



Leseprobe aus: Brakemeier/Jacobi, Verhaltenstherapie in der Praxis, ISBN 978-3-621-28447-9
© 2017 Beltz Verlag, Weinheim Basel
<http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-621-28447-9>

Einführung

Einführend möchten wir einen kurzen Überblick über Rahmenbedingungen geben, die aktuell die Praxis der Psychotherapie im Allgemeinen und die Verhaltenstherapie im Besonderen prägen und welche somit für das vorliegende Werk eine bedeutsame Rolle spielen.

Verhaltenstherapie: Praxis und Wissenschaft

Fragen zum Verhältnis von Wissenschaft und Praxis sind in der Psychotherapie – als akademischer Profession (vgl. Lilienfeld, 2005) in selbstständiger und eigenverantwortlicher Tätigkeit – per se relevant. Dies betrifft unter anderem die folgenden Themenbereiche:

- ▶ Wirksamkeit der Verhaltenstherapie im Wandel
- ▶ Bedeutung der psychotherapeutischen Beziehung
- ▶ Kluft zwischen Forschung und Praxis
- ▶ Personalisierte Psychotherapie

Wirksamkeit der Verhaltenstherapie im Wandel. Wie im deutschen Sprachraum Anfang der 1990er Jahre in der Übersichtsarbeit »Psychotherapie im Wandel – Von der Konfession zur Profession« umfassend dargestellt wurde (Grawe et al., 1994), ist die Verhaltenstherapie in vielen Anwendungsbereichen und Varianten effektiv, hat gegenüber anderen Verfahren die breiteste Evidenz (im Sinne von Wirksamkeitsstudien im engeren Sinne) vorzuweisen und darf somit den Anspruch erheben, in der Gesundheitsversorgung eine prominente Rolle einzunehmen. Seitdem sind viele weitere Studien hinzugekommen, was darin resultierte, dass die Verhaltenstherapie in vielen Behandlungsleitlinien Eingang als (oftmals erste) Methode der Wahl gefunden hat. Gleichwohl müssen wir feststellen, dass eine wissenschaftliche Bewertung der Wirksamkeit heute meist weniger optimistisch ausfällt, als dies noch vor 25 Jahren der Fall war. In neueren Metaanalysen, die anhand moderner Konventionen und Methoden den Forschungsstand zusammenfassen (und dabei auch die Studienqualität, Therapieabbrüche, Publikations-Bias, Langzeit-Effekte und viele weitere Faktoren bei den Analysen berücksichtigen), fallen Effektstärken und Erfolgsraten geringer aus als noch vor Jahren. So ist etwa bei der Depressionsbehandlung die Kognitive Verhaltenstherapie zweifellos effektiv, aber ihre Wirkungen wurden vermutlich zu dieser Zeit etwas überschätzt, und auch die zunächst festgestellte Überlegenheit gegenüber anderen Verfahren lässt sich nicht mehr eindeutig aufrechterhalten (z. B. Cuijpers et al., 2013; Lambert & Ogles, 2013).

Bedeutung der psychotherapeutischen Beziehung. Zudem muss bei der wissenschaftlichen Bewertung berücksichtigt werden, dass relevante Psychotherapieforscher seit langem kontinuierlich Befunde dahingehend liefern, dass psychotherapeutische Verfahren und Techniken an sich nur kleine, die therapeutische Beziehung und die

individuelle Qualität des Therapeuten hingegen größere Effekte aufwiesen (vgl. Lambert & Barley, 2008).

Kluft zwischen Forschung und Praxis. Ein dritter Befund, der zunächst einmal nachdenklich stimmen kann, betrifft eine schon seit Jahrzehnten beklagte, aber weiterhin vorhandene Kluft zwischen Forschung und Praxis (vgl. Bohus, 2015; Eiling et al., 2014).



Diskussion dieser Befunde

Wir nehmen diese Befunde zur Kenntnis, ziehen daraus allerdings *nicht* den Schluss, dass im Grunde eine (störungsspezifische) Verhaltenstherapie mit ihren »klassischen« Techniken nunmehr austauschbar oder gar obsolet geworden sei, dass es in der Psychotherapie (im Rahmen ohnehin begrenzter Möglichkeiten) ausschließlich auf gute Beziehungsgestaltung ankomme oder dass eine Verschränkung von Wissenschaft und Therapiepraxis (Scientist-Practitioner-Prinzip) auf verlorenem Posten stünde.

- ▶ Erstens ist der Erfahrungsschatz, der im vorliegenden Werk zur Praxis der Verhaltenstherapie zusammengefasst ist bzw. in Bezug zur therapeutischen Praxis gestellt wird, durchaus empirisch bewährt, worauf in den einzelnen Kapiteln stets verwiesen wird. Die Wirksamkeit vieler verhaltenstherapeutischer Methoden und Programme steht mittlerweile (bzw. immer noch) außer Frage, auch wenn Effektstärken gegenüber aktiven Kontrollgruppen gesunken sind.
- ▶ Zweitens sind die Befunde zum – im Vergleich mit der therapeutischen Beziehung – kleinen Beitrag störungsspezifischer therapeutischer Methoden keineswegs »in Stein gemeißelt«. Auch Protagonisten dieser Auffassung räumen zum Beispiel ein, dass es methodisch noch längst nicht gelungen sei, den Einfluss von Technik, therapeutischer Beziehung, Therapeutenfaktoren, Patienten- und externen Faktoren zu trennen bzw. unabhängig voneinander zu betrachten. Die Quantifizierung der entsprechenden Wechselwirkungen habe man noch nicht im Griff. Allgemeine Wirkfaktoren werden (bei bestimmten Patienten) anhand bestimmter Therapietechniken aktiviert oder gefördert – z. B. verbessert sich die therapeutische Allianz, wenn Techniken wie »Explorieren der Problemsicht«, »Verbalisieren emotionaler Erlebnisinhalte«, »treffende Interpretationen liefern« oder »Förderung des Emotionsausdrucks« eingesetzt werden (Ackerman & Hilsenroth, 2003). Umgekehrt können allgemeine (z. B. motivierende) Faktoren die Wirkung bestimmter Therapietechniken zur Entfaltung bringen. Therapietechniken und allgemeine Faktoren wirken also zusammen.
- ▶ Die Erkenntnis, dass auch in der Verhaltenstherapie Therapeuten- und Beziehungsfaktoren eine bedeutende Rolle spielen, ist aus unserer Sicht somit trivial und keinesfalls neu. Diesem Aspekt wird hier auch dadurch Rechnung getragen, dass ein Teil zur therapeutischen Beziehungsgestaltung das Buch einleitet.
- ▶ Und drittens möchten wir trotz der bestehenden Probleme im Dialog zwischen Psychotherapieforschung und -praxis dafür werben, als Verhaltenstherapeut

wissenschaftlich zu denken, im Sinne von: sein Tun systematisch zu hinterfragen bzw. zu reflektieren, wissenschaftliche Erkenntnisse systematisch zu nutzen, bei der Interpretation von »wissenschaftlichen« oder »praxisbasierten« Befunden die diesen Befunden zugrundeliegende Methodik zu berücksichtigen, oder vielleicht auch selbst in irgendeiner Form zur Erweiterung der wissenschaftlichen Fundierung von Psychotherapie beizutragen. Es mag wie eine »Glaubensfrage« anmuten – aber eine schlüssige Begründung dafür, in der Praxis *nicht* auch eine theoretische und empirische Haltung einzunehmen, ist uns nicht bekannt. Gleichwohl ist der Versorgungsdruck im Praxisalltag (zum Teil bereits in der Ausbildung) als Argument für eine niedrige Priorisierung der Beschäftigung mit wissenschaftlichen Fragen nicht einfach von der Hand zu weisen.

Personalisierte Psychotherapie. Die genannten Befunde in der Zusammenschau weisen auch auf die Bedeutung einer personalisierten bzw. individualisierten Psychotherapie hin. Eine der wichtigsten, jedoch auch schwierig zu beantwortenden Psychotherapieforschungsfragen lautet: »What works for whom?« (z. B. Roth & Fonagy, 2002; Kazdin, 2007). Streng genommen kann diese Frage ergänzt werden um folgende Aspekte: »Welcher Patient mit welchen spezifischen Problemen, die auf welchen Mechanismen beruhen, benötigt welche (psycho-)therapeutischen Strategien, in welchem Setting, zu welchem Zeitpunkt, wie lange und durch welche(n) Therapeuten?« Um Antworten auf diese Fragen zu finden, sollten für VT-Verfahren bzw. zur Untersuchung der differenziellen Indikation und Wirksamkeit zukünftig vermehrt Prozess- sowie Moderator- und Mediatoranalysen durchgeführt werden (vgl. auch Benecke, 2014).

Perspektive: »Psychotherapie als Profession«

Die Alltagspraxis der Verhaltenstherapie ist hoch komplex und erfordert Fallkonzeptionen und Indikationsentscheidungen, die einerseits bewährtes störungs- und behandlungsspezifisches Wissen nutzen, aber in der Regel bei der »Individualisierung« oder »Personalisierung« im Einzelfall diesbezüglich auch Abstriche machen oder darüber hinausgehen müssen (vgl. Rehan-Sommer, 2015). Psychotherapeuten sollten sich zum Beispiel stets der Gefahr bewusst sein, nicht die sozialen Rahmenbedingungen der Patienten zu vernachlässigen: Ein Patient ist nicht einfach »in Therapie«, sondern die Therapie findet immer im Kontext der Lebenswelt der Beteiligten statt (vgl. Orlinski, 2004). Dies betrifft übrigens auch die Behandlungsgeschichte, also die notwendige Vernetzung mit Vor-, Mit- und Nachbehandlern. Die Einlösung des VT-Versprechens, Hilfe zur Selbsthilfe zu leisten, ist hierbei besonders gefordert (z. B. Rückfallprophylaxe bzw. Rückfall-Management), auch wenn eine »kausale Heilung der psychischen Erkrankung« häufig kein realistisches Therapieziel darstellt. Denn in vielen Fällen kann es nicht darum gehen, Vulnerabilitäten komplett zu beseitigen (z. B. Impulskontrolldefizite bei Borderlinepatienten oder erhöhte Angstsensitivität bei Panikpatienten), sondern es stehen eher Management und Bewältigung dieser Vulnerabilitäten im Vordergrund.

Die heilkundliche Behandlung psychischer Störungen, aber auch deren Prävention sowie insbesondere die Begrenzung der Folgen psychischer Störungen haben große Relevanz für Gesundheitswesen und »Public Health« (vgl. Jacobi, 2012). Es spricht viel dafür, dass verhaltens-, gesprächs- und zuwendungsorientierte Gesundheitsleistungen hier besonders kosteneffektive Maßnahmen darstellen, um vor dem Hintergrund begrenzter Ressourcen die Qualität der Versorgung zu sichern und zu verbessern (übrigens auch im Rahmen des Managements körperlicher Erkrankungen). Somit möchten wir auch psychotherapeutische Praktiker dazu ermutigen, als *health care professionals* Verantwortung nicht nur für ihre individuellen Patienten, sondern auch für Versorgungsstrukturen und Organisation von Versorgungsabläufen zu übernehmen. Dazu gehören über den Einzelfall hinausreichende Fragen wie:

- ▶ Wie kann ich meine begrenzte Zeit, die ich der Gesundheitsversorgung zur Verfügung stellen kann, so nutzen, dass möglichst viele Patienten möglichst hinreichend davon profitieren?
- ▶ Was kann ich dazu beitragen, dass sektorenübergreifende Versorgungsketten besser funktionieren?
- ▶ Wie kann ich die Arbeitsteilung und Vernetzung mit außerklinischen Hilfe-Instanzen wie zum Beispiel Beratungsstellen (oder auch Selbsthilfe-Optionen) optimieren?
- ▶ Wie tausche ich mich kollegial über gesundheitspolitische Themen aus und in welche Gremien kann ich meine Gedanken und Erfahrungen hinsichtlich Versorgungsgerechtigkeit und Behandlungsbedarfen einbringen?
- ▶ Wie kann gesellschaftlich einer Medikalisierung im psychischen Bereich vorgebeugt werden? (»Medikalisierung« im Sinne einer Delegation eigentlich sozialer oder normaler Lebensprobleme an das Gesundheitssystem ohne klinisch-fachliche Indikation).

Und noch ein Aspekt (selbst-)kontrollierter Praxis: Auch für erfahrene Praktiker kann es – nicht zuletzt aus Gründen der Selbstfürsorge (vgl. Jaeggi, 2004) – hilfreich sein, bisweilen einen distanzierten Blick auf das eigene psychotherapeutische Handeln zu werfen.

Die Fluss-Metapher

Franz Caspar fügte seinem Buch zur Problemanalyse (1996) eine Grafik bei, in der die Verhaltenstherapie als Fluss dargestellt wird, der in seinem Lauf von verschiedenen Nebenflüssen gespeist verändert und verbreitert wird. Die »Fluss-Metapher«, die wir auch in unserem Buchcover aufgreifen, verweist darauf, dass die Psychotherapie im Allgemeinen und die Verhaltenstherapie im Besonderen sich fortlaufend weiterentwickeln und trotz des Wandels ihre Identität beibehalten. Auch das, was in Psychotherapien passiert, kann mit dieser Metapher illustriert werden (vgl. Franke & Antonowsky, 1997): Patienten, die es »im Strom des Lebens« nicht (mehr) schaffen, mit seinen Strömungen und Stromschnellen zurechtzukommen, müssen entweder vor dem Ertrinken gerettet werden (eine eher pathomedizinische Perspektive) oder es gelingt, sie zu guten Schwimmern zu machen (salutogenetische Perspektive) und sie

zur Herstellung eines Gleichgewichts zwischen Anforderungen und deren Bewältigung zu befähigen (Hilfe zur Selbsthilfe).

Gliederung des Buches

Den hier vorangegangenen Gedanken sowie dem Umfang sowohl »traditioneller Verhaltenstherapie« als auch »neueren Ansätzen« geschuldet haben wir folgende Gliederung vorgenommen:

Teil I: Zum Einstieg: die aktive Gestaltung der therapeutischen Beziehung

Teil II: Vom Erstkontakt zur Fallkonzeption

Teil III: Basistechniken der Verhaltenstherapie

Teil IV: Integrative Techniken in der Verhaltenstherapie

Teil V: Störungsorientierte Behandlung

Teil VI: Integrative Weiterentwicklungen und die »dritte Welle« der VT

Teil VII: Diversität in der Verhaltenstherapie: besondere Gruppen, Probleme, Settings

Teil VIII: Weitere Aspekte professioneller Praxis

Jedem dieser Teile ist ein einführendes Editorial vorangestellt, das quasi als »Schnelldurchlauf« dabei unterstützen soll, sich kurz hinsichtlich der vielfältigen Inhalte zu orientieren.

Weiterführende Literatur

- Benecke, C. (2014). *Klinische Psychologie und Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch.* Stuttgart: Kohlhammer.
- Bohus, M. (2015). Elfenbeintürme im Treibsand oder: Was macht es so schwierig, Erkenntnisse aus der Forschung in der therapeutischen Praxis umzusetzen? *Verhaltenstherapie*, 25, 145–155.
- Cuijpers, P., Berking, M., Andersson, G., Quigley, L., Kleiboer, A. & Dobson, K. S. (2013). A meta-analysis of cognitive behavior therapy for adult depression, alone and in comparison to other treatments. *Canadian Journal of Psychiatry*, 58, 376–385.
- Eiling, A., Schlipfenbacher, C., Hörz-Sagstätter, S. & Jacobi, F. (2014). Über die Zukunft der evidenzbasierten Psychotherapie und die Beziehung zwischen Praxis und Forschung. *Psychotherapeutenjournal*, 2, 175–183.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel – Von der Konfession zur Profession.* Göttingen: Hogrefe.
- Jacobi, F. (2012). Warum sind psychische Störungen Volkskrankheiten? In: Vorstand des BDP (Hrsg.), *Die großen Volkskrankheiten* (S. 16–24). Berlin: Deutscher Psychologen Verlag.
- Jaeggi, E. (2004). *Und wer therapiert die Therapeuten?* München: dtv.
- Lambert, M. J. & Barley, D. E. (2008). Die therapeutische Beziehung und der Psychotherapieeffekt – eine Übersicht empirischer Forschungsergebnisse. In M. Hermer & B. Röhrle (Hrsg.), *Handbuch der therapeutischen Beziehung*, Bd. 1 (S. 109–139). Tübingen: dgvt.
- Lambert, M. J. & Ogles, B. M. (2013). Die Wirksamkeit und Effektivität von Psychotherapie. In M. J. Lambert (Hrsg.), *Bergin & Garfields Handbuch der Psychotherapie und Verhaltensmodifikation* (S. 243–328). Tübingen: dgvt.
- Orlinski, D. (2004). Der menschliche Kontext von Psychotherapien. *Psychotherapeut*, 49, 167–181.
- Rehahn-Sommer, S. (2015). *Verhaltenstherapeutische Praxis in Fallbeispielen: Leben statt Überleben und andere Geschichten.* Heidelberg: Springer.

