

Expositionstraining

Iver Hand



Exposition beinhaltet, gefürchtete und gemiedene Situationen, Personen, Gefühle oder Gedanken wieder aufzusuchen oder zuzulassen, um deren Bewältigung zu erlernen. Sie ist seit Jahrhunderten kulturübergreifend in vielen Varianten bekannt. Mehrere Varianten der Exposition gehören auch zu den ältesten, am besten untersuchten und wirksamsten Techniken der Verhaltenstherapie.

Beschreibung des Vorgehens

Schwerpunkte der Techniken

Hier wird vor allem das Vorgehen bei Exposition-Reaktions-Management (ERM) dargestellt, da es am breitesten anwendbar ist, sehr flexibel gehandhabt werden kann und – im Gegensatz zur Exposition mit Reaktionsverhinderung – keine zusätzlichen Techniken, etwa aus dem Achtsamkeitstraining, benötigt.

ERM hat folgende *mögliche Funktionen*:

- *Observation* (Mikroanalyse des Symptomverhaltens im Sinne diagnostischer Exposition)
- *Extinktion* bzw. Löschung (als Folge einer Habituation)
- *Exploration* (erweiterte biografische Analyse, einschließlich Bewusstwerdung von früheren traumatischen Erlebnissen, unter hoher emotionaler Erregung: „Turboanalyse“)
- *Modifikation* (des eigenen Umgangs mit den auftretenden Emotionen; diese können am Beginn als Angst auftreten, dann jedoch gerade bei Zwangskranken in Depression, Aggression oder Schuldgefühle umschlagen)

Die einzelnen *Schritte* bei ERM sind:

- *Induktion* möglichst *intensiver Emotionen*, häufig initial durch Exposition zu externen oder internen Reizsituationen, die dann zu entsprechenden emotional-physiologisch-kognitiven Reaktionen führen
- *Konzentration* auf das *Hier und Jetzt*: Unterbindung sowohl beruhigender als auch beunruhigender Antizipationen (oftmals in Therapeutenbegleitung lautes Verbalisieren der Selbstsprache des Patienten sinnvoll)
- *Patient in der Rolle des Beobachters* und Protokollanten seiner Umgebung und der eigenen Reaktionen (der inneren Realität und der äußeren Realität)
- *Motivation* zur *erweiterten Selbstexploration* unter hoher emotionaler Erregung; dabei einerseits Er-

weiterung der bereits in der Verhaltensanalyse durchgeführten Mikroanalyse des Symptomverhaltens und andererseits Erweiterung der biografischen Analysen durch Bewusstwerdung bisher kognitiv nicht zugänglicher Erinnerungen

- als Resultat: *Neubewertung* von *Situation* und eigener *Reaktion*. „*Kognitive Umstrukturierung*“ als *Konsequenz* von – nicht als Voraussetzung für (!) – neuen emotionalen und physiologischen Erfahrungen unter protrahierter, emotionalisierter Exposition
- *Generalisierung* des aus der Bewältigung der „*Primärsymptomatik*“ Erlernten *auf andere negativ empfundene Emotionen* (s. o.) in multiplen Disstresssituationen

Die *Inhalte* dieser Vorgehensweise wurden bereits in den 1970er-Jahren entwickelt [1] und haben Parallelen etwa zum Focusing nach Gendlin, zu dem Emotions-Training in der DBT oder zu Achtsamkeitsübungen aus dem Buddhismus. Bei der Entwicklung wurde auf keines dieser Verfahren Rückgriff genommen. Sie resultierte aus gemeinsamem Erfahrungslernen („*common sense*“) von Patienten und Therapeuten!

Der extreme *Gegenpol* zum Exposition-Reaktions-Management ist im Sinne der systematischen Desensibilisierung die sehr graduierte, manualangeleitete In-vivo-Selbstexposition beispielsweise bei Agoraphobie (z. B. [2], S. 6).

Exposition-Reaktions-Management in vivo

Die Umsetzung dieser inhaltlichen Schritte wird am Beispiel der *Blut-, Verletzungs-, Katastrophen-Phobie* (BVK-Phobie) als Exposition-Reaktions-Management in vivo dargestellt (Details in [1]).

Symptomatik

Der Student der Medizin in der Vorklinik leidet seit etwa 15 Jahren unter einer BVK-Phobie. Aus gesundheitlichen Gründen musste bei ihm jedes Jahr mindestens eine Blutentnahme erfolgen. Nahezu immer kam es da-

bei zu Ohnmachten – vor, während oder bis zu 5 Minuten nach der Blutentnahme. Die Beobachtung einer Blutabnahme bei anderen hatte den gleichen Effekt. Eine 2-jährige Behandlung mit systematischer Desensibilisierung in sensu konnte bei nachfolgenden Blutentnahmen Ohnmachten nicht verhindern.

