

# Exposition und Konfrontation

**Tobias Teismann  
Jürgen Margraf**

Standards der  
Psychotherapie

 **hogrefe**

# **Exposition und Konfrontation**

## **Standards der Psychotherapie Band 3**

Exposition und Konfrontation

Dr. Tobias Teismann, Prof. Dr. Jürgen Margraf

Herausgeber der Reihe:

Prof. Dr. Martin Hautzinger, Prof. Dr. Kurt Hahlweg,

Prof. Dr. Jürgen Margraf, Prof. Dr. Winfried Rief

Tobias Teismann  
Jürgen Margraf

# Exposition und Konfrontation



**Dr. Tobias Teismann**, geb. 1975. 1996–2002 Studium der Psychologie in Mainz und Bochum. Psychologischer Psychotherapeut (Verhaltenstherapie). 2009 Promotion. Seit 2004 Wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Arbeitseinheit für Klinische Psychologie und Psychotherapie der Ruhr-Universität Bochum. Seit 2012 Geschäftsführender Leiter des Zentrums für Psychotherapie der Ruhr-Universität Bochum. Arbeitsschwerpunkte: Arbeit mit Ressourcen in der Psychotherapie, Depression und depressives Grübeln, Suizidalität und Suizidprävention.

**Prof. Dr. Jürgen Margraf**, geb. 1956. 1975–1983 Studium der Psychologie, Soziologie und Physiologie in München, Brüssel, Kiel und Tübingen. 1983–1986 Research Scholar in Psychiatry and Behavioral Sciences an der Stanford University, USA. 1986 Promotion. 1986–1992 Wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Universität Tübingen und Hochschulassistent an der Universität Marburg. 1990 Habilitation. 1990–1992 Lehrstuhl-Vertretung an der Universität Münster, dann Wechsel auf eine Professur für Klinische Psychologie an der FU Berlin. 1993–1999 Inhaber des Lehrstuhls für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Technischen Universität Dresden. 1999–2010 Ordinarius für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Universität Basel. Seit 2010 Alexander-von-Humboldt-Professor für Klinische Psychologie und Psychotherapie und Leitung des Forschungs- und Behandlungszentrums für psychische Gesundheit an der Ruhr-Universität Bochum.

**Wichtiger Hinweis:** Der Verlag hat gemeinsam mit den Autoren bzw. den Herausgebern große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen, Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskriptherstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

**Copyright-Hinweis:**

Das E-Book einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar.

Der Nutzer verpflichtet sich, die Urheberrechte anzuerkennen und einzuhalten.

Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG  
Merkelstraße 3  
37085 Göttingen  
Deutschland  
Tel. +49 551 999 50 0  
Fax +49 551 999 50 111  
verlag@hogrefe.de  
www.hogrefe.de

Satz: Matthias Lenke, Weimar  
Format: PDF

1. Auflage 2018

© 2018 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen

(E-Book-ISBN [PDF] 978-3-8409-2825-3; E-Book-ISBN [EPUB] 978-3-8444-2825-4)

ISBN 978-3-8017-2825-0

<http://doi.org/10.1026/02825-000>

### **Nutzungsbedingungen:**

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Audiodateien.

### **Anmerkung:**

Sofern der Printausgabe eine CD-ROM beigelegt ist, sind die Materialien/Arbeitsblätter, die sich darauf befinden, bereits Bestandteil dieses E-Books.

