

Exposition-Reaktions-Management (ERM) in der strategisch-systemischen Verhaltenstherapie

Exposure Response Prevention (ERP) in Strategic-Systemic Behavior Therapy

I. Hand

Universitäts-Krankenhaus Eppendorf, Hamburg

Symptomtherapie in multimodaler Verhaltenstherapie

Bei welchen Patienten mit welchen Störungen ist eine alleinige Symptomtherapie, eine «Therapie am Symptom vorbei» («Ursachentherapie») oder die Integration einer Symptomtherapie in eine multimodale Verhaltenstherapie indiziert? Diese Frage ist bei der Entwicklung der Expositionstherapie in den vergangenen zweieinhalb Jahrzehnten reichlich diskutiert und auch bei der jetzigen Diskussion innerhalb der VERHALTENSTHERAPIE wieder aufgeworfen worden. Deshalb sei der Umgang mit dieser Frage an unserer Ambulanz vor der spezifischen Stellungnahme zur Exposition kurz dargelegt.

Die Indikation zu der Anwendung einzelner oder mehrerer verhaltenstherapeutischer Interventionsformen bei einem Patienten ergibt sich: 1. aus den empirisch-experimentellen Belegen für die grundsätzliche Wirksamkeit einer Interventionsform; 2. aus einem individuumspezifischen, hierarchisierten Störungsmodell, das alle identifizierten Krankheitssymptome und Störungsmuster im Individuum zusammenfaßt und in einem funktionalen Bedingungsmodell hypothesenbildend hierarchisiert; 3. aus der Abwägung der relativen Bedeutung intraindividuelle und interaktioneller Funktionalitäten des Krankheitsverhaltens; 4. aus der Beurteilung der Motivation des Patienten zu einer Veränderung von Krankheits- wie auch Alltagsverhalten mit besonderer Berücksichtigung möglicher Diskrepanzen zwischen «geäußelter Motivation» und «wirklicher Motivation».

Aus den Ergebnissen dieser Analysen wird auf dem Boden einer tragfähigen Patient-Therapeut-Beziehung ein hierarchisierter Behandlungsplan abgeleitet und mit dem Patienten hinsichtlich seiner eigenen Problemhierarchie und Zielsetzungen abgestimmt.

Eine solche Vorgehensweise kann als (Be-)Handlungsstrategie in einem Fünfphasenmodell zusammengefaßt werden [Hand, 1989a, 1991a]. Mit ihr kann innerhalb eines replizierbaren Kriterienrahmens mit größerer Sicherheit die eingangs dargestellte Fragestellung beantwortet werden. Damit wird ein Rückfall der Verhaltenstherapie in Indikationsstellungen für Standardprogramme primär aufgrund einer Symptom- oder Syndromdiagnose ebenso vermieden wie die auch heute (noch, wieder?) aktuelle Gefahr, daß die Inhalte einer Verhaltenstherapie primär therapeutenabhängig, überwiegend erfahrungs- bzw. intuitions-gesteuert und weder generalisierbar noch replizierbar sind.

Strategisch-systemische Verhaltenstherapie als eine Form der Systematisierung der klassischen multimodalen Verhaltenstherapie [z.B. Lazarus, 1976] kann auch helfen, die gegenwärtige anachronistische Diskussion um behaviorale versus kognitive Verhaltenstherapie – ein Rückfall der Verhaltenstherapie in frühere Fehlentwicklungen (siehe Leitthema des europäischen Verhaltenstherapiekongresses in Oslo, 1990) – zu überwinden.

Bei Angst- und Zwangserkrankungen führt diese Vorgehensweise bei etwa 80% der Patienten zum nachdrücklichen Angebot einer Expositionstherapie. Diese bleibt an unserer Ambulanz z.B. bei Agoraphobie bei 80% der Patienten auch die Haupt- oder alleinige Interventionsform, während bei der Soziophobie bereits häufiger ergänzende oder alternative Interventionen erforderlich sind und bei Zwangsstörungen die Notwendigkeit einer multimodalen Verhaltenstherapie nochmals erheblich zunimmt.

