

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/247476904>

Konfrontation und Exposition

Article in *Psychiatrie und Psychotherapie up2date* · November 2009

DOI: 10.1055/s-0029-1223376

CITATION

1

READS

220

3 authors:



Dorothee Bentz

University of Basel

16 PUBLICATIONS 269 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



Tanja Michael

Universität des Saarlandes

99 PUBLICATIONS 2,470 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



Jürgen Margraf

Ruhr-Universität Bochum

370 PUBLICATIONS 5,344 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



Dresden Predictor Study of Anxiety and Depression [View project](#)



Classification and Diagnosis of Mental Health Problems [View project](#)

All content following this page was uploaded by [Jürgen Margraf](#) on 29 November 2016.

The user has requested enhancement of the downloaded file.

Konfrontation und Exposition

Dorothee Bentz, Tanja Michael, Jürgen Margraf

Übersicht

Einleitung	409
Formen von Konfrontation	409
Wirkmechanismen	411
Kombinationstherapie	414
Störungsspezifische Konfrontationsverfahren	420

Einleitung

Heutzutage gilt Konfrontationstherapie als die effektivste Therapie zur Behandlung von Angststörungen. Bei der Konfrontationstherapie werden Patienten mit objektiv sicheren Situationen, die aber starkes subjektives Unbehagen (z. B. Angst oder Ekel) auslösen, konfrontiert bis das Unbehagen abnimmt. Bis zu den 70er-Jahren des 20. Jahrhunderts war Systematische Desensibilisierung die populärste Behandlungsmethode für klinische Ängste. Bei der Systematischen Desensibilisierung werden Patienten, während sie sich in einem entspannten Zustand befinden, innerhalb gedanklicher Vorstellung mit angstauslösenden Reizen konfrontiert. Es zeigte sich jedoch, dass reine Konfrontation an aversive Reize genauso effektiv ist wie Systematische Desensibilisierung. Dies wird gestützt durch Katamnesen von bis zu 9 Jahren, die zeigen, dass einmal erzielte Erfolge auch über lange Zeiträume stabil bleiben und Rückfälle selten sind. Darüber hinaus ist auch das Auftreten neuer Symptome (Symptomverschiebung) nach erfolgreichen Konfrontationstherapien nicht häufiger als in der Allgemeinbevölkerung [1–4].

Reine Konfrontation ist heutzutage die wichtigste Einzelinterventionsform bei krankhafter Angst. Symptomabnahmen nach der Konfrontationsbehandlung sind äußerst stabil und neue Symptome nach Ende der Behandlung treten nicht häufiger als in der Allgemeinbevölkerung auf.

Mittlerweile werden Konfrontationstechniken auch bei der Behandlung weiterer Störungen (Essstörungen, Abhängigkeitserkrankungen) verwendet. Allerdings entstammen nach wie vor die meisten theoretischen und empirischen Arbeiten zu Konfrontation einem Angststörungsansatz. Somit lässt sich der Literaturhintergrund der nachfolgenden allgemeinen Ausführungen zu Konfrontation als „angstlastig“ beschreiben.

Formen von Konfrontation

Konfrontationstherapie lässt sich heutzutage in 6 Kategorien einordnen, die auf 2 Dimensionen angeordnet sind (Tab. 1).

Modalität der Stimuluspräsentation. Eine Dimension betrifft die Art und Weise, in der die Stimuli präsentiert werden. Konfrontationsübungen können mittels imaginierten (in sensu), realen (in vivo) oder virtuellen Stimuli (in virtuo) durchgeführt werden. Generell scheint die In-vivo-Konfrontation effektiver zu sein als die In-sensu-Konfrontation. Allerdings stellt sie eine gute Alternative zur In-vivo-Konfrontation dar, wenn die realen Stimuli nicht zugänglich sind (z. B. bei vielen Traumabehandlungen oder bei der Behandlung von Zwangspatienten bei kognitiven Ritualen). Ähnliches gilt auch für die In-virtuo-Konfrontation, die heutzutage insbesondere zur Behandlung von spezifischen Pho-

Tabelle 1

Arten von Konfrontationstherapie.

		Intensität der Vorgehensweise	
		Graduiert	Massiert
Stimulustyp	imaginiert	<i>systematische Desensibilisierung:</i> Stimuli werden hierarchisch angeordnet und in der Vorstellung in einem entspannten Zustand dargeboten. Begonnen wird mit dem am wenigsten aversiven Reiz.	<i>Implosion:</i> Aversive Stimuli werden in der Vorstellung, jedoch in voller Intensität und zum Teil bis ins Unrealistische übersteigert, dargeboten.
	real	<i>graduierte In-vivo-Konfrontation:</i> schrittweise und systematische Darbietung der aversiven Stimuli in der Realität, wobei mit schwachen Reizen begonnen wird	<i>Flooding:</i> Aversive Stimuli werden unmittelbar in der Realität in höchster Intensität dargeboten.
	virtuell	<i>graduierte In-virtuo-Konfrontation:</i> schrittweise und systematische Darbietung der aversiven Stimuli in virtueller Realität, wobei mit schwachen Reizen begonnen wird	<i>Flooding in virtuo:</i> Aversive Stimuli werden unmittelbar in virtueller Realität in höchster Intensität dargeboten.

bien (z. B. der Flugphobie) immer häufiger eingesetzt wird (s. u.).

Konfrontationstherapie

Virtuelle Realitäten

Bei der In-virtuo-Konfrontationstherapie werden Patienten mittels virtueller Realitäten (virtual realities) mit den gefürchteten Stimuli konfrontiert. Die In-virtuo-Konfrontationstherapie hat einige Vorteile gegenüber der In-vivo- und auch gegenüber der In-sensu-Konfrontationstherapie. Da es einigen Patienten leichter fällt, sich zuerst in der Sicherheit des Therapieortes virtuell mit dem gefürchteten Stimulus zu konfrontieren, hat sie eine hohe Patientenakzeptanz. Des Weiteren ist sie im Gegensatz zur In-sensu-Konfrontationstherapie nicht von der Vorstellungskraft der Patienten abhängig, da die therapierelevanten Szenarien mittels einer computerbasierten Technologie generiert werden. Dies bietet für den Therapeuten auch die Möglichkeit, das Konfrontations-szenario optimal zu planen und zu kontrollieren. Dadurch kann verhindert werden, dass unvorhersehbare Ereignisse wie bspw. ein überraschender Regenschauer während einer In-vivo-Höhenkonfrontation den geplanten Ablauf der Konfrontationsübungen stören. Außerdem kann die Intensität und Häufigkeit der Konfrontation an die Bedürfnisse jedes einzelnen Patienten angepasst werden, da identische Stimuli unendlich oft wiederholt werden können.

Szenarien der Stimuluspräsentation. Derzeit existieren qualitativ hochwertige Szenarien zur Behandlung unterschiedlicher Störungsbilder wie Angststörungen (z. B. Flugphobie, Höhenphobie, soziale Phobie und Posttraumatische Belastungsstörung), Essstörungen, Suchterkrankungen und Schmerzstörungen. Die meisten kontrollierten Studien, die gute Wirksamkeitsnachweise zeigen, wurden bisher jedoch bei spezifischen Phobien wie Höhenangst und Flugangst durchgeführt. Die Überprüfung der Wirksamkeit mittels kontrollierter Studien für die restlichen Störungsbilder steht bisher noch aus. Da es sich zwar um eine junge, jedoch sich stetig weiterentwickelnde Methode handelt, werden in den nächsten Jahren rapide Entwicklungen erwartet [5].

Intensität der Stimuluspräsentation. Die andere Dimension kennzeichnet die Intensität der Vorgehensweise. Zur Vorbereitung von Konfrontationsübungen wird üblicherweise eine persönliche Hierarchie erstellt, in der die Patienten angeben, inwieweit verschiedene Situationen oder Stimuli für sie angstaussendend bzw. schwer sind. Die Spannweite der Intensität der Vorgehensweise reicht von graduiertem Konfrontation (stufenweiser Anstieg von der einfachsten bis zur schwersten Situation) bis zum sog. Flooding. Beim Flooding werden Patienten gleich zu Beginn der Konfrontationsübungen über einen längeren Zeitraum mit schweren Situationen konfrontiert [1–4].

Wirkmechanismen

Die Wirksamkeit von Konfrontationstherapie ist heutzutage unumstritten, jedoch stellt sich nach wie vor die Frage was der zugrunde liegende Wirkmechanismus ist. Dabei werden die folgenden Konzepte diskutiert.

Habituation

Habituation bezeichnet die Abnahme der Reaktionsstärke nach wiederholter Präsentation des Stimulus, der die Reaktion auslöst. Habituation ist wahrscheinlich die Lernart, die am besten dokumentiert ist. Sie konnte eindeutig bei Tier und Mensch belegt werden. Der Sinn der Habituation für Organismen ist einleuchtend. Jedes Lebewesen wird in seinem Alltag mit vielfältigen Reizen konfrontiert. Einige davon stellen sich als nützlich, andere als gefährlich und wieder andere als weder nützlich noch schädlich heraus. Die Fähigkeit, unbedeutende Reize ignorieren zu können, ist ein enormer Vorteil durch den wichtige Energien gespart werden. Organismen, die sich nicht an unbedeutende Reize gewöhnen können, haben entsprechend auch Schwierigkeiten, bedeutenden Reizen Aufmerksamkeit zuzuwenden. Habituation scheint jedoch bei schwächeren Stimuli stärker aufzutreten als bei intensiveren wie sie beispielsweise während der Konfrontationstherapie präsentiert werden.

Sehr intensive Reize scheinen keine Habituation zu bewirken. Manche Ängste nehmen auch nach wiederholter Stimuluspräsentation nicht ab.

Nichtsdestotrotz dienten Habituationsmodelle lange Zeit als Erklärungsmechanismus für die Angstreduktion durch Konfrontation, da die Angstabnahmemuster (körperlicher Angstsymptome und Selbsteinschätzungen der Angst) häufig in Einklang mit dem Habituationkonzept sind. Das heißt, dass es über die Konfrontationsübungen hinweg zu einer linearen Abnahme in physiologischen Parametern und Angsteinschätzungen kommt. Fraglich ist jedoch, ob auch tatsächlich zwischen der Stärke der Angstabnahme und dem Therapieerfolg ein kausaler Zusammenhang besteht. Frühere Studien zeigten zwar Zusammenhänge zwischen der Stärke der physiologischen Habituation und Therapieerfolg, allerdings konnte dieser Befund in neueren Untersuchungen nicht bestätigt werden [2].

Die Erklärung von Angstreduktion durch Habituation ist tautologisch, da sowohl Angstreduktion als auch

Habituation sich durch eine Abnahme der Angstreaktion definieren.

Habituationsprozesse sind zwar häufig in Angstreduktionsmodelle integriert, sollten aber weder als einziger noch als grundlegender Mechanismus für Angstabnahme betrachtet werden.

