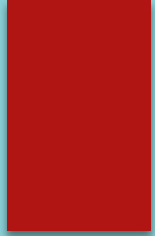


Exposition, die transdiagnostische Perspektive



**WORKSHOP, JAHRESTAGUNG DER OPK, LEIPZIG, 17.03.2017
DR.PETER NEUDECK, KÖLN,
WWW.VERHALTENSTHERAPIE-KÖLN.DE**



Einführung

IMPLIKATIONEN DES INHIBITIONSLERNEN FÜR DIE
EXPOSITION

EXPOSITION ALS TRANSDIAGNOSTISCHER ANSATZ

Wie wirkt Exposition?

- ▶ Historisch relevante *aber unspezifische* Konzepte
 - ▶ Reziproke Inhibition (Systematische Desensibilisierung)
 - ▶ Mowrers Zwei Faktoren-Theorie der Angst
 - ▶ Lang`s Bioinformations-Theorie
 - ▶ Rachman`s Emotional Processing-Theorie
 - ▶ Foa und Kozak`s Emotional Processing Model
 - ▶ Banduras kognitiver Ansatz erlebter Kontrolle und Self-Efficacy
 - ▶ Neurale Netzwerke und Konnektionistische Modelle
 - ▶ Übersicht: siehe Tyron (2005)

Wie wirkt Exposition?

Habituation?

Def: durch wiederholte folgenlose Präsentation eines Reizes nimmt die Reaktion auf diesen in ihrer Intensität ab: Nachlassen der Reaktionsbereitschaft

Habituation bedeutet, dass der Reiz als harmlos erkannt wird und ignoriert werden kann (Faller u. Lang, 2010: Med. Soziologie und Psychologie, Springer Verlag).

Konsequenz für die Therapie:

Fokus der Exposition liegt auf Angstanstieg und Angstreduktion (in-session habituation)

Wie wirkt Exposition?

Habituation?

Def: durch wiederholte folgenlose Präsentation eines Reizes nimmt die Reaktion auf diesen in ihrer Intensität ab: Nachlassen der Reaktionsbereitschaft. Habituation bedeutet, dass der Reiz als **harmlos erkannt** wird und ignoriert werden kann (Faller u. Lang, 2010: Med. Soziologie und Psychologie, Springer Verlag).

Konsequenz für die Therapie:

Fokus der Exposition liegt auf Angstanstieg und Angstreduktion (in-session habituation)

Problem: Reizintensität

Reaktionen auf intensive Reize sind stärker und habituieren schlechter/weniger (Prinzip der max. Habituation; Matthews 1968).

Problem: Reizspezifität

Die Gewöhnung erfolgt nur bei identischen Reizen.

Funktionales Problem:

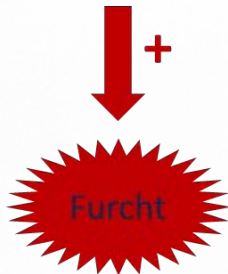
Sollte von einem Reiz eine reale Gefahr ausgehen, macht es biologisch (und auch psychologisch) keinen Sinn sich daran zu gewöhnen

Wie wirkt Exposition?

- Keine Unterstützung der Hypothese, dass initiale Angstaktivierung und within-session Habituation (berichtet und physiologisch) sich positiv auf Therapieerfolg auswirkt. Craske (2008, 2010, 2012), Craske & Baker (2010)
- Der Zugang zu korrektiver, das Angstnetzwerk hemmender Information während der Exposition ist weitaus wichtiger als die Höhe des Angsterlebens (Pittig et al, 2014, Hoyer & Heinig, 2015)
- Ergebnisse zum Extinktionslernen: Eine hohe Angstaktivierung ist nicht automatisch förderlich für den Lernprozess (Bouton, Garcia-Gutierrez, Zilski & Moody, 2006).
- **Exposition wirkt also durch Löschung?**

Kritische Annahme der Löschung

Assoziation mit Gefahr



Annahme der Löschung/des Abschwächens



Löschung der „Gefahr-Verknüpfung“ würde bedeuten, dass der ursprüngliche Angstreiz keine Angstreaktion mehr auslösen sollte.