I Zum Einstieg: die aktive Gestaltung der therapeutischen Beziehung

- 1 Psychotherapeutische vs. alltägliche Beziehungsgestaltung
- 2 Motivorientierte Beziehungsgestaltung
- 3 Motivierende Gesprächsführung
- 4 Spezielle Beziehungsgestaltungstechniken aus neueren verhaltenstherapeutischen Methoden
- 5 Umgang mit schwierigen Situationen zu Beginn einer Therapie

Editorial

Zum Einstieg: die aktive Gestaltung der therapeutischen Beziehung

Frank Jacobi • Eva-Lotta Brakemeier

In der Psychotherapieforschung und -praxis wurde seit vielen Jahrzehnten darüber debattiert, ob die nachgewiesenen Erfolge klinisch-psychologischer Interventionen den speziellen Behandlungsansätzen *oder* eher unspezifischen Faktoren zuzuschreiben sind. Heute sind wir als Verhaltenstherapeuten ebenso davon überzeugt, dass ein störungsorientiertes Vorgehen und der Einsatz von problemspezifischem *Know-how* zentrale Wirkfaktoren darstellen, wie wir davon ausgehen, dass es selbstverständlich einer adäquaten Beziehungsgestaltung – auf der Basis zwischenmenschlicher Kompetenzen und gut trainierter Beziehungsgestaltungstechniken – bedarf, um gute Ergebnisse zu erzielen (vgl. Schulte, 1998). Somit beachten wir also auch die *Common Factors* (vgl. Wampold, 2015), wobei stets angestrebt werden sollte, diese möglichst optimal zu nutzen.

Kompetenzen der Beziehungsgestaltung

Wampold (2011) fasst für die psychotherapeutische Weiterbildungsplattform der American Psychological Association (APA) 14 psychotherapeutische Kompetenzen zusammen, die aus der Psychotherapieforschung gut belegt erscheinen. Wir führen sie an dieser Stelle an, weil fast alle hiervon unmittelbar die Beziehungsgestaltung betreffen.

Effektive Therapeuten ...

- (1) ... verfügen über zwischenmenschliche Fertigkeiten (u.a. gute sprachliche Ausdrucksfähigkeit, gute zwischenmenschliche Wahrnehmung, affektive Schwingungsfähigkeit, Wärme und Akzeptanz, Empathie, Fokus auf den anderen richten können).
- (2) ... erzeugen Vertrauen und Zuversicht, demonstrieren Verständnis, auch durch nonverbales Verhalten; dies gilt für den ganzen Therapieprozess, aber insbesondere für Erstkontakt und Therapiebeginn.
- (3) ... können mit den verschiedensten Patienten ein gutes Arbeitsbündnis (*working alliance*) entwickeln, das auf zwischenmenschlicher Verbundenheit, aber vor allem auch auf Einigkeit über die therapeutischen Ziele und das therapeutische Vorgehen beruht.
- (4) ... stellen ein für den jeweiligen Patienten plausibles, konsistentes, akzeptables – und somit individuell angepasstes – psychologisches Erklärungsmodell für dessen Beschwerden bereit.
- (5) ... leiten aus diesem Störungsmodell stringent einen Behandlungsplan ab, der in für den Patienten sinnvoller Weise nahelegt, was der Patient genau tun muss, um Leiden und Beeinträchtigung zu minimieren und die psychische Gesundheit zu steigern.
- (6) ... verhalten sich glaubhaft und überzeugend, wecken Hoffnung und positive Erwartungen und motivieren damit den Patienten zur Mitarbeit.

- (7) ... haben stets den Therapiefortschritt im Blick (u. a. mit einer Verlaufsmessung, die auch gemeinsam besprochen wird) und erkundigen sich regelmäßig in authentischer Weise, wie es dem Patienten geht; hierbei ist besonders wichtig, auch Verschlechterungen im Zuge der Therapie zu beachten.
- (8) ... sind flexibel und können ihr Erklärungsmodell und ihren Behandlungsplan anpassen, wenn patientenseitig Widerstände auftreten oder erwartete Fortschritte ausbleiben (was zunächst einmal feinfühlig wahrgenommen werden muss).
- (9) ... vermeiden schwierige und schmerzhaft Themen nicht, was bisweilen durchaus auch ein konfrontatives Vorgehen erfordert, wenn ein Patient (störungsbedingt oder aufgrund bestimmter Persönlichkeitseigenschaften) zur Vermeidung neigt. Da es dabei oft um Kernprobleme des Patienten geht, kommen hier meist rasch heftige Emotionen ins Spiel, womit der effektive Therapeut aber gut umgehen kann. Schwierigkeiten in der therapeutischen Beziehung (z. B. *alliance ruptures*) werden nicht ausgeblendet, sondern unmittelbar therapeutisch genutzt und bearbeitet.
- (10) ... vermitteln Hoffnung und Optimismus – auch bei »schwierigen«, demoralisierten Patienten mit langer Leidens- und Behandlungsgeschichte; der effektive Therapeut traut sowohl dem Patienten zu, in der Therapie vereinbarte Ziele erfolgreich erreichen zu können als auch sich selbst, mit diesen Patienten erfolgreich zu arbeiten; hierbei werden Ressourcen und Stärken des Patienten mobilisiert, damit er die notwendige Überzeugung entwickeln kann, dass er selbst durch seine Mitarbeit für seinen Erfolg verantwortlich ist.
- (11) ... sind sich der Diversität auf Patientenseite bewusst (z. B. hinsichtlich Alter, Geschlecht, (sub-)kulturellem Hintergrund, sozioökonomischem Status, sexueller Orientierung, Veränderungsmotivation, interner und externer Ressourcen etc.) und berücksichtigen diese bei ihren Indikationsentscheidungen (einschließlich der Vernetzung mit oder Überweisung zu anderen Hilfesystemen). Hierbei müssen Therapeuten sich ihres eigenen entsprechenden Hintergrunds, ihrer eigenen Persönlichkeit und ihrer Rolle im therapeutischen Beziehungsprozess bewusst sein.
- (12) ... kennen sich und ihre eigenen psychologischen Prozesse gut und bringen keine eigenen Anteile und persönliches Material in die Therapie ein (es sei denn, sie tun es zielgerichtet für definierte therapeutische Zwecke). Hierbei wird hinsichtlich eigener Reaktionen auf das interaktionelle Patientenverhalten (»Gegenübertragung«) reflektiert, inwieweit diese in erster Linie patientenseitig ausgelöst werden, oder ob sie auch durch eigene, persönliche Anteile des Therapeuten geprägt sind.
- (13) ... kennen die beste wissenschaftliche Evidenz, die für die Behandlung des jeweiligen Patienten relevant ist und haben ein gutes Verständnis für die biopsychosozialen Grundlagen des Problemverhaltens (auf allen Ebenen des Erlebens und Verhaltens) bzw. der präsentierten Störung.
- (14) ... entwickeln sich fortlaufend psychotherapeutisch weiter, nutzen hierbei Modelllernen und Feedback (z. B. in Super- und Intervision oder beim Monitoring von Therapiefortschritt und -ergebnis). Hierbei wird ein besonderes Augenmerk darauf gelegt, ein kohärentes Modell für die eigene Behandlungsdurchführung zu entwickeln und adaptiv einzusetzen, regelmäßig auf den Prüfstand zu stellen und zu verfeinern.

Viele dieser Faktoren hängen miteinander zusammen, und natürlich muss auch eine Wechselwirkung von unspezifischen und spezifischen Therapieelementen berücksichtigt werden. Betrachten wir ein Beispiel: Eine Verhaltenstherapeutin bietet einer Patientin, in zwischenmenschlich adäquater Weise, stringent und glaubwürdig, eine störungsspezifische Therapie an (die sie selbst für aussichtsreich hält und in der sie Expertise entwickelt hat). Sie erklärt ihr Vorgehen anhand eines für die Patientin stimmigen Störungsmodells (bzw. erarbeitet dies kollaborativ) und passt die Behandlung bei Bedarf individuell an, führt sie dann gemeinsam konsequent durch und erörtert dabei den Therapiefortschritt kontinuierlich mit der Patientin. Ein solches Vorgehen würden wir für »typisch verhaltenstherapeutisch« halten – und fast alle zuvor angeführten Punkte wären darin berücksichtigt. Die Entwicklung und Nutzung guter sozialer Kompetenzen und eine aktive Beziehungsgestaltung passen also hervorragend zur Verhaltenstherapie, auch wenn dies in der Vergangenheit im Vergleich zu manchen anderen Psychotherapieverfahren weniger explizit herausgestellt wurde.

Indizierte Beziehungsgestaltung

Das Ausmaß der aktiven Beziehungsgestaltung in einer Therapie und der Raum, den die Beziehungsgestaltung bei der Reflexion der eigenen Therapiedurchführung einnehmen sollte, hängen von Art und Ausmaß der Schwierigkeiten der Patienten ab. Je mehr interaktionelle Probleme – zum Beispiel im Rahmen von Persönlichkeitsstörungen – zum Problemspektrum des Patienten gehören, desto größer ist der Bedarf danach, die therapeutische Beziehung auf die Störung hin auszurichten oder sie gar als zentrales Therapieelement zu nutzen.

Die wichtigsten, in Abhängigkeit der Problematik unterschiedlichen Begründungen für den Einsatz aktiver Beziehungsgestaltung in der Verhaltenstherapie sind folgende:

- ▶ Ein Grundprinzip der Psychotherapie, nämlich die *Vermittlung korrigierender Erfahrungen*, kann dadurch umgesetzt werden, dass in der Therapie bei Patienten, für welche dies erforderlich ist, heilsame korrektive Beziehungserfahrungen anhand der therapeutischen Beziehung hergestellt werden. Im Folgeschritt kann dann bisheriges Problemverhalten »im richtigen Leben« modifiziert oder aufgegeben werden.
- ▶ Es bedarf einer guten Motivation auf Patientenseite, sich – im Vergleich zu bisher – anders zu verhalten und neue Verhaltensmuster zu erlernen. Das fällt aber angesichts eingefahrener, automatisierter Schemata und Verhaltensweisen naturgemäß schwer – auch wenn diese Schemata und Verhaltensweisen mittlerweile langfristig dysfunktional geworden sind und gar nicht mehr den eigentlich legitimen Bedürfnissen des Patienten dienen. Eine Arbeit an derartigen Veränderungen kann durchaus konfrontativ sein, zum Beispiel wenn der Therapeut die Wahrnehmung des Patienten gezielt auf aversive, bislang vermiedene Aspekte lenkt oder die Nachteile des bisherigen Problemverhaltens thematisiert. Hierzu braucht es, insbesondere bei Patienten mit hohem Reaktanzlevel, oft eines »Beziehungskredits« (vgl. den entsprechenden Ansatz von Rainer Sachse, z. B. 2006b), der initial aufgebaut wird und dann zu einem späteren Zeitpunkt (»wenn es wirklich unangenehm wird«) eingesetzt werden kann.
- ▶ Bei manchen Patienten konnten sich wichtige soziale Kompetenzen nie richtig entwickeln, und einige Patienten bringen schwer gestörte zwischenmenschliche Funktionen mit (vgl. alternative Formulierung von Persönlichkeitsstörungen im DSM-5; Psychodynamiker

bezeichnen dies als »strukturelle Beeinträchtigungen«). Hier sind aus verhaltenstherapeutischer Perspektive interpersonelle Lerntherapien gefragt, bei denen der Therapeut unter Umständen auch gezielt seine eigenen zwischenmenschlichen Gefühlsregungen dem Patienten rückmeldet, oder bei denen er als zwischenmenschliches Modell fungiert und in der Therapie sehr aktiv für einen verlässlichen zwischenmenschlichen Rahmen sorgt.

- ▶ Zum angemessenen Einsatz muss auch bedacht werden, wann welche Beziehungsgestaltungskompetenzen *nicht* zum Einsatz kommen sollten. Beispielsweise kann bei der Therapie von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen oder mit psychopathischen Zügen, schizoiden oder paranoiden Patienten das Zeigen von viel Empathie kontraindiziert sein (Norcross, 2011).

Eine gute Beziehungsgestaltung folgt also einerseits allgemeinen Regeln, muss andererseits aber auch differenziell bzw. personalisiert ausgestaltet werden. Dies gilt nicht nur hinsichtlich der Motive und Ziele des Patienten, sondern auch hinsichtlich der Therapiephase (z. B. nach einführendem Beziehungsaufbau zunehmende Konfrontation bzw. Arbeit gegen das Symptom, dann De-Intensivierung der Aktivität und der Beziehung gegen Therapieende).

Im Rahmen einer Verhaltenstherapie muss üblicherweise nicht ununterbrochen aktiv beziehungsgestaltet werden: Meist laufen Entwicklung und Aufrechterhaltung eines tragfähigen Arbeitsbündnisses spontan so gut, dass nicht ständig nachgesteuert werden muss. Außerdem bringt nicht jeder Patient behandlungsbedürftige interpersonelle Defizite und krankheitswertige Interaktionsstörungen mit in die Therapie.

Themenbereiche in Teil I

Die therapeutische Beziehung und ihre Gestaltung sind große, geradezu ausufernde Gebiete, für die ganze Handbücher existieren, wie etwa das über 1.500-seitige Werk von Hermer und Röhrle (2008). Hierbei wird auch deutlich, dass unterschiedliche Verfahren dieselben klinischen Phänomene erkennen (wie etwa »Widerstand« als etwas, das die Beziehung färbt und – unter Umständen unerkannt bleibend – behindert) und dann auf unterschiedliche Weise beschreiben, konzeptualisieren und technisch bearbeiten. Fragen wie zum Beispiel »Was verbindet und unterscheidet den Begriff der (Gegen-)Übertragung in der kognitiven Verhaltenstherapie und der Psychoanalyse?« eröffnen spannende Themenfelder integrativen Denkens in der Psychotherapie (vgl. Kap. 79).

Im vorliegenden Praxisbuch möchten wir das Augenmerk auf folgende Aspekte legen:

- ▶ **Kapitel 1:** Wie sich (verhaltens-)therapeutische von alltäglicher **Beziehungsgestaltung** überhaupt unterscheidet und welchen Stellenwert Aspekte der Beziehungsgestaltung gerade im initialen Kontakt haben, wird einleitend illustriert. Dabei wird unter anderem auch auf das »duale Prozessmodell« von Schulte (1998, 2015) Bezug genommen, das einen Unterschied macht zwischen der Beziehungsgestaltung zur Erreichung von Therapiemotivation bzw. einem »Basisverhalten« des Patienten einerseits, und der Anwendung spezifischer therapeutischer Methoden durch den Therapeuten andererseits.
- ▶ **Kapitel 2:** Die im verhaltenstherapeutisch orientierten deutschen Sprachraum elaborierteste Systematik einer **Motivorientierten Beziehungsgestaltung** (früher auch: komplementäre Beziehungsgestaltung), welche sich an lebensgeschichtlich entwickelten Schemata und Plänen und daraus erwachsenden (auch impliziten) Motiven des Patienten orientiert,

entstammt aus der Berner Arbeitsgruppe um Klaus Grawe und Franz Caspar (vgl. Caspar, 2016). Hier findet sich eine Einführung in diesen Ansatz, der zwar durchaus aufwändig trainiert werden muss, bis er sicher eingesetzt werden kann, dann aber außerordentlich nützlich dafür ist, schnell, flexibel und »bottom-up« hilfreiche Hypothesen zu bilden und sich entsprechend in der Beziehung zu verhalten.