Emotionale Verarbeitung

Das Konzept der emotionalen Verarbeitung (emotional processing) bezeichnet einen Prozess, in dem emotionale Beeinträchtigungen (z. B. phobische Angst) neutralisiert und verringert werden, sodass andere Erfahrungen und Verhaltensweisen wieder ohne Unterbrechung stattfinden können. Nach Foa und Kozak, die 1986 das Konzept genauer spezifizierten [6], müssen 2 Voraussetzungen gegeben sein, damit eine angemessene emotionale Verarbeitung gewährleistet wird:

- Das Furchtgedächtnis und die damit assoziierten beeinträchtigenden Emotionen müssen vollständig aktiviert werden. Unter Furchtgedächtnis versteht man eine Art Netzwerk, in dem alle Informationen des gefürchteten Stimulus (verbal, physiologisch, das Verhalten beeinflussend) repräsentiert sind.
- Während der Aktivierung des Furchtnetzwerkes müssen Informationen verarbeitet werden, die inkompatibel mit den bisherigen Elementen des Netzwerkes sind, sodass korrigierendes Lernen und die Bildung einer neuen Gedächtnisstruktur stattfinden kann. Inkompatible Informationen können sowohl kognitiver als auch affektiver Natur sein.

Neben dem beschriebenen Prozess wurden von Foa und Kozak auch 3 zugrunde liegende Wirkmechanismen für eine gelungene emotionale Verarbeitung (sowie deren Indikatoren) spezifiziert:

- *physiologische Aktivierung* während der Konfrontation mit der Furchtstruktur (z. B. erhöhte Herzfrequenz)
- *Habituation innerhalb einer Sitzung* (z. B. die Herzfrequenz fällt im Laufe einer Konfrontationsübung allmählich ab)
- *Habituation über die Sitzungen hinweg* (d. h. die erste Reaktion auf den angstausslösenden Stimulus nimmt über die Sitzungen hinweg ab)

Foa und Kozak nehmen an, dass durch die Habituation innerhalb einer Sitzung eine Dissoziation zwischen dem gefürchteten Stimulus und der Angstreaktionen bewirkt wird. Diese Dissoziation sehen sie als Grundla-

ge dafür, dass durch die Konfrontationstherapie eine dauerhafte Angstreduktion erzielt wird. Zusätzlich nehmen sie an, dass sich bei den Patienten eine Änderung in der Bedeutung des Stimulus (z. B. Änderung der Einschätzung bzgl. der Gefährlichkeit des Stimulus) und den damit verbundenen Reaktionen ergibt.

Die Konfrontation ermöglicht dem Patienten die Erfahrung zu machen, dass weder der angstauslösende Stimulus (z. B. bei spezifischen Phobien) noch das Erleben von Angst (z. B. bei Panikstörung) schädlich sind.

Die Theorie von Foa und Kozak erfreute sich zwar einer weiten Verbreitung und ist konsistent mit einigen empirischen Befunden; demgemäß ist eine anfänglich hohe Aktivierung häufig mit guten Therapieergebnissen assoziiert. Jedoch konnten zahlreiche Studien die angenommenen Zusammenhänge zwischen der Habituation innerhalb einer Sitzung und dem Therapieerfolg nicht bestätigen. Es zeigten sich auch Therapieerfolge bei Patienten, welche die Konfrontationssituation auf dem Höhepunkt ihrer Angst verließen.

Abschließend ist anzumerken, dass selbst die Arbeitsgruppe um Foa inzwischen davon ausgeht, dass Habituation innerhalb der Sitzung als Wirkmechanismus vernachlässigbar ist. In einer Neuformulierung des Konzepts wird betont, dass die Habituation innerhalb der Sitzung eher als eine Möglichkeit, eine korrigierende Erfahrung mit dem Stimulus zu machen, verstanden werden sollte statt als zwingende Voraussetzung [2, 6].

Gegenkonditionierung

Dem Konzept Gegenkonditionierung (in Zusammenhang mit Systematischer Desensibilisierung auch oft unter dem Stichwort Reziproke Hemmung diskutiert) liegt die Idee zugrunde, dass die Angstreduktion abgeschwächt wird, wenn ein zu Angst antagonistischer Zustand (wie z. B. Entspannung) in der Gegenwart von angstauslösenden Reizen induziert wird. Nach Wolpe, einem der Pioniere der Verhaltenstherapie, sollte dies die Verbindung zwischen Angst auslösenden Reizen und der Reaktion lösen und schließlich im Ausbleiben der Angstreaktion resultieren. Obwohl Gegenkonditionierung eine plausible Theorie für die guten und stabilen Effekte von Systematischer Desensibilisierung zu sein scheint, sprechen eine Reihe von Befunden gegen die Richtigkeit dieser Annahme.

Systematische Desensibilisierung mit Entspannung ist nicht wirksamer als graduierte Konfrontation. Vielmehr ist anzunehmen, dass die Imagination der angstauslösenden Szenen den aktiven Bestandteil der Systematischen Desensibilisierung darstellt.

Gegenkonditionierung scheint keine adäquate Erklärung des Wirkmechanismus von Systematischer Desensibilisierung zu sein, obwohl sie von Wolpe selbst nach wie vor als der zentrale Wirkmechanismus angesehen wird [2].

Extinktion

Unter Extinktion (oder Löschung) versteht man die allmähliche Abschwächung und das schlussendliche Ausbleiben einer gelernten/konditionierten Reaktion (CR) durch die mehrfache alleinige Präsentation des konditionierten (ursprünglich neutralen) Stimulus (CS).

Es wird angenommen, dass der Patient während der Konfrontation lernt, dass der Stimulus, der spontan eine aversive Reaktion hervorruft (unkonditionierter Stimulus – US) nicht auftritt. Eine Person mit Höhenangst (CR) lernt beispielsweise durch wiederholte Konfrontation mit der Höhe (CS), dass sie wider Erwarten nicht abstürzt (US).

Stellt Extinktion tatsächlich den zugrunde liegenden Wirkmechanismus von Konfrontationsverfahren dar, würde dies erklären, weshalb wenige lange Konfrontationsübungen in der Regel effektiver sind als mehrere kurze Übungen mit gleicher Gesamtlänge, da insbesondere lange Konfrontationen die Erfahrung ermöglichen, dass der US nicht auftritt. Wohingegen bei kurzen Expositionsübungen die Unsicherheit nicht abgebaut werden kann, ob der US bei längerer Konfrontationsdauer mit der gefürchteten Situation noch aufgetreten wäre.

Extinktion stellt keine Umkehrung der Lernphase da. So wird angenommen, dass die vor der Extinktion gelernten Stimulus-Stimulus- und Reaktion-Stimulus-Assoziationen durch Extinktion nicht ausgeradiert werden, sondern intakt bleiben. Der Organismus lernt nach der Extinktion, nicht mehr auf den unkonditionierten Stimulus zu reagieren. Hinweise dafür, dass die gelernten Assoziationen intakt bleiben, werden in Tab. 2 dargestellt.

Ob sich eine gelöschte Reaktion nach der Extinktion zeigt oder nicht scheint in hohem Ausmaß vom Kon-

text, in dem sich die Person befindet, abhängig zu sein. Von daher kann man auch nach erfolgreicher Konfrontationsbehandlung davon ausgehen, dass wieder Symptome auftreten können, wenn sich kontextuelle Bedingungen (z. B. Verstreichen von Zeit, anderer Ort) verändern.

Bei der Extinktion werden bestehende Assoziationen nicht ausgeradiert. Vielmehr bleiben alte Assoziationen neben neu Gelerntem weiter bestehen.

Beispielsweise zeigten mit Konfrontationstherapie behandelte Patienten mit einer Spinnenphobie bei der Katamnesesitzung mehr Angst, wenn die Testung in einem anderen Kontext (z. B. anderer Raum) stattfand als wenn die Katamnesesitzung im Therapiekontext stattfand [2, 7, 8].

Welche Assoziationen abgerufen werden und welches Verhalten von den Patienten schlussendlich gezeigt wird, ist vom Kontext abhängig. Dies erklärt Rückfälle nach erfolgreichen Konfrontationstherapien und weist auf die Bedeutung von Strategien zur Rückfallprophylaxe hin.

Die Extinktionshypothese liefert einen wertvollen Beitrag zum Verständnis von Konfrontation. Sie ist mit vielen Beobachtungen über Konfrontation konsistent und liefert wichtige therapeutische Hinweise. Vermutlich sind jedoch noch weitere Variablen am Gelingen der Konfrontationstherapie beteiligt.

Erwartungseffekte

Wie bereits erwähnt scheint ein wichtiger Aspekt der Konfrontationstherapie zu sein, dass sich die Erwartungen der Patienten bzgl. des Auftretens eines aversiven Ereignisses als falsch erweisen. Extinktion kann von daher als Resultat einer fehlenden Übereinstimmung der Erwartung des Erscheinens eines aversiven Stimulus und dem tatsächlichen Erscheinen konzeptualisiert werden. Diese Annahme hat Einfluss auf die Planung der Dauer, Ausgestaltung und die Abstände zwischen den Therapiesitzungen:

- Die *Dauer* der Präsentation des aversiven Stimulus während der Konfrontationstherapie sollte länger sein als beim Angsterwerb. Dadurch haben die Patienten die nötige Zeit, um zu realisieren, dass das antizipierte aversive Ereignis tatsächlich nicht auftritt.
- Da *negative Erwartungen* bei verschiedenen Patienten sehr unterschiedlich sein können, ist es wichtig,

Tabelle 2

Phänomene, die im Anschluss an erfolgreiche Extinktion auftreten können.

Bezeichnung	Definition
Spontanerholung (spontaneous recovery)	spontanes Wiederauftreten der CR nach dem Verstreichen von Zeit
Disinhibition	Wiederauftreten einer CR, wenn kurz vor der Präsentation des gelöschten CS ein neuer Stimulus dargeboten wird
schneller Wiedererwerb	wesentlich höherer Lernerfolg in der Wiedererwerbsphase nach erfolgreicher Extinktion
Wiedereinsetzen der Reaktion (reinstatement)	CR tritt erneut auf, wenn vor dem CS zuerst ein ungepaarter US dargeboten wird
Erneuerungseffekt (renewal effect)	wird in Kontext A gelernt, in Kontext B gelöscht und im Anschluss der CS (ungepaart) noch mal in Kontext A präsentiert, zeigt sich die CR erneut (Extinktion ist kontextsensitiv)

CR = konditionierte Reaktion, CS = konditionierter Stimulus, US = unconditionierter Stimulus

Konfrontationstherapie

Kontextspezifische Extinktion

- Konfrontation sollte in so vielen verschiedenen Kontexten wie möglich durchgeführt werden, damit möglichst viele Stimuli mit der Extinktion verbunden werden. Dadurch erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, dass ein neuer Kontext auch Stimuli enthält, die mit der Extinktion assoziiert sind. Kontext bezieht sich dabei auf so unterschiedliche Faktoren wie Örtlichkeit, Stimmung, physischer Zustand, Anwesenheit des Therapeuten etc.
- Konfrontation sollte möglichst auch in verschiedenen zeitlichen Kontexten durchgeführt bzw. in bestimmten Zeitabständen wiederholt werden, denn auch das Verstreichen von Zeit an sich stellt eine Kontextänderung dar.
- Erinnerungshilfen an das während der Extinktion Gelernte können das Auftreten von Verhaltensentgleisungen und kompletten Rückfällen reduzieren. Erinnerungshilfen können z. B. durch Erinnerungskarten oder Erinnerungstelefonate vom Therapeuten realisiert werden. Auch ein mentales Wiederherstellen des Behandlungskontextes scheint vor erneuter Angst zu schützen [2, 7, 8].

die speziellen negativen Erwartungen jedes einzelnen Patienten zu erfragen. Dabei sollte nicht nur herausgearbeitet werden, was genau passieren könnte (z. B. ich könnte ohnmächtig werden), sondern insbesondere auch nach welcher Zeitspanne das aversive Ereignis erwartet wird (z. B. besonders wahrscheinlich, wenn ich länger als eine halbe Stunde in der gefürchteten Situation verbleibe). Dies kann mittels einer Befragung vor dem Konfrontationsbeginn passieren. Die Erwartungen sollten vor jeder Konfrontationssitzung stets erneut abgefragt werden, da sich die Erwartungen durch die Konfrontationsübungen verändern können [7].