# Inhaltsverzeichnis

<b>Einführung</b> .....	<b>1</b>
<b>1 Beschreibung der Methode</b> .....	<b>3</b>
1.1 Formen von Konfrontation .....	6
1.2 Ethische Aspekt der Expositionstherapie .....	13
<b>2 Theorie</b> .....	<b>14</b>
2.1 Habituation .....	14
2.2 Gegenkonditionierung .....	15
2.3 Emotionale Verarbeitung („emotional processing“) .....	16
2.4 Extinktion und inhibitorisches Lernen .....	17
2.5 Selbstwirksamkeit .....	19
2.6 Fazit .....	20
<b>3 Diagnostik und Indikation</b> .....	<b>21</b>
3.1 Beziehungsaufbau und allgemeiner Eindruck .....	21
3.2 Klassifikatorische/kategoriale Diagnose .....	21
3.3 Organische Ursachen und Komplikationen .....	22
3.4 Analyse des Problemverhaltens .....	23
3.5 Weitere diagnostische Maßnahmen vor und während der Therapie .....	26
3.6 Indikation .....	27
<b>4 Behandlung</b> .....	<b>28</b>
4.1 Exposition in vivo .....	28
4.1.1 Allgemeine Informationen .....	28
4.1.2 Kontraindikation .....	29
4.1.3 Entwicklung des Behandlungsrationalis .....	29
4.1.3.1 Gedankenexperiment .....	29
4.1.3.2 Motivierung .....	34
4.1.4 Planung der Exposition .....	36
4.1.4.1 Erstellen einer Angsthierarchie .....	36
4.1.4.2 Vorbereitung der ersten Konfrontationssitzung .....	38
4.1.4.3 Gestaltung der Konfrontation .....	43

## VI Inhaltsverzeichnis

4.1.5	Durchführung der Exposition .....	44
4.1.5.1	Intensivphase der Reizkonfrontation .....	44
4.1.5.2	Selbstkontrollphase .....	52
4.1.5.3	Rückfallprävention .....	54
4.1.6	Besonderheiten und Umgang mit Schwierigkeiten .....	56
4.1.6.1	Tierphobien .....	56
4.1.6.2	Autofahrphobien .....	56
4.1.6.3	Blut-Spritzen-Verletzungs-Phobien .....	57
4.1.6.4	Soziale Phobie .....	58
4.1.6.5	Waschzwänge .....	59
4.1.6.6	Kontrollzwänge .....	59
4.1.6.7	Körperkonfrontation .....	60
4.1.6.8	Exposition bei Kindern .....	61
4.2	Interozeptive Exposition .....	64
4.2.1	Allgemeine Informationen .....	64
4.2.2	Kontraindikation .....	65
4.2.3	Entwicklung des Behandlungsrationals .....	65
4.2.4	Planung der Exposition .....	66
4.2.5	Durchführung der Exposition .....	69
4.2.5.1	Hyperventilation .....	69
4.2.5.2	Weitere Übungen zur primären interozeptiven Exposition .....	72
4.2.6	Besonderheiten und Umgang mit Schwierigkeiten .....	73
4.2.6.1	Patientenvorbehalte .....	73
4.2.6.2	Therapeutinnenvorbehalte .....	74
4.3	Exposition in sensu .....	76
4.3.1	Sorgenkonfrontation bei exzessiven Sorgen .....	77
4.3.2	Imaginatives Nacherleben traumatischer Erlebnisse .....	85
4.3.3	Besonderheiten und Umgang mit Schwierigkeiten .....	94
4.3.3.1	Mangelnde Vorstellungsfähigkeit .....	94
4.3.3.2	Dissoziation .....	95
4.3.3.3	Konfrontation mit intrusiven Gedanken .....	95
4.4	Cue-Exposure .....	96
4.4.1	Allgemeine Informationen .....	96
4.4.2	Kontraindikationen .....	97
4.4.3	Entwicklung des Behandlungsrationals .....	97
4.4.4	Planung der Exposition .....	99
4.4.5	Durchführung der Exposition .....	99
4.4.6	Besonderheiten und Umgang mit Schwierigkeiten .....	102
4.4.6.1	Schamgefühle .....	102
4.4.6.2	Vorfall während der Übung .....	102
4.4.6.3	Cue-Exposure bei Essstörungen .....	102



<b>5</b>	<b>Neuere Entwicklungen</b> .....	<b>104</b>
5.1	Exposition in virtueller Realität .....	104
5.2	Enhancement-Strategien .....	105
5.2.1	D-Cycloserine .....	105
5.2.2	Glucocorticoide .....	107
<b>6</b>	<b>Effektivität und empirische Evidenz</b> .....	<b>109</b>
<b>7</b>	<b>Literatur</b> .....	<b>115</b>
<b>8</b>	<b>Anhang</b> .....	<b>122</b>
	Ableitung des Konfrontationsrationalis .....	122
	Gestaltung von Expositionen .....	124
	Umgang mit Vor- bzw. Rückfällen .....	125