- ▶ **Kapitel 3:** Wenn eine Verhaltensänderung leicht fällt, braucht es nicht viel Energie, sich für diese zu entscheiden und sie einfach umzusetzen. Für klinisch relevante Verhaltensänderungen, die eine Vielzahl unterschiedlicher kurz- und langfristiger Konsequenzen haben und bei denen das Problemverhalten oft in hohem Maße stabilisiert ist, benötigen Patienten hingegen eine starke Motivation, es überhaupt anzugehen, und eine effiziente Volition, diese Entscheidung dann auch konsequent zu verfolgen. Die **Motivierende Gesprächsführung** (im Sinne von Miller & Rollnick, 2015) ist ein personenzentrierter, gleichzeitig jedoch direkter Beratungsansatz und zeichnet sich durch eine besondere Haltung aus, die sehr gut mit dem verhaltenstherapeutischen Menschenbild kompatibel ist. Dem Patienten wird eine große Autonomie zugebilligt. Der Therapeut ist maximal transparent und strebt stets an, auch aus der Perspektive des Patienten heraus argumentieren zu können. Dies erleichtert u. a. den Umgang mit Ambivalenz und Widerstandphänomenen.
- ▶ **Kapitel 4:** Dass **spezielle Beziehungsgestaltungstechniken in neueren VT-Verfahren** eine besondere Rolle spielen, liegt unter anderem darin begründet, dass klassische verhaltenstherapeutische Verfahren bei bestimmten Störungen und Problemkonstellationen weniger erfolgreich sind und in Erweiterungen systematisch und verstärkt die interpersonelle Ebene in den Blick gerückt wird. Die drei im Kapitel vorgestellten Ansätze zur Beziehungsgestaltung bieten Leitfäden für spezielle (schwierige) Patientengruppen, um auch mit diesen ein fruchtbares therapeutisches Arbeitsbündnis aufzubauen und nutzbar zu machen. Im Rahmen strukturierter Therapieprogramme wie CBASP wird zunächst der Zusammenhang zwischen früheren schwierigen Beziehungserfahrungen mit den heutigen interpersonellen Problemen herausgearbeitet, um anschließend durch die aktive Gestaltung der therapeutischen Beziehung heilsame korrigierende Beziehungserfahrungen erlebbar zu machen. Dabei werden Tabus früherer Zeiten überwunden, wie etwa, dass ein Therapeut sich in bestimmten Situationen auch persönlich einlässt (potenzielle »Abstinenzverletzung«) – dies geschieht allerdings indiziert und auf disziplinierte (kontrollierte und therapeutisch überlegte) Weise. Die Beziehungsgestaltung in der DBT ist besonders intensiv und verbindlich. Sie hilft dabei, die zwei sich auf den ersten Blick widersprechenden therapeutischen Strategien Veränderungsorientierung und Akzeptanz simultan bzw. »dialektisch« zu realisieren. Sie ist hierbei herzlich, authentisch und freundlich und kann ebenfalls auf eine bestimmte Art persönlich ausfallen, die für »traditionelle« Psychotherapeuten ungewöhnlich erscheinen mag. Limited Reparenting bedeutet in der Schematherapie, dass der Therapeut sich dem Patienten gegenüber – in begrenztem Ausmaß – wie ein guter Elternteil verhält, und es bestimmt über den Therapieprozess hinweg die therapeutische Grundhaltung. Der Therapeut hilft dem Patienten, seine Bedürfnisse achtsam wahrzunehmen, sie auszudrücken, validiert ihn und erfüllt wohllosiert in der Kindheit frustrierte Bedürfnisse. Alle hier erwähnten Verfahren werden in Teil VI genauer vorgestellt.

- **Kapitel 5:** Das letzte Kapitel dieses Teils behandelt den **Umgang mit schwierigen Situationen zu Therapiebeginn**. Im Erstkontakt und der Phase von Diagnostik und Therapieplanung tauchen manchmal nicht nur von psychotherapeutischen Novizen gefürchtete Herausforderungen auf. Hier werden typische Schwierigkeiten exemplarisch herausgegriffen, wie etwa: Wie setze ich Grenzen bzw. wie reguliere ich die therapeutische Distanz? Wie gehe ich damit um, wenn ein Patient meine Kompetenz in Frage stellt oder mich »Tests« unterwirft, die ich vielleicht nicht »bestehe«?

Alle in diesem Buchteil genannten Ansätze werden auch in den weiteren Kapiteln und auf der parallel erscheinenden DVD (Brakemeier & Jacobi, 2017) ausführlich anhand von Dialogbeispielen demonstriert.

Weiterführende Literatur

- Caspar, F. (2016). Beziehungen und Probleme verstehen. Eine Einführung in die psychotherapeutische Plananalyse (4. Aufl.). Bern: Hogrefe.
- Hermer, M. & Röhrle, B. (Hrsg.). (2008). Handbuch der therapeutischen Beziehung. Band I: Allgemeiner Teil & Band 2: Spezieller Teil. Tübingen: dgvt.
- Norcross, J. C. (2011). Psychotherapy relationships that work: Evidence based responsiveness. Oxford: Oxford University Press.
- Sachse, R. (2006). Therapeutische Beziehungsgestaltung. Göttingen: Hogrefe.
- Schulte, D. (2015). Therapiemotivation. Göttingen: Hogrefe.
- Wampold, B. E. (2011). Qualities and actions of effective therapists. Continuing Education in psychotherapy of the American Psychological Association (APA, Education Directorate). URL: www.apa.org/education/ce/effective-therapists.pdf [26.9.2016]
- Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*, 14 (3), 270–277.

18 Expositions- und Konfrontationsverfahren

Thomas Lang • Andre Pittig • Frank Jacobi

Teil III

18.1 Hintergrund und allgemeine Merkmale

Expositions- oder Konfrontationsverfahren stellen eine wichtige Gruppe von sehr effektiven Interventionsverfahren dar, die entweder alleine oder in Kombination mit anderen Verfahren (z.B. kognitive Interventionen) im Rahmen einer Kognitiven Verhaltenstherapie bei unterschiedlichen Störungsbildern eingesetzt werden.

! Bei Expositionsverfahren geht es allgemein darum, sich einer gefürchteten Situation oder Tätigkeit, einem gefürchteten Objekt oder einer gefürchteten Vorstellung auszusetzen und die dabei aufkommende emotionale Reaktion (z.B. Angst oder Ekel) nicht zu unterdrücken, zu vermeiden oder zu kontrollieren, sondern zu erleben.

Durch diese Konfrontation mit Objekten oder Situationen, die beim Patienten subjektiv mit befürchteten Katastrophen (z.B. Herzinfarkt, »Durchdrehen«) oder negativen Konsequenzen (z.B. soziale Ablehnung) verknüpft sind, soll eine neue Lernerfahrung ermöglicht werden, dass diese befürchteten Katastrophen und Konsequenzen nicht eintreten und die emotionale Reaktion sich von selbst reduziert. Für diese Lernerfahrung muss während der Expositionsübung auf den Einsatz von Sicherheits- und Vermeidungsverhaltensweisen als Angstkontrollstrategie verzichtet werden, da sonst das Nicht-Eintreten der befürchteten Konsequenz daran geknüpft wird (»Mir ist nur deswegen nichts passiert, weil ich ... gemacht habe«) und damit die neue therapeutische Lernerfahrung nur bedingt gemacht werden kann. Als Angstkontrollstrategien sind dabei alle Verhaltensweisen und Gedanken anzusehen, die eingesetzt werden, um das Eintreten der befürchteten Konsequenz zu reduzieren oder zu verhindern.

Expositionsübungen sollten stets mehrfach wiederholt werden, bestenfalls unter variierenden Bedingungen (verschiedene Situationen und Auslösern, mit und ohne therapeutische Begleitung etc.), um einen maximalen Transfer in den Alltag der Person zu erreichen.

Expositions-Varianten

In-sensu-Exposition beinhaltet eine Exposition mit Vorstellungsbildern. Der Patient wird angeleitet, sich mit einer für ihn mit negativen Emotionen verbundenen Vorstellung auseinanderzusetzen, indem er sich das Vorstellungsbild bewusst lebhaft vorstellen und ausmalen soll (polymodale Verankerung, z.B. Was fühlt er? Was sieht

er?). Häufig werden von diesen Beschreibungen Protokolle angefertigt, mit deren Hilfe der Patient die Übungen zuhause wiederholen kann.

In-vivo-Exposition meint die Exposition mit realen externen oder internen Reizen und Situationen. Dabei wird der Patient entweder Situationen und Orten (z. B. öffentliche Verkehrsmittel, Höhe, Vortrag, Ort, an dem ein traumatisches Ereignis stattfand) oder Objekten (z. B. Messer, phobisch besetzte Objekte wie z. B. bestimmte Tiere) ausgesetzt, die mit negativen Emotionen verbunden sind.

Interozeptive Exposition meint die Konfrontation mit als ängstigend erlebten internen Reizen (i. d. R. Körpersymptomen). Dabei wird der Patient angeleitet, durch verschiedene körperbezogene Übungen (z. B. Auf-der-Stelle-Laufen, Drehen, Hyperventilieren) Körpersymptome hervorzurufen und die mit den Symptomen aufkommenden negativen Empfindungen bewusst wahrzunehmen und zu beschreiben. Die Übungen werden so lange durchgeführt, bis diese keine negativen Emotionen mehr auslösen oder der Patient mit ihnen umgehen kann.

Cue Exposure bedeutet die Konfrontation mit Reizen, von denen der Betroffene annimmt, diese würden ein von ihm nicht kontrollierbares Verhalten (z. B. Essen oder Alkohol-Trinken) auslösen. Bei der Cue Exposure setzt sich der Betroffene bewusst den Auslösereizen aus, ohne diese zu konsumieren, und beobachtet dabei sein Konsumverhalten. Typischerweise beschreibt der Betroffene dabei Geruch, Aussehen, Konsistenz und Emotionen bei der Exposition mit den Auslösereizen.

Bei der **Figurexposition bzw. -konfrontation** werden Betroffene angeleitet, sich mit dem Aussehen ihres Körpers systematisch auseinanderzusetzen, indem sie diesen z. B. im Spiegel betrachten und neutral beschreiben sollen.

Ferner kann in Abhängigkeit von der jeweiligen Störung und dem gewählten Vorgehen die Exposition danach unterschieden werden, in welcher Intensität und Reihenfolge (massiert, graduiert oder zufällig) sie durchgeführt wird. In jedem Fall soll übliches Vermeidungs- und Sicherheitsverhalten als Angstkontrollstrategie umfassend unterbunden werden, etwa indem bei Zwangsstörungen darauf geachtet wird, dass während der Exposition durchgeführte, als aversiv erlebte Handlungen (z. B. Kontakt mit vermeintlich »kontaminierten« Objekten) nicht während der Konfrontation oder nachträglich wieder »neutralisiert« werden (Reaktionsverhinderung).

Wirkmechanismen und Lernmodelle

Die Annahmen der Emotional Processing Theory (EPT, Foa & Kozak, 1986; Revisionen 1996 und 2006) haben die Durchführung von Expositionen auf eine theoretische Grundlage gestellt (McNally, 2007). In den letzten Jahrzehnten wurde das therapeutische Vorgehen dadurch stark beeinflusst. Die EPT nimmt an, dass pathologischem Angsterleben eine pathologische Furchtstruktur im Gedächtnis zugrunde liegt, die aus auslösenden Reizen, emotionalen Reaktionen, Verhaltensimpulsen und deren Bedeutung besteht. Nach den Annahmen der EPT kann diese Furchtstruktur durch die Aufnahme neuer, inkompatibler Informationen in die aktivierte Furchtstruktur verändert werden. Als Marker dafür, dass sich die Furchtstruktur verändert und neue Informationen aufgenommen werden, sieht die EPT (a) eine initiale Angstaktivierung

als Hinweis für die Aktivierung des Furchtnetzwerkes, (b) eine Habituation »within session«, d. h. eine Abnahme der Angstreaktion innerhalb der Expositionsübung; und (c) eine Habituation »between session«, d. h. eine Abnahme der (initialen) Angstreaktion über mehrere Expositionsübungen hinweg, sodass pathogene Verknüpfungen der Furchtstruktur nicht mehr negativ verstärkt, sondern geschwächt oder gar gelöscht werden. Dies korrespondiert mit den »klassischen Regeln« der Expositionsbehandlung:

- (1) Angst möglichst stark herstellen
- (2) Vermeidungsverhalten unterbinden und so lange in der Situation bleiben, bis ein Angstabfall erreicht ist
- (3) die Übung mehrfach wiederholen

Die Annahmen der EPT zum Wirkmechanismus der Exposition wurden jedoch mittlerweile insbesondere durch weitere Forschung zum Extinktionslernen zum Teil hinterfragt. Während es für die Rolle der Between-session-Habituation hinreichende Belege gibt, sind die Belege für die Bedeutung der initialen Emotionsaktivierung gemischt und für die Bedeutung der Within-session-Habituation eher unzureichend (für eine Übersicht s. Pittig et al., 2015).

Obwohl durch erfolgreiche Exposition die ursprüngliche furchtrelevante Verknüpfung teilweise abgeschwächt werden kann, wird Exposition mittlerweile verstärkt als ein Prozess des Neulernens verstanden. Der wichtigste Hinweis dafür, dass die ursprüngliche Verknüpfung nicht gelöscht wird, ist, dass sie selbst nach erfolgreicher Extinktion unter gewissen Umständen wieder abgerufen wird, wodurch die Furchtreaktion wiederkehren kann (Vervliet et al., 2013). Diese Mechanismen des Wiederkehrens der Furchtreaktion (»return of fear«) werden als zentral für einen Rückfall nach erfolgreicher Exposition angesehen. Demnach wird die furchtrelevante Verknüpfung nicht vollständig gelöscht, sondern es wird vielmehr neu bzw. sekundär gelernt, dass bei Konfrontation mit dem Angstreiz keine aversive Konsequenz folgt (Bouton & King, 1983; Bouton, 1993). Diese neuen Lerninhalte widersprechen somit den alten, furchtrelevanten Inhalten, wodurch diese *gehemmt* oder inhibiert werden. Dies führt letztendlich zu einer Hemmung der Furchtreaktion. Nach erfolgreicher Exposition konkurrieren demnach zwei Lerninhalte miteinander (»Ich kann in der Straßenbahn ohnmächtig werden« vs. »Ich bin in der Straßenbahn nicht ohnmächtig geworden«), und die Ausprägung beider entscheidet, ob in einer neuen Situation mit Furcht und Angst reagiert wird oder nicht. Neben einer Abschwächung der furchtrelevanten Lerninhalte fokussieren neuere Modelle somit auf eine Verbesserung und Stärkung neuer, furcht-widersprechender Lerninhalte. Hierbei ist die Annahme, dass besonders dieses widersprüchliche, neue Lernen für einen langfristigen Erfolg einer Expositionsbehandlung relevant ist und ein Wiederauftreten einer erfolgreich behandelten Furchtreaktion verhindern kann.

Nach diesen neueren Modellen sollten sich die Planung und Durchführung von Expositionsübungen daher weniger auf eine möglichst starke Within-session-Habituation fokussieren, sondern sich stärker auf die Between-session-Habituation sowie

die Stärkung (z. B. häufige Wiederholung bei Variation von Kontextfaktoren) und den Abruf (z. B. durch systematische Erinnerung an die Erlebnisse während der Expositionsübung) inhibitorischer Lernerfahrungen konzentrieren.