Selbst bei Angststörungen, die zu 80% mit schwerpunktmäßiger Exposition hinreichend oder optimal behandelt werden können, sollte die Indikationsstellung für Symptomtherapie nicht über die klassifikatorische Symptom- oder Syndromdiagnose erfolgen, sondern aus den genannten oder vergleichbar aussagekräftigen Analysen abgeleitet werden. Nur so werden die Kontraindikationen erfaßbar. Der dafür erforderliche Zeitaufwand beträgt in der Regel nicht mehr als 3–5 h (siehe probatorische Sitzungen in der «Richtlinien-Verhaltenstherapie»).

Reizüberflutung oder Exposition-Reaktions-Verhinderung oder Expositions-Reaktions-Management?

Das Kernelement der Symptomtherapie von situationsgebundenen Ängsten besteht in der Verhaltenstherapie seit langem in der Aufhebung der Vermeidung entsprechender Situationen (Exposition in vivo). Die theoretischen Vorstellungen zur Wirkungsweise sollen hier nicht wiederholt werden [siehe dazu Marks, 1975; Thorpe et al., 1984]. Das grundsätzliche Vorgehen ist keineswegs eine «Erfindung» der Verhaltenstherapie, sondern wurde von den bekanntesten Vertretern der Psychoanalyse ausdrücklich empfohlen (Freud, Ferenczy) und spielt im spontanen Umgang von Menschen mit eigenen Ängsten und von Eltern mit Ängsten ihrer Kinder sicher seit Jahrtausenden eine große Rolle. Der bisher beste und zugleich sehr kompakte Überblick über

die kulturhistorischen und psychotherapiegeschichtlichen Grundlagen des Verfahrens ist bei Marks [1975] zu finden.

Über die letzten beiden Jahrzehnte der Weiterentwicklung der Verhaltenstherapie wurde das ursprüngliche Konzept der kognitiv-emotionalen *Reizüberflutung* (Flooding, Implosion als Reizüberflutung in sensu) weniger diskutiert, während der körperlichen Exposition des Patienten gegenüber seinen äußeren, angstauslösenden Reizen die entscheidende Bedeutung beigemessen wurde. Der in der angloamerikanischen Literatur dafür übliche Begriff *Exposition-Reaktions-Verhinderung* (exposure response prevention, ERP) ist jedoch oft irreführend. Im Rahmen der Exposition wird nicht die Gesamtreaktion auf den die Symptomatik auslösenden Reiz – bestehend aus motorischen, kognitiven, emotionalen und physiologischen Reaktionsvariablen – verhindert, sondern lediglich die Teilreaktion des motorischen bzw. kognitiven Vermeidungsverhaltens. Dadurch werden jedoch zugleich – bei unterschiedlichen Patienten in unterschiedlicher Stärke – die anderen Reaktionsanteile der Angst- oder Zwangssymptomatik provoziert [Hand, 1989b, 1991b]: kognitive, emotionale und psychophysiologische. In den meisten Publikationen zur «Exposition-Reaktions-Verhinderung» wird nicht beschrieben, ob und in welcher Form dem Patienten dann Hilfestellung für die Bewältigung dieser provozierten Reaktionsanteile gegeben wird. Mitunter wird dafür überhaupt keine Hilfestellung gegeben und deren «spontane» Reduktion über die Expositionszeit erwartet; in anderen Expositionsmodellen sind Elemente der Desensibilisierung integriert (Kombination z.B. mit vorgeschaltetem Entspannungstraining zur Unterbindung auch der emotionalen und psychophysiologischen Reaktionsvariablen); in wieder anderen Formen wird im Gegensatz zu den vorgenannten eher die Intensivierung emotional-physiologisch-kognitiver Reaktionsmuster angestrebt (Flooding, Implosion). Zumindest der jeweilige «Grundtyp» der Exposition müßte in den Publikationen angegeben werden [Übersicht der häufigsten Varianten bei Hand, 1981].

Im Expositionsmodell von Hand et al. [1974], das ein gezieltes Angst-/Panik-Bewältigungs-Training beinhaltet, soll über die Unterlassung der motorischen oder kognitiven Vermeidungsreaktion eine maximale Intensivierung vor allem der emotionalen und psychophysiologischen Reaktionsmuster induziert werden, damit unter direkter Anleitung durch den Therapeuten der eigenständige Umgang damit eingeübt werden kann. Hand et al. [1986] haben daher vorgeschlagen, diese Vorgehensweise als Exposition-Reaktions-Management (ERM) zu bezeichnen. In diesem Expositionsmodell ist die Exposition gegenüber den angstauslösenden realen oder imaginären Reizen lediglich Mittel zum Zweck der Konfrontation mit den eigenen Reaktionen bzw. «Reizen zweiter Ordnung», nämlich den dadurch ausgelösten Kognitionen, Emotionen und psychophysiologischen Reaktionen im Patienten selbst (Reizüberflutung zur Induktion von Reaktionsüberflutung).