Der Patient wollte seinen Berufswunsch aber noch nicht aufgeben. In der Kardiologie war deshalb bereits die Implantation eines Herzschrittmachers erwogen worden.

Vordiagnostik

Medizinische und psychiatrische Differenzialdiagnostik, biografische Analyse und Mikroanalyse des Symptomverhaltens ergaben keine Kontraindikation für den Versuch einer voraussichtlich distressreichen ersten ERM-in-vivo-Diagnostiksitzung.

Diagnostische Exposition in vivo

Es wurde eine hausärztliche Praxis simuliert. Ein Arzt entnahm eine Blutprobe und verließ dann den Raum. Der Therapeut (der Autor) war anwesend, ebenso eine Krankenschwester, die Blutdruck und Herzfrequenz in kurzen Abständen festhielt und laut mitteilte. Der Patient verbalisierte in kurzen Abständen Angst-Selbststratagien. Parallel dazu wurde ein EKG abgeleitet.

Der Patient wurde kurz nach der Blutabnahme ohnmächtig, aschfahl, mit minimaler Atmung. Nach dem Aufwachen meinte er, es sei „wie immer“ gewesen. Im EKG zeigte sich ein Herzstillstand von etwa 20 Sekunden. Der Rat eines Kardiologen wurde eingeholt, der Patient informiert.

Die geplante nachfolgende *therapeutische Blutentnahme* wollte er weiter mitmachen. Die erneute *Mikroanalyse des Symptomverhaltens* ergab erstmals, dass der Patient einen eigenen Beitrag zum Eintritt der Ohnmacht geleistet hatte: Anfangs habe er massiv versucht, gegen die erwartete Ohnmacht anzukämpfen. Dann sei sein Zustand immer unerträglicher geworden. Er habe sich nur noch nach dem Eintritt der Ohnmacht gesehnt, aus der Erfahrung, dass es ihm nach dem Wiederaufwachen wesentlich besser gehen würde. Es war nicht genau klärbar, wie der Patient den physiologischen Umstieg (von Abwehrkampf zum „Totstellreflex“?) einleiten konnte. Die Angaben korrelierten aber damit, dass anfangs Herzfrequenz und Blutdruck erheblich anstiegen, um dann plötzlich und drastisch abzufallen. Der Patient ergänzte noch, dass er in einer Art Traum das Auslöseerlebnis seiner BVK-Phobie im Alter von 7 Jahren wiedererlebt habe!

Therapiedurchführung

Der Patient wurde gebeten, dem Therapeuten die Ereignisse um ihn herum, in seinem Körper sowie seine

emotionale und kognitive Befindlichkeit laut und fortlaufend zu schildern. Er sollte weder Beschwerden verharmlösen noch die Hoffnung äußern, dass sie rasch zurückgehen würden. Insbesondere sollte er sich keine Ohnmacht herbeiwünschen. Die erste Blutentnahme erfolgte in kleinen Schritten, mit Vor- und Nachbereitung über einen Zeitraum von insgesamt etwa einer Stunde, wobei die eigentliche Blutentnahme sich über 5 Minuten erstreckte. In einer für Patient und Therapeut äußerst anstrengenden Sitzung musste der Patient immer wieder aufgefordert werden, entsprechend den Instruktionen vorzugehen, zu verbalisieren und in der Rolle des Beobachters seiner selbst zu verbleiben und nicht in die des Leidenden zu verfallen. So gelang es erstmals in 15 Jahren, eine Blutentnahme ohne Ohnmacht durchzuführen. Dem Patienten erschien das Ergebnis fast wie ein Wunder und bereitwillig stimmte er zu, wenige Tage später bis zu 5 Blutentnahmen hintereinander zu akzeptieren. In der zweiten Therapiesitzung habituierte die Physiologie relativ rasch, während das Angsterleben und/oder die zugehörigen Kognitionen stark schwankend, etwas zeitverzögert abnahmen. Die erreichte Stabilisierung blieb in den Nachuntersuchungen erhalten. Der ehemalige BVK-Patient ist jetzt als Arzt tätig.

Diese Vorgehensweise kann auf alle mit starken Ängsten oder Panik einhergehenden Störungen – sowohl in vivo als auch in sensu – übertragen werden.