Auch wenn es unterschiedliche Annahmen zu den Wirkmechanismen und noch viele offene Fragen zur Wirkweise gibt, sind in der therapeutischen Konsequenz die verschiedenen theoretischen Annahmen durchaus kompatibel und sollten auch in Anbetracht der aktuellen Forschungslage nicht als sich gegenseitig ausschließende Durchführungsweisen gesehen werden. So ist zum Beispiel ein Angstabfall in einer Expositionssituation im Sinne einer Habituation in der Regel sehr vorteilhaft, obwohl das »klassische« Habituations- und Lösungsprinzip heute als teilweise überholt gilt – denn dies kann massiv zu Neulernen und Neubewertung beitragen sowie erst die Grundlage für Neulernen schaffen, das durch die emotionale Aktivierung vorher behindert wurde. Die Habituation ist also keineswegs irrelevant geworden – allerdings sollte genau überprüft werden, ob sie im individuellen Fall die beste Methode zur Testung der Befürchtung und zum Aufbau neuer Lerninhalte darstellt (was in vielen Fällen gegeben sein kann).

Die neueren Ansätze erweitern eher den Spielraum und können die Verträglichkeit erhöhen (z. B. indem in einer Expositionsübung nicht unbedingt stundenlang auf Angstreduktion gewartet werden muss und die Übung dennoch erfolgreich sein kann), als dass sie die klassischen Vorgehensweisen obsolet machen. Oft wird man in der Praxis auch intra- und interindividuell differenzielle Erfahrungen machen: Manchmal erscheint es nötig, wirklich lange auszuhalten, um die entsprechenden Befürchtungen zu reduzieren, und manchmal »macht es Klick« und der entscheidende Moment war, überhaupt in die Situation zu gehen (und längeres Verbleiben darin ist gar nicht nötig). Somit wird im Folgenden das Vorgehen bei Konfrontationstherapie so beschrieben, dass es möglichst allen bekannten Erklärungsansätzen gerecht wird. Die Wahl der eingesetzten Übungsstrategien muss sich demnach an die individuelle Befürchtungsstruktur des Patienten anpassen (vgl. auch »Personalisierte Psychotherapie«, Einführung und Abschn. 12.4).

18.2 Indikation, Kontraindikation und Nebenwirkungen

Expositionsverfahren sind immer dann indiziert, wenn eine dysfunktionale emotionale Reaktion, die ihrem ursprünglichen Zweck nicht mehr entspricht (z. B. übersteigerte Angstreaktion ohne Grundlage einer realen Gefahr), reduziert bzw. der Umgang damit verbessert werden soll (z. B. Akzeptanz).

Indikation der verschiedenen Varianten der Exposition

In-sensu-Exposition ist für alle Störungen geeignet, bei denen bestimmte Gedanken oder Vorstellungen mit negativen Emotionen verbunden sind oder ein tatsächliches

Aufsuchen einer realen Situation nicht umsetzbar ist – z. B. Generalisierte Angststörung, Zwangsstörung, Hypochondrie und Posttraumatische Belastungsstörung.

In-vivo-Exposition mit realen externen oder internen Reizen und Situationen wird bei Spezifischen Phobien, Agoraphobie, Zwangsstörung und Posttraumatischer Belastungsstörung eingesetzt.

Interozeptive Exposition mit als ängstigend erlebten internen Reizen (i. d. R. Körpersymptomen) ist für alle Störungen geeignet, bei denen Körperveränderungen mit negativen Emotionen verbunden sind – insbesondere Hypochondrie, Panikstörung und Agoraphobie.

Cue Exposure ist bei allen Störungen geeignet, bei denen Auslösereize zu Konsumverhalten führen – z. B. Substanzabhängigkeiten und Essstörungen. Ein wichtiger lerntheoretischer Unterschied zu den vorangegangenen Varianten ist, dass hierbei ein starkes Verlangen (bis hin zu *craving*) und nicht in erster Linie ein Vermeidungsverhalten abgebaut werden soll. Allerdings ist auch hierbei Vermeidungsverhalten insofern im Spiel, als dass der Konsum in der Vergangenheit meist nicht ausschließlich mit Annäherungsverhalten (aufgrund positiver Verstärkung), sondern auch mit Beendigung eines aversiven Zustands assoziiert war (negative Verstärkung, z. B. Abbau von Entzugssymptomen oder Herunterregeln aversiver Gefühlszustände); auch nach längerer Entgiftung und Abstinenz können bei einer Cue Exposure früher gelernte Entzugssymptome wieder aufflackern (vgl. Kap. 36 zu Abhängigkeitsstörungen).

Figurkonfrontation ist für alle Störungen geeignet, bei denen das Aussehen des eigenen Körpers negative Emotionen auslöst – z. B. Essstörungen oder Körperdysmorphie Störungen.

Es wäre also verfehlt, Expositionsverfahren nur der Behandlung von Angststörungen zuzuordnen. Vielfältige weitere Störungen und Probleme, bei denen Emotionsvermeidung eine wichtige aufrechterhaltende Rolle spielt, stellen Indikationsbereiche dar. Beispiele für Behandlungen, die Exposition beinhalten, wären Emotionsfokussierte Depressionsbehandlung (Kap. 58) oder expositionsbasiertes Vorgehen bei der Bearbeitung interpersoneller Probleme, z. B. im Rahmen von CBASP (Kap. 56), DBT (Kap. 57) oder der Schematherapie (Kap. 62).

Kontraindikationen

Da Expositionsverfahren zu einem kurzzeitigen Anstieg der emotionalen Reaktion und physiologischer Erregung führen können (bzw. oftmals sogar sollen), sind diese immer dann kontraindiziert, wenn die mit der Emotion einhergehende körperliche Aktivierung den Patienten gesundheitlich schädigen könnte. Dies ist selten und nur bei massiven gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Fall, z. B. wenn schwere Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Atemwegserkrankungen vorliegen. Die Entscheidung darüber, ob Expositionsverfahren bei einer vorliegenden Gesundheitseinschränkung durchgeführt werden können, muss zwingend in Absprache mit dem behandelnden Arzt erfolgen. Wichtig ist hierbei zu wissen, dass die eigentliche körperliche Belastung durch Reizkonfrontation weitaus geringer ist als bisweilen (insbesondere auf Patientenseite) angenommen (Eindecker & Gerlach, 2009).

Als weitere Kontraindikation für massierte Konfrontation ist das Vorliegen einer Psychose, einer Borderline-Störung (in bestimmten Stadien), einer Epilepsie oder einer aktuellen Substanzabhängigkeit, bei denen das Expositionsverfahren angepasst werden muss.

Vor der Durchführung von Expositionsübungen muss der Patient über das Vorgehen informiert werden und diesem zustimmen. Daher gilt auch die Nichteinwilligung des Patienten in ein Expositionsverfahren als Kontraindikation (vgl. Kap. 76).

Risiken und Nebenwirkungen

Es ist davon auszugehen, dass auch bei adäquater Durchführung von Exposition auch nicht direkt beabsichtigte Wirkungen und Nebenwirkungen einhergehen. Zu unmittelbaren Nebenwirkungen, die allerdings notwendigerweise zum bei der Exposition angestrebten Training der Emotionsregulation dazugehören, zählt die Evokation von aversiven Emotionen im Rahmen der Konfrontationsübungen (einschließlich Erschöpfung im Anschluss) – ob dies nun als »unerwünschter Effekt« einzustufen ist, ist hierbei nicht eindeutig zu klären, sollte jedoch mit dem Patienten stets transparent besprochen werden. Weitere potenzielle Nebenwirkungen finden sich im zwischenmenschlichen Bereich. So wird z. B. im Falle der Panikstörung mit Agoraphobie häufiger davon berichtet, dass es nach erfolgreicher Expositionsbehandlung zu Beziehungsproblemen kommen kann, insbesondere wenn Patienten durch eine erfolgreiche Exposition wesentliche Freiheiten und Selbstbewusstsein (wieder-)erlangen. Dabei handelt es sich um eine Wirkung, die durch die Exposition nicht angestrebt wurde – ob es sich dabei aber immer um eine unerwünschte Nebenwirkung handelt (wenn z. B. die Beziehungskonflikte dadurch entstehen, dass die Patientin nun wieder am Leben teilnehmen und eigenen Interessen nachgehen möchte), muss auch hier im Einzelfall geprüft werden. Davon unabhängig sollten Patienten darüber aufgeklärt werden, welche möglichen Probleme eintreten könnten, wenn die Behandlung erfolgreich verläuft, oder wenn Klärungsprozesse in Gang gesetzt werden und neu gewonnene Freiheitsgrade das Leben verändern.

18.3 Praktische Durchführung

(1) Vorbereitung des Patienten auf die Expositionsdurchführung

Vor jeder Expositionsdurchführung muss der Patient das Ziel sowie das Vorgehen und Verhalten während der Exposition verstehen und diesen zustimmen.



Das Ziel, auf das der Patient hin orientiert werden sollte, ist die Erfahrung, dass auch ohne den Einsatz von Sicherheits- oder Vermeidungsverhalten die gefürchtete Konsequenz gar nicht oder nicht im befürchteten Ausmaß eintritt. Zum Vorgehen sollte der Patient darüber informiert werden, dass er wiederholt emotionsauslösenden Reizen oder Situationen so lange ausgesetzt wird, bis entweder die negative emotionale Aktivierung nicht mehr auftritt bzw. deutlich nach-

gelassen hat, oder die Situation auch ohne jegliches Sicherheitsverhalten handhabbar geworden ist. Es geht also nicht darum, konkrete Situationen zu trainieren (z. B. wieder eine bestimmte Strecke zur Arbeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln zurücklegen zu können), sondern darum, aversive Emotionen zu meistern. Wichtig ist auch zu erarbeiten, dass es sich hierbei nicht um eine singuläre »Mutprobe« handeln sollte, sondern Variation und Wiederholung zum Umlernen entscheidend sind.

Hierbei ist mit dem Patienten zu erarbeiten, warum es bisher bei ihm nicht zu einer Reduktion der emotionalen Reaktion gekommen ist (z. B. Aufrechterhaltung durch Vermeidungs- oder Sicherheitsverhaltensweisen) und wie die Exposition nun zu dieser Reduktion führen wird. Eine Möglichkeit zur Vermittlung des Expositionsrationals stellt ein Gedankenexperiment dar, bei dem der Patient das Rational selbst entdecken kann.

Beispiel

Expositionsrationale durch Gedankenexperiment selbst entdecken

Der Patient hat eine Agoraphobie. Die Diagnose, die Funktionen von Angst, die Entstehung der Problematik und die Aufrechterhaltung durch das Vermeidungsverhalten wurden dem Patienten erläutert (vgl. Abschn. 40.3). Es wird ihm nun erklärt, dass der Therapeut erfahren möchte, was der Patient glaubt, was passieren würde, wenn er sich einer Angstsituation ohne Vermeidung stellen müsste. Der Patient soll sich dazu eine Situation vorstellen und für die von ihm erwartete Angst eine Verlaufskurve zeichnen.

T: Ich bitte Sie, sich vorzustellen, Sie seien allein in einem Fahrstuhl eingeschlossen, der steckengeblieben ist. Sie wissen, es ist niemand da, um Sie herauszuholen, und Sie haben selbst keine Möglichkeit, den Fahrstuhl zu verlassen – das ist Ihnen bewusst. Sie sind in dieser Situation dazu verdammt, die aufkommenden Gefühle zu erleben und können nichts dagegen tun. Was denken Sie, wie verläuft die Angst?

P: Das ist eine gruselige Situation. Da hätte ich starke Angst [fängt an, eine Linie zu zeichnen].

T: Stopp. An dieser Stelle [zeigt auf das Ende der Linie], was haben Sie für Körpersymptome?

P: Ich zittere, schwitze, mein Herz rast.

T: Was geht Ihnen durch den Kopf?

P: Ich drehe durch, wenn ich hier nicht rauskomme.

T: Sie wissen, Sie kommen nicht raus. Wie verläuft Ihre Angst weiter? Steigt sie noch?

P: Wenn ich da nicht rauskomme, dann wird es immer schlimmer.

T: Zeichnen Sie es bitte ein.

P: [zeichnet die Linie weiter]

T: Stopp. Was spüren Sie an dieser Stelle? Was geht Ihnen durch den Kopf?

Das Gedankenexperiment wird so lange fortgesetzt, bis der Patient entweder von selbst annimmt, dass sich die Angst bei konstanter Situation von selbst reduzieren wird, zum Beispiel weil man spürt, dass (doch) keine Gefahr besteht, oder weil bewusst wird, dass der menschliche Körper gar nicht für eine über Stunden anhaltende maximale Panikreaktion angelegt ist. Hierbei gilt es, genau zu explorieren, *warum* der Patient einen Angstabfall annimmt, da eine solche Aussage möglicherweise eine Art Vermeidung der aversiven Gedankenexperiment-Situation darstellt.

Wenn der Patient davon überzeugt ist, dass eine Katastrophe eintritt (Herzinfarkt, »Verrücktwerden«), so wird dies zunächst vermerkt und das Experiment weitergeführt, als sei dieses Ereignis nicht eingetreten. Im Anschluss wird diskutiert, ob die befürchteten Katastrophen (z.B. Sterben oder Verrücktwerden) mit der Schutzfunktion der Angst in Einklang stehen. Ziel ist es dabei, die Wahrscheinlichkeit der Katastrophe abzuwägen. Wenn der Patient einen permanenten Anstieg erwartet, wird seine Annahme korrigiert und die Wirkweise der Exposition erklärt.

Ein solches Gedankenspiel zur Vorbereitung von Expositionsübungen kann durchaus umfangreich ausfallen, sodass hierfür ggf. eine Doppelstunde reserviert werden sollte.

Zur weiteren Förderung der Motivation können gemeinsam mit dem Patienten die persönlichen Kosten und der persönliche Nutzen, den das durchaus anstrengende Expositionsverfahren haben könnte, disputiert werden – denn auch die Beibehaltung des bisherigen (Vermeidungs-)Verhaltens und Schonung haben unangenehme Konsequenzen (vgl. Kap. 19).

(2) Planung der Expositionen

Vor der Durchführung der Exposition sollte das Vorgehen hinreichend detailliert geplant werden. Wichtige diagnostische Informationen sind hierbei: Welche Situationen – bzw. welche Aspekte daran genau – sind angstausslösend? Welche Angstkontrollstrategien wendet der Patient normalerweise in solchen Situationen an? Welche Befürchtung hat der Patient in diesen Situationen? Die konkreten Expositionsübungen sind so auszuwählen, dass sie eine emotionale Reaktion beim Patienten auch tatsächlich auslösen bzw. dass auch alle Randbedingungen für eine befürchtete Konsequenz hergestellt werden, damit er die angestrebte Lernerfahrung auch tatsächlich machen kann. Grundsätzlich sollten zumindest die ersten Expositionssituationen so gestaltet sein, dass sie für den Behandler gut kontrollierbar und herstellbar sind.

Die Planung der Expositionssituationen kann je nach gewähltem Vorgehen durch den Therapeuten alleine oder gemeinsam mit dem Patienten erfolgen. Häufig werden zur gemeinsamen Planung und Besprechung des Vorgehens sog. Angsthierarchien erstellt. Dabei wird eine Liste der angstausslösenden Situationen erstellt, die im Anschluss bezüglich der Stärke der Angst vor der Situation geordnet werden. Hierzu können zunächst eine sehr stark, eine mittlere und eine schwach angstausslösende

Situation herausgesucht werden. Sodann werden die verbleibenden Situationen entsprechend ihrer Angstauslösung hinzugeordnet. Bei einem massierten Vorgehen würden bereits zu Beginn die Situationen mit starker Angstauslösung durchgeführt. Bei einem gestuften Vorgehen würden diejenigen Situationen herausgesucht, die zu einer mittleren Angstauslösung beim Patienten führen und mit diesen Übungen begonnen; im Verlauf würde sich die Übungsschwierigkeit dann hin zu den stark angstauslösenden Situationen steigern. Ein gestuftes Vorgehen sollte gewählt werden, wenn die Übungen durch den Patienten eigenständig – ohne Begleitung durch den Therapeuten – durchgeführt werden sollen bzw. dann angeboten werden, wenn sich der Patient trotz geplanter Therapeutenbegleitung nicht auf ein massiertes Vorgehen einlassen kann. Gegebenenfalls kann auch eine zufällige Abfolge innerhalb der Hierarchie sinnvoll sein (s. u.).