Bei guter Mitarbeit des Patienten und Praxiserfahrung des Therapeuten mit diesem Behandlungsmodell kann sich die Exposition zu den realen angstauslösenden Reizen in vivo erübrigen. Wenn es gelingt, «in vitro» (im Sprechzimmer) über entsprechende Dialogführung oder imaginierte Situationen oder auch über psychophysiologische Manipulationen

(z.B. induzierte Hyperventilation bzw. Einleitung eines Drehschwindels) die gefürchteten Reaktionsmuster im Patienten auch ohne Konfrontation mit den realen Reizen auszulösen und deren Bewältigung zu vermitteln, ist dem Patienten anschließend häufig die eigenständige Exposition in vivo möglich, da entscheidend auch dort der kompetente Umgang mit den eigenen Reaktionsmustern ist.

In der Publikation von Hand et al. [1974] zur Exposition mit Angst-/Panik-Management wurde diese bereits als Synthese aus verschiedenen Vorläufern in der Verhaltenstherapie [siehe die Arbeiten von Stampfl, Meichenbaum und Marks] beschrieben.

Dieses Expositionsmodell läßt sich bei Zwangsstörungen genauso gut sowohl auf Denk- als auch auf Handlungszwänge anwenden und hat bei unseren Katamnesen mit Zwangskranken auch gleich gute Ergebnisse bei beiden Zwangsformen erbracht.

Im folgenden seien die tiefgehenden Unterschiede zwischen einer Exposition nach dem klassischen Desensibilisierungsmodell – mit der hypothetischen Gegenkonditionierung von Angst über induzierte Entspannung oder andere vorweg induzierte, angstinkompatible Gefühle – und Exposition nach dem Reaktions-Management-Modell dargestellt (Tab. 1). Hinsichtlich des Meidungsverhaltens ist das Desensibilisierungsmodell ein «Meidungs-Management». In sehr gestufter Form wird Annäherungsverhalten an gemiedene Situationen geübt, bei gleichzeitigem Einsatz von Maßnahmen (in der Regel Entspannungstraining und/oder kognitive Formeln) zur Vermeidung von stärkeren emotional-physiologischen Angstzuständen. Über die Vermeidung von Angst kann die

Tab. 1. Exposition nach dem Desensibilisierungs- und nach dem Flooding-Modell

Desensibilisierungs-Modell («Meidungs-Management»)	Flooding-Modell («Angst-Panik-Management»)
Konfrontation sehr gestuft (Prinzip «der kleinen Schritte»)	Konfrontation rasch und intensiv (Prinzip «wer wagt gewinnt»)
Meidung von Angst/Panik	Induktion von Angst/Panik
Entspannungstraining zur Meidung der Angst	das Management-Training für die induzierte Angst/Panik führt nachfolgend zu spontaner Entspannung
Antidepressiva, Anxiolytika oder Betablocker können den Beginn von (Selbsthilfe-) Übungen erleichtern	Anxiolytika behindern den Therapieprozeß; Antidepressiva gelegentlich anfangs hilfreich, meist verzichtbar, mitunter hinderlich
Durchführung in der Regel in angeleiteter Selbsthilfe	Durchführung in der Regel therapeutengeleitet (bevorzugt in Gruppen)

Situationsmeidung gestuft reduziert werden. Dieses Vorgehen soll eine «streßarme» Form der Exposition sein. Das Erreichen des Therapiezieles kann sich, im Vergleich zum ERM, aber sehr in die Länge ziehen, was dann wieder ein Streßfaktor werden kann.

