen ansehen

In-vivo-Exposition bei Ängsten, die das eigene Körperbild betreffen. Patienten mit körperbezogenen Ängsten vermeiden Situationen, in denen sie sich vor anderen Menschen ohne Make-up, bestimmte Kleidung oder Camouflage zeigen müssen, ebenso wie Situationen, in denen sie alleine mit ihrem Aussehen konfrontiert werden. Die Expositionen sollten graduiert ausgerichtet sein und können folgende Situationen, therapeutenbegleitet oder zumeist im Selbstmanagement beinhalten:

- ▶ Fotos des eigenen Körpers anschauen
- ▶ Spiegelexposition (in den Spiegel schauen und den Körper genau beschreiben)
- ▶ mit mehrmaliger Wiederholung und unterschiedlicher Kleidung (Straßenkleidung, Shorts, Bikini, Badehose) ohne Make-up zu gesellschaftlichen Veranstaltungen gehen
- ▶ sich ohne Make-up mit Freunden / guten Bekannten treffen
- ▶ in öffentliche Bäder oder Saunen gehen
- ▶ mit körperbetonter Kleidung ausgehen

- ▶ einzelne Körperteile (Arme, Beine) durch Kleidung besonders exponieren
- ▶ Videofeedback zur Überprüfung der spezifischen Voraussagen der Patienten und zum Differenzieren zwischen der mentalen Repräsentation und dem tatsächlichen Körperbild

Imaginative Exposition bei körperbezogenen Ängsten

Exposition in sensu mit Imagery Rescripting. Die Methode des »Imagery Rescripting« wird im Abschnitt »Planung und Durchführung von Expositionen bei quälenden Erinnerungen und intrusiven Gedanken« (Abschn. 4.8.3) genauer beschrieben. Die Methode ist besonders bei Personen geeignet, die in ihrer Vergangenheit wegen ihres Aussehens sozial geächtet, diskriminiert oder erniedrigt wurden. Auch in der Behandlung von Patienten mit Krankheitsängsten ist es sinnvoll, diese Technik einzusetzen. Nach einer Identifikation von schrecklichen Vorstellungen, Szenen oder Bildern, die im Zusammenhang mit der Angst stehen, eine Krankheit zu haben (z. B. Lungenkrebs), wird die Szene so gestaltet, dass es zu einem alternativen (für den Patienten besseren) Ausgang kommt.

Imaginative Exposition. Patienten mit Krankheitsängsten versuchen, bestimmte Gedanken, Bilder oder Vorstellungen bezüglich einer möglichen Krankheit zu vermeiden bzw. zu unterdrücken. Imaginative Expositionen bei Krankheitsängsten arbeiten ähnlich wie die Technik der Sorgenexposition (Hoyer & Becker, 2004) mit sogenannten Skripten, in denen diese Bilder zu ausgearbeiteten Szenen werden, mit denen die Patienten konfrontiert werden. So ist es für die Patienten möglich, sich ohne Vermeidung mit ihren unterdrückten Gedanken und Befürchtungen auseinanderzusetzen. Die Technik der Sorgenexposition wird im Abschnitt »Exposition bei exzessiven Sorgen« (Abschn. 4.6.3) ausführlich beschrieben.

Eine imaginative Exposition kann auch etwa vorbereitend auf einen Arztbesuch durchgeführt werden. Ebenso ist es möglich, dass sich Patienten imaginativ damit konfrontieren, ein Krankenhaus aufzusuchen oder damit, wie es ist, nicht mehr den Körper zu checken, um dies danach auch in vivo durchzuführen.

Vanitas-Angst: Die Angst vor dem Tod

Vanitas steht in der christlichen Religion für die Vergänglichkeit alles Irdischen (Johann Caspar Lavater: »Hinter der Maske der Schönheit lauert der Tod.«; 1775–77) und wurde durch die Jahrhunderte hindurch als Vanitas-Motiv oder Stillleben in der abendländischen Kunst und Kultur bekannt. Die Beschäftigung mit der eigenen Vergänglichkeit, dem eigenen Tod oder dem Tod des Partners kann allerdings ein solches Ausmaß annehmen, dass es zu einer Phobie mit Angstanfällen, ausgelöst durch Gedanken, Bilder oder Vorstellungen vom Tod kommt (auch »Thanatophobie« genannt). Es ist nicht die Angst vor dem Sterben, die diese Patienten belastet, sondern die Ungewissheit der Ereignisse über den eigenen Tod hinaus. Eine Patientin sagt über ihre Angst:

»Ich habe keine Angst vor dem Sterben oder dem Leiden, sondern wirklich vor dem Zustand des Tot-Seins, da ich weder verstehen noch akzeptieren kann, dass meine eigene Existenz, meine Erinnerungen und Gefühle dann ganz einfach ausgelöscht sind. Das kommt mir falsch vor und ist für mich inakzeptabel. Ich kann nicht verstehen und es macht mir Angst, dass es mein Ich dann einfach nicht mehr geben soll, dass es ›meine Welt‹ nicht mehr gibt. Damit kann ich mich einfach nicht abfinden!«

Abgesehen von dem Verweis auf sinnstiftende Religion und Philosophie ist auch hier eine symptomzentrierte expositionsbasierte Behandlung erfolgreich. Mit Hilfe imaginativer Exposition (Konfrontation mit der Vorstellung der eigenen Beerdigung, Konfrontation mit dem Gedanken an »das Nichts«) und Exposition in vivo (Aufsuchen von Friedhöfen, Teilnahme an Beerdigungen, Anschauen von Filmen und Dokumenten über den Tod) als wichtige Behandlungsbausteine gelingt es den Patienten, sich an ihre Vorstellungen und Gedanken zu gewöhnen, und es eröffnet sich ihnen die Möglichkeit einer angstfreien, rationalen Auseinandersetzung mit diesem existenziellen Thema. Es kommt auch vor, dass Patienten mit der Befürchtung, lebendig begraben zu werden (der Arzt stellt fälschlicherweise den Totenschein aus), psychotherapeutische Hilfe suchen. Mit imaginativer Exposition (Szenario der Beerdigung und des Aufwachens im Sarg) und informativer Aufklärung als Exposition (wann wird ein Totenschein ausgestellt etc.) kann der Patient sich zum einen an seine Gedanken und Vorstellungen gewöhnen und lernt zudem adäquate Bewältigungsstrategien im Umgang mit seinen Ängsten.