(3) Durchführung der Expositionsübungen

Nach Möglichkeit sollte zumindest die erste Expositionsübung von Therapeut und Patient gemeinsam durchgeführt werden. Zum einen, damit der Therapeut wichtige Vorgehensweisen und die Grundstruktur der Übungen erläutern kann und beim Unterbinden der Angstkontrollstrategien hilft. Zum anderen ist die Begleitung bei Expositionsübungen in der Regel diagnostisch sehr aufschlussreich, was genutzt werden kann, um die Behandlung noch weiter zu individualisieren.

Bei der Durchführung der Exposition arbeiten Therapeut und Patient eng zusammen. Die Aufgabe des Patienten während der Expositionsdurchführung, nämlich sich den durch die Situationen, Objekte oder Vorstellungen ausgelösten Gefühlen zuzuwenden, diese zu erleben und nichts zu unternehmen, um die Gefühle zu kontrollieren, wurde bereits hinreichend erwähnt. Doch was bedeutet dies genau für den Patienten – was soll er während der Exposition genau tun? Hier scheint eine Grenze erreicht, ab der keine exakten Instruktionen für den Patienten mehr möglich sind – es ist nur schwer möglich zu beschreiben, wie man »etwas fühlt«. Typischerweise wird der Patient während der Expositionsübungen dazu angehalten, die Objekte, Vorstellungsbilder und Situationen sowie die dabei aufkommenden Emotionen (also das erlebte Gefühl, die damit verbundenen physiologischen Reaktionen, Gedanken und Handlungsimpulse) zu beschreiben, und die Stärke der Emotion einzuschätzen. Gleichzeitig wird er angehalten, kein Sicherheits- und Vermeidungsverhalten einzusetzen. Die Aufgabe des Therapeuten besteht darin, den Patienten bei der Expositionsdurchführung zu unterstützen. Da die Wirksamkeit der Exposition in starkem Maße von der Wiederholung und der Variation der Übungen abhängig ist, sollten die bereits durchgeführten Übungen vom Patienten dann als Hausaufgaben wiederholt werden – bzw. im späteren Verlauf der Therapie kann der Patient auch neue Expositionssituationen als Hausaufgabe durchführen (vgl. Kap. 14).



Die Unterstützung während der Übungen besteht darin, dass der Therapeut dem Patienten dabei hilft, sich den z. B. angstauslösenden Situationen auszusetzen. Dies erreicht der Therapeut in der Regel dadurch, dass er

- ▶ den Patienten dafür lobt, dass er sich der gefürchteten Situation annähert,
- ▶ ihn daran erinnert, warum die Exposition notwendig ist,
- ▶ ihn unter Angst nicht in eine Entscheidungssituation bringt,
- ▶ ihm klare Handlungsanweisungen gibt und das emotionale Erleben des Patienten in dieser Situation benennt und akzeptiert.

Der Therapeut sollte wichtige »Grundregeln« der Expositionsübungen nach den erfolgten Übungen verdeutlichen, um mit dem Patienten eine angemessene eigenständige Durchführung zu erreichen.

Beispiel

Es soll eine Expositionsübung im Fahrstuhl durchgeführt werden. Der Patient bleibt mit etwas Abstand vor dem Fahrstuhl stehen und äußert:

P: Ich will nicht in den Fahrstuhl einsteigen – das ist viel zu gefährlich.

T: [steht in der Nähe des Patienten] Sie haben jetzt starke Angst – am liebsten würden Sie da nicht einsteigen. Geben Sie der Angst nicht Recht, sonst wird sie sich weiter verfestigen. Gehen Sie etwas näher an den Fahrstuhl heran und schauen Sie, was passiert.

P: [geht einen Schritt vor]

T: [geht einen Schritt nach] Sehr gut. Gehen Sie noch einen Schritt vor!

Während der Exposition selbst ist es Aufgabe des Therapeuten, dem Patienten dabei zu helfen, kein Sicherheits- und Vermeidungsverhalten einzusetzen. Daher achtet der Therapeut auf das Verhalten des Patienten und regt ihn an, sein Verhalten zu überprüfen, wie in folgendem Beispiel einer Expositionssituation. Eine agoraphobische Patientin sitzt während einer Expositionsübung im Bus und schaut aus dem Fenster.

T: Sie schauen aus dem Fenster – hilft Ihnen das, die Angst zu reduzieren?

P: Ja, dann sehe ich nicht, wie voll der Bus ist, und merke meinen Körper nicht so stark.

T: Das ist Vermeidungsverhalten. Schauen Sie in den Bus. Sehen Sie, wie viele Leute hier sind? Was bemerken Sie körperlich? Schlägt Ihr Herz stärker?

P: Oje, es wird schlimmer, die Angst steigt.

T: Sehr gut. Bleiben Sie dabei. Versuchen Sie nicht, die Angst zu reduzieren.

Ferner lobt der Therapeut das Angsterleben des Patienten und bittet ihn, während der Exposition die von ihm wahrgenommenen Symptome, die Stärke der emotionalen Aktivierung und das, was ihm durch den Kopf geht, zu benennen.

Vor der Expositionsübung wird ein Kriterium festgelegt, wann die Übung beendet werden kann. Klassischerweise ist dies eine deutliche Reduktion der emotionalen Aktivierung – dies muss aber nicht zwingend so sein. Auch Expositionsübungen, bei denen bei Beendigung immer noch starke Anspannung etc. vorhanden ist, können als erfolgreich betrachtet werden, wenn dabei im beschriebenen Sinne Neues gelernt

wurde (vgl. Abschn. 18.1). In jedem Falle sollte das jeweilige Kriterium unbedingt vor Beginn der Übung genau besprochen werden (»Ab wann wird etwas Neues gelernt?«), da dies während der Übung nicht möglich ist und die Aufmerksamkeit von der eigentlichen Übung ablenkt.

(4) Nachbesprechung der Exposition

Im Anschluss wird der Verlauf der Übung besprochen und protokolliert sowie die zeitnahe Wiederholung der Übung geplant und (ggf. als Hausaufgabe) durchgeführt. Entsprechend des Expositionsrationals sollte der Patient wenigstens protokollieren, welche Übung er durchgeführt hat; wie lange die Übung gedauert hat; wie stark seine Angst vor Beginn, zu Beginn der Übung, das Maximum der Angst sowie wie hoch die Angst am Ende der Übung war (meist auf einer Skala von 0 = keine Angst bis 10 = maximale Angst); sowie ob Sicherheits- und Vermeidungsverhaltensweisen eingesetzt wurde. Um den langfristigen Lerneffekt zu stärken, bietet es sich an, ebenfalls zu notieren, was durch die Übung gelernt wurde (»Wenn ich joggen gehe, schlägt mein Herz nicht so schnell, dass ich einen Herzinfarkt bekomme«). Hierdurch zeigen sich oft verbleibende Befürchtungen, die in weiteren Übungen behandelt werden können (z. B. »Was passiert, wenn der Puls höher ist?«). Mithilfe der Aufzeichnungen können die Übungen also nachbesprochen werden und die Ergebnisse zur Planung neuer Aufgaben herangezogen werden. Derartige Protokollvorlagen finden sich in den einschlägigen Manualen, können aber auch individuell gemeinsam mit dem Patienten erstellt werden.

Auch wenn begleitete Exposition zumindest zu Beginn von Vorteil ist, kann dies nicht immer realisiert werden. Wenn (z. B. aufgrund organisatorischer Schwierigkeiten) die Expositionsübungen ganz ohne Begleitung des Therapeuten erfolgen, ist eine besonders exakte Vorbesprechung notwendig, in der das zu erwartende Verhalten des Patienten vorweg genommen wird und Umgangsweisen dafür erarbeitet werden. Ebenso wichtig ist in diesem Fall die genaue Auswertung des Übungsverlaufs.

Beispiel

Vorbesprechung einer unbegleiteten Expositionsübung zum Busfahren

Patient und Therapeut haben bereits eine Buslinie, eine Haltestelle und eine Uhrzeit zur Durchführung der Expositionsübung ausgesucht.

- T: Wenn Sie daran denken, dass Sie ohne Sicherheits- und Vermeidungsverhalten in den Bus der Linie 4 einsteigen, wie stark ist dann jetzt Ihre Angst?
- P: Auf der Skala von 0 bis 10 schon bei 8.
- T: Dann können wir erwarten, dass Sie, wenn Sie am Montag in den Bus einsteigen sollen, bereits starke Erwartungsangst haben werden.
- P: Das denke ich auch.
- T: Was können Sie tun, damit Sie es dennoch angehen können?
- P: Das mache ich schon, das nehme ich mir jetzt einfach vor.

- T: Das ist gut – häufig reicht aber eine reine Vornahme nicht aus, um die starke Erwartungsangst in dem Moment zu überwinden. Gibt es etwas, was Sie tun können, damit es leichter wird, wirklich einzusteigen?
- P: Ich könnte mir schon vorher eine Fahrkarte besorgen.
- T: Das wäre gut – wir legen gleich fest, wann Sie die vorher kaufen. Wenn der Bus kommt, gibt es etwas, was es Ihnen erleichtert, trotz Angst einzusteigen und nicht zu lange zu zögern?
- P: An der Haltestelle ist ja immer viel los. Ich könnte mich gleich ganz nach vorne, nah an die Straße stellen, damit andere Leute hinter mir sind und ich nicht so leicht umdrehen kann.
- T: Ja, das wäre eine gute Möglichkeit. Wenn Sie nun im Bus sind, wohin gehen Sie?
- P: Nach hinten durch.
- T: Warum?
- P: Na ja, dann würde ich nicht gleich wieder aussteigen können.
- T: Sehr gut, Sie würden also nicht deswegen nach hinten gehen, weil das Ihre Angst reduzieren würde?
- P: Nein, eher um mich vom Flüchten zurückzuhalten ...
- T: Okay, das ist genau richtig, dass Sie da nicht vermeiden! Dann kommen Sie aber an der offenen hinteren Tür vorbei – wie können Sie verhindern, dass Sie wieder aussteigen? Die Angst wird dann vielleicht stärker geworden sein.
- P: Ich könnte warten, bis die Türen hinten geschlossen sind, und dann erst nach hinten durchgehen.
- T: Super. Wenn Sie hinten angekommen sind, was könnte Ihnen helfen, sich nicht von Ihrer Angst abzulenken?

(5) Rückfallprophylaxe

Zur Rückfallprophylaxe sollten die Erfahrungen des Patienten gesammelt werden, die er während der Expositionsdurchführung gemacht hat. Der Patient sollte benennen, was er im Umgang mit den negativen Emotionen gelernt hat, und daraus ableiten, wie er in Zukunft damit umgehen will, wenn solche negativen Emotionen wieder auftreten. Der Patient sollte in diesem Zusammenhang darauf aufmerksam gemacht werden, dass die in der Therapie behandelten negativen Emotionen – z. B. unter Stressbelastung – erneut auftreten können und dass dann eine Anwendung der in der Therapie gelernten Methoden erfolgen sollte. Neben der Übertragung der Lernerfahrung der Therapie auf neue Situationen sollte auch eine möglicherweise vorhandene Restsymptomatik (z. B. noch die Vermeidung von längeren Flugreisen) thematisiert und der Umgang damit (z. B. bewusst eine längere Flugreise in den nächsten Urlaub zu unternehmen) geplant werden. Im Rahmen der Rückfallprophylaxe können auch weitere Themen wie Stressreduktion durch Sport oder Entspannung besprochen werden.

Die im Folgenden geschilderten Optimierungs-Ansätze sind im Grunde meist auch der Rückfallprophylaxe zuzuordnen und können dazu beitragen, das Phänomen eines »return of fear« gut in den Griff zu bekommen.

Optimierung von Expositionsbehandlung: praxisrelevante Hinweise aus der psychologischen Forschung

Die psychologische Forschung zu (Lern-)Mechanismen im Bereich der Konfrontationstherapien ist ein hervorragendes Beispiel für das kontinuierliche Bemühen um wissenschaftliche Fundierung in der Verhaltenstherapie. So erforschen mehrere Arbeitsgruppen in experimentellen Studien verschiedenste Strategien, die dabei helfen können, die Expositionstherapie individuell »an mehreren Stellschrauben« zu optimieren und das Neugelernte zu stabilisieren (Craske, 2015; Pittig et al., 2016). Ein wichtiger Ausgangspunkt hierbei ist die eingangs erwähnte Erkenntnis, dass im Zuge von Reizkonfrontation die ursprüngliche Reaktion (z.B. Panikattacke oder andere Angstreaktion) nicht einfach verlernt wird (im Sinne von »komplett gelöscht«), sondern dass diese ursprünglichen Reaktionen aktiv gehemmt werden (Inhibitionslernen bzw. inhibitorisches Extinktionslernen), indem alternative Reaktionen gebahnt und etabliert werden. Anders ausgedrückt: Es geht in besonderem Maße darum, die Bereitschaft für überschießende, automatische Angstreaktionen möglichst nachhaltig zu hemmen. Neben eher neurobiologischen Strategien, wie einer pharmakologischen oder direkter neuro-modulatorischer Unterstützung des Neulernens (s. z. B. Hofmann et al., 2014; Marin et al., 2014), zeichnen sich hierbei auch behaviorale Strategien ab, die unmittelbar für die praktische Vorbereitung und Durchführung von Expositionsübungen im Rahmen einer Psychotherapie relevant sind. Eine kontrollierte Überprüfung einer Vielzahl dieser Strategien im klinischen Behandlungskontext ist erforderlich. Beispielhaft sind folgende Elemente von Belang:

(Negative) Erwartung (möglichst stark und nachhaltig) verletzen. Damit neues Lernen entsteht, muss eine Erfahrung gemacht werden, die bisherigen Annahmen widerspricht (violation of expectancies; Rescorla & Wagner, 1972). Daher sehen neuere Ansätze im Ausmaß, in dem hinsichtlich der angstbezogenen Erwartungen (bzw. der Befürchtung schlimmer Konsequenzen) korrigierende Erfahrungen gemacht werden, einen wichtigen Wirkfaktor bei der Expositionsbehandlung – je »überraschter« ein Patient von Verlauf und Ergebnis einer Reizkonfrontation ist, desto besser. Dies betrifft sowohl das Auftreten des Befürchteten an sich – z. B. kommt es in Situation X (z. B. Kaufhaus) mit Randbedingung Y (z. B. warm und überfüllt) überhaupt zur erwarteten Panikattacke? –, aber insbesondere auch auf Häufigkeit, Dauer und Intensität der befürchteten aversiven Konsequenzen. Diese Sichtweise ist bislang vor allem bei der KVT der Sozialen Phobie bereits etabliert (Kap. 40), gilt aber generell.