Exposition nach dem Desensibilisierungsmodell (ED) erscheint indiziert bei Patienten mit Situationsängsten auf dem Boden einer generalisierten Angsterkrankung; bei Patienten mit ausgeprägter Distressintoleranz in der Vorgeschichte (im Sinne der Avoidant Personality Disorder nach DSM-III-R), die daher entweder ein Angst-Management-Training ablehnen oder nur unter heimlicher Benzodiazepineinnahme mitmachen; bei Patienten mit zwanghaft-rigider Persönlichkeitsentwicklung und der Unfähigkeit, emotionale Durchbrüche zuzulassen – solche Patienten würden bei Beteiligung an einem Angst-Management-Training konstant hochgradig verspannt sein, aber keine Angstdurchbrüche zulassen und dementsprechend die im Panik-Management-Training angestrebte Lernerfahrung nicht erleben; bei Patienten mit Traumatisierung in Kindheit und Jugend durch überwiegend leistungsbezogenen, zuwendungsarmen Erziehungsstil der Eltern – das sehr zügige Arbeiten in forcierter Exposition in vivo kann dann, wenn es nicht entsprechend vorbereitet wurde und nach wenigen Kontakten erfolgt, im Sinne einer Retraumatisierung wirken; bei Patienten mit psychotischen Episoden in der Vorgeschichte.

Schließlich ist dieses Vorgehen auch bei Patienten vorzuziehen, die weitestgehend über Selbsthilfe an ihrer Störung arbeiten wollen oder müssen, da diese Therapiemodalität bei solchen Persönlichkeiten dann weniger Risiken enthält als das Angst-Management-Training.

Sofern bei den beschriebenen Patienten in der Vorgeschichte aber Panikzustände in direktem oder indirektem Zusammenhang mit der phobischen oder Zwangssymptomatik aufgetreten sind, besteht selbst nach erfolgreicher Exposition nach dem Desensibilisierungsmodell eine hochgradige Rückfallgefährdung. Wenn nämlich im Follow-up-Zeitraum irgendwann wieder Panikattacken auftreten (was wahrscheinlich ist), dann ist der durch eine solche Therapie gegangene Patient ihnen weiterhin hilflos ausgeliefert, interpretiert sie in der Regel als «Rückfall» und entwickelt nach einem (oder mehreren) solchen Ereignis im Sinne erneut erfahrener Hilflosigkeit rasch wieder das vorherige Krankheitsverhalten [Fiegenbaum, 1988; Hand, 1991b]. Öst [1988] postuliert zwar, daß mit seiner Form eines «Instant-Entspannungs-Trainings» Patienten auch noch nach Beginn einer «Spontanpanik» innerhalb von Sekunden eine angstblockierende Entspannung induzieren können. Hierfür fehlen aber bislang überzeugende Belege.

Demgegenüber vermittelt ERM [Hand et al., 1974] Möglichkeiten zur Bewältigung bereits eingetretener intensiver Angst oder Panik. Zusätzlich beinhaltet dieses Training aktiven Umgang mit reaktiven Depressionen und generell mit aversiven Gefühlen, sowie eine Erhöhung der Distressintoleranz (siehe unten). Die Therapiesitzungen selbst sind anfangs fordernder, «stressiger» als die im Angst-Meidungs-Training, führen jedoch bereits nach nur 1–3 mehrstündigen Therapiesitzungen zu hinreichendem Erfolg (Ansprechrate 65–90%). Bei entsprechender Vorbereitung liegt auch die Ablehnungsquote lediglich bei 10 bis maximal 20%.

ERM beinhaltet «Strategien für den Umgang mit Angst – Strategien, die gegenwärtigen kognitiv-behavioralen Prozeduren sehr ähnlich zu sein scheinen» [Thorpe et al., 1984]. Diese Autoren gehören zu den wenigen Forschern, die die ERM-Publikation von 1974 inhaltlich korrekt aufgenommen und wiedergegeben haben, mit der Feststellung, daß diese «... Strategie darauf hinzielt, Coping mit der Angst (zu ermöglichen), aber diese nicht notwendigerweise zu beseitigen ... Die Maßnahmen zum Coping mit diesen Panikattacken schienen *entscheidende* Bestandteile der Therapie zu sein». Diese Variante der Expositionstherapie wurde in den nachfolgenden Jahren von der Gruppe um Marks allerdings nicht weiter systematisch angewandt, ist aber bis heute das Kernstück der Expositionstherapien bei allen Formen der Angst- und Zwangsstörungen an unserer Ambulanz geblieben.