Erlebte Kontrolle

In einer Therapiestudie wurden Patienten mit Agoraphobie über mehrere Sitzungen mit Konfrontation behandelt. Die eine Hälfte der Patienten wurde angehalten, so lange in der gefürchteten Situation zu verbleiben, bis sich die subjektiv erlebte Angst spürbar reduzierte. Der anderen Hälfte wurde mitgeteilt, dass es ihnen frei stünde, die gefürchtete Situation zu verlassen, wenn die subjektiv erlebte Angst ein vorher festgelegtes Maß (70 auf einer Skala von 0–100) überschreite. Überraschenderweise zeigte sich, dass die Möglichkeit zur kontrollierten Flucht kein gesteigertes Vermeidungsverhalten hervorrief. Tatsächlich waren beide Behandlungsbedingungen hoch effektiv und unterschieden sich nicht in ihrer Wirksamkeit (weder zum Ende der Behandlung noch in einer 3-Monats-Katamnese). Die Patienten in der Bedingung mit der kontrollierten Fluchtmöglichkeit zeigten nach einer Flucht auch kein erhöhtes Vermeidungsverhalten. Befunde dieser Art legen nahe, dass Kontrolle über die gefürchtete Situation einen weiteren wichtigen Wirkmechanismus darstellen könnte.

Eine kontrollierte Fluchtmöglichkeit während der Konfrontation scheint weder zu vermehrtem Vermeidungsverhalten noch zu geringerer Angstreduktion zu führen.

Sicherheitssignale

Das Vorliegen eines Sicherheitssignals während der Konfrontation mit dem gefürchteten Stimulus vermittelt dem Patienten Sicherheit. Das bedeutet, dass der Patient erwartet, dass die gefürchtete Reaktion bei der Konfrontation mit dem Stimulus nicht oder nur in abgeschwächter Form auftreten wird.

Sicherheitssignale vermindern die Angst, ihre Abwesenheit wird jedoch zum Angstauslöser.

Sicherheitssignale können unterschiedlicher Natur sein: andere Personen, Therapeuten, Medikamente, Glücksbringer, Essen oder Trinken. Werden Sicherheitssignale während der Konfrontation angewendet, können sie zwar kurzzeitig bei den Patienten Unbehagen reduzieren, sind jedoch der Aufrechterhaltung erreichter Therapieerfolge langfristig abträglich. Dies lässt sich dadurch erklären, dass sich beim Einsatz eines Sicherheitssignals während der Konfrontation eine Assoziation zwischen dem inhibitorischen Sicherheitssignal und dem exzitatorischen CS bildet. Wird das Sicherheitssignal dann im Anschluss nicht mehr angewandt (z. B. bei einer Konfrontation ohne den Therapeuten), sollte es zwangsläufig wieder zu einer CR kommen, da der positive Ausgang der Konfrontation vermutlich auf das Vorliegen des Sicherheitssignals bezogen wurde. Bedeutsam ist dies auch für die Kombination von Konfrontationsverfahren und psychopharmakologischen Behandlungen, worauf im folgenden Abschnitt näher eingegangen werden soll [2, 7].

Kombinationstherapien

Psychopharmakotherapie

Neben Konfrontationsverfahren werden bei der Behandlung von Angststörungen häufig Psychopharmaka mit anxiolytischen Eigenschaften angewandt. 55–95% der Patienten mit Angststörungen, die eine Psychotherapie beginnen, wurden vorher bereits ausschließlich psychopharmakologisch behandelt. Eingesetzt werden dabei hoch- oder niedrigpotente Benzodiazepine (z. B. Alprazolam oder Diazepam) sowie verschiedene Antidepressiva wie Imipramin (trizyklisches Antidepressivum / TZA), Phenelzine (Monoaminoxidase-Hemmer / MAO-Hemmer) oder Fluoxetin (Serotonin-Wiederaufnahmehemmer / SSRI). Dies ist bemerkenswert, da zahlreiche Studien und Metaanalysen gegen eine Monotherapie mit anxiolytischen Substanzen sprechen. Die Anwendung anxiolytischer Substanzen, insbesondere hochpotenter Benzodiazepine führt zwar kurzfristig zu einer Symptomreduktion, scheint jedoch zum Erreichen einer langfristigen Verbesserung der Angstsymptomatik nicht geeignet zu sein. Vergleicht man die Wirksamkeit der Benzodiazepin-Behandlung mit der von Konfrontationsverfahren, wird deutlich, dass beide Behandlungsweisen kurzfristig zwar gleichwertige Symptomreduktionen erzielen, Konfrontationsverfahren jedoch hinsichtlich der Stabilität der Therapieerfolge

ge überlegen sind. Es kommt zwar bei der Gabe von Benzodiazepinen häufig schneller zu einer Reduktion der Angstsymptomatik, diese unmittelbaren Erfolge scheinen aber auf Kosten einer langfristigen Verbesserung zu gehen. In der Regel kommt es nach Absetzen der Medikamente zu einem erneuten Auftreten der Angstsymptome. Ähnlich verhält es sich auch mit niedrigpotenten Benzodiazepinen und Antidepressiva. Auch diese Substanzen erzielen beim akuten Einsatz – wenn überhaupt – nur äquivalente Behandlungserfolge wie Konfrontationsverfahren und nach dem Absetzen der Medikamente zeigt sich ein erneutes Auftreten der Symptomatik.

Eine weitere Problematik sind Entzugssymptome, die vor allem beim Absetzen von Benzodiazepinen auftreten. Diese sind zwar bei niedrigpotenten Benzodiazepinen geringfügiger, treten jedoch auch hier auf. Selbst die Beendigung der SSRI-Gabe, die bei Patienten mit affektiven Störungen herkömmlich nicht mit Entzugssymptomen einhergeht, scheint bei bestimmten Angstpatienten zu kurzfristigen Absetzphänomenen zu führen. Zusätzlich treten insbesondere bei den Antidepressiva früherer Generationen (z. B. TZA und MAO-Hemmer) häufig unerwünschte Nebenwirkungen auf, die zur Folge haben, dass Therapien vorzeitig abgebrochen werden (Abbruchrate von 25–50%). Eine Ausnahme stellen in diesem Zusammenhang SSRIs dar. SSRIs haben ein geringeres Nebenwirkungsprofil als Antidepressiva früherer Generationen und werden von Patienten häufig besser vertragen. Dennoch können auch durch die Behandlung mit SSRIs keine vergleichbar stabilen Reduktionen der Angstsymptomatik wie durch Konfrontationsverfahren erzielt werden.

Konfrontationsverfahren scheinen in vieler Hinsicht der medikamentösen Behandlung von Angststörungen überlegen zu sein. Insbesondere bei einer langfristigen Behandlung von Angststörungen sind Benzodiazepine kontraindiziert.

Konfrontationstherapie und Psychopharmaka

Es stellt sich nun die Frage, ob sich eine Kombination von Konfrontationsverfahren und einer der bereits beschriebenen psychopharmakologischen Substanzen zur Behandlung von Angststörungen vorteilhaft erweisen könnte.

Benzodiazepine. Im Bezug auf Benzodiazepine sprechen die Befunde eindeutig gegen eine Kombinations-

therapie mit Konfrontationsverfahren. Durch den kombinierten Einsatz beider Verfahren kommt es zwar kurz- und mittelfristig zu einer stärkeren Angstreduktion verglichen mit dem Einsatz von nur Konfrontationsverfahren bzw. nur Psychopharmaka. Diese kurz- und mittelfristigen Vorteile gehen jedoch mit langfristig negativen Effekten einher. Entsprechend der Monotherapie mit Benzodiazepinen treten auch hier – trotz begleitender Behandlung mittels Konfrontationsverfahren – nach dem Absetzen der Psychopharmaka häufig die ursprünglichen Symptome wieder auf.

Antidepressiva. Weniger eindeutig ist hingegen die Befundlage zum kombinierten Einsatz von Konfrontationsverfahren und Antidepressiva. Hier zeigen sich in Abhängigkeit zur verwendeten Substanz unterschiedliche Wirksamkeiten. Während eine Kombination von MAO-Hemmern und Konfrontationsverfahren zu keinen besseren Behandlungserfolgen führt, scheint die kombinierte Anwendung von TZAs mit Konfrontation zumindest kurzfristig bessere Behandlungserfolge als Konfrontation alleine zu bewirken. Jedoch scheint dieser Vorteil gegenüber dem alleinigen Einsatz von Konfrontationsverfahren nicht von Dauer zu sein und zeigt sich in Katamnesen nach einigen Jahren nicht mehr. Zieht man die höheren Therapieabbruchquoten in Betracht, die bei der Behandlung mit TZA im Vergleich zu Konfrontationsverfahren auftreten, stellt sich die berechnete Frage, ob die vorübergehende Überlegenheit einer kombinierten Anwendung das erhöhte Risiko eines Therapieabbruchs tatsächlich aufwiegt.

SSRI. Zur Kombination von Konfrontationsverfahren mit SSRIs liegen inkonsistente Befunde vor, es zeigen sich nur teilweise Verbesserungen durch die kombinierte Anwendung. Bemerkenswert ist, dass sich in Studien, die für eine erhöhte Effektivität der Kombinationstherapie im Vergleich zur Monotherapie mit Konfrontationsverfahren sprechen, nur eine minimale Effektivitätssteigerung gegenüber Konfrontation alleine zeigt. In einer Studie mit Sozialphobikern beispielsweise wurde gerade einmal eine Effektivitätssteigerung von 3% durch die Kombination beider Verfahren im Vergleich zu Konfrontation alleine erzielt. In Anbetracht der bereits beschriebenen Probleme, die bei der Anwendung von SSRIs zur Behandlung von Angststörungen auftreten, ist auch hier der minimale Gewinn gegenüber den Problemen, die mit der SSRI-Behandlung einhergehen, gegenüberzustellen.