# Einführung

Expositionstherapien haben sich als hocheffektives Verfahren in der Behandlung sowohl von Angststörungen wie spezifischen Phobien, Agoraphobie, Panikstörung, sozialer Phobie, generalisierter Angststörung, Zwangsstörungen (Ruhmland & Margraf, 2001a, 2001b, 2001c) und posttraumatischer Belastungsstörung (Bradley et al., 2005), als auch in der Behandlung von alkoholbezogenen Störungen (Conklin & Tiffany, 2002) und von Essstörungen (Jansen, 2005) erwiesen. Der Nutzen von Expositionstherapien ließ sich überdies in klinischen Studien genauso wie in der Routineversorgung nachweisen (Stewart & Chambless, 2009). Gerade im Bereich der Angststörungen scheint die Exposition *der zentrale* Behandlungsbaustein zu sein (Meuret, Wolitzky-Taylor, Twhig & Craske, 2012).

Trotz der erwiesenen Wirksamkeit des Verfahrens und der Tatsache, dass ein konfrontatives Vorgehen von Patienten gut akzeptiert wird, werden Expositionsverfahren in der Praxis nur selten angeboten: In diesem Sinne fanden beispielsweise Roth und Kollegen (2004) in einer anonymen Befragung von Verhaltenstherapeuten, dass lediglich 33 % Konfrontationsverfahren mit Reaktionsverhinderung regelhaft zur Behandlung von Zwangspatienten einsetzen – und dies, obwohl etwa 91 % der Verhaltenstherapeuten in ihren Kasenanträgen angeben, ein entsprechendes Vorgehen zu planen (Schubert et al., 2003). Befragt man Zwangspatienten selbst, so berichten in etwa 29 % von durchgeführten Expositionsübungen im Rahmen einer zurückliegenden Verhaltenstherapie (Böhm et al., 2008). In einer amerikanischen Praktikerbefragung ergaben sich gleichermaßen geringe Zahlen bezüglich des Einsatzes imaginativen Nacherlebens bei posttraumatischen Belastungsstörungen, so gaben gerade einmal 17 % an, mit traumatischen Erinnerungen zu konfrontieren (Becker, Zayfert & Anderson, 2004). Negative Überzeugungen bezüglich der ethischen Vertretbarkeit, der potenziellen Gefährlichkeit und der Zumutbarkeit von Expositionsverfahren sind sehr verbreitet (Deacon et al., 2013) und begründen den seltenen Einsatz von Expositionsverfahren. Ironischerweise repräsentieren viele dieser Therapeutenbefürchtungen („Die Symptome könnten schlimmer werden“, „Der Patient könnte ohnmächtig werden“ etc.) dabei genau die ungünstigen Patientenbefürchtungen, welche durch die Exposition behandelt werden sollen.

Seltener Einsatz  
in der klinischen  
Praxis

Negative  
Therapeuten-  
überzeugungen

Um Unsicherheiten und Vorbehalte gegenüber der Expositionstherapie – als einer der wirksamsten Psychotherapiepraktiken überhaupt – abzubauen, ist