Sicherheitsverhalten abbauen (»Entwöhnen«). Es ist für Menschen gewissermaßen normal, viele kleine Sicherheiten, Bequemlichkeiten oder entsprechende kleine Rituale in den Alltag einzubauen (z. B. Mitführen von Mobiltelefon; genaues Vorherplanen neuartiger Situationen; Vermeiden überfüllter U-Bahnen, wenn man auch zu einem ruhigeren Zeitpunkt fahren kann; Mitführen eines Talisman etc.). Im Rahmen von Konfrontationstherapien ist es aber entscheidend, auch auf solche alltäglichen »Hilfsmittel« verzichten zu lernen, denn wenn man solche bei den Übungen einsetzt, findet kein bzw. nur eingeschränktes Extinktionslernen statt (»protection from extinction«). Somit gilt es, auch durchaus zunächst erst einmal ungewöhnliche oder auf den ersten

Blick übertrieben wirkende Übungen mit einzubauen. Dies bedeutet nicht, dass man es sich zukünftig immer unrealistisch schwer machen muss – aber es sollte möglichst generalisiert die Erfahrung gemacht werden, dass man »im Ernstfall« keinerlei Sicherheitsverhalten nötig hat. Falls ein Patient überhaupt nicht zu einem kompletten Verzicht auf Sicherheitsverhalten und -signale bereit ist, kann zur Erhöhung der Motivation auch ein graduelles Ausschleichen vereinbart werden (Telch & Lancaster, 2012).

Kontext und Stimulus variieren. Dies ist eine der wichtigsten Regeln für die Reizkonfrontationstherapie überhaupt: Es soll nicht nur quasi als »Mutprobe« mal etwas getan werden, das man sich zuvor nicht getraut hat, sondern es muss wiederholt, in vielen Kontexten und mit verschiedenen Reizen variabel trainiert werden, um die Generalisierung des Gelernten sicherzustellen (Bouton, 2002). Also wird empfohlen, in allen möglichen Bereichen Variationen und Wiederholungen in den Therapieplan (bzw. auch in Rückfallprophylaxe, denn auch das Verstreichen von Zeit nach Therapie ist ein Kontextfaktor) einzubauen:

- ▶ örtlich (verschiedenste Situationen)
- ▶ sozial (z. B. begleitet und unbegleitet, in Gegenwart Fremder oder Bekannter)
- ▶ internal (z. B. an »guten« und an »schlechten Tagen«)
- ▶ zeitlich (z. B. lang / kurz, morgens / abends)
- ▶ Intensität (z. B. bezüglich einer Angsthierarchie leichter oder schwerer) etc.

Interessanterweise gibt es zum Aspekt der Intensität gedächtnispsychologische Hinweise dafür, dass hierbei die Abarbeitung einer Zufalls-Reihenfolge besonders gut funktioniert – so bekommt die alte Debatte, ob man bei der Reizkonfrontation besser graduiert oder massiert vorgehen sollte, eine ganz neue Nuance.

Speicherung und Abruf des Gelernten verbessern. Verschiedene Befunde aus Lernpsychologie und Didaktik-Forschung können dazu anregen, das langfristige Abspeichern oder Konsolidieren von Neugelerntem zu optimieren, z. B. zunehmende Abstände zwischen Expositionssituationen und Durchführung von Booster-Sessions, mit Erinnerungs- bzw. Hinweis-Hilfen arbeiten (z. B. Karteikarten »Was habe ich gelernt?«), ausführliches Nachbesprechen, Aufschreiben, langfristiger Wiederholungsplan (auch nach Therapie) etc. Das wiederholte Abrufen der in der Exposition neu gelernten Gedächtnisinhalte soll zu einer erneuten Aktivierung und anschließenden Wieder-Speicherung führen, wodurch die spätere Abrufbarkeit erhöht werden soll.



Es sei empfohlen, bei der konkreten Therapieplanung stets die genannten Aspekte zu berücksichtigen und auch bei der Analyse von nicht-zufriedenstellend verlaufenden Reizkonfrontationstherapien zu nutzen: Bevor man zum Schluss kommt, »Exposition funktioniert bei diesem Fall nicht«, sollte sorgfältig geprüft werden, ob die Exposition auch im hier genannten Sinne *lege artis* durchgeführt wurde.

18.4 Typische Schwierigkeiten und Probleme

Im Folgenden werden typische Schwierigkeiten bei der Reizkonfrontations-Behandlung aufgeführt – siehe ergänzend hierzu auch entsprechende Abschnitte in den Kapiteln 40 bis 42.

Therapeut »übernimmt« Vermeidungsstrategien des Patienten

Gerade noch nicht besonders erfahrene Verhaltenstherapeuten erleben Schwierigkeiten darin, mehrere therapeutische Strategien auf verschiedenen Ebenen parallel zu steuern oder zu gewichten. Beispiel: Ein Patient hat eine Störung, die eine expositions-basierte Therapie nahelegt, andererseits aber auch interaktionelle Probleme und akzentuierte »schwierige« Persönlichkeitszüge; zudem findet er eigentlich andere Dinge wichtiger zu bearbeiten bzw. hegt deutliche Zweifel an einem konsequenten Konfrontationsrational. Soll man dann Letzteres als (unbewusste) Vermeidungsstrategie einordnen und mit aller Macht weiter zur Exposition motivieren? Oder sollte man im Rahmen einer motivorientierten Beziehungsgestaltung (vgl. Kap. 2, 10) dem Bedürfnis des Patienten nach autonomer Mitgestaltung seiner Therapie Vorrang geben, indem man dies »validiert« und eine mögliche Expositionsbehandlung bis auf Weiteres verschiebt? Es kann hierauf keine allgemein gültige Antwort geben – aber es sei angemerkt,

- (a) dass behaviorale, auf deutliche Änderung von automatisierten Abläufen zielende Interventionen sehr gut den Beginn einer Behandlung (auch komplexer Probleme) darstellen können, auf deren Basis man anschließend deutlich erweiterte Möglichkeiten haben kann, weitere Problematik mit Störungswert zu bearbeiten;
- (b) dass in der Rückschau von solchen Fällen in der Supervision oft (selbstkritisch) reflektiert wird, dass man eventuell doch zu sehr auf Beziehungsgestaltung und immer neue aktuelle Probleme geachtet und umgrenzte Konfrontationsübungen erst zu spät angesetzt habe.
- (c) Zentral ist – wie es zum Beispiel Frederick Kanfer in seinen »11 Gesetzen zur Therapie« (2009) herausstellt –, dass man in jedem Falle (nicht nur vor Einleitung einer Expositionsbehandlung) erst ein genaues Verständnis für die Problemlage des Patienten entwickeln muss, da »gegen den Patienten arbeiten« in der Regel eher zu unproduktiven oder schädlichen Ergebnissen führt.

Übersehen von Sicherheitsverhalten und Vermeidung

Bei Expositionsübungen sind nicht alle Angstbewältigungsstrategien leicht erkennbar. Möglicherweise setzen Patienten etwa Verhaltensweisen ein, die ihnen ein Gefühl der Kontrolle geben (z. B. Muskeln anspannen), ohne diese als Vermeidungsverhalten benennen zu können. Hier kann die Beobachtung durch den Therapeuten hilfreich sein. Der Therapeut kann den Patienten dann anleiten, das beobachtete Verhalten zu unterlassen (z. B. entspannen), und prüfen, ob das zu einer direkten Angstreduzierung oder Angststeigerung beiträgt. Führt das Unterlassen des Verhaltens zu einer unmittelbaren Angststeigerung in der Situation, hat man richtig gelegen und die Exposition

optimiert, wenn der Patient auch ohne dieses Verhalten auch die nunmehr »verschärfte« Angstsituation meistert.

In einigen Fällen versuchen sich Patienten in Gedanken zu beruhigen, indem sie sich beispielsweise sagen, dass es sich nur um eine ungefährliche Übung handelt. Dieses kognitive Vermeidungsverhalten ist durch den Therapeuten nicht direkt beobachtbar, lässt sich jedoch häufig an einem stark schwankenden Angstverlauf erkennen. Vermutet der Therapeut ein solches kognitives Vermeidungsverhalten, sollte er den Patienten diesbezüglich befragen. Um den Einsatz des kognitiven Vermeidungsverhaltens (z. B. auch Ablenkung) zu erschweren, kann der Therapeut dem Patienten die Situation, die Symptome und die Befürchtungen durch Ansprechen bewusst machen oder die körperlichen Symptome durch eine interozeptive Übung steigern.

Der Einsatz von kognitivem Vermeidungsverhalten könnte auch darauf hindeuten, dass der Patient das Behandlungsrational anders auffasst als der Therapeut (z. B.: »Hauptsache, ich bekomme in solchen Situationen keine Angst!«). Ist dies der Fall, sollte das Expositionsrationale wiederholt werden um sicherzustellen, dass Therapeut und Patient das gleiche Ziel in einer Expositionsübung verfolgen, nämlich zu testen, ob bei Unterlassen von Gegenmaßnahmen die befürchteten Konsequenzen eintreten oder nicht.

Es ist nicht organisierbar, dass man den Patienten umfassend begleitet, aber er macht auch keine Übungen als Hausaufgabe

Da die Wirksamkeit der Expositionsbehandlung in hohem Maße davon abhängig ist, dass die Übungen wiederholt werden, stellt es in jedem Fall ein Problem dar, wenn der Patient keine Übungen als Hausaufgaben macht. In solchen Fällen sollte zunächst geklärt werden, warum der Patient dies nicht tut. Dabei sollte darauf geachtet werden, dass der Therapeut ein tatsächliches Interesse daran hat, die Gründe für die Nichterledigung zu erfahren und dass so verhindert wird, dass der Patient unter Rechtfertigungsdruck gerät.

Ein Grund für das Unterlassen der Hausaufgaben kann darin liegen, dass die Angst des Patienten noch zu stark ist. In diesem Falle bietet sich an zu prüfen, ob nicht wenigstens eine Exposition begleitet durchgeführt werden kann bzw. ob die Expositionsübung in der Schwierigkeit reduziert werden kann. Ein weiterer Grund kann auch in der Fehlkonzeption des Patienten liegen, jede Übung müsse nur einmal – sozusagen als Mutprobe – aufgesucht werden. Hier bietet sich die Wiederholung des Expositionsrationals an.

Ferner könnte sich auch herausstellen, dass der Patient nicht hinreichend motiviert ist, die Übungen durchzuführen. Sei es beispielsweise, weil er nicht an deren Erfolg glaubt, es sich ohnehin nicht zutraut, oder weil er auf andere für ihn positive Aspekte zugunsten der Expositionsübungen verzichten müsste. Hier besteht die Möglichkeit einer motivationalen Klärung oder kognitiver Interventionen. Weitere Strategien bei mangelnder Motivation zu Hausaufgaben finden sich in Kapitel 14.

18.5 Kritische Einordnung

Seit ihren Anfängen sind expositionsbasierte Interventionen ein wichtiger Bestandteil der Kognitiven Verhaltenstherapie. Auch wenn das Wissen zum komplexen Zusammenspiel von Wirkmechanismen der Expositionstherapie nach wie vor stetig weiter ausdifferenziert werden muss, gilt die Wirksamkeit in vielen verschiedenen Anwendungsbereichen – d. h. nicht nur bei Angststörungen – als außerordentlich gut belegt (z. B. Foa et al., 2005; Hofmann & Smits, 2008; Moscovich et al., 2008) und stellt eine der Erfolgsgeschichten in der Klinischen Psychologie dar. Weitere potenzielle Optimierungen der Anwendung sind bereits auf dem Wege, wenn auch noch nicht im Praxisalltag verfügbar. Hierzu zählen pharmakologische Augmentation bzw. Enhancement: Unter bestimmten Rahmenbedingungen soll das Extinktionslernen und dessen Generalisierung zum Beispiel mithilfe von d-Cycloserin (DCS) gesteigert werden können; allerdings sind die Befunde hierzu noch schwach (Ori et al., 2015). Möglicherweise hoffnungsvoll für die Praxis ist im Zuge der gewachsenen technischen Möglichkeiten auch der Einsatz der Nutzung von Smartphones und Augmented-Reality-Brillen für In-vivo-Steuerung, Monitoring und Assessment bei Expositionsbehandlungen (vgl. z. B. Kelly et al., 2012).

Verschiedene Varianten des Rückfallrisikos bestehen, können allerdings wie beschrieben verstanden und bearbeitet werden. Nach wie vor profitieren nicht alle Patienten von einer solchen Behandlung oder erklären sich nicht bereit, eine solche Behandlung durchzuführen – trotz des breiten Indikationsspektrums der Expositionsverfahren und ihrer belegten Wirksamkeit werden diese Verfahren in der therapeutischen Praxis noch zu selten angewendet. Möglichweise liegt dies auch an Fehlannahmen auf Behandlerseite über Risiken und Nebenwirkungen. Hierzu gehört beispielsweise, dass die Exposition die therapeutische Beziehung gefährde, von Patienten abgelehnt werde oder dass es durch Exposition zu einer Verschlechterung der Symptomatik oder einer steigenden Suizidalität käme, die Patienten die Behandlung vorzeitig abbrechen oder die Wirksamkeit der Exposition nur gegeben wäre, wenn es sich um eine »reine« Störung – als z. B. eine reine Panikstörung ohne komorbide Depression – handle. All diesen Annahmen fehlt die empirische Basis; für einige der Annahmen liegen mittlerweile sogar deutliche Gegenbelege vor (z. B. Black Becker et al., 2007; Cook et al., 2004; Foa et al., 2005; Emmrich et al., 2012). Auch Shafran et al. (2009) beklagen, dass sich ganz allgemein Angebot und adäquate Anwendung Kognitiver Verhaltenstherapie – und darunter insbesondere Expositionsverfahren – in den letzten Jahrzehnten kaum verbessert hätten, und benennen Barrieren, die es hinsichtlich der Verbreitung (*dissemination*) zu überwinden gilt.

FAQ

Ist Reizkonfrontation auch dann angezeigt, wenn die zu bearbeitenden Ängste nicht mit Konditionierung erklärbar sind und »eigentlich einen tieferen Grund« bzw. eine »besondere Bedeutung« (z. B. zwischenmenschlich) zu haben scheinen? Oder wenn der Patient sich lieber mit »für ihn wichtigeren« Themen beschäftigen will und deswegen ein konkretes Training zur Bewältigung aversiver Situationen ablehnt?

Zur Beantwortung dieser Frage zur individuellen Fallkonzeption (vgl. Kap. 12) sind u. a. folgende Aspekte von Belang:

- ▶ Grundsätzlich müssen Ziele des Patienten und therapeutisches Vorgehen zueinander passen, und der Patient hat immer seine Zustimmung zum Vorgehen zu erteilen (das Prinzip des *informed consent* gilt nicht nur für Forschungsstudien).
- ▶ Motivationsprobleme dahingehend, etwas für einen selbst zunächst Unübliches und Aversives nicht machen zu wollen, sind zunächst einmal normal (vgl. Kap. 3). Auch mögliche patientenseitige Tendenzen à la »Wasch mich, aber mach mir den Pelz nicht nass« sind zunächst einmal gut verständlich. Daher ist (gemeinsam) zu klären, ob in einem solchen Fall tatsächlich die Ziele eines Patienten verfehlt würden oder ob möglicherweise bei genauerem Hinschauen etwa Vermeidungs- oder Reaktanzphänomene auch eine Rolle spielen und ob die Differenzierung von kurzfristigen und langfristigen Konsequenzen einer Expositionsbehandlung (bzw. ihrer Alternativen) möglicherweise doch für den Einsatz von Konfrontationsmethoden sprechen könnte.
- ▶ »Komplexe Fälle« (z. B. Komorbidität, soziale Probleme, interaktionelle Schwierigkeiten etc.) sind im klinischen Alltag die Regel, sodass in der Tat fallkonzeptionell zu prüfen ist, ob die Problemlage es erfordert, bestimmte Hierarchien, Reihenfolgen, Präferenzen, (hemmende) Rahmenbedingungen etc. besonders zu berücksichtigen. Gleichwohl stellt »Komplexität« keinesfalls eine Kontraindikation für Expositionsverfahren dar – wenn entsprechende Klärungsarbeit vorangestellt wurde.
- ▶ In der Rückschau von Fällen, bei denen eigentlich Exposition indiziert schien, sich dann aber doch (wechselnden) anderen Themen zugewandt wurde, wird in der Supervision oft (selbstkritisch) reflektiert, dass man eventuell doch zu sehr auf Beziehungsgestaltung und immer neue aktuelle Probleme geachtet und umgrenzte Konfrontationsübungen erst zu spät angesetzt habe.