Aber: Rückfälle und Wiederkehren der Angstreaktion nach erfolgreicher Exposition

- sprechen eindeutig gegen eine vollständige Löschung!
- z.B. Spontanerholung, Kontext-Wiederkehr, etc.

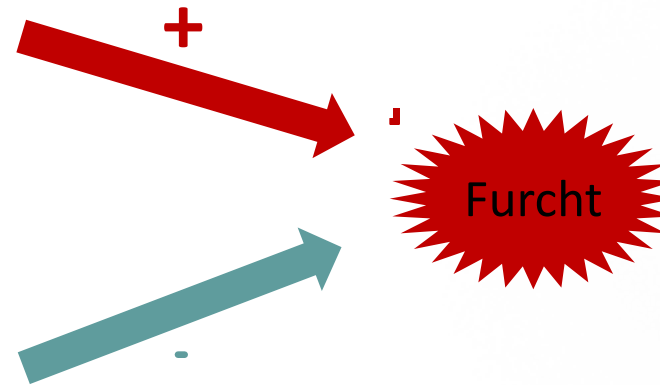
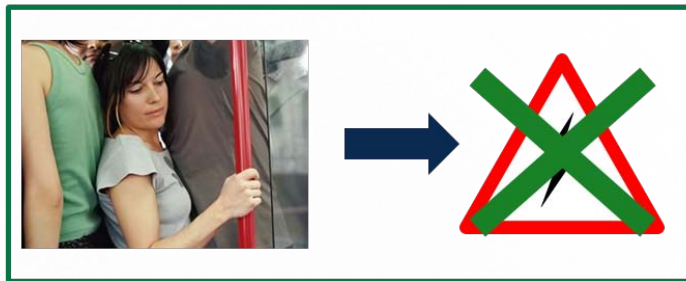
Extinktionslernen als inhibitorischer Prozess



Assoziation mit Gefahr



Exposition als inhibitorischer Lernprozess



Extinktionslernen ist kein Löschen oder Vergessen der „Gefahr-Verknüpfung“, sondern **„neues Lernen“**, dass die **Furchtreaktion hemmt /inhibiert**.

Es liegen zwei Assoziationen vor, die integriert werden müssen. Die situationsbedingte Aktivierung jeder Verknüpfung bestimmt die resultierende Furchtreaktion.

Wie wirkt Exposition?

- ▶ **Die Integration von neuen, zu den vorhandenen Angststrukturen inkompatiblen Informationen scheint eines der Kernelemente der Expositionstherapie zu sein.**
- ▶ Für die Behandlung bedeutet das:
 - ▶ Optimierung von Inhibitionslernen
 - ▶ Zeitliche Verdichtung
 - ▶ Kontextvariabilität
 - ▶ Stimulusvariabilität
 - ▶ Vertiefte Extinktion
 - ▶ Verstärkte Extinktion
 - ▶ Abrufhinweise
 - ▶ Rekonsolidierung
 - ▶ Widerlegung von Erwartungen
 - ▶ Reduktion von Sicherheitsstrategien

Der Weg zur transdiagnostischen Perspektive „Die Vermehrung der Angststörungen“

- ▶ DSM I: 2 Angststörungen
- ▶ DSM V : Angststörungen (11)
Zwangsstörungen (9)
Traumafolgestörungen (7)
- ▶ Andererseits gibt es Gemeinsamkeiten über die Angststörungen hinweg in Bezug auf:
 - ▶ Entstehung, Aufrechterhaltung
 - ▶ Symptombereiche: Kognitionen, Emotionen, Physiologie, Verhalten
 - ▶ Vermeideverhalten