Wie eigene, noch nicht publizierte Daten bereits vor Jahren zeigten, haben Agoraphobiepatienten mit situativer oder nichtsituativer Panik in der Vorgeschichte dann weitaus bessere Therapieergebnisse, wenn sie in den ersten Expositionssitzungen wiederholt innerhalb einer Sitzung Panikzustände erleben und deren Bewältigung sofort erlernen, als wenn sie «streßfreier», d.h. ohne Panikerleben in der Therapiesitzung, behandelt werden [ähnliche Ergebnisse bei Fiegenbaum, 1988]. In diesem Modell erfolgt die «kognitive Umstrukturierung» in der Regel als Ergebnis neuer emotionaler Erfahrungen in der Exposition und dabei gleichzeitig ablaufender Überprüfung der eigenen kognitiven Konstrukte bezüglich der Auslösesituation und der eigenen Reaktionsmöglichkeiten («Realitätstestung»). Bei diesem Vorgehen induziert also risikobereiteres Handeln neue, unerwartete (vor allem auch emotionale) Erfahrungen, die dann zur überwiegend eigenständigen kognitiven Korrektur führen – eingehendere Darstellung der Vorgehensweisen bei Hand et al. [1974, 1986] sowie Hand [1989b]. Im Gegensatz dazu wird in der kognitiven Therapie davon ausgegangen, daß zuerst das «kognitive Set» über kognitive Interventionen zu verändern ist, worauf dann verändertes motorisches Verhalten erfolgen soll – zum Stand der Grundsatzdiskussion, ob Kognitionen motorisches Verhalten verändern oder umgekehrt, siehe Hand [1989a].

Die *Vorschaltung eines Entspannungstrainings* vor einer Exposition zum Zwecke der Erhöhung von deren Akzeptanz und Effizienz ist also nur bei Exposition nach dem Desensibilisierungsmodell sinnvoll. Eine Vorschaltung vor ERM ist kontraindiziert, da ja die Angst in den initialen Übungen nicht verringert, sondern auf das für den Patienten maximal denkbare Maß erhöht werden soll. In den Verhaltenstherapieanträgen im Rahmen der Richtlinienverhaltenstherapie der gesetzlichen Krankenversicherungen wird dies äußerst selten berücksichtigt, vermutlich, weil die unterschiedlichen Modalitäten der Exposition in der Ausbildung auch nur selten systematisch vermittelt werden.

Die wesentlichen Varianten der Exposition sind seit etwa 2 Jahrzehnten publiziert. Inzwischen gibt es für deren Anwendung im Bereich der Angst- und Zwangserkrankungen jeweils etwa 12–15 internationale Langzeitkatamnesestudien [Übersicht bei Hand, 1992, 1993a], zumeist zwischen 1 und 4 Jahren nach Therapieende, mit Erfolgsquoten von zwischen 65 und 85%. Allerdings ist nur selten erkennbar, welche Variante der Exposition bei diesen Studien zur Anwendung kam. Im deutschen Sprachraum wurde an den meisten Universitäts-

instituten für Psychologie noch bis vor wenigen Jahren die «systematische Desensibilisierung» (beginnend mit Entspannungstraining, gefolgt von In-sensu-Sitzungen und erst danach In-vivo-Umsetzung, meist ohne Therapeutenbegleitung) als das Kernstück verhaltenstherapeutischer Angstbehandlung vermittelt. In den letzten Jahren wurde diese Orientierung nicht selten durch die «kognitive Therapie» ersetzt – zu einem Zeitpunkt, da für deren Effizienz bei Angst- und Zwangsstörungen erst minimale Belege vorlagen. Für die psychiatrischen Universitätskliniken gilt diese Kritik in noch viel höherem Maße. Von sehr wenigen Ausnahmen abgesehen, haben diese überhaupt erst Angsterkrankungen und die dafür entwickelten Verhaltenstherapieverfahren wirklich zur Kenntnis genommen, als Pharmafirmen vor einigen Jahren auf den internationalen Kongressen massiv die Pharmakotherapie von Angsterkrankungen zu propagieren begannen. Aufgrund des international intensiven Gegensteuerns der Verhaltenstherapeuten [z.B. Hand und Wittchen, 1986, 1988] mußte dabei bald auch die besondere Bedeutung der Verhaltenstherapie akzeptiert werden.

Es gibt also keineswegs nur die oft beklagte lange Latenzzeit bis zur Umsetzung von relativ gut belegten Therapieforsergebnissen in die Praxis, sondern selbst innerhalb der universitären Lehre und Ausbildung sind die entsprechenden Zeiten unverantwortlich lang. Es ist eine der Besonderheiten in der jüngeren Entwicklung der deutschsprachigen Universitätspsychiatrie, daß erst das – durch epidemiologische Forschung stimulierte – Interesse der Pharmaindustrie an den Angst- und Zwangsstörungen das Interesse der Psychiatrie an diesen Störungen und an der dafür seit Jahrzehnten zur Verfügung stehenden Verhaltenstherapie adäquat wecken konnte.