Erklärungsansätze für fehlende Effektivitätssteigerung

Für die fehlende Effektivitätssteigerung durch die Kombination von Konfrontationsverfahren und den standardmäßig in der Angsttherapie angewandten Psychopharmaka gibt es vielfältige Erklärungen. Eine Ursache könnte möglicherweise sein, dass Konfrontationsverfahren und dem Einsatz von anxiolytischen Substanzen andere Behandlungsansätze zugrunde liegen. Konfrontationsverfahren fokussieren auf den Abbau von Vermeidung und den daraus resultierenden kognitiven Umstrukturierungen des Furchtnetzwerkes. Anxiolytika hingegen richten sich auf den Abbau körperlicher und psychischer Erregungszustände. Werden durch die Einnahme von anxiolytischen Medikamenten die körperlichen Symptome gedämpft, ist es den Patienten nicht mehr möglich, sich mit ihren beunruhigenden Körperreaktionen zu konfrontieren. Da dies ein essenzieller Bestandteil von Konfrontationsverfahren ist, wird deutlich, aus welchen Gründen eine Kombination mit anxiolytischen Psychopharmaka kontraindiziert ist. Durch die fehlende Konfrontation mit den eigenen körperlichen Angstsymptomen können keine katastrophisierenden Annahmen über die Gefährlichkeit dieser körperlichen Symptome abgebaut und alternative, nicht beunruhigende Bewertungen entwickelt werden.

Eine weitere Erklärung könnten auch Kontexteffekte sein, die durch die stimmungsverändernden Eigenschaften einiger Substanzen bedingt sind. Benzodiazepine beispielsweise haben stark sedierende Eigenschaften. Von daher kann die Einnahme dazu führen, dass eine Art interozeptiver Kontext geschaffen wird, der sich zwangsläufig nach dem Absetzen des Medikaments nach Ende der Konfrontationstherapie wieder ändert. Lernen findet somit in einem anderen Kontext statt als der spätere Abruf des Gelernten (Kontextverschiebung). Durch diese Kontextverschiebung kann das während der Konfrontationstherapie neu Gelernte nach Ende der Kombinationstherapie nicht mehr abgerufen werden. Dies hat zur Folge, dass die im Verlauf der Kombinationstherapie reduzierte Angst nach dem Absetzen der Medikamente erneut auftritt. Hinzu kommen noch stark amnestische Effekte von Benzodiazepinen, die eine Abspeicherung (Konsolidierung) des Extinktionsgedächtnisses stören [9, 10].

Neue Ansätze zur Kombinationstherapie

Auf der Grundlage dieser theoretischen Überlegungen sowie den bisherigen Erfahrungen, die bei der Kombination von Konfrontationsverfahren mit herkömmlich zur Angstbehandlung eingesetzten Psychopharmaka gemacht wurden, haben sich in den letzten Jahren einige neue Ansätze zur Kombinationstherapie entwickelt. In den folgenden beiden Abschnitten werden zwei dieser Ansätze präsentiert, deren Wirksamkeit derzeit eingehend überprüft wird. Beide Ansätze verfolgen explizit das Ziel weder Kontexteffekte zu fördern, noch die für Lernprozesse essenziellen Gedächtnisprozesse wie die Konsolidierung neuer Gedächtnisinhalte zu behindern.

■ *D-Cycloserin*

Es gibt Hinweise dafür, dass die Extinktion konditionierter Reaktionen und deren stabilisierende Konsolidierungsprozesse pharmakologisch beeinflusst werden können. Erste Befunde sprechen dafür, dass möglicherweise D-Cycloserin (DCS) ein guter Kandidat dafür sein könnte. Studien an Patienten mit Angststörungen unterstützen die Annahme, dass DCS den Extinktionsprozess begünstigt. Jedoch scheint DCS nicht nur die Konsolidierung des Extinktionsgedächtnisses zu steigern, sondern auch die des Furchtgedächtnisses. Welche Assoziationen konsolidiert werden, scheint von der Dauer der Gedächtnisreaktivierung im Verlauf der Reizkonfrontation abzuhängen. DCS kann somit auch zu einer Symptomverschlechterung führen, wenn die Reizkonfrontation in erster Linie zur Aktivierung des Furchtgedächtnisses führt, jedoch nicht zu einer Bildung des Extinktionsgedächtnisses (für eine detaillierte Diskussion über den Einsatz von DCS im klinischen Kontext s. [11]). Es werden eindeutig weitere klinische Studien benötigt, bevor DCS in der Praxis eingesetzt werden kann.

■ *Glukokortikoide*

Die längere Gabe von Glukokortikoiden (GK) kann zu schweren kognitiven und Gedächtnisdefiziten führen. Anders verhält es sich mit der akuten Gabe von GK. Befunde aus Grundlagenstudien sprechen dafür, dass GK das Potenzial haben, die Effektivität von Konfrontationstherapien zu steigern, wenn sie niedrig dosiert und ausschließlich vor der Konfrontationssitzung verabreicht werden. GK verringern einerseits den Abruf von aversiven Lernepisoden aus dem Furchtnetzwerk und erleichtern andererseits die Konsolidierung neuer nicht angstbesetzter Inhalte in das Furchtnetzwerk.

Tabelle 3
Detaillierte Beschreibung der Konfrontationsverfahren bei Angststörungen.

Störungsbild	Technik	Vorgehensweise	Besonderheiten	Wirksamkeit	Literatur
Panikstörung	interozeptive Konfrontationsübungen	<ul style="list-style-type: none"> ■ meist graduiert ■ Beginn mit simulierten Übungen (z. B. Hyperventilation Drehübungen bei Schwindel) ■ im Anschluss naturalistische Aktivitäten 	Fokus liegt auf der Schwächung der Assoziationen zwischen bestimmten körperlichen Empfindungen und Panik	gute Belege	[4, 15–17]
Agoraphobie	In-vivo-Konfrontation	<ul style="list-style-type: none"> ■ graduiert oder massiert ■ Konfrontation mit angstauslösenden Situationen (z. B. im Kaufhaus Fahrstuhl fahren oder Kinobesuch) muss detailliert geplant werden ■ anfängliche Begleitung durch den Therapeuten, die mit dem Fortschreiten der Therapie langsam auszuschießen ist (Therapeut als Sicherheitssignal) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Massierte Konfrontation bringt die sichersten und schnellsten Erfolge, die Patientenakzeptanz ist bei graduiertem Vorgehen jedoch höher. ■ Fokus auf dysfunktionale Bewältigungsstrategien wie: <ol style="list-style-type: none"> 1. Sicherheitssignale (z. B. Mitführen der Telefonnummer des Hausarztes, des Mobiltelefons oder von Beruhigungsmitteln) 2. unnötige Vorsichtsmaßnahmen (z. B. im Kino am Rand sitzen) 3. mentale Ablenkung (z. B. so tun als ob man woanders wäre oder Musik hören) 	gute Belege	[16]
Soziale Phobie	In-vivo-Konfrontation	<ul style="list-style-type: none"> ■ meist graduiert ■ zweistufiges Vorgehen: <ol style="list-style-type: none"> 1. Simulierte Konfrontation im Rollenspiel (z. B. vor dem Therapeuten Vortrag halten) als Vorbereitung für anschließende In-vivo-Konfrontation 2. In-vivo-Konfrontation (z. B. jemanden nach dem Weg fragen) ■ Patienten können auch aufgefordert werden kleinere soziale Schnitzer zu begeben, um dadurch dysfunktionale Annahmen (z. B. ich muss perfekt sein) widerlegen zu können 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Fokus auf: <ol style="list-style-type: none"> 1. Patienten sollen Aufmerksamkeitsfokus nach außen anstatt wie herkömmlich nach innen richten 2. Einschränkung des Sicherheitsverhaltens 3. Bewertungen des Auftretens der Patienten in sozialer Konfrontationssituation, da Patienten mit sozialer Phobie diese in der Regel unterschätzen (evtl. auch anhand von Filmaufzeichnungen) CAVE: Komplexität sozialer Situationen erschwert die In-vivo-Konfrontation, da unerwünschte Konfrontationseffekte auftreten können 	gute Belege	[13, 18]
	In-sensu-Konfrontation	<ul style="list-style-type: none"> ■ graduiert oder massiert ■ angstauslösende Situation wird spezifiziert und in der Vorstellung mehrere Male durchlebt 	In-sensu-Konfrontation bietet sich bei Situationen, die im Alltag nur selten auftreten an (z. B. Prüfung, Gespräche mit Vorgesetzten) CAVE: geringe Vorhersehbarkeit sozialer Situationen erschwert den Transfer in den Alltag		

Gerade der wiederholte Abruf aversiver Gedächtnisinhalte bei der Konfrontation mit aversiven Stimuli scheint zur Aufrechterhaltung der Störung beizutragen, da es nach jedem Abrufprozess zu einer erneuten Konsolidierung (Rekonsolidierung) der aversiven Gedächtnisinhalte kommt und dadurch zu einer Verfestigung der Inhalte im Furchtnetzwerk.

Man nimmt an, dass eine GK-Gabe vor der Konfrontation mit aversiven Stimuli diesen schädlichen Abrufprozess unterbricht und gleichzeitig die Konsolidierung neuer Gedächtnisinhalte erleichtert. Diese beiden Prozesse sollten wiederum die Schwächung der aversiven Gedächtnisspur zur Folge haben, da die Patienten unter GK-Gabe die neue Erfahrung machen, dass der gefürchtete Stimulus nicht wie herkömmlich von furcht-

Tabelle 3

Fortsetzung

Störungsbild	Technik	Vorgehensweise	Besonderheiten	Wirksamkeit	Literatur
Spezifische Phobien ■ Klaustrophobie, Höhenangst, Flugängste und Fahrängste	In-vivo-, In-sensu- oder In-virtuo-Konfrontation	<ul style="list-style-type: none"> ■ graduiert oder massiert ■ Konfrontation mit geschlossenen, engen Räumen und Höhen bei Höhenangst ■ typische Konfrontationsübungen: Brücken, Glasfahrstühle, Türme, Dachterrassen, Balkonplätze im Theater oder Sportstadium, steil abfallende Straße, Schwebebahnen oder Fahrten mit entsprechenden Bahnen (z. B. Achterbahn) ■ Konfrontation mit Hitze (warme Räume oder Kleidung) bei Klaustrophobie ■ typische Konfrontationsübungen: Umkleidekabinen, Saunas, kleine Zelte und Fahrstühle ■ ergänzende interozeptive Konfrontationsübungen können hilfreich sein, da diese Patienten häufig starke Angst vor Erstickungsgefühlen, Kurzatmigkeit, Schwindelgefühlen und Kontrollverlust haben 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Fokus auf Sicherheitsverhalten, insbesondere zu Beginn der Konfrontation ■ meist kurze Behandlungsdauer (1–8 Sitzungen) 	gute Belege	[19, 20]
■ Tierphobien		<ul style="list-style-type: none"> ■ meist graduiert ■ Beginn mit dem Anschauen von Fotos der gefürchteten Tiere ■ im Anschluss In-vivo-Konfrontation (z. B. Spinne auf den Arm nehmen) ■ ergänzende interozeptive Konfrontationsübungen sind hilfreich, wenn die Patienten starke Angst vor den mit der Angst verbundenen physiologischen Zuständen haben 	Fokus auf die individuelle Analyse des Phobieinhaltes, da häufig die Angst vor der Gefährlichkeit der Tiere über der Angst vor der Angst dominiert		
■ Blut-, Verletzungs- und Spritzenphobien	angewandte Anspannung (applied tension)	<ul style="list-style-type: none"> ■ meist graduiert ■ vor Beginn der Konfrontation Erlernen der Anspannungstechnik, die Ohnmacht verhindert: <ol style="list-style-type: none"> 1. Anspannen der großen Skelettmuskeln (Arme, Brust und Beine) 2. Spannung für ca. 15 Sekunden halten bis ein warmes Gefühl im Kopf entsteht 3. Anspannung bis auf das Ausgangsniveau lösen ■ Patienten werden instruiert, bei ersten Anzeichen einer Synkope die Anspannungstechnik anzuwenden ■ Konfrontation beginnt mit phobierelevanten Fotos, im Anschluss In-vivo-Konfrontation (z. B. Blutspenden) 	Fokus auf das Verhindern von Ohnmacht: Patienten zeigen bei der Konfrontation spezifische autonome Reaktion (biphasische Reaktion). Es steigt zuerst die Herzfrequenz und der Blutdruck wie bei anderen Phobien, fällt dann aber rapide ab und kann bis zu einer Synkope führen, wenn die Situation nicht verlassen wird		