Der Weg zur transdiagnostischen Perspektive „Viele Manuale eine Störung“



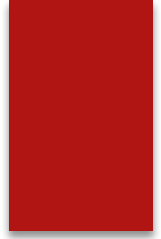
- ▶ Cognitive Behavioral Treatment (Dugas & Robichaud, 2007)
- ▶ Applied Relaxation (Borkovec et al., 1993)
- ▶ Cognitive Behavioral Treatment (Craske & Barlow, 2006)
- ▶ Acceptance-Based Behavior Therapy (Roemer et al., 2008)
- ▶ Integrative Therapy for GAD (Newman et al., 2008)
- ▶ Metacognitive Therapy (Wells, 2008)
- ▶ Sorgenexposition (Becker & Hoyer 2005)

Der Weg zur transdiagnostischen Perspektive „Eine Methode viele Störungen“

- ▶ Exposition bei körperdysmorphen Störungen und Hypochondrie (Weck, Ritter, Stangier 2013, Weck & Bleichardt, 2014)
- ▶ Exposition bei depressiven Störungen (grosse Holforth, 2014)
- ▶ Exposition bei Borderlinestörungen (Dyer, Steil & Bohus, 2013)
- ▶ Exposition bei dissoziativem und selbstverletzendem Verhalten (Harned, 2013, Granato et al 2015)
- ▶ Exposition bei Tabakabhängigkeit (Unrod et al. 2014, Giovancarli et al. 2016)

Der Weg zur transdiagnostischen Perspektive

„Eine Methode viele Störungen“



- ▶ Interozeptive Exposition wird eingesetzt bei:
Angststörungen
 - ▶ Panik
 - ▶ Soziale Phobie
 - ▶ Spezifische Phobien
- ▶ PTBS
- ▶ Essstörungen
- ▶ Körperliche Erkrankungen
 - ▶ Vestibuläre Neuritis/Paroxysmaler Lagerungsschwindel
 - ▶ Reizdarmsyndrom
 - ▶ Chronische Schmerzstörung

Der Weg zur transdiagnostischen Perspektive „Komorbidität“

- ▶ Komorbidität ist nicht die Ausnahme sondern der Normalfall.
- ▶ Patienten mit komorbiden Angststörungen (Brown et al., 2001):
 - ▶ Panic Disorder (53%)
 - ▶ Panic Disorder with Agoraphobia (56%)
 - ▶ Social Phobia (37%)
 - ▶ Generalized Anxiety Disorder (71%)
 - ▶ Obsessive Compulsive Disorder (45%)
 - ▶ Specific Phobia (45%)
 - ▶ Posttraumatic Stress Disorder (69%)

Depression Does Not Affect the Treatment Outcome of CBT for Panic and Agoraphobia: Results from a Multicenter Randomized Trial

Angela Emmrich^a Katja Beesdo-Baum^a Andrew T. Gloster^a Susanne Knappe^a
Michael Höfler^a Volker Arolt^b Jürgen Deckert^d Alexander L. Gerlach^{c, e}
Alfons Hamm^f Tilo Kircher^g Thomas Lang^{a, h} Jan Richter^f Andreas Ströhleⁱ
Peter Zwanzger^b Hans-Ulrich Wittchen^a

^aInstitute of Clinical Psychology and Psychotherapy, Technische Universität Dresden, Dresden; ^bDepartment of Psychiatry and ^cInstitute of Clinical Psychology and Psychological Assessment, University of Münster, Münster; ^dDepartment of Psychiatry, University of Würzburg, Würzburg; ^eDepartment of Psychology, University of Cologne, Cologne; ^fDepartment of Biological and Clinical Psychology, Ernst-Moritz-Armdt University, Greifswald; ^gDepartment of Psychiatry and Psychotherapy, Philipps University, Marburg; ^hDepartment of Psychology, University of Bremen, Bremen; ⁱDepartment of Psychiatry and Psychotherapy, Campus Charité Mitte, Charité Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Germany

Key Words

Panic disorder · Agoraphobia · Depression · Comorbidity · Cognitive-behavioral therapy · Exposure · Randomized controlled trial