Nur jene heute niedergelassenen Verhaltenstherapeuten hatten bis vor kurzem eine Chance, während ihrer Ausbildung adäquate Verhaltenstherapie von Angststörungen zu erlernen, die an einem der wenigen Zentren mit langjähriger praktischer Erfahrung und Forschung in diesen Bereichen ausgebildet wurden.

ERM in den Therapie- und Katamnesestudien der Verhaltenstherapieambulanz des Universitäts-Krankenhauses Eppendorf

In der Zusammenfassung unserer Langzeitergebnisse mit ERM bei Monophobien, Agoraphobie, Soziophobie und Zwangsstörungen noch einige Hinweise auf unsere Arbeitsweise:

Nach Indikationsstellung und Therapiezielübereinstimmung von Therapeut und Patient hat die Exposition grundsätzlich folgende Zielsetzungen, Inhalte und Schwerpunkte: 1. Ergänzung der «In-vitro»-Diagnostik durch «In-vivo»-Diagnostik von Patient und engen Bezugspersonen im realen Problemfeld (Wohnung, Öffentlichkeit usw.) – dadurch ergeben sich häufig wesentliche neue Erkenntnisse; 2. Erweiterung der (Selbst-)Exploration und Problemanalyse des Patienten im Zustand hoher emotionaler Erregung, die ja häufig während dieser Übungen provoziert wird und mitunter auch zu «kathartischer Entblockung» von dem Bewußtsein zwischenzeitlich nicht mehr zugänglichen früheren traumatischen Erleb-

nissen führen kann – hier sind deutliche Parallelen etwa zu gestalttherapeutischen sowie Psychodrama- und Encounter-Verfahren, ohne daß die Einbettung in die verhaltenstherapeutische Gesamtstrategie verlorengeht; 3. Intensivierung der Patient-Therapeut-Beziehung über die emotionsreichen Übungen, wodurch ebenfalls oft ein rascherer Zugang zu weiteren Problembereichen durch einen Abbau der Angst vor Problemkonfrontation erreicht wird – Expositionstherapie im Symptombereich ermöglicht so oft erst den «Einstieg» in eine nachfolgende multimodale Verhaltenstherapie für emotional schmerzliche andere Problembereiche; 4. Ermutigung (Motivation) für weitere, eigenständige Veränderungen in der Lebensführung und in anderen Problembereichen (Generalisierung); 5. Reduktion oder Beseitigung einer als störend empfundenen Symptomatik.

Während der Übungssituation selbst, die kontinuierlich mindestens 2, aber auch bis zu 4 h dauert, steht es dem Patienten frei, jederzeit zu unterbrechen (außer bei «höherer Gewalt» wie Stromausfall im U-Bahn-Schacht). Dann erfolgt eine motivationspsychologische Intervention, und in weit über 90% der Fälle nimmt der Patient die Übung aus eigener Entscheidung wieder auf. Es gibt keine rationale Begründung für die z.B. in der Marburger Therapie lange Zeit übliche «passagere Entmündigung» des Patienten bei Meidungswunsch in der Übungssitzung. Solche Kontrakte, bei denen der Patient vorweg unterschreibt, daß er gegebenenfalls in einer Übung festgehalten werden kann, verängstigen unnötig, führen zu höheren Ablehnungsquoten bzw. zu einer Belastung der Therapeut-Patient-Beziehung und sind therapeutisch nach unseren Erfahrungen völlig überflüssig, wenn schon nicht ethisch kontraindiziert.

Die In-vivo-Übungen unter Therapeutenbegleitung werden am Wohnort durchgeführt. Durch das dabei erlernte Angst-/Panik-Management können z.B. Agoraphobiker Fernreisen anschließend völlig eigenständig durchführen. Wir haben bisher – außer vielleicht bei massiver Flugphobie – nie eine patientenbezogene Indikation für therapeutenbegleitete Fernreisen etwa in die USA (wird so in Deutschland angeboten) gesehen.