7.2 Probleme und Lösungen

Patienten zweifeln am Sinn der Exposition

Expositionen sollen möglichst alltagsnah gestaltet werden, sodass die Patienten möglichst schnell neue Erfahrungen machen, die ihren Handlungsspielraum erweitern und, um einen größeren Lernerfolg zu erzielen, sollten die Expositionen möglichst oft eingeübt werden. Nicht selten erleben Patienten die ihnen vorgeschlagene Konfrontationsübung als lebensfern, unsinnig oder abwegig. Es heißt dann »Im wirklichen Leben mache ich das ja auch nicht, also wieso denn in der Therapie? Ich sehe keinen Sinn darin, auf der Stelle zu laufen oder zu hyperventilieren.« Wie an anderer Stelle schon erwähnt, sollte der Therapeut dann hervorheben, dass nicht die Übung selbst im Mittelpunkt steht, sondern dass der Fokus auf dem Aushalten der Angst und dem Wahrnehmen der Körpersymptome liegt. Eine Äußerung über »den Unsinn, den Sie hier mit mir machen« lenkt auch von der Konzentration auf das eigentliche Vorhaben ab und ist somit eine Sicherheitsstrategie, da die Patienten sich in diesem Augenblick nicht mit ihrer Angst, sondern mit der Situation beschäftigen. So kann man dem Patienten z. B. Folgendes erklären: »Wenn Sie sich jetzt nur auf Ihre Symptome, nicht auf die Situation konzentrieren würden, was nehmen Sie an, wird dann passieren? Würde es dadurch schwerer oder leichter für Sie? Was bedeutet das für die Übung?«

Der Patient ist überzeugt, dass seine Befürchtung eintritt, und bricht ab

Wichtig ist es, die Befürchtungen ernst zu nehmen und den Patienten zu validieren. Als Nächstes ist es zu empfehlen, die Befürchtung zu operationalisieren und dann durch geleitetes Entdecken die Bedingungen, die für eine befürchtete Konsequenz gegeben sein müssten, genauer zu explorieren (»Wie genau sieht es aus, wenn Sie verrückt werden, die Kontrolle verlieren, einen Herzinfarkt bekommen?« etc.).

Im nächsten Schritt sollte die Exposition als Verhaltensexperiment gestaltet werden, so dass es möglich ist, mit kürzeren Zeitabständen zu arbeiten und die herausgearbeiteten Konsequenzen mit Hilfe von möglichst genau formulierten Hypothesen zu überprüfen. Ungünstig ist es, in solchen Situationen beruhigend auf die Patienten einzuwirken, da diese sich nicht ernst genommen fühlen oder die beruhigende Versicherung als Sicherheitssignal (»der Therapeut hat ja gesagt, es kann nichts passieren«) erleben.

Therapeutische Skepsis

Ein häufiges Problem in der adäquaten Anwendung von Expositionsübungen im Bereich körperbezogener Ängste ist die Einstellung gegenüber Expositionsverfahren aufseiten der psychotherapeutischen Behandler. Bei den in diesem Abschnitt beschriebenen Expositionsübungen ist es häufig so, dass bei Patienten Emotionen und Verhaltensweisen ausgelöst werden können, die sie nicht erwartet haben und denen gegenüber sich der Therapeut hilflos fühlen kann. Es entspricht nicht dem gängigen Verständnis und den herkömmlichen Vorstellungen von Psychotherapie, wenn ein Therapeut seinen Patienten auffordert, auf der Stelle zu laufen und der Patient dabei subjektiv das Risiko eingeht, an einem Herzinfarkt zu sterben. Bei einigen Patienten lösen diese Expositionen Aggressivität (auch in verbalen Äußerungen gegenüber dem Therapeuten) oder intensive Traurigkeit (mit Flehen, die Situation zu beenden) aus. Therapeuten geben als Grund für den Einsatz von Exposition bei Ängsten die Wirksamkeit der Methode an, berichten aber andererseits, dass eigene Ängste und Unsicherheiten eine Rolle bei der Nichtdurchführung von Expositionsübungen spielen (Neudeck, 2007).

Bei Therapeuten werden Unsicherheiten ausgelöst, da sie ihr Basisverhalten (komplementär-empathisch) verändern müssen und eher konfrontativ-direktiv versuchen, eine für die Patienten erfolgreiche Übung zu gestalten. Ängste vor körperlichen Konsequenzen (der Patient könnte tatsächlich umfallen oder die Kontrolle verlieren) spielen ebenso eine Rolle bei den Vorbehalten gegenüber interozeptiver Exposition (Abschn. 1.2.1), wobei die Therapeuten häufig selbst keine Erfahrung mit diesen Übungen haben. Für Therapeuten ist es wichtig während ihrer Ausbildung diese Expositionen selbst zu erfahren und einzuüben. So kann Selbsterfahrung die Bereitschaft zur fachgerechten Anwendung erhöhen und den therapeutischen Kompetenzbereich erweitern.