



Hoffmann • Hofmann

4. Auflage

Expositionszentrierte Verhaltenstherapie bei Ängsten und Zwängen

BELTZ

Inhalt

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

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

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

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

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

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

1.2 Theoretische Modelle von Expositionen

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

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

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

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

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

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

Wir wollen nun die einzelnen Modelle kurz darstellen.

1.2.1 Exposition mit Reaktionsverhinderung

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

Das Modell von Victor Meyer

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Das Modell von Isaak Marks

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

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

Angenommene Wirkfaktoren bei Expositionen mit Reaktionsverhinderung

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

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

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

1.2.2 Exposition mit Reaktionsmanagement

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

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

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

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

1.2.3 Exposition mit Inhibitionslernen

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

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

1.2.4 Probleme der klassischen Modelle

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

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

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

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

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