Zwischen dem Marburger Vorgehen und unserem bestehen also einerseits im Hinblick auf die Aktivierung emotionaler und physiologischer Angstkomponenten in der Exposition und hinsichtlich des Trainings von deren Bewältigung hohe Übereinstimmungen. Andererseits gibt es große Unterschiede in der Art und Weise, wie dies durchgeführt wird.

An dieser Stelle sei, in dankbarer Erinnerung an viele faszinierende Gespräche, an Pioniere der Einführung und Weiterentwicklung der Expositionstherapie in Deutschland – wie z.B. Ullrich und Ullrich oder Crombach Ende der 60er/Anfang der 70er Jahre am Max-Planck-Institut für Psychiatrie in München – gedacht, die schon mit ähnlichen Vorgehensweisen bei phobischen und zwangskranken Patienten experimentiert haben.

An unserer Ambulanz wurden – in enger Kooperation mit dem Psychologischen Institut der Universität Hamburg – inzwischen weit über 1000 Patienten mit Monophobien, multiplen Situationsphobien (Agoraphobie), Soziophobie und Zwangsstörung mit ERM behandelt. Ein Großteil der bis 1985 behandelten Patienten wurde inzwischen in Katamnesen von 1 bis 13 (!) Jahren nach Therapieende nachunter-

sucht, wobei ein Teil der Untersuchungen (Katamnesen der Therapien zwischen 1976 und 1980) ausschließlich retrospektiv erfolgen konnte, während die übrigen kombinierte retrospektive und prospektive (insbesondere hinsichtlich des Ausmaßes der Krankheitssymptomatik und der Behinderung im Alltagsleben) Katamnesen darstellten [Hand et al., 1986; Fischer et al., 1988; Wlazlo et al., 1992; ferner bisher noch nicht veröffentlichte Katamnesen von J. Augenendt, H. Büttner-Westphal, K. Hahlweg, J. Jacobs, G. Kaiser, M. Lacher, H.-J. Lembeck, Ch. Manecke, H. Mühlbach-Gripenburg, N. Münchau, F. Sauvart]. Grundlage dieser Katamnesen war eine beforschte Regelversorgung – mit allen Vorteilen für die Generalisierbarkeit solcher Ergebnisse auf die Alltagspraxis der Verhaltenstherapie und den Nachteilen hinsichtlich der wissenschaftlichen «Sauberkeit» der Daten bzw. Ergebnisse.

In diese Katamnesen gingen Expositionsbehandlungen in symptomhomogenen Gruppen – bei Agoraphobie, Hand et al. [1986], bei Soziophobie Wlazlo et al. [1992] –, in Einzeltherapie und mit Hilfe eines Selbsthilfemanuals [Mathews et al., 1988] ein. Einige Jahre nach Abschluß dieser Katamnesen wurden dann mit den vorher identifizierten Mißerfolgspatienten sowie mit den Therapieabbrechern und -ablehnern erneute Katamnesen durchgeführt (H. Büttner-Westphal, N. Münchau). Die im Rahmen der strategisch-systemischen Verhaltenstherapie abgeleiteten Indikationsstellungen für die Durchführung von Exposition alleine (als Einzel-, Paar- oder Gruppentherapie) oder auch in Verbindung mit anderen multimodalen Maßnahmen sind auf klinisch-deskriptiver Ebene exemplarisch dargestellt bei Hand [1988, 1992, 1993b].

Die Langzeitergebnisse reichen von optimalen Resultaten – über 90% gute bis sehr gute Effekte (bei der Behandlung milder oder mittelstarker Agoraphobie ohne Zusatzstörung durch therapeutenbegleitete Gruppenexposition in vivo) – bis zu Ansprechraten von unter 50% (Symptom- und multimodale Therapie bei vorher sehr chronisch verlaufender Zwangsstörung mit ebensolange bestehender Partnerschaft/Familie und ausgeprägter Komorbidität). Auf Einzelheiten kann im Rahmen dieses Beitrages leider nicht eingegangen werden.

Mit diesem Beitrag soll unter anderem dazu anzuregen versucht werden, sowohl im therapeutischen Handeln als auch in Publikationen die möglichen Varianten einer Expositionsbehandlung bewußt zu reflektieren, ihre jeweilige Indikation im Einzelfall sorgfältig abzuwägen und die gewählte Variante – am besten ausgehend vom neutralen Expositions begriff – präzise zu benennen.