Abstract

Background: Controversy surrounds the questions whether co-occurring depression has negative effects on cognitive-behavioral therapy (CBT) outcomes in patients with panic disorder (PD) and agoraphobia (AG) and whether treatment for PD and AG (PD/AG) also reduces depressive symptomatology. **Methods:** Post-hoc analyses of randomized clinical trial data of 369 outpatients with primary PD/AG (DSM-IV-TR criteria) treated with a 12-session manualized CBT (n = 301) and a waitlist control group (n = 68). Patients with comorbid depression (DSM-IV-TR major depression, dysthymia, or both: 43.2% CBT, 42.7% controls) were compared to patients without depression regarding anxiety and depression out-

comes (Clinical Global Impression Scale [CGI], Hamilton Anxiety Rating Scale [HAM-A], number of panic attacks, Mobility Inventory [MI], Panic and Agoraphobia Scale, Beck Depression Inventory) at post-treatment and follow-up (categorical). Further, the role of severity of depressive symptoms on anxiety/depression outcome measures was examined (dimensional). **Results:** Comorbid depression did not have a significant overall effect on anxiety outcomes at post-treatment and follow-up, except for slightly diminished post-treatment effect sizes for clinician-rated CGI (p = 0.03) and HAM-A (p = 0.008) when adjusting for baseline anxiety severity. In the dimensional model, higher baseline depression scores were associated with lower effect sizes at post-treatment (except for MI), but not at follow-up (except for HAM-A). Depressive symptoms improved irrespective of the presence of depression. **Conclusions:** Exposure-based CBT for primary PD/AG effectively reduces anxiety and depressive symptoms, irrespective of comorbid depression or depressive symptomatology.

Copyright © 2012 S. Karger AG, Basel

KARGER

Fax +41 61 306 12 34
E-Mail karger@karger.ch
www.karger.com

© 2012 S. Karger AG, Basel
0033-3190/12/0813-0161\$38.00/0

Accessible online at:
www.karger.com/ppp

Hans-Ulrich Wittchen
Technische Universität Dresden, Institute of Clinical Psychology and Psychotherapy
Chemnitzstrasse 46
DE-01187 Dresden (Germany)
Tel. +49 351 4633 6983, E-Mail wittchen@psychologie.tu-dresden.de

Angstfokussierte KVT ist auch
effektiv zur Reduktion der
komorbiden
Depressionssymptomatik

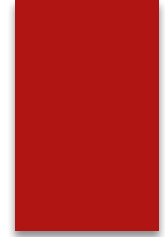
Jenseits der Höhenangst

Transdiagnostische Konzepte

- ▶ Es gibt wesentliche Überschneidungen der Behandlungsmanuale für Angststörungen:
 - ▶ **Kognitive Strategien** (Kognitive Vorbereitung auf Exposition, Disputation verzerrter Annahmen und Überzeugungen)
 - ▶ **Exposition** an externe Reize (Situationen, Orte, Objekte) und interne Reize (Gedanken, Erinnerungen, Vorstellungen, Emotionen, körperliche Empfindungen)
 - ▶ **Reduktion von Vermeideverhalten** u. Sicherheitsstrategien
 - ▶ **Entspannungstechniken** (PMR, Applied Tension, Applied Relaxation)
 - ▶ **Skills Training** (Soziales Kompetenztraining, Problemlösetechniken)
 - ▶ **Medikamentöse Therapie**

Jenseits der Höhenangst

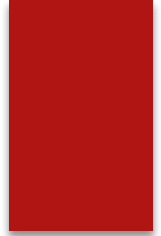
Transdiagnostische Konzepte



- ▶ Das wohl bekannteste Beispiel für transdiagnostische Störungskonzepte:
 - ▶ **Barlows „Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders“**
 - ▶ Geeignet für Angststörungen und depressive Störungen → **Emotional Disorders**
 - ▶ Im Zentrum steht der Gedanke, dass Patienten mit diesen Störungen starke unangenehme/negative Emotionen vermeiden → **Emotional Avoidance/Emotional Driven Behavior**