Wie gehe ich vor, wenn ein Patient, bei dem man eigentlich gerne interozeptive Exposition sowie massierte Exposition in vivo einsetzen würde, eine Herz-Kreislauf-Erkrankung hat oder schon recht alt oder schwanger ist, oder wenn andere potenzielle Kontraindikationen vorliegen?

Die Planung der Behandlung sollte in enger Rücksprache mit dem behandelnden Arzt erfolgen. Dabei sollte der Arzt über das konkrete Vorgehen in der Exposition und die dadurch zu erwartenden physiologischen Aktivierungen unterrichtet

werden, damit er eine fundierte Einschätzung vornehmen kann. Kommt der Arzt zu dem Schluss, dass z. B. eine interozeptive Exposition bei einem Patienten mit Panikstörung aufgrund seiner körperlichen Verfassung nicht möglich ist, muss das angedachte Expositionsverfahren durch ein kognitives Verfahren ersetzt werden. Kann eine massierte Exposition nicht durchgeführt werden, sollte geprüft werden, ob eine gestufte Exposition möglich ist.

Allgemein sollte beachtet werden, dass die kurzzeitigen körperlichen Belastungen durch eine Expositionsübung deutlich niedriger liegen, als normalerweise angenommen wird (auch bei Älteren; Eindecker & Gerlach, 2009). Hingegen ist das dauerhafte Erleben von z. B. Erwartungsangst langfristig deutlich belastender. Sollten Expositionsverfahren dennoch nicht einsetzbar sein, können aus verhaltenstherapeutischer Perspektive Exposition in sensu, kognitive Verfahren oder Copingstrategien zum Einsatz kommen. Zur Expositionsbehandlung bei Schwangerschaft siehe Arch et al. (2012); zu Besonderheiten der Exposition in Kindes- und Jugendalter siehe Bouchard et al. (2004).

Was macht das mit der therapeutischen Beziehung, wenn ich meinen Patienten in Expositionen begleite (und so einerseits mich auch sehr persönlich zeige und zweitens ggf. Zeuge seines »Heulens und Zähneklapperns« werde)?

Bei Störungen, für die Expositionsverfahren besonders indiziert sind, steht hinsichtlich der Beziehungsgestaltung ein produktives Arbeitsbündnis im Vordergrund, innerhalb dessen transparent und quasi »kollegial« gemeinsam praktische Möglichkeiten erörtert und ausprobiert werden. Es wird also weniger »durch« eine therapeutische Beziehung therapiert, wie dies etwa bei Persönlichkeitsstörungen relevant ist (vgl. Kap. 49), sondern eher informiert, motiviert, unterstützt usw. Erfahrungsgemäß wird ein solches Arbeitsbündnis bei gemeinsamer Durchführung von Konfrontationsübungen nicht gefährdet, sondern eher gestärkt.

Weiterführende Literatur

- Lang, T., Helbig-Lang, S., Westphal, D., Gloster, A. & Wittchen, H.-U. (2011). Expositions-basierte Therapie der Panikstörung mit Agoraphobie: Ein Behandlungsmanual. Göttingen: Hogrefe.
- Moscovich, D. A., Anthony, M. M. & Swinson, R. P. (2008). Exposure-based treatments for anxiety disorders: Theory and process. In M. M. Toronto & M. B. Stein (Eds.), Oxford handbook of anxiety and related disorders (pp. 461–476). New York: Oxford University Press.
- Neudeck, P. (2015). Expositionsverfahren. Techniken der Verhaltenstherapie. Weinheim: Beltz.
- Pittig, A., Stevens, S., Vervliet, B., Treanor, M., Conway, C. C., Zbozinek, T. & Craske, M. G. (2015). Optimierung expositions-basierter Therapie: Der Ansatz des inhibitorischen Lernens. *Psychotherapeut*, 60, 401–418.

23 Situationsanalyse

Eva-Lotta Brakemeier

Teil III

23.1 Hintergrund und allgemeine Merkmale

Die Situationsanalyse (SA) kann als eine Basistechnik der Verhaltenstherapie bezeichnet werden, da hier verhaltensbezogene und kognitive Strategien eingesetzt werden – kombiniert mit interpersonellen (Kiesler-Kreis; vgl. Kap. 4) und übenden Techniken. Die SA ist eine strukturierte, mehrstufige, interpersonelle Problemlöseaufgabe bzw. Situation-Reaktion-Konsequenz-Technik, die ihre Wurzeln in der Verhaltensanalyse von Kanfer und Saslow (1969, vgl. auch SORKC-Modell, Abschn. 9.3.1) findet. Im Gegensatz zur Verhaltensanalyse wurde die SA jedoch nicht als diagnostisches Instrument entwickelt, sondern als therapeutische Lernstrategie zur direkten Veränderung von Verhalten und Interpretationen.

Situationsanalyse aus CBASP

Die Form der SA, die im Folgenden beschrieben wird, wurde von James McCullough (2000, 2006) im Rahmen der Psychotherapie *Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy* (CBASP, vgl. Kap. 56) für chronisch depressive Patienten entwickelt. In CBASP gilt die SA als zentrale Technik, weil sie ca. 75 Prozent der gesamten Therapiezeit in Anspruch nehmen sollte.

Beschreibung und Bezug zum Störungsmodell. Während der SA wird die Aufmerksamkeit der Patienten auf den Umgang mit konkreten, schwierigen Situationen gelenkt. Chronisch depressive Patienten zeigen häufig ein ungenaues Beobachten verbunden mit globalem, transsituationalem, präoperationalem Denken (z. B. »Alles in meinem Leben geht schief, daran kann ich nichts ändern«; vgl. Abschn. 56.1). Dieses soll durch die Aufmerksamkeitsfokussierung allmählich aufgelöst werden und dazu beitragen, die bei den Patienten oft vorherrschenden Gefühle der Hilf- und Hoffnungslosigkeit zu beheben. Die Patienten lernen, dass ihr Verhalten entgegen ihrer Erwartung und Lerngeschichte Konsequenzen auf die Umwelt hat: *What you do matters!* Dieser Mechanismus wird auch als »wahrgenommene Funktionalität« bezeichnet. Patienten lernen so, mit ihrer Umwelt wieder in Verbindung zu treten. Insbesondere bei chronisch depressiven Patienten erscheinen diese Strategien so wertvoll, da diese häufig aufgrund von frühen traumatisierenden Beziehungserfahrungen (vgl. Kap. 4 und 56) negative Erwartungen gebildet haben, wie Menschen auf sie reagieren. Die Folge ist oft eine Ineffektivität in sozialen Situationen, welche direkt in der SA bearbeitet wird.

Hauptziele der Situationsanalyse

- (1) **Genau hinschauen.** Patienten sollen in interpersonell schwierigen Situationen lernen, ihre Wahrnehmung zu verbessern und dadurch Wahrnehmungsverzerrungen aufzulösen.
- (2) **Ziele setzen.** Patienten sollen lernen, sich in sozialen Situationen Ziele zu setzen, die realistisch und in ihnen selbst verankert sind.
- (3) **Ziele erreichen.** Patienten sollen erkennen, dass sie durch konstruktive, auf die Situation bezogene Interpretationen und angemessenes Verhalten diese Ziele auch tatsächlich erreichen können (wahrgenommene Funktionalität).
- (4) **In Verbindung treten mit der Umwelt.** Patienten können so erleben, dass sie – häufig entgegen ihrer Erwartung – Einfluss auf die Umwelt haben und dieser nicht hilflos ausgeliefert sind.

Negative Verstärkung nutzen. McCullough hat beobachtet, dass chronisch depressive Patienten meist kaum oder gar nicht auf positive Verstärkung reagieren; ein Lob scheint oft an den Patienten abzurallen. Es wird vermutet, dass dies durch das »Abgetrenntsein« von der Umwelt bedingt wird (vgl. Kap. 56). Wenn jedoch die Patienten während der SA erleben, dass durch eigene Gedanken- und Verhaltensänderungen negative Gefühle plötzlich abnehmen (negative Verstärkung), entstehen sogenannte Erleichterungsmomente. Diese erscheinen als Schlüssel für dauerhafte Verhaltensänderungen.

23.2 Indikation, Kontraindikation und Nebenwirkungen

Indikation. Da die SA im Rahmen von CBASP entwickelt wurde, gilt die chronische Depression als primäre Indikation. In den letzten Jahren wurde die SA auch in CBASP-Gruppentherapien verwendet, wobei Manuale für das ambulante (Schramm et al., 2012; Sayegh et al., 2012) sowie das stationäre Setting (Brakemeier & Normann, 2012) existieren. Zudem wurde die SA auch als Internettherapie zur Aufrechterhaltung des Behandlungserfolgs nach einer stationären CBASP-Therapie eingesetzt (CBASP@home; Brakemeier et al., 2013).

Aus klinischer Perspektive betrachtet erscheint der Einsatz der SA jedoch bei allen Patienten mit interpersonellen Problemen sinnvoll und hilfreich. Das Vorliegen von frühen traumatisierenden Beziehungserfahrungen muss dabei keine notwendige Bedingung sein. Folgende Indikationen werden bereits erprobt (vgl. Kap. 56):

- ▶ episodische Depression
- ▶ komorbide Substanzstörungen
- ▶ komorbide Persönlichkeitsstörungen
- ▶ hochbetagte Patienten

Kontraindikation. Als Kontraindikationen erscheinen sämtliche Störungen, bei denen das Empathievermögen bzw. die Beziehungsgestaltung fundamental gestört sind, wie psychotische Störungen, manische Phasen, schizoide und schizotype Störungen sowie antisoziale Persönlichkeitsstörung. Für Patienten mit Autismus-Spektrum-Störungen sollte die SA in der Hinsicht modifiziert werden, dass bei dem erwünschten Ergebnis (EE) die Besonderheiten dieser Patientengruppe (weniger interpersonelle Ziele, eher Nischenfindung, vgl. Kap. 53) berücksichtigt werden.

Suizidalität ist per se keine Kontraindikation. Ganz im Gegenteil kann die SA bei Suizidalität oft hilfreich genutzt werden, indem Situationen, in denen der Patient suizidale Gedanken oder gar Pläne hatte, analysiert werden (vgl. Brakemeier & Knoop, 2016).

Zeitpunkt des Einsatzes der Technik. Die SA sollte möglichst früh in einer Psychotherapie gemeinsam mit dem Kiesler-Kreis eingeführt werden. Die Patienten sollen diese Technik möglichst häufig durchführen (auch vermehrt als Hausaufgabe) und am Ende der Psychotherapie ohne therapeutische Hilfe durchführen können und auch nach ihrer Therapie weiter für sich anwenden, da es Hinweise gibt, dass die Durchführung von SA einen großen Anteil am Behandlungserfolg hat und zusätzlich rückfallpräventiv wirkt (vgl. Abschn. 23.6).

Nebenwirkungen. Folgende Nebenwirkungen wurden bei der klinischen Anwendung beobachtet:

- ▶ kurzfristige Verschlechterung bedingt durch
 - Versagensgefühle, die Schritte nicht korrekt durchführen zu können
 - Schamerleben und/oder Selbstwerterleben, das Ziel wieder nicht erreicht zu haben
- ▶ langfristige Verschlechterung bedingt durch
 - gehäuft frustrane Erlebnisse bei der Durchführung der SA
 - die Erkenntnis, die persönlichen Ziele bedingt durch verzerrte Interpretationen, inadäquates Verhalten oder unrealistische, nicht verankerte Zielsetzung dauerhaft nicht erreicht zu haben

Zu beachten gilt, dass kurzfristige Verschlechterungen aufgrund der Wirkung der negativen Verstärkung am Ende der Explorationsphase sogar erwünscht sind. Den langfristigen Nebenwirkungen kann in der Regel durch adäquates, individualisiertes und empathisches Anwenden der SA vorgebeugt werden (s. Abschn. 23.4).

23.3 Praktische Durchführung

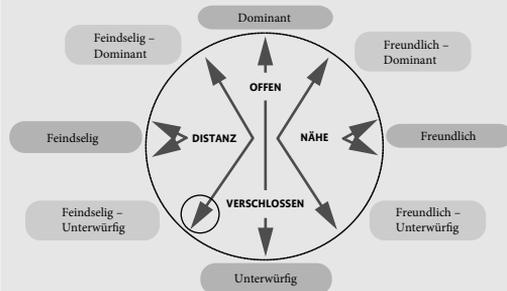
Der Ablauf einer Situationsanalyse ist manualisiert. Die interpersonelle SA ist die wichtigste Form. Bei den ersten Durchführungen kann der Therapeut auf einem entsprechenden Arbeitsblatt oder einem Flipchart die Schritte ausfüllen, fortgeschrittene Patienten können auch selbst mitschreiben.

Die interpersonelle Situationsanalyse

Im Folgenden wird eine interpersonelle SA am Beispiel der chronisch depressiven Patientin Frau V. exemplarisch dargestellt (vgl. Fallbeispiel aus Kap. 56), wobei im Anschluss die jeweiligen Schritte genau erläutert werden.

Tabelle 23.1 Beispiel einer interpersonellen Situationsanalyse von Frau V.

Explorationsphase		Kriterien
(1) Situationsbeschreibung	Ich schließe meine Wohnungstür auf. Meine Nachbarin schaut aus ihrer Wohnung und sagt: »Hallo, Ulrike. Am Samstag ist ja schon meine Party! Ich habe gerade nur so einen Arbeitsstress. Kannst du bitte zwei Salate mitbringen?« Ich sage leise: »Mmh, ich habe eigentlich auch keine Zeit!« Sie antwortet: »Ach komm, deine Salate sind die allerbesten! Bitte!« Ich sage sehr leise: »Okay« und gehe in meine Wohnung.	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Anfangspunkt und Endpunkt festlegen ▶ Situation rein beschreibend, kurz und prägnant das Wesentliche zusammenfassen ▶ in »Ich-Form«
(2) Interpretationen	1. Ich will keine Salate machen. 2. Ich muss für alle da sein und allen helfen! 3. Wenn ich sie enttäusche, habe ich bald keine Freunde mehr.	<ul style="list-style-type: none"> ▶ maximal drei Interpretationen ▶ jeweils ein Satz
(3) Verhalten	Schließe Tür auf, stehe gebückt, schaue sie kurz an, antworte ihr das erste Mal leise und zögernd, das zweite Mal noch leiser ohne Blickkontakt und gehe schnell in meine Wohnung. Kiesler-Kreis: eher verschlossen und distanziert = feindselig-unterwürfig	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Körpersprache, Gestik, Mimik, Sprache etc. ▶ einordnen im Kiesler-Kreis
(4) Tatsächliches Ergebnis (TE)	Ich sage sehr leise: »Okay« und gehe in meine Wohnung.	<ul style="list-style-type: none"> ▶ in Verhaltensbegriffen formulieren (Vergleich letzter Satz bei 1)
(5) Erwünschtes Ergebnis (EE)	Ich sage ihr: »Dieses Mal schaffe ich es leider wirklich nicht, zwei Salate zu machen, da ich auch keine Zeit habe.«	<ul style="list-style-type: none"> ▶ EE ist durch den Patienten selbst realistisch erreichbar und in ihm selbst verankert



Teil III

Tabelle 23.1 (Fortsetzung)