es wichtig, sich mit dem praktischen Vorgehen sehr genau vertraut zu machen, bestenfalls eigene Erfahrungen mit Expositionen zu machen und so die eigene Haltung zu klären. Zu diesem Zweck möchte das vorliegende Buch einerseits den aktuellen Wissensstand zu dieser Interventionsform zusammenfassen und andererseits eine konkrete Anleitung für die praktisch-therapeutische Umsetzung – bei verschiedenen Störungsbildern – geben. Im Einzelnen wird zunächst ein Überblick über verschiedene Arten von Expositionen und deren Entwicklung gegeben, bevor auf ethische Aspekte der Expositionsbehandlung eingegangen wird. Es folgt eine Übersicht über verschiedene theoretische Modelle zur Wirkweise von Expositionen, bevor im dritten Kapitel auf notwendige diagnostische und problemanalytische Schritte im Vorfeld einer Expositionsbehandlung eingegangen wird. Im vierten Kapitel werden sodann verschiedene Expositionsarten ausführlich dargestellt. Beschrieben wird die Planung und die Durchführung von In-vivo-Expositionen, interozeptiven Expositionen, In-sensu-Expositionen und sogenannten Cue-Expositionen. Ergänzend wird auf Kontraindikationen und potenzielle Besonderheiten oder Schwierigkeiten bei der Durchführung eingegangen. Anschließend werden neuere Entwicklungen wie die Durchführung von Virtual Reality Expositionen und die Nutzung von medikamentösen Enhancement-Strategien skizziert. Das Buch schließt mit einer Übersicht über Effektivitätsnachweise der Expositionstherapie im Rahmen verschiedener Störungsbilder.

# 1 Beschreibung der Methode

Das zentrale Prinzip der Konfrontationsbehandlung besteht darin, dass Patienten unter therapeutischer Hilfe genau solche Situationen aufsuchen, in denen ihre psychischen Probleme – u. a. Angst, Unbehagen, Verlangen – auftreten. So werden Patienten, die an Angststörungen leiden – in Abhängigkeit von ihren jeweiligen Befürchtungen – beispielsweise angeleitet, sich Hunden anzunähern, mit Spinnen zu hantieren, mit dem Auto über Autobahnen zu fahren, hohe Türme zu besteigen, in Kaufhäuser, U-Bahnen, auf große Plätze oder in enge Räume zu gehen. Patienten mit Essstörungen lernen, sich vor dem Spiegel mit dem Anblick ihres Körpers zu konfrontieren oder sich Lebensmitteln auszusetzen, die in der Vergangenheit einen Essanfall stimuliert haben. Alkoholabhängige Patienten werden mit alkoholbezogenen Reizen konfrontiert, um die Erfahrung zu machen, dass Verlangen nach einiger Zeit abklingt und sich Versuchungssituationen ohne Rückfall bewältigen lassen. Grundsätzlich wird die Exposition zeitlich so lange ausgedehnt, bis Angst, Ekel, Unbehagen, Verlangen deutlich zurückgegangen sind, oder bis klar geworden ist, dass die vom Patienten befürchteten negativen Konsequenzen nicht eintreten.

Patienten suchen gezielt Situationen auf, in denen Ängste und Unbehagen auftreten

Das Grundprinzip der Exposition war bereits lange vor der Beschäftigung der Fachwissenschaften mit diesem Thema bekannt. So beschreibt Goethe in seinem Werk *Dichtung und Wahrheit*, wie er sich selbst durch Konfrontation heilte.

Goethe

Ein starker Schall war mir zuwider, krankhafte Gegenstände erregten mir Ekel und Abscheu. Besonders aber ängstigte mich ein Schwindel, der mich jedesmal befiel, wenn ich von einer Höhe herunterblickte. Allen diesen Mängeln suchte ich abzu- helfen, und zwar, weil ich keine Zeit verlieren wollte, auf eine etwas heftige Weise. Abends beim Zapfenstreich ging ich neben der Menge Trommeln her, deren gewaltsame Wirbel und Schläge das Herz im Busen hätten zersprengen mögen. Ich erstieg ganz allein den höchsten Gipfel des Münsterturms und saß in dem so genannten Hals, unter dem Knopf oder der Krone, wie mans nennt, wohl eine Viertelstunde lang, bis ich es wagte, wieder heraus in die freie Luft zu treten, wo man auf einer Platte, die kaum eine Elle ins Gevierte haben wird, ohne sich sonderlich anhalten zu können, stehend das unendliche Land vor sich sieht, indessen die nächsten Umgebungen und Zieraten die Kirche und alles, worauf und worüber man steht, verbergen. Es ist völlig, als wenn man sich auf einer Montgolfiere in die Luft erhoben sähe. Dergleichen Angst und Qual wiederholte ich so oft, bis der Eindruck mir ganz gleichgültig ward, und ich habe nachher bei Bergreisen und geologischen Studien, bei großen Bauten, wo ich mit den Zimmerleuten um die Wette über die