Tabelle 3

Fortsetzung

Störungsbild	Technik	Vorgehensweise	Besonderheiten	Wirksamkeit	Literatur
Zwangs- erkrankungen	In-vivo- oder In-sensu-Konfrontation mit Reaktionsmanagement (bzw. Konfrontation mit Reaktionsverhinderung)	<ul style="list-style-type: none"> ■ graduiert ■ Begleitung durch Therapeuten bei den ersten Konfrontationsübungen, später eigenverantwortliches Üben ■ bei Zwangsgedanken: <ol style="list-style-type: none"> 1. Konfrontation mittels Tonbandaufnahmen mit angstauslösenden Gedanken in Endlosschleife 2. Anhören des Tonbandes, wenn die Gedanken auftreten bzw. Patienten den Impuls verspüren, das angstreduzierende kognitive Ritual zu beginnen 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Fokus auf dem Lernen keine beruhigenden Handlungskomponenten (Rituale, Sicherheitsverhalten, Flucht) auszuüben, sondern sich mit der Zwangssituation zu konfrontieren ■ Konfrontationsdauer von ca. 2 Stunden notwendig, da kürzer weitaus weniger effektiv ist 	Therapiemethode der Wahl Eine beträchtliche Anzahl der Patienten bleibt auch nach Ende der Behandlung symptomatisch oder erfährt nur eine partielle Besserung	[4, 13, 21]
Generalisierte Angststörung	In-sensu-Sorgenkonfrontation In-vivo-Sorgenkonfrontation	<ul style="list-style-type: none"> ■ Patienten werden angeleitet, sich nicht mehr nur auf abstrakte Weise zu sorgen, sondern in Vorstellungsbildern ■ Hauptsorgenbereiche müssen vor dem Konfrontationsbeginn identifiziert und entsprechende Vorstellungsszenarios entwickelt werden ■ Konfrontation mit Vermeidungsverhalten oder Rückversicherungsverhalten (z. B. häufiges Nachfragen und Rückversichern, den Angehörigen hinterher telefonieren) ■ Vor Konfrontationsbeginn muss das genaue Verhalten identifiziert und in Hierarchie gebracht werden ■ Idealerweise findet die Konfrontation durch den Patienten alleine statt 	Fokus darauf, dass die Patienten während der Konfrontation eine neue Technik des „sich Sorgens“ lernen und die damit assoziierte Angst intensiv erleben und sich nicht mehr davon ablenken	bisher keine Überprüfung als isolierte Behandlungskomponente erste positive Belege für den Einbezug von Sorgenkonfrontation in Gesamtbehandlungskonzepte	[4, 22, 23]
Posttraumatische Belastungsstörung	imaginales Nacherleben des Traumas (imaginal exposure) Narrative Konfrontation (narrative exposure)	<p>Konfrontation mit dem Trauma durch:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ wiederholtes und detailliertes Nacherleben des Traumas in der Vorstellung in der Reihenfolge der Ereignisse ■ findet unter Anwesenheit des Therapeuten statt ■ Gedanken, Gefühle und sensorische Eindrücke während des Erlebens des Traumas sollen im Präsens geschildert werden ■ Hausaufgaben zur Intensivierung der Konfrontation empfehlenswert, z. B. Tonbandaufzeichnungen des Nacherlebens anfertigen, die die Patienten täglich zu Hause anhören können <ul style="list-style-type: none"> ■ chronologische Rekonstruktion der gesamten Lebensgeschichte mit allen positiven und negativen emotionalen Momenten ■ Therapeut geleitet den Patienten durch die chronologische Erzählung ■ Therapeut verbalisiert während der Rekonstruktion Gefühle und Details des Erzählten und differenziert Verhaltensweisen und Details zwischen dem „Jetzt“ und dem „Früher“ 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ziel der Konfrontation ist die Elaboration des Traumagedächtnisses und der Identifikation der individuellen negativen Interpretationen des Traumas ■ je nach Therapiekonzept unterschiedlich lange Dauer: <ul style="list-style-type: none"> – 9–12 Sitzungen (Foa u. Rothbaum) – 3 Sitzungen (plus Hausaufgaben) (Ehlers); bei dem stärker kognitiv ausgerichteten Vorgehen von Ehlers Fokus auf die schlimmsten Momente (hot spots), die im Zeitlupentempo nacherlebt werden ■ Kurzzeittherapie, die sich an Patienten mit multiplen Traumatisierungen (z. B. Opfer organisierter Gewalt) richtet ■ Ziel ist, dass die traumatischen Ereignisse durch kohärentes Erzählen in die Biografie des Patienten integriert werden, um eine Reorganisation des autobiografischen Gedächtnisses sowie die Akzeptanz des Traumas als etwas Vergangenes zu erreichen 	gute Belege	[4, 24–27]

besetzten Erinnerungen begleitet wird. Bisher angstbesetzte Situationen sollten zukünftig als weniger aversiv erlebt und eingeschätzt werden. Eine Symptomreduktion sollte auch nach Ende einer GK-Gabe anhalten, da man davon ausgeht, dass es sich um eine überdauernde Umstrukturierung des Furchtgedächtnisses handelt.

Erste präklinische Studien aus dem Bereich der Angststörungen liefern Hinweise dafür, dass die Kombination von niedrigdosierten GK mit Konfrontationstherapie ein vielversprechender Ansatz für die Optimierung der Behandlung von Angststörungen sein könnte.

Es sollte hervorgehoben werden, dass GK neben den beschriebenen gedächtnismodulierenden, keine akuten stimmungsmodulierenden Effekte aufweisen und somit keine nachteiligen Kontexteffekte mit sich bringen. Jedoch werden auch vor dem routinemäßigen Einsatz von GK bei Konfrontationsbehandlungen noch weitere Studien, insbesondere an klinischen Populationen, benötigt [12].

Störungsspezifische Konfrontationsverfahren

Angststörungen

Tab. 3 stellt die übliche Vorgehensweise während der Konfrontationsübungen zur Behandlung verschiedener Angsterkrankungen dar. Dabei wird neben der Beschreibung der jeweiligen Technik mit Betonung der jeweiligen Besonderheiten in der Durchführung und dem zugrunde liegenden theoretischen Konzept auch auf Wirksamkeitsbelege eingegangen. Die dargestellten Übungen werden in der Regel mit weiteren Interventionstechniken kombiniert und sind in ein Gesamtbehandlungskonzept eingebettet. Eine Darstellung von umfangreichen Behandlungskonzepten und umfassenden Modellvorstellungen zu den einzelnen Störungen findet sich zum Beispiel bei Barlow (1993, 1994), Neudeck u. Wittchen (2005) und Margraf (2009) oder in den entsprechenden Ausgaben der Hogrefe-Reihe „Fortschritte der Psychotherapie“. An Ort und Stelle werden zur Behandlung der jeweilig dargestellten Angststörung ausgewählte Literaturhinweise gegeben.

Konfrontation bei Alkoholabhängigkeit

Im Folgenden wird die aktuelle Forschungslage betreffend der Anwendung von Konfrontation und Konfrontationstechniken bei *Abhängigkeitsstörungen* beispielhaft an der Therapie von Alkoholabhängigkeit beschrieben.

Mittlerweile ist der Einsatz von In-vivo-Reizkonfrontationsverfahren bei der Behandlung von Alkoholabhängigkeitsstörungen weit verbreitet. Reizkonfrontationsverfahren kommen dort insbesondere in Zusammenhang mit der Rückfallprävention zum Einsatz. Rückfälle sind bei Alkoholikerkrankungen keine Ausnahme, sondern die Regel. Ziel der Konfrontationsübungen ist es, durch korrigierende Erfahrungen, die durch die Konfrontation ermöglicht werden, das Auftreten automatisierter Reaktionsweisen der Betroffenen in Rückfallsituationen zu verringern. Dadurch sollen Kompetenzen zur abstinenter Bewältigung von Risikosituationen und zur möglichst schnellen Rückkehr in die Abstinenz nach einem Rückfall aufgebaut werden. Zum Verständnis des theoretischen Hintergrunds der Konfrontation bei Alkoholabhängigkeit sind insbesondere die folgenden Konzepte bedeutsam.

■ Reizreagibilität

Unter Reizreagibilität (cue reactivity) versteht man bestimmte Wahrnehmungs-, körperliche Reaktions- bzw. Informationsverarbeitungstendenzen, die durch die Konfrontation mit bestimmten Stimulusbedingungen (triggern) wie z. B. Örtlichkeiten, Situationen, Tageszeiten, Personen etc. ausgelöst werden. Die Konfrontation mit den Stimulusbedingungen hat bestimmte neurophysiologische Reaktionen zur Folge, die außerhalb der willentlichen Kontrolle liegen. Diese Reaktionen äußern sich auf diesen 3 Ebenen:

- physiologisch (z. B. vermehrter Speichelfluss)
- emotional (z. B. Verlangen)
- kognitiv (z. B. getrübe Wahrnehmung)

■ Klassische Konditionierungsprozesse

Grundlage der Reizreagibilität scheinen klassische Konditionierungsprozesse zu sein, die in Assoziationen zwischen den Stimulusbedingungen (z. B. Trinksituation) und bestimmten Reaktionen (z. B. Alkoholwirkung) resultieren. Werden Alkoholabhängige nach dem beschriebenen Konditionierungsprozess erneut mit diesen Stimulusbedingungen konfrontiert, treten klassisch konditionierte physiologische, emotionale und motivationale Reaktionen auf, die in der Regel als aversiv erlebt werden und auch nach längerer Abstinenz die Gefahr eines Rückfalls erhöhen. In solchen Situationen

spüren die Betroffenen dann ein quälendes Verlangen oder eine starke Versuchung (craving) nach dem Konsum von Alkohol. Dies erklärt, wieso Alkoholabhängige, insbesondere in einer Umgebung, die mit früherem Alkoholenuss assoziiert ist, Rückfälle erleben. Da ein Schutz vor allen alkoholbezogenen Stimuli illusorisch ist, scheint ein Behandlungsfokus auf die Rückfallprophylaxe bei Alkoholabhängigkeit besonders wichtig zu sein.