Explorationsphase		Kriterien
		<ul style="list-style-type: none"> ▶ möglichst nur ein Satz, in Verhaltensbegriffen formulieren
(6) EE erreicht? Warum nicht?	Nein. Weil ich es nie schaffe, mich abzugrenzen. Ich stelle immer meine Bedürfnisse zurück. Daher nutzen mich ja immer alle aus.	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Gegenüberstellen von (4) und (5) ▶ subjektive Sicht des Patienten
Lösungsphase		
(1) Revision der Interpretationen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ich will keine Salate machen! <i>in der Situation verankert und hilfreich</i> 2. Ich muss für alle da sein und allen helfen! <i>Prägung von meiner Mutter, aber nicht in der Situation verankert und nicht hilfreich</i> Revision: Ich will mich mehr immer für alle da sein und mich ausnutzen lassen, also sage ich Nein! 3. Wenn ich sie enttäusche, habe ich bald keine Freunde mehr. <i>nicht in der Situation verankert und nicht hilfreich</i> Revision: Ich darf auch mal Nein sagen und auf mich achten. Wenn sie mich dann nicht mehr mag, war sie keine richtige Freundin! <p>Verhaltensinterpretationen (»Schlachtrufe«): Achte auf dich! Sag auch mal Nein! Schau, wer die wahren Freunde sind!</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Patient soll lernen, in einer Situation nur das zu lesen, was de facto abläuft, und hilfreiche Interpretationen zu formulieren, die ihn zum neuen EE bringen ▶ kurze prägnante Aufforderungen, die Patienten ermutigen bzw. auffordern, ins »Tun« zu kommen
Revision des Verhaltens	Ich richte mich auf, schaue sie an und sage freundlich, aber bestimmt: »Dieses Mal schaffe ich es leider wirklich nicht, zwei Salate zu machen, da ich auch keine Zeit habe.« Kiesler-Kreis: freundlich-dominant Anschließend Durchführung von mehreren Rollenspielen (s. unten)	<ul style="list-style-type: none"> ▶ zielführendes Verhalten überlegen ▶ im Kiesler-Kreis einordnen ▶ mindestens 2–5 Rollenspiele unter Nutzung von Shaping
Was habe ich gelernt?	Ich muss lernen, auch mal Nein zu sagen, denn wenn ich immer alles mache, ist es ja auch kein Wunder, dass mich immer alle fragen. Ich habe verstanden, dass mich meine früheren Prägungen bzw. Erfahrungen hindern, Nein zu sagen, aber da muss ich jetzt gegen ansteuern.	<ul style="list-style-type: none"> ▶ »Take-home-Message« formulieren
Ist das Gelernte auf andere Situationen anwendbar?	Ja, auf viele Situationen, denn ich sage ja nie Nein und mache immer alles. (...)	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Generalisierung und Übertragung des Gelernten auf andere Situationen

Explorationsphase

Die Explorationsphase ist ähnlich wie das SORKC-Modell von Kanfer und Saslow (1976) bzw. das »ABC-Schema« von Albert Ellis (1955, 1962) eine Mikroanalyse (vgl. Abschn. 9.3.1), in welcher ein Problemverhalten in Zusammenhang mit seinen antezedenten und konsequenten Bedingungen in einer exemplarischen spezifischen Situation durch sechs Schritte analysiert wird. Hilfreich hat sich dabei erwiesen, die im Folgenden erläuterte Filmmetapher zu verwenden.

Schritt 1: Situationsbeschreibung. Zu Beginn sollen die Patienten ein problematisches, interpersonelles Ereignis (meist aus der jüngsten Vergangenheit, in manchen Fällen bietet sich auch ein Ereignis aus der Kindheit an) mit einem klar definierten Anfangs- und Endpunkt beschreiben. Für Patienten ist es oft hilfreich, sich diesen konkret umschriebenen Zeitabschnitt als einen Filmausschnitt vorzustellen, wobei im ersten Schritt nur das beschrieben werden sollte, was ein Zuschauer sehen kann. Der Patient wird also ermutigt, als Regisseur zunächst rein deskriptiv zu beschreiben, was beobachtbar war.

Schritt 2: Interpretationen. Der zweite Schritt wird wie folgt angeleitet:

- ▶ »Wie haben Sie die Situation interpretiert (oder gelesen oder bewertet)?«
- ▶ »Welche zentralen Gedanken schossen Ihnen durch den Kopf?«

Die Interpretationen, um die es hier also geht, sind die Gedanken, die dem Patienten in der Situation möglichst wortwörtlich »durch den Kopf schießen«. Analog der Filmmetapher kann hier vom »inneren Film« gesprochen werden, wobei die Patienten diese Interpretationen auch gerne als »Kopfkino« bezeichnen. Hilfreich ist es auch, die Patienten darauf hinzuweisen, dass sie die Gedanken zeitlich einordnen können:

- ▶ »Was haben Sie jeweils ganz am Anfang, während der Situation und am Ende gedacht?«

Schritt 3: Verhalten. Nun wird der Fokus auf das konkrete Verhalten des Patienten gerichtet. Es soll festgehalten werden, wie sich der Patient hinsichtlich Mimik, Gestik, Blickkontakt, Stimme etc. verhalten hat (nonverbale und paralinguistische Aspekte). Hier kann dem Patienten nun gesagt werden, dass sich der Scheinwerfer auf ihn richtet oder die Kamera ihn heranzoomt. Wir haben die Erfahrung gemacht, dass hier der Kiesler-Kreis (vgl. Kap. 4) hilfreich heran gezogen werden kann (Brakemeier & Normann, 2012): »Wo würden Sie sich im Kiesler-Kreis einordnen? Waren Sie eher offen oder verschlossen (dominant oder submissiv)? Ist durch Ihr Verhalten eher Nähe oder Distanz entstanden (freundlich oder feindselig)?«

Schritt 4: Tatsächliches Ergebnis (TE). An dieser Stelle wird das TE in Verhaltensbegriffen festgehalten. Als Hilfestellung oder »Trick« sollte dem Patienten vermittelt werden, dass das TE meist dem letzten Satz in der Situationsbeschreibung entspricht (wie auch in der Beispielsituation).

Schritt 5: Erwünschtes Ergebnis (EE). Dieser Schritt ist therapeutisch der wichtigste, denn hier soll der Patient sein EE benennen, wobei dieses EE realistisch umsetzbar und im Patienten verankert sein soll (bedeutet: in seiner Macht, unter seiner Kontrolle). Häufig wählen Patienten zuerst ein Ergebnis, das nicht in ihnen verankert ist.

T: Welches Ergebnis wollten Sie erzielen?

P: Na ja, meine Nachbarin soll endlich aufhören, mich immer auszunutzen.

T: Diesen Wunsch kann ich gut verstehen. Jedoch haben wir Ihre Nachbarin ja nicht hier. Was wäre denn ein EE, das Sie direkt beeinflussen können?

P: Mmh, stimmt. Ich müsste wohl mal Nein sagen.

Anmerkung: Bei einer Gruppentherapie bietet es sich an, an dieser Stelle zunächst die anderen Gruppenmitglieder zu ermutigen, EEs zu benennen, um den Patienten aufzuzeigen, wie viele unterschiedliche Möglichkeiten des Handelns zur Verfügung stehen. Erst danach wird der Index-Patient aufgefordert, ein EE auszuwählen bzw. ein eigenes zu formulieren.

Schritt 6: Vergleich TE mit EE. Schließlich wird das TE mit dem EE verglichen: »Haben Sie erreicht, was Sie wollten?« Dies muss gerade in der Anfangsphase von den Patienten meist verneint werden, was beim Patienten zunächst zum unbehaglichen Gefühl führt, auf einem »heißen Stuhl« zu sitzen, woran sich die diagnostische Frage anschließt: »Warum haben Sie Ihr erwünschtes Ergebnis nicht erreicht?« Die Antwort der Patienten bleibt unkommentiert. Dadurch soll der subjektive Leidensdruck der Patienten noch einmal bewusst intensiviert werden, um ihn während der anschließenden Lösungsphase bis zum Erleichterungsmoment zu verringern (vgl. negative Verstärkung, s. Abschn. 23.1).

Lösungsphase

Schritt 1: Revision der Interpretationen. Hier kommen kognitive Techniken zur Anwendung (vgl. Kap. 19), wobei diese Techniken vergleichsweise wenig Zeit in Anspruch nehmen sollten. Die Therapeuten erörtern mit den Patienten zwei Fragen: Inwieweit ist die Interpretation aus Schritt 2 der Explorationsphase in der spezifischen Situation

- (1) verankert (heißt: entspricht der beobachtbaren Realität)?
- (2) hilfreich (funktional) für das Erreichen des neuen erwünschten Ergebnisses?

Bei Zeitknappheit sollte nur die zweite Frage gestellt werden (McCullough et al., 2015).

Im Beispiel ist die erste Interpretation in der Situation verankert, denn die Patientin wollte tatsächlich keine Salate machen, da sie auch viel Stress hatte. Zudem ist der Gedanke hilfreich, um das EE (*Nein sagen*) zu erreichen. Derartige verankerte und hilfreiche Interpretationen können mit einem roten Häkchen versehen werden. Die zweite Interpretation: »Ich muss für alle da sein und allen helfen!« ist nicht direkt in der Situation verankert, da ihre Nachbarin sie nur fragt, ob sie Salate mache (Denkfehler = Generalisierung, vgl. Kap. 19). Hier kann kurz der Zusammenhang zu vergangenen Beziehungserfahrungen hergestellt werden, da dieser Satz genau die Prägung durch die Mutter und den Bruder ist (vgl. Kap. 56). Es empfiehlt sich, die Patienten nicht-verankerte und nicht-hilfreiche Gedanken mit einem roten Stift durchstreichen zu lassen. Zudem sollte der Patient ermutigt werden, zusätzlich hilfreiche Verhaltensinterpretationen bzw. Handlungsanweisungen (englisch: *action interpretation*) zu generieren,

was Patienten gerne als Schlachtrufe oder Mutmachsätze bezeichnen (z. B. Sag was! Wehr dich! Raus aus der Vermeidung!).

Schritt 2: Revision des Verhaltens durch Rollenspiele. Im zweiten Schritt lautet die entscheidende Therapeutenfrage: »Mit welchem Verhalten wollen Sie zum EE kommen?« Der Patient kann planen, mit welchen Verhaltensweisen er am wahrscheinlichsten zum EE unter Nutzung des Kiesler-Kreises gelangt. Häufig werden hier Verhaltensdefizite aufgedeckt, die nun durch Rollenspiele bearbeitet werden. Diese Rollenspiele können vergleichbar sein mit dem Training sozialer Kompetenzen (vgl. Kap. 20) oder auch dem Kommunikationstraining (vgl. Kap. 22). Allerdings sind die SA-Rollenspiele spezifisch auf die individuellen Bedürfnisse und Ziele des Patienten in der jeweiligen Situation zugeschnitten. Bei vielen Patienten spielt dabei ein Training in Durchsetzungsvermögen, in Selbstsicherheit und in Abgrenzung (Nein sagen wie in unserem Beispiel) gewöhnlich die größte Rolle. Einige Patienten müssen jedoch auch lernen, Kontrolle über reflexartige, feindselige Reaktionen zu bekommen bzw. sich für Wutausbrüche entschuldigen lernen (vgl. Beispiel Zukunfts-SA im Kap. 56).

Shaping. Meist benötigen Patienten mehrere Versuche, um durch ein adaptives Verhalten zum EE zu gelangen. Hier versucht der Therapeut nach dem jeweiligen Rollenspiel, in dem er selbst die Rolle des Gegenübers übernimmt, durch empathisches Shaping (= Verhaltensformung) über positive Rückmeldung, aber auch durch weitere Verbesserungsvorschläge dem Patienten zu helfen, sein Verhalten immer weiter zu optimieren.

Schritt 3: Zusammenfassung. Schließlich sollte der Patient formulieren, was er durch die SA gelernt hat – im Sinne einer *Take-home-Message*: »Was nehmen Sie mit?«

Schritt 4: Lernttransfer und Generalisierung. Abschließend erfolgen folgende Fragen: »Kennen Sie so etwas auch aus anderen Situationen? Wie würden Sie sich jetzt in diesen Situationen verhalten?«

Positive SA. Wenn ein Patient erstmals eine SA in die Stunde mitbringt, in der er sein Ziel erreicht hat – also $TE = EE$ ist –, dann sollte dies gefeiert werden (positive Verstärkung). Auch bei positiven SAs können die Interpretationen und das Verhalten hinsichtlich Verankerung und Funktionalität überprüft werden, da sich trotz Erreichen des Ziels beispielsweise ein nicht hilfreicher Gedanke eingeschlichen haben könnte. Das Ziel der Therapie besteht darin, dass die Patienten am Ende möglichst viele positive SAs erleben.

Zukunfts-SA. Bei der Zukunfts-SA wird eine schwierige zukünftige interpersonelle Situation vorbereitet. Das Vorgehen entspricht in vielen Aspekten der interpersonellen SA, allerdings wird die Reihenfolge der Schritte geändert (vgl. Kap. 56).

Innere SA. Wenn Patienten die interpersonelle SA häufig erfolgreich angewendet haben, jedoch vermehrt über schwierige Situationen ohne Interaktionspartner klagen (insb. bei Einsamkeit), kann nach unseren Erfahrungen die innere SA hilfreich sein (Brakemeier & Normann, 2012). Der Unterschied zur interpersonellen SA besteht darin, dass die Revisionen der Interpretationen entscheidend sind und am meisten Zeit in Anspruch nehmen sollten – zumal Rollenspiele meist entfallen bzw. kurz ausfallen können.

23.4 Typische Schwierigkeiten und Fehler

In Tabelle 23.2 sind typische Schwierigkeiten bei der Durchführung, Lösungsansätze bzw. Supervisionsempfehlungen zusammengefasst.

Tabelle 23.2 Typische Schwierigkeiten bei der Durchführung von Situationsanalysen

Typische Schwierigkeit	Lösungsansatz / Supervisionsempfehlung
Explorationsphase	
1. Schritt: Situation ist zu lang bzw. nicht aus der Beobachterperspektive geschildert	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Patienten fragen, welche Situation am allerschwierigsten für ihn war; Situation kurz davor beginnen und bei seinem schwierigen Verhalten enden lassen ▶ Filmmetapher nutzen: Was können Zuschauer auf der Leinwand sehen?
4. Schritt: Tatsächliches Ergebnis ist nicht in Verhaltensbegriffen formuliert	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Den »Trick« anwenden und den letzten Satz aus der Situationsbeschreibung übernehmen
5. Schritt: Das erwünschte Ergebnis ist zu vage formuliert, zu schwer für den Patienten, wird vom Patienten nicht gefunden	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Patient immer wieder auf die beiden Kriterien hinweisen: (1) in ihm verankert = der Patient muss es <i>tun</i> können, also in Verhaltensbegriffen formulieren; (2) realistisch umsetzbar, d. h. durch Übungen erreichbar. ▶ Vorsicht: gerade bei Patienten mit chronifizierten Verläufen EE mit geringem Schwierigkeitsgrad wählen, damit Patienten nicht durch zu schwierige Ziele überfordert werden
Lösungsphase	
1. Schritt: Für die Revision der Interpretationen wird zu viel Zeit benötigt	<ul style="list-style-type: none"> ▶ In der Praxis hat es sich als hilfreich erwiesen, nur kurze Zeit mit der Revision der Interpretationen zu verbringen, um anschließend ausreichend Zeit für Rollenspiele zu haben (Ausnahme: innere SA). ▶ Bei Zeitmangel daher nur die Frage stellen, inwieweit der Gedanke hilfreich / funktional fürs Erreichen des EE ist ▶ Fokussieren auf das Formulieren neuer Interpretationen und vor allem auf kurze Handlungsanweisungen
2. Schritt: Patient möchte keine Rollenspiele machen, zeigt sich überfordert, erreicht sein EE nicht	<ul style="list-style-type: none"> ▶ »Psychologischen Trick« anwenden: den Patienten nicht explizit fragen, ob er ein Rollenspiel machen möchte, sondern möglichst im Fluss und wie selbstverständlich ins Rollenspiel übergleiten ▶ Bei Überforderung/Nicht-Erreichen des EE wurde das Rollenspiel entweder nicht gut genug vorbereitet oder der Schwierigkeitsgrad zu hoch angesetzt; sehr gute Vorbereitung (z. B. die neuen Interpretationen und Schlachtrufe vorher wiederholen) und angemessene Schwierigkeit – die der Therapeut ja selbst durch seine Reaktion im Rollenspiel bestimmen kann – sind wichtig!