Exposition-Reaktions-Management in sensu

Die In-sensu-Anwendung bei einer mit Todesängsten einhergehenden *Phobie vor dem Verschlucken und Ersticken* und mit häufigen Pavor-nocturnus-Anfällen („Nachtschreck“) zeigte, wie unter hoher emotionaler Erregung traumatisierende Erfahrungen aus der biografischen Entwicklung nach und nach durch Expositionen wieder bewusst und nachverarbeitet wurden. Die Patientin war bei Therapieende völlig frei von den ursprünglichen Beschwerden. Zum Follow-up waren nach Angaben des Ehemannes auch die vorher mehrfach wöchentlichen Anfälle von Pavor nocturnus (als Indikator einer vorher in der Amygdala tief verankerten Angstbereitschaft) fast völlig verschwunden (detaillierte Beschreibung und Diskussion der Vorgehensweise einschließlich theoretischer Überlegungen in [3]).

Diese Vorgehensweise ist auch bei *posttraumatischen Belastungsstörungen* sehr gut anwendbar (z. B. [1, 4]).

Zu Beachtendes, mögliche Komplikationen

Die *häufigsten Fehler* bei der Umsetzung von Expositionsübungen sind:

Unzureichende Erfassung der Gesamtproblematik

Die Gesamtproblematik des Patienten einschließlich der intrapsychischen und der interaktionellen (z. B. „sekundärer Krankheitsgewinn“) Funktionalitäten des Symptomverhaltens werden unzureichend erfasst (Darstellung der Komplikationen durch intrapsychische oder interaktionelle Funktionalitäten des Symptomverhaltens detailliert und mit Lösungsschritten an etlichen Fallbeispielen aus dem Bereich von Angst- und Zwangserkrankungen s. [1]).

Keine oder falsche Hierarchisierung von („komorbiden“) Symptomen und Problemen

Damit ist auch keine begründete Ableitung einer Strategie des Gesamtbehandlungsplans möglich.

Üben von Wegen ohne klares Ziel

Dies wird zur Quälerei und Zeitverschwendung, wenn initial unklar bleibt, weshalb der Patient selbst das in der Exposition Mögliche lernen möchte. *Der Weg ist nicht das Ziel* bei diesen Therapien!

Reaktionen der Angehörigen

Kritische bis aggressive Reaktionen Angehöriger bei rasch sehr erfolgreicher Exposition nach vorher chronischem Krankheitsverlauf. Unvorbereitete Angehörige, die ihr Leben vorher weitgehend auf die Krankheit des Patienten ausrichten mussten, fühlen sich nachträglich missbraucht: „Wenn die Therapie so leicht war, kann die Krankheit doch nicht so schwer gewesen sein“ (Beispiele in [1]).

Verschiedene Therapieziele

Vorschnelle Annahme des Therapeuten, dass sein Patient die Therapieziele des Therapeuten auch für seine eigenen hält. Besonderes Risiko: Der Therapeut stellt seine Erfolgsbilanz vor den Veränderungswunsch des Patienten.

Reiz-(Stimulus-) ohne hinreichende Reaktionsexposition

Bei Agoraphobikern zum Beispiel die Vorgabe, U-Bahnfahrten beim ersten Mal über eine, dann 3 und dann immer mehr Stationen durchzuführen, statt der Instruktion, so lange in einer U-Bahn zu bleiben, bis die Angst ihren Kulminationspunkt erreicht hat und deutlich wieder abgefallen ist. Steigt der Patient noch auf der Höhe seiner Panik aus, tritt eine negative Verstärkung seiner Phobie ein. Alleinige Stimulusexposition macht allenfalls Sinn bei Phobien ohne Panikattacken.

Kognitive Vermeidung bei alleiniger oder therapeutenbegleiteter Exposition

Auch bei Letzterer ist diese häufig, sofern die Patienten auf hohem Angstniveau nicht kontinuierlich ihre

Selbstsprache dem Therapeuten gegenüber laut offenbaren.

Heimliche Selbstmedikation (Tranquilizer oder Alkohol) am Beginn des Übungstages

Mit diesem emotionalen Vermeidungsverhalten werden Flooding- und ERM-Übungen blockiert. Eine vorgeschaltete Antidepressivamedikation kann aber sinnvoll sein, wenn vor Behandlungsbeginn eine starke Depression vorliegt, die adäquate kognitive und motorische Aktivierung des Patienten für die Übungen stark beeinträchtigt.