freiliegenden Balken und über die Gesimse des Gebäudes herlief, ja in Rom, wo man eben dergleiche Wagstücke ausüben muss, um bedeutende Kunstwerke näher zu sehen, von jenen Vorübungen großen Vorteil gezogen. Die Anatomie war mir auch deshalb doppelt wert, weil sie mich den widerwärtigsten Anblick ertragen lehrte, indem sie meine Wißbegierde befriedigte. Und so besuchte ich das Klinikum des ältern Doktor Ehrmann sowie die Lektionen der Entbindungskunst seines Sohnes, in der doppelten Absicht, alle Zustände kennenzulernen und mich von aller Apprehension gegen widerwärtige Dinge zu befreien. Ich habe es auch wirklich darin so weit gebracht, dass nichts dergleichen mich jemals wieder aus der Fassung setzen konnte. Aber nicht allein gegen diese sinnlichen Eindrücke, sondern auch gegen die Anfechtungen der Einbildungskraft suchte ich mich zu stählen. Die ahnungs- und schauervollen Eindrücke der Finsternis, der Kirchhöfe, einsamer Orte, nächtlicher Kirchen und Kapellen, und was hiermit verwandt sein mag, wusste ich mir ebenfalls gleichgültig zu machen; und auch darin brachte ich es so weit, dass mir Tag und Nacht und jedes Lokal völlig gleich war, ja dass, als in später Zeit mich die Lust ankam, wieder einmal in solcher Umgebung die angenehmen Schauer der Jugend zu fühlen, ich diese mir kaum durch die seltsamsten und fürchterlichsten Bilder, die ich hervorrief, wieder einigermaßen erzwingen konnte. (Goethe, 1970, S. 337–338)

Auch in der Fachliteratur tauchen konfrontative Methoden schon früh auf. Beispielsweise empfahl Oppenheim bereits 1911 in seinem *Lehrbuch der Nervenkrankheiten*, mit agoraphobischen Patienten zusammen die gefürchteten Plätze zu überqueren. Zur gleichen Zeit wies Sigmund Freud auf die Bedeutung konfrontativer Maßnahmen und die Grenzen der psychoanalytischen Therapie bei Phobien hin. In *Wege der psychoanalytischen Therapie* aus dem Jahr 1917 schrieb er dazu Folgendes:

Unsere Technik ist an der Behandlung der Hysterie erwachsen und noch immer auf diese Affektion eingerichtet. Aber schon die Phobien nötigen uns, über unser bisheriges Verhalten hinauszugehen. Man wird kaum einer Phobie Herr, wenn man abwartet, bis sich der Kranke durch die Analyse bewegen lässt, sie aufzugeben. Er bringt dann niemals jenes Material in die Analyse, das zur überzeugenden Lösung der Phobie unentbehrlich ist. Man muss anders vorgehen. Nehmen Sie das Beispiel eines Agoraphoben; es gibt zwei Klassen von solchen, eine leichtere und eine schwerere. Die ersteren haben zwar jedesmal unter Angst zu leiden, wenn sie allein auf die Straße gehen, aber sie haben darum das Alleingehen noch nicht aufgegeben; die anderen schützen sich vor der Angst, indem sie auf das Alleingehen verzichten. Bei diesen letzteren hat man nur dann Erfolg, wenn man sie durch den Einfluss der Analyse bewegen kann, sich wieder wie Phobiker ersten Grades zu benehmen, also auf die Straße zu gehen und während dieses Versuches mit der Angst zu kämpfen. Man bringt es also zunächst dahin, die Phobie so weit zu ermäßigen, und erst wenn dies durch die Forderung des Arztes erreicht ist, wird der Kranke jener Einfälle und Erinnerungen habhaft, welche die Lösung der Phobie ermöglichen. (Freud, 1895, S. 191)

Eine erste wissenschaftliche Arbeit, die im engeren Sinne als verhaltenstherapeutisch bezeichnet werden kann, wurde 1924 schließlich von Mary Cover