Jenseits der Höhenangst

Transdiagnostische Konzepte



- ▶ **Unified Protocol for Transdiagnostic Treatments of Emotional Disorders ; 12-18 Sitzungen 50-60 min Dauer**
- ▶ **D. Barlow et al, 2014**
 - ▶ Psychoedukation und besseres Verständnis für Emotionen (3 Faktoren Modell)
 - ▶ Emotionsbezogenes Wahrnehmungstraining (Achtsamkeitsbasiert)
 - ▶ Kognitive Umstrukturierung (Fokus auf appraisals/Automat. Gedanken)
 - ▶ Verringerung von Vermeidungsverhalten (Emotional Driven Behavior)
 - ▶ Wahrnehmung und Tolerierung körperlicher Empfindungen
 - ▶ Interozeptive und situationsbezogene Exposition



Optimiertes Extinktionslernen als Strategie für eine effektivere Therapie von Angst- und depressiven Störungen

Providing Tools for Effective Care & Treatment of Anxiety Disorders
(PROTECT-AD)

Prof. Dr. Hans-Ulrich Wittchen
Koordinator des Verbunds PROTECT

**Institut für Klinische Psychologie und
Psychotherapie**

Technische Universität Dresden



Behandlungsmanual: Expositionsbasierte Intensivbehandlung von Angststörungen

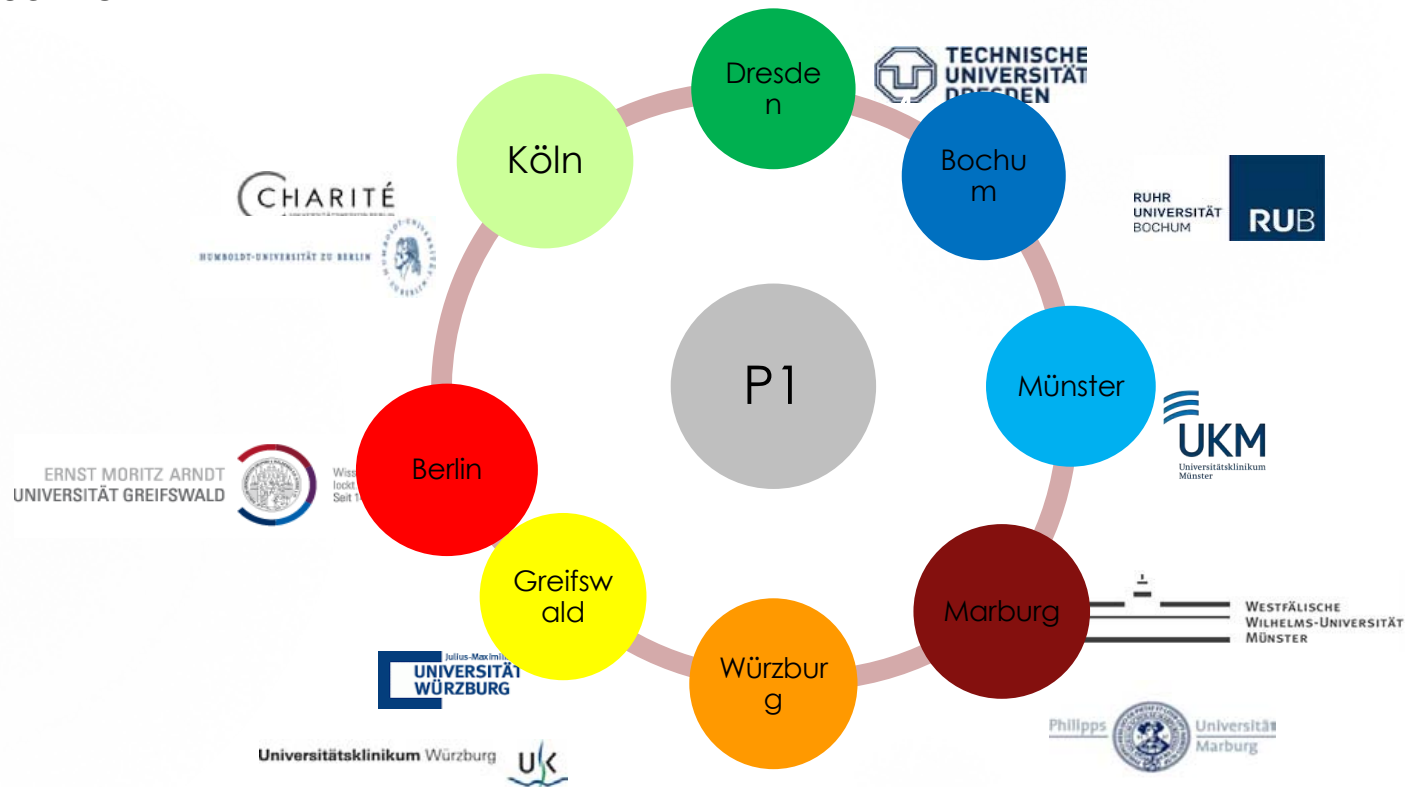


**Autoren: Neudeck P....Wittchen HU, in prep.
Protect_AD Team Dresden**

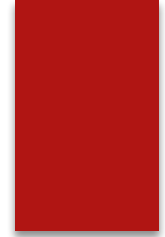
- **Ziel:** Wir wollen prüfen, ob eine zeitlich verdichtete störungsübergreifende expositionsbasierte CBT schnellere und tiefgreifendere Therapieerfolge bringt. Dabei setzen wir gezielte Module zur Optimierung der Extinktion ein.
- **Design:** Vergleich von treatment as usual mit intensivierter Exposition in einem Randomized Controlled Trial (RCT)
 - Mehrere Messzeitpunkte im Verlauf der Therapie (Klinische Diagnostik, Blutabnahmen, fMRT und psychophysiologische Maße)
- 700 Probanden, Altersrange: 15-70 Jahre