Dramatisierung einer „Flucht“ des Patienten aus einer Übungssituation durch den Therapeuten

Das fördert Versagensängste beim Patienten und stört erheblich die Patient-Therapeut-Vertrauensbeziehung. Rigide Anwendung lerntheoretischer Prinzipien (hier strenger Hinweis, dass der Patient soeben seine Phobie verstärkt habe) ist bei gelegentlichem Auftreten solcher kurzen Meidungsmanöver destabilisierend. Eine verständnisvolle Reaktion mit Ermunterung, die gemiedene Situation vielleicht gleich wieder oder spätestens am nächsten Tage aufzusuchen, ist in der Regel erfolgreich. Ein *Festhalten* von Patienten in Übungssituationen gegen deren Willen als absolut kontraindiziert (wurde früher leider in einer bestimmten Einrichtung öfter praktiziert).

Auftreten massiver Alpträume nach besonders erfolgreicher Exposition

Agoraphobiker berichten mitunter, dass sie nach solchen Übungen nachts träumen, dass der Übungstag nochmals durchlebt wird, aber mit einer Aneinanderreihung von Katastrophen. Der Therapeut kann hier durch entspannte Reaktion und Erläuterung der Zusammenhänge die Motivation wieder aufbauen, weitere Übungen gleich anschließend durchzuführen. Die Patienten starten den nächsten Übungstag dann depressiv und voller Angst und sind wenige Stunden später, nach erneutem Erfolgserlebnis, vor Freude geradezu hypomanisch. Auch Verhaltenstherapeuten sollten bei entsprechenden Patienten nach emotional intensiven Therapien also das Traumerleben der Patienten erfragen und berücksichtigen.

Mitunter führt die nächtliche Nachverarbeitung sehr emotionalisierter Expositionen auch zu einer Teilaktivierung des Gedächtnisses für frühere, belastende oder traumatische Erlebnisse: In einer unserer frühen Therapien empfand eine Agoraphobikerin nach dem ersten Übungstag u. a. in U-Bahnen (mit Steckenbleiben im Tunnel!) am nächsten Morgen ein starkes Lähmungsgefühl in den Extremitäten. In der sofort erfolgenden Nachbesprechung konnte sie zu weiteren Expositionen in Therapeutenbegleitung motiviert wer-

den, und als die U-Bahn erneut im Tunnel stecken blieb, konnte diese körperliche Erinnerung durch die kognitive ergänzt werden: ein Verschüttungserlebnis im Zweiten Weltkrieg. Dieses konnte dann durch Exposition-Reaktions-Management in sensu adäquat nachverarbeitet werden, mit völligem Abklingen der agoraphobischen Reaktion in der U-Bahn in der nachfolgenden In-vivo-Sitzung.

Nicht wahrgenommener Therapiemisserfolg

Beim Training der sozialen Kompetenz mit Exposition in vivo kann pseudoassertives Verhalten antrainiert werden, ohne dass parallel die Selbstsicherheit adäquat erhöht wird. Dann lernt der weiterhin unsichere Patient nur, durch „Verhaltenstricks“ im Umgang mit anderen möglichst dominant zu bleiben, um sich zu schützen. Das wirkt auf Gesprächspartner bald entweder abstoßend oder weckt Aggressionen. Dieser völlige Therapiemisserfolg wird bei Therapieende oft weder vom Patienten noch vom Therapeuten wahrgenommen.

Diese Fehlerquellen sind durch adäquate Vorbereitung der Exposition weitgehend vermeidbar bzw. in der Nachbereitung zu korrigieren.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Iver Hand
Verhaltenstherapie Falkenried
Falkenried 7
20251 Hamburg
E-Mail: hand@vt-falkenried.de

Erstveröffentlichung

Ein Auszug aus dem Beitrag: Hand I. Expositionstraining (Konfrontationstraining). In: Senf W, Broda M, Wilms B. Techniken der Psychotherapie. Stuttgart: Thieme; 2013.

Literatur

- [1] Maercker A. Posttraumatische Belastungsstörung. Berlin, Heidelberg: Springer; 2009
- [2] Mathews A, Gelder M, Johnston D. Platzangst – ein Übungsprogramm für Betroffene und Angehörige. (Deutsche Bearbeitung: Hand I, Wilke C.) 4. Aufl. Basel, Freiburg: Karger; 2004
- [3] Wieben A, Hand I. Exposition-Reaktions-Management in sensu bei einer spezifischen Phobie vor dem Verschlucken und Ersticken, mit Pavor Nocturnus. Verhaltenstherapie 2004; 14: 43–50
- [4] Hand I, Angenendt J, Fischer M et al. Exposure in-vivo with Panic Management for Agoraphobia: Treatment Rationale and Longterm Outcome. In: Hand I, Wittchen HU, eds. Panic and Phobias. Berlin, Heidelberg: Springer; 1986: 104–127

Bibliografie

DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0043-102852>
Psych up2date 2017; 11: 103–106
© Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York
ISSN 2194-8895