Konfrontationsübungen

Konkrete Rückfallsituationen

- Alkoholkonfrontation mit Stimmungsinduktion: Der Patient setzt sich gezielt denjenigen emotionalen Zuständen (z. B. Langeweile, Schuldgefühle, Trauer, Selbstzweifel usw.) aus, die in der Vorgeschichte pathologisches Trinkverhalten ausgelöst bzw. aufrechterhalten haben.
- Alkoholkonfrontation mit Tonbandaufnahme von Konfliktgesprächen: Der Patient konfrontiert sich mit einem wichtigen Konfliktpartner und dessen Meinung zu einem strittigen Thema, ohne dazu Stellung zu beziehen.
- Alkoholkonfrontation im sozialen Kontext: Einübung von Bewältigungsstrategien, die dem Patienten in kritischen Situationen (wie z. B. Feiern) helfen abstinent zu bleiben.

Durchführung

Hohe Bedeutung kommt der kognitiven Vorbereitungsphase der Konfrontation zu, damit die Patienten die Planung der Konfrontationsübungen durch den Therapeuten nicht als ein Infragestellen der Abstinenzmotivation auffassen. Dazu kann es nützlich sein, dass der Therapeut vor der Konfrontation ein Suchtmodell vermittelt, das die oben beschriebenen automatisierten Reaktionsweisen, die außerhalb des Bewusstseins liegen (vs. bewusste Entscheidung zur Abstinenz durch Patienten), akzentuiert. Anschließend sollte die Übungssituation möglichst konkret und detailliert geplant werden. Individuelle Trink- und Risikosituationen können dabei am besten mittels einer Verhaltensanalyse bestimmt werden. Diese können dann hierarchisch angeordnet werden. Aus dieser Hierarchie sollte eine Übungssituation ausgewählt werden, die einen hohen Verführungscharakter (z. B. das alkoholische Lieblingsgetränk) für den Patienten hat. Die Schwierigkeit der Versuchungssituation sollte dabei so hoch sein, dass deren Bewältigung tatsächlich einen Erfolg für den Patienten darstellt, jedoch nicht so schwer ist, dass Zweifel an einer erneuten Bewältigung außerhalb des The-

rapiekontextes entstehen. Eventuell kann die In-vivo-Konfrontation auch durch In-sensu-Vorstellungsübungen vorbereitet werden.

Während der Konfrontation arbeiten sowohl der Patient als auch der Therapeut daran, den Verführungscharakter der Konfrontationssituation gezielt zu steigern.

Dieses Vorgehen dient dazu, dass die Patienten potenziell die Erfahrung machen können, selbst äußerst starkem Verlangen standhalten zu können. Dazu werden die Patienten vom Therapeuten dazu angehalten, die sinnliche Wahrnehmung der situativen Reize zu vertiefen. Zusätzlich soll durch Gedanken und Erinnerungen an frühere Trinksituationen der Verführungscharakter der Situation gesteigert werden. Dies wird unterstützt durch gezielte Fragen des Therapeuten (z. B. „Was denken Sie beim Anblick etc.“), die dem Patienten dabei helfen sollen, alle Details, Gedanken und Emotionen, die den Konsum begleiten, wahrzunehmen.

Der Patient wird während der Konfrontation immer wieder zur bewussten Selbstbeobachtung angehalten, um Veränderungen der Versuchung festzustellen und in Form einer Kurve aufzuzeichnen (Versuchungskurve). Die Übung wird beendet, sobald aus der Versuchungskurve ersichtlich wird, dass das Verlangen überdauernd gesunken ist. Die Konfrontationsübungen sollten stets durch eine kognitive Auswertung der Konfrontation beendet werden, da die Gefahr besteht, dass es bei der abstinenten Bewältigung von Konfrontationsübungen vorkommt, dass die Löschung entscheidender kognitiver, emotionaler und physiologischer Reaktionen ausbleibt. Die Ergebnisse der kognitiven Auswertung sollten daraufhin in nachfolgenden Konfrontationsübungen berücksichtigt werden. Im Anschluss an die Konfrontation unter Beisein des Therapeuten ist es auch ratsam, dass Patienten beginnen, sich alleine Konfrontationen auszusetzen.

Rückfallprophylaxe

Da auch die Konfrontationsbehandlung der Alkoholabhängigkeit nicht zur Folge hat, dass es zu einer Entkopplung des CS und der CR kommt, sondern lediglich ein Um- oder Neulernen stattfindet, ist mit den gleichen Schwierigkeiten (Spontanerholung, Wiedereinsetzung der Reaktion und Erneuerungseffekt) wie auch bei der Behandlung von Angststörungen zu rechnen. Von daher ist es bedeutsam, diesen Lernphänomenen bereits bei der Behandlungsplanung von Alkoholkrankungen im Vorfeld entgegenzuwirken. Dazu kön-

Tabelle 4

Vorgehen zur Rückfallprophylaxe.

Phänomen	Strategie
Spontanerholung (spontaneous recovery): spontanes Wiederauftreten des Verlangens	<ul style="list-style-type: none"> ■ Vorbereitung der Patienten darauf, dass eine Konfrontationsübung nicht als einmaliger „Härtetest“ missverstanden werden darf, sondern die Übungen fortwährend durchgeführt werden müssen ■ längere Abstände zwischen einzelnen Konfrontationsübungen
Wiedereinsetzung der Reaktion (reinstatement): Wiederauftreten von Verlangen, das in Zusammenhang mit erneuter Konfrontation mit dem US steht	Wiederaufnahme der Konfrontationsübungen
Erneuerungseffekt (renewal effect): in einer neuen Situation, in der keine Exposition stattfand, tritt erneut Verlangen auf	Da nicht alle möglichen Trinksituationen eines Alkoholabhängigen in Konfrontationsübungen berücksichtigt werden können, müssen im Anschluss an die Übungen Erinnerungsstrategien erarbeitet werden

nen die in der Tab. 4 beschriebenen Strategien angewendet werden [4, 28, 29].

■ **Wirksamkeitsprüfung**

Die Wirksamkeit von In-vivo-Konfrontation zur Rückfallprävention bei Abhängigkeitsstörungen ist in einer Reihe von Studien belegt worden. Jedoch scheinen bislang wichtige Fragen betreffend der Indikation, des Zeitpunkts, der konkreten Durchführungsform bzw. der nötigen „Dosis“ noch ungeklärt zu sein. Offen bleibt auch die Frage nach der kombinierten Wirksamkeit von Konfrontationsübungen mit dem Einsatz von Anticravingsubstanzen [29].

Esstörungen

Reizkonfrontation spielt bei der Behandlung von Essstörungen neben anderen Interventionen wie z. B. Psychoedukation und Stimuluskontrolle eine bedeutende Rolle. Die Konfrontationsübungen können dabei recht unterschiedlich gestaltet werden. Patienten konfrontieren sich mit

- interozeptiven Essanfallstimuli (wie z. B. Langweile)
- diversen anderen Stimuli (wie z. B. Geruch bestimmter Nahrungsmittel)
- dem Anblick des eigenen Körpers

Ziel der Übungen ist, dass die Patienten bei der Konfrontation lernen, nicht mehr ihr übliches dysfunktionales Verhalten wie anfallartiges Essen, Erbrechen oder das Vermeiden der Konfrontation mit dem eigenen Körper zu zeigen. Zum Verständnis des theoretischen Hintergrunds der Konfrontation bei Essstörungen sind insbesondere die folgenden Konzepte bedeutsam.

■ **Emotionsregulierende Funktion**

Es wird angenommen, dass sowohl Essanfälle als auch deren Gegenmaßnahmen eine emotionsregulierende Funktion (z. B. Vermeidung negativer Gefühle) haben, die möglicherweise ähnlich wie bei den Abhängigkeitserkrankungen klassisch konditioniert ist. Die Konfrontation mit negativen Emotionen während der Therapie soll das Muster der Patienten, unangenehme Gedanken und Gefühle durch Essanfälle zu vermeiden, abbauen. Bedeutsam ist dabei, dass Essanfälle zwar einerseits eine emotionsregulierende Funktion haben, andererseits aber auch wiederum im Anschluss negative Emotionen wie z. B. die Angst vor der Gewichtszunahme auslösen können. Deshalb muss auch auf emotionale Auslöser von Erbrechen geachtet werden. Ziel der Konfrontation mit interozeptiven Zuständen ist es somit nicht nur, Essanfälle zu vermeiden („Exposure with Response Prevention to Pre-Binge Cues“-Modell), sondern auch das anschließende Erbrechen („Exposure with Response Prevention from Purging“-Modell).

■ **Klassische Konditionierungsprozesse**

Da klassische Konditionierungsprozesse bei der Entstehung und Aufrechterhaltung des anfallsartigen Essens und dessen Gegenmaßnahmen maßgeblich beteiligt zu sein scheinen, wird mit Stimuli, die im Vorfeld systematisch mit dem Erleben eines Essanfalls assoziiert wurden, konfrontiert. Dies sind z. B. der Anblick, Geruch sowie der Geschmack von Nahrungsmitteln, die üblicherweise während eines Essanfalls verzehrt werden. Diese Stimuli (CS) scheinen vorbereitende physiologische und psychologische Reaktionen hervorzurufen, die dann in einem unwiderstehlichen Drang zur Nahrungsaufnahme münden (CR). Die Konfrontation mit dem konditionierten Stimulus, ohne dass ein Essanfall auftritt, kann somit zum Löschen des exzessiven Verlangens bzw. der Reizreagibilität führen [29].

■ **Körperbildstörung**

Neben gestörtem Essverhalten ist bei Patienten mit Essstörungen ein negatives Körperbild ein weiterer zentraler Problembereich. So kann der Anblick des eigenen Körpers bei den Patienten intensive negative Emotionen und Kognitionen auslösen, die häufig zur Vermeidung einer Konfrontation mit dem eigenen Kör-

per führen. Indem sich Patienten mit Essstörungen lange und intensiv vor dem Spiegel oder mittels Videoaufzeichnungen mit ihrem Körper und seinen echten und scheinbaren Unvollkommenheiten auseinandersetzen, soll dieses Vermeidungsverhalten aufgebrochen werden. Da Patienten mit Essstörungen dazu neigen ihre Körperfülle zu überschätzen, dient die Konfrontation auch dazu, kognitive Verzerrungen bzgl. der Körperfülle der Patienten zu modifizieren. Eine wiederholte Konfrontation mit der realen Körperfülle soll die Verzerrungen reduzieren.

Essstörungen

Konfrontationsformen

- Konfrontation mit Essanfallsstimuli mit Reaktionsverhinderung (d. h. Verhindern von Essanfällen)
- Konfrontation mit Nahrungsmitteln mit Reaktionsverhinderung (d. h. Verhindern des Einleitens von Gegenmaßnahmen)
- Konfrontation mit dem eigenen Körper [4, 14, 28]

■ Wirksamkeitsprüfung

Konfrontationsverfahren scheinen effektiv bei der Behandlung von Essanfällen zu sein, insbesondere, wenn sie in Kombination mit einer kognitiven Verhaltenstherapie durchgeführt werden. Beispielsweise profitieren Bulimiepatienten von einer Abnahme der Reizreakibilität (weniger Stress, Verlangen nach anfallartigem Essen, Drang zu Erbrechen etc.) bei der Konfrontation mit Nahrungsmitteln, die mit Essanfällen assoziiert sind. Dies ist insbesondere in Hinsicht auf die Rückfallprophylaxe bedeutsam. Für Anorexia nervosa und Binge Eating Disorder (BED) liegen bisher nur wenige empirische Ergebnisse vor, die für die Konfrontation mit Reaktionsverhinderung von Essanfällen sprechen. Jedoch sprechen erste Ergebnisse dafür, dass Patienten mit BED von Reizkonfrontation mit Verhinderung der Nahrungsaufnahme sowie von der Konfrontation mit kleinen Mengen von Binge-Nahrung in einer mit Essanfällen inkompatiblen Umgebung profitieren könnten.

Gute Wirksamkeitsnachweise gibt es für die Anwendung der Konfrontation mit dem eigenen Körper bei der Behandlung von Patienten mit Bulimia nervosa, BED und Anorexia nervosa. So scheinen u. a. Emotionen wie Anspannung, Traurigkeit, Unsicherheit und Ekel infolge der Spiegelkonfrontation rückläufig zu sein. Gleiches gilt für negative körperbezogene Kognitionen wie „Ich bin zu fett und muss Gewicht verlieren.“ und

Kernaussagen

- Konfrontationstherapie ist die effektivste Therapie zur Behandlung von Angststörungen. Erzielte Erfolge bleiben über lange Zeiträume stabil. Rückfälle sind selten und eine Symptomverschiebung tritt nicht häufiger als in der Allgemeinbevölkerung auf.
- Die Anwendung von Konfrontationstechniken ist heute nicht mehr auf die Therapie von Angststörungen begrenzt, sondern sie finden auch bei den Abhängigkeits- und Essstörungen Anwendung.
- Konfrontationsübungen können bezüglich der Modalität der Stimuluspräsentation (imaginiert, real oder virtuell) sowie der Intensität des Stimulus, mit dem konfrontiert wird, variieren. Dabei unterscheidet man zwischen In-sensu-, In-vivo- oder In-virtuo-Konfrontation.
- Die Stimuli können dabei gestuft, beginnend mit dem schwächsten Stimulus (graduiert) oder sofort in stärkster Intensität (massiert) präsentiert werden. Die Effektivität der In-vivo-Konfrontation ist am höchsten. Die Auswahl des jeweiligen Verfahrens muss jedoch immer in Abhängigkeit von den Patientenbedürfnissen und den jeweiligen Besonderheiten des zu behandelnden Störungsbildes getroffen werden.
- Auf dem Hintergrund des aktuellen Forschungsstandes kann der Wirkmechanismus der Konfrontationstherapie nicht abschließend geklärt werden. Habituationsprozesse sind zwar häufig in Angstreduktionsmodelle integriert, jedoch habituierten intensive Reize nicht.
- Eine Vielzahl empirischer Befunde spricht dafür, dass Extinktionsprozesse bei der Angststörungen beteiligt sind. Extinktion (Löschung) ist die allmähliche Abschwächung und das schlussendliche Ausbleiben einer konditionierten Reaktion (CR) durch die mehrfache alleinige Präsentation des konditionierten (ursprünglich neutralen) Stimulus (CS).
- Befunde der lernpsychologischen Grundlagenforschung, insbesondere zur Kontextabhängigkeit konditionierter Reaktionen, haben der Gestaltung von Konfrontationsbehandlung neue Impulse gegeben. Alte Assoziationen bleiben nach der Extinktion neben neu gelernten Assoziationen nach wie vor bestehen. Welche Assoziationen abgerufen werden und welches Verhalten von den Patienten schlussendlich gezeigt wird, ist vom Kontext abhängig. Kontexteffekte müssen bei der Therapieplanung und bei der Rückfallprophylaxe beachtet werden.
- Sicherheitssignale, die Patienten während der Konfrontation anwenden, reduzieren zwar kurzzeitig bei den Patienten Unbehagen, stören jedoch langfristig die Aufrechterhaltung erreichter Therapieerfolge. Gleiches gilt für die Kombination von Konfrontation mit Psychopharmaka. Eine Kombination führt kurz- und mittelfristig zu einer schnellen Symptomreduktion, wirkt sich jedoch auf die Aufrechterhaltung der Therapieerfolge langfristig negativ aus.

negative Emotionen beim Anblick des eigenen Körpers. Zusätzlich scheint es zu einer Abnahme des Vermeidungsverhaltens zu kommen [4, 14].

Über die Autoren

Dorothee Bentz



Dorothee Bentz, Dipl.-Psych. Jahrgang 1981. 2000–2006 Studium der Psychologie an der Universität Trier. Seit Oktober 2006 wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Fakultät für Psychologie an der Universität Basel in der Abteilung für Klinische Psychologie und Psychotherapie. Seit Januar 2007 Weiterbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin am Freiburger Ausbildungsinstitut für Verhaltenstherapie (FAVT). Seit März 2008 Promotionsstipendium des Schweizer Nationalfonds (SNF). Forschungsschwerpunkte sind der Einfluss von Gedächtnis- und emotionalen Lernprozessen auf die Entstehung und Behandlung von Angststörungen.

Tanja Michael



Prof. Dr. Tanja Michael, Jahrgang 1971. Studium der Psychologie in Braunschweig. Diplom 1997. Promotion an der Universität Oxford in 2001. Habilitation an der Universität Basel in 2007 zum Thema „Cognitive Behavioural Processes in Anxiety Disorders“. Ausbildung zur psychologischen Psychotherapeutin mit kognitiv-behavioralem und interpersonalem Schwerpunkt an der Universität Basel. Master of Advanced Studies (MAS) in Psychotherapie in 2007. Seit 2009 Inhaberin des Lehrstuhls für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Universität des Saarlandes.

Jürgen Margraf



Prof. Dr. Jürgen Margraf, Jahrgang 1956. Diplom in Psychologie und Promotion an den Universitäten Tübingen und Stanford. Habilitation für die Fächer Klinische Psychologie und Psychophysiologie an der Universität Marburg. Approbierter Psychologischer Psychotherapeut. Seit 1999 Ordinarius für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Fakultät für Psychologie der Universität Basel. 2009 als erster Psychologe ausgewählt für eine Alexander-von-Humboldt-Professur. Past President des europäischen Dachverbandes für Verhaltenstherapie

(EABCT). Forschungsschwerpunkte: Entstehung, Diagnostik und Behandlung psychischer Störungen (vor allem Angst- und Essstörungen) sowie experimentelle Psychopathologie, Psychotherapieforschung (vor allem kognitive Verhaltenstherapie und Versorgungsforschung), Prävention und klinische Psychophysiologie.

Korrespondenzadresse

Dorothee Bentz
Universität Basel
Fakultät für Psychologie
Abteilung für Klinische Psychologie und Psychotherapie
Missionsstraße 60 / 62
CH-4055 Basel
Telefon: +41-612670381
Telefax: +41-612670659
E-mail: dorothee.bentz@unibas.ch

Literatur

- 1 Barlow DH. Anxiety and its disorders the nature and treatment of anxiety and panic. New York, NY: Guilford Press, 2004
- 2 Craske MG. Anxiety Disorders: Psychological Approaches to Theory and Treatment. Boulder, Colorado: Westview Press, 1999
- 3 Margraf J, Hrsg. Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 1. Berlin, Heidelberg: Springer, 2009
- 4 Neudeck P, Wittchen H-U, Hrsg. Konfrontationstherapie bei psychischen Störungen. Göttingen: Hogrefe, 2005
- 5 Wiederhold BK, Wiederhold MD. The future of Cybertherapy: Improved options with advanced technologies. Stud Health Technol Inform 2004; 99: 263–270
- 6 Foa EB, Kozak MJ. Emotional Processing of Fear: Exposure to Corrective Information. Psychological Bulletin 1986; 99: 20–35
- 7 Craske MG, Hermans D, Vansteenwegen D. Fear and learning: from basic processes to clinical implications. Washington, DC: American Psychological Association, 2006
- 8 Mazur JE. Lernen und Gedächtnis (Vol. 5., aktualisierte Auflage). München: Pearson Studium, 2004
- 9 Otto MW, Smits JA, Reese HE. Cognitive-behavioral therapy for the treatment of anxiety disorders. J Clin Psychiatry 2004; 65 (Suppl. 5): 34–41
- 10 Westra HA, Stewart SH. Cognitive behavioral therapy and pharmacotherapy: complementary or contradictory approaches to the treatment of anxiety? Clinical Psychology Review 1998; 18: 307–340
- 11 Vervliet B. Learning and memory in conditioned fear extinction: effects of D-cycloserine. Acta Psychol (Amst) 2008; 127: 601–613
- 12 de Quervain DJ, Margraf J. Glucocorticoids for the treatment of post-traumatic stress disorder and phobias: a novel therapeutic approach. Eur J Pharmacol 2008; 583: 365–371
- 13 Barlow DH, Hrsg. Clinical handbook of psychological disorders. A step-by-step treatment manual. New York, NY: Guilford Press, 1993

- 14 Margraf JHrsg. Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 2. Berlin, Heidelberg: Springer, 2009
- 15 Clark DM, Salkovskis PM. Cognitive Treatment of Panic: Therapist's Manual. UK: Department of Psychiatry, University of Oxford, 1986
- 16 Schneider S, Margraf J. Agoraphobie und Panikstörung. Göttingen: Hogrefe, 1998
- 17 Barlow DH, Craske MG. Mastery of Your Anxiety in Panic, II. Albany, NY: Graywind, 1994
- 18 Stangier U, Clark DM, Ehlers A. Soziale Phobie. Göttingen: Hogrefe, 1998
- 19 Antony MM, Craske MG, Barlow DH. Mastery of Your Specific Phobias. San Antonio, TX: Harcourt Brace, 1995
- 20 Öst L-G, Lindahl I-L, Sterner U et al. Exposure in vivo vs. applied relaxation in the treatment of blood phobia. Behaviour Research and Therapy 1984; 22: 205 – 216
- 21 Emmelkamp PMK, van Oppen P. Zwangsstörungen. Göttingen: Hogrefe, 2000
- 22 Craske MG, Barlow DH, O'Leary T. Mastery of Your Anxiety and Worry, Client Workbook. San Antonio, TX: Psychological Corporation, 1992
- 23 Becker E, Margraf J. Generalisierte Angststörung ein Therapieprogramm. Weinheim: Beltz, 2007
- 24 Ehlers A. Posttraumatische Belastungsstörung. Göttingen: Hogrefe, 1999
- 25 Foa EB, Rothbaum BO. Treating the Trauma of Rape. Cognitive-Behavior Therapy for PTSD. New York: Guilford, 1998
- 26 Maercker A, Hrsg. Therapie der posttraumatischen Belastungsstörungen. Berlin, Heidelberg: Springer, 2003
- 27 Schauer M, Elbert T, Neuner F. Narrative Exposure Therapy. Toronto, Göttingen: Hogrefe, 2005
- 28 Lieberman D. Learning and memory an integrative approach. New York: Wadsworth, 2003
- 29 Lindenmeyer J. Alkoholabhängigkeit. Göttingen: Hogrefe, 1999

Weiterführende Literatur

- 30 Michael T, Munsch S, Margraf J. Psychotherapeutische Methoden. In: Hautzinger M, Pauli P, Hrsg. Enzyklopädie der Psychologie. Themenbereich B, Methodologie und Methoden. Serie 3, Psychologische Interventionsmethoden. Göttingen: Hogrefe, 2009: 325 – 386

CME-Fragen

Die folgenden Fragen beziehen sich auf den vorangehenden Beitrag. Sie können uns die entsprechenden Antworten entweder online unter <http://cme.thieme.de> oder durch das CME-Teilnahmeheft hinten in dieser Zeitschrift zukommen lassen. Jeweils eine Antwort ist richtig. Die Vergabe von CME-Punkten ist an die korrekte Beantwortung der Multiple-Choice-Fragen gebunden.

1

Welche Aussage zur Konfrontationstherapie ist zutreffend?

- A Bei der Systematischen Desensibilisierung werden die Stimuli graduiert dargeboten.
- B Flooding und Implosion bezeichnen beide die Konfrontation in der Vorstellung mit aversiven Stimuli in voller Intensität.
- C Bei der graduierten Konfrontation wird mit der Darbietung des stärksten aversiven Stimulus begonnen.
- D Bei der Implosion werden reale aversive Stimuli in höchster Intensität dargeboten.
- E Bei der graduierten In-vivo-Konfrontation werden in der Vorstellung schrittweise aversive Stimuli dargeboten.

2

Welche Aussage zur Vorgehensweise bei der Konfrontationstherapie ist zutreffend?

- A Konfrontationssitzungen dürfen niemals zum Zeitpunkt der stärksten Angst / des stärksten Unbehagens abgebrochen werden und nachdem die Angst / das Unbehagen abgeklungen ist, wieder aufgenommen werden.
- B Bei Konfrontationsübungen ist nicht auf die Dauer der Übung zu achten, sondern nur auf die Intensität der empfundenen Angst während der Konfrontation.
- C Neben Konfrontation in vivo und in sensu können Patienten auch mit virtuellen aversiven Reizen konfrontiert werden.
- D Kognitive Techniken können nicht mit Konfrontationsverfahren kombiniert werden.
- E Sicherheitssignale (wie z. B. andere Personen, Medikamente) können langfristig hilfreich sein, um die Effektivität von Konfrontationstherapien zu stärken.

3

Welche Aussage zu den Wirkmechanismen von Konfrontationstherapie ist zutreffend?

- A Habituation ist der einzige grundlegende Mechanismus für die Angstabnahme im Verlauf der Konfrontationstherapie.
- B Systematische Desensibilisierung ist wirksamer als graduierte Exposition.
- C Entsprechend der Emotionalen Verarbeitungshypothese bestätigen empirische Befunde, dass für eine erfolgreiche Konfrontationstherapie sowohl eine Habituation der Angst innerhalb einer Sitzung als auch über die Sitzungen hinweg stattfinden muss.
- D Die Konfrontationshypothese geht davon aus, dass der Patient während der Exposition lernt, dass das gefürchtete aversive Ereignis nicht wie erwartet auftritt.
- E Lerntheoretiker sind sich einig darüber, dass die Extinktionshypothese der einzige zugrunde liegende Mechanismus von Konfrontationstherapie ist.

4

Welcher therapeutisch relevante Grundlagenbefund zu Extinktion ist zutreffend?

- A Assoziationen zwischen dem unconditionierten und konditionierten Stimulus sowie zwischen dem konditionierten Stimulus und der konditionierten Reaktion werden durch Extinktion ausradiiert.
- B Extinktion stellt eine Umkehrung der Lernphase dar.
- C Extinktion ist nicht kontextspezifisch.
- D Extinktion kann konzeptualisiert werden als die fehlende Übereinstimmung der Erwartung des Auftretens eines aversiven Stimulus und dem tatsächlichen Ausbleiben.
- E Extinktion ist ein Prozess, der nicht medikamentös zu beeinflussen ist.

CME-Fragen

Konfrontation und Exposition

5

Welche Aussage zum Umgang mit kontextspezifischer Extinktion ist *nicht* zutreffend?

- A** Erinnerungshilfen oder mentales Wiederherstellen von Behandlungskontexten können nach Abschluss der Konfrontation der Rückfallprophylaxe dienen.
- B** Konfrontation sollte in so vielen Kontexten wie möglich durchgeführt werden, um die Wahrscheinlichkeit zu erhöhen, dass anschließend aufgesuchte Kontexte auch einige der mit der Extinktion verbundenen Stimuli enthalten.
- C** Der Erneuerungseffekt (renewal effect) bezeichnet das Phänomen, dass der Kontext, in welchem gelernt wird, entscheidend dafür ist, welches Verhalten ausgelöst wird.
- D** Unter Erneuerungseffekt (renewal effect) versteht man das Phänomen, dass nach einer vollständigen Extinktion die Wiedererwerbsphase deutlich schneller ist als der ursprüngliche Erwerb der konditionierten Reaktion.
- E** Rückkehr von Angst scheint in Zusammenhang mit Kontextveränderungen zu stehen.

6

Welche Aussage zu Kombinationstherapien von Konfrontation mit Benzodiazepinen ist *nicht* zutreffend?

- A** Die Kombination von Benzodiazepinen und Konfrontationsverfahren ist sowohl kurz-, mittel- und langfristig vorteilhaft für die Stabilität des Therapieerfolgs.
- B** Benzodiazepingabe schafft einen interozeptiven Kontext, der mit der Angstabnahme assoziiert wird.
- C** Das Absetzen der Einnahme von Benzodiazepinen wird von Patienten als (interozeptive) Kontextveränderungen wahrgenommen. Dies kann zu einer Rückkehr von Angst führen.
- D** Benzodiazepine haben einen negativen Einfluss auf die Konsolidierung des Extinktionsgedächtnisses.
- E** Benzodiazepingabe kann internale Kontrollüberzeugungen bzgl. des Therapieerfolgs behindern. Dies kann der Stabilität der Therapieeffekte abträglich sein.

7

Welche Aussage zur Durchführung von Reizkonfrontation bei Panikstörungen und Agoraphobie trifft *nicht* zu?

- A** Bei der Panikstörung wird mit interozeptiven Konfrontationsübungen gearbeitet.
- B** Bei der Panikstörung wird häufig graduiert vorgegangen, wobei oft mit simulierten, gefolgt von naturalistischen, Übungen begonnen wird.
- C** Bei der Agoraphobie werden Patienten in vivo mit angstauslösenden Situationen (z. B. Kaufhäuser) konfrontiert.
- D** Während der Konfrontation sollte darauf geachtet werden, dass die Patienten auf Sicherheitssignale (z. B. Mobiltelefone), Vorsichtsmaßnahmen (z. B. am Rand sitzen) oder auf mentales Ablenken (z. B. Musik hören) verzichten.
- E** Bei der Behandlung beider Störungsbilder mit Konfrontationstherapie handelt es sich um einen universellen Ansatz. Die Reizkonfrontation muss nicht speziell an den einzelnen Patienten angepasst werden.

CME-Fragen

Konfrontation und Exposition

8

Welche Aussage zur Durchführung von Reizkonfrontation bei sozialen und spezifischen Phobien trifft zu?

- A** Bei der Durchführung von Reizkonfrontation bei Patienten mit sozialer Phobie wird gleich mit der am stärksten gefürchteten Situation begonnen, da es für den Therapieerfolg der Patienten keine Rolle spielt, wie gut ihre Performanz in der Übung tatsächlich ausfällt.
- B** Während der Konfrontationsübungen üben Patienten mit sozialer Phobie, ihre Aufmerksamkeit nach außen zu fokussieren anstatt wie herkömmlich nach innen.
- C** Bei der Behandlung von spezifischer Phobie handelt es sich um langwierige Behandlungen, die nur in vivo durchgeführt werden können.
- D** Bei allen spezifischen Phobien inklusive Blut-, Verletzungs- und Spritzenphobien ist das Vorgehen bei der Reizkonfrontation äquivalent.
- E** Zur Behandlung von Tierphobien ist es nicht notwendig, dass man eine individuelle Analyse der Phobie vornimmt.

9

Welche Aussage zur Durchführung von Reizkonfrontation bei Zwangsstörungen, Generalisierter Angststörung und Posttraumatischer Belastungsstörung trifft *nicht* zu?

- A** Bei der Konfrontation bei Zwangshandlungen lernen Patienten, beruhigende Handlungsrituale (Rituale, Flucht etc.) nicht auszuüben und sich der Zwangssituation zu stellen.
- B** Die Expositionssitzungen bei der Behandlung von Zwangsstörungen sollten nicht länger als eine Stunde dauern, da sonst die Belastung für den Patienten zu hoch wird.
- C** Sorgenexposition kann mit Expositionsübungen in vivo ergänzt werden, um Vermeidungsverhalten und Rückversicherungsverhalten abzubauen.
- D** Während der gedanklichen Konfrontation an das traumatische Ereignis sollen Patienten ihre Gedanken, Gefühle und sensorischen Eindrücke im Präsens schildern.
- E** Die Hauptfunktion des imaginativen Nacherlebens ist die Strukturierung des Traumagedächtnisses sowie die Identifikation und Bearbeitung negativer Interpretationen des Traumas.

10

Welche Aussage zur Durchführung von Reizkonfrontation bei Abhängigkeits- und Essstörungen trifft *nicht* zu?

- A** Konditionierte Reaktionen spielen bei der Entstehung und Behandlung von Abhängigkeitsstörungen eine zentrale Rolle.
- B** Bei der Behandlung von Abhängigkeitsstörungen setzen sich die Patienten individuell bedeutsamen Versuchungssituationen aus, um sich im Anschluss an die Konfrontation nicht mehr unvorbereitet mit diesen konfrontiert zu sehen.
- C** Neben der Konfrontation mit Nahrungsmitteln werden Patienten mit Essstörungen auch mit negativen Emotionen konfrontiert, da diese häufig Essanfälle bzw. deren Gegenmaßnahme das Erbrechen auslösen.
- D** Um kognitive Verzerrungen in Bezug auf die eigene Körperfülle abzubauen, konfrontieren sich Patienten mit Essstörungen mit dem Anblick des eigenen Körpers.
- E** Die Wirksamkeit von Konfrontationsverfahren bei Abhängigkeits- und Essstörungen ist eindeutig wissenschaftlich belegt.