Literatur

- Fiegenbaum W: Long-term efficacy of ungraded versus graded massed exposure in agoraphobia, in Hand I, Wittchen HU (eds): *Panic and Phobias*. Part II. Berlin, Springer, 1988.
- Fischer M, Hand I, Augenendt J: Langzeiteffekte von Kurzzeit-Verhaltenstherapien bei Agoraphobie. *Z. Klin Psychol* 1988;17:225–243.
- Hand I: Expositionsbehandlung (Implosion, Flooding, Exposure, Reizüberflutung), in Linden M, Hautzinger M (Hrsg): *Psychotherapie-Manual*. Berlin, Springer, 1981 (Neuaufgabe, erscheint 1993).
- Hand I: Obsessive-compulsive patients and their families, in Falloon I (ed): *The Handbook of Behavioral Family Therapy*. New York, Guilford, 1988.
- Hand I: Verhaltenstherapie und kognitive Therapie in der Psychiatrie, in Hand I, Wittchen HU (Hrsg): *Verhaltenstherapie in der Medizin*. Berlin, Springer, 1989a.
- Hand I: Verhaltenstherapie bei schweren Phobien und Panik: Psychologische und medizinische Aspekte, in Hand I, Wittchen HU (Hrsg): *Verhaltenstherapie in der Medizin*. Berlin, Springer, 1989b.
- Hand I: Neurosen: Interventionen, in Perez M, Baumann U (Hrsg): *Lehrbuch klinische Psychologie*. Bern, Huber, 1991a, vol 2.
- Hand I: Behandlung von Angstpatienten in der ärztlichen Praxis: Verhaltenstherapeutisch orientierte Primärversorgung, in Hippus H, et al (Hrsg): *Psychiatrische Erkrankungen in der ärztlichen Praxis*. Forum Galenus Mannheim. Berlin, Springer, 1991b.
- Hand I: Verhaltenstherapie der Zwangsstörungen: Therapieverfahren und Ergebnisse, in Hand I, Goodman W, Evers U (Hrsg): *Zwangsstörungen: Neue Forschungsergebnisse*. duphar med communication. Berlin, Springer, 1992, vol 5.
- Hand I: Verhaltenstherapie bei Angsterkrankungen, in Möller HJ (Hrsg): *Therapie psychiatrischer Erkrankungen*. Stuttgart, Enke, 1993a.
- Hand I: Verhaltenstherapie für Zwangskranke und deren Angehörige, in Möller HJ (Hrsg): *Therapie psychiatrischer Erkrankungen*. Stuttgart, Enke, 1993b.
- Hand I, Augenendt J, Fischer M, Wilke C: Exposure in vivo with panic management for agoraphobia: Treatment rationale and longterm outcome, in Hand I, Wittchen HU (eds): *Panic and Phobias*. Berlin, Springer, 1986.
- Hand I, Lamontagne Y, Marks I: Group exposure (flooding) in vivo for agoraphobics. *Br J Psychiatry* 1974;142:588–602.
- Hand I, Wittchen HU (eds): *Panic and Phobias: Empirical Evidence of Theoretical Models and Long-Term effects of Behavioral Treatments*. Berlin, Springer, 1986.
- Hand I, Wittchen HU (eds): *Panic and Phobias 2: Treatments and Variables Affecting Outcome*. Berlin, Springer, 1988.
- Lazarus A: *Multimodal Behavior Therapy*. New York, Springer, 1976.
- Marks I: Behavioral treatments of phobic and obsessive compulsive disorders: A critical appraisal, in Hersen R, et al (eds): *Progress in Behavior Modification*. New York, Academic Press, 1975.
- Mathews A, Gelder M, Johnston D: *Platzangst: Eine Anleitung zur Durchführung einer Exposition in vivo unter Einsatz eines Selbsthilfemanuals*. Berlin, Springer, 1988 (deutsche Bearbeitung von C. Wilke und I. Hand).
- Öst L: Applied relaxation vs progressive relaxation in the treatment of panic disorder. *Behav Res Ther* 1988;26:13–22.
- Thorpe G, Burns L, Smith Ph, Blier M: Agoraphobia: Research developments and clinical implications, in Franks C (ed): *New Developments in Behavior Therapy*. New York, Haworth Press, 1984.
- Wlazlo Z, Schröder-Hartwig K, Münchau N, Kaiser G, Hand I: Exposition in-vivo bei sozialen Ängsten und Defiziten. *Verhaltenstherapie* 1992;2:23–39.