- **-Behandlungsmanual störungsübergreifend für Patienten aller Altersstufen und alle Angststörungen, einschließlich komorbiden Komplikationen (*Depression*)**
- **-Zeitliche Intensivierung**
- **-Fokus auf Überprüfung und Widerlegung befürchteter Konsequenzen**
-

Überblick

- BMBF-gefördertes Verbundprojekt
- Theoretischer Fokus: Optimierung des Extinktionslernen im Rahmen einer Expositionstherapie
- Experimentelle Variation im RCT P1: Zeitliche Intensivierung
- Förderzeitraum: 4 Jahre
- Teilprojekte P1-P7



Über die Diagnosen hinweg: Beispiel: PROTECT_AD Therapiemanual



PROTECTAD

Behandlungsmanual: 12 Sitzungen, 90- 100min Dauer

Behandlungselemente:

Psychoedukation und Kognitive Vorbereitung auf Exposition

Durchführung von standardisierten und individualisierten Expositionen

- a. Optimierung des Extinktionslernens
 - a. Unterbindung bzw. Ausschleichen von Vermeide- und Sicherheitsverhalten
 - b. Überprüfen und Widerlegen von Befürchtungen,
 - c. Variationen von Kontext, vertiefte Extinktion, Stimulusvariation, verstärkte Extinktion
- b. Tolerieren unangenehmer Gedanken, Emotionen und körperlicher Symptome

Über die Diagnosen hinweg: Beispiel: PROTECT_AD Therapiemanual



Exposition als Methode zur Überprüfung von Befürchtungen verlangt in der Vorbereitung:

- I. Erarbeiten der Befürchtungen und Erstellen einer Befürchtungshierarchie
- II. Vermittlung der Funktion des Vermeideverhaltens (negative Verstärkung)
- III. In Bezug setzen von Befürchtungen und Vermeideverhalten zum Modell der Aufrechterhaltung

Eine eher generische Definition:

Brady and Raines (2009) beschreiben

- ▶ *“exposure therapy as a process of deliberately confronting some ordinarily avoided stimulus that provokes an undesired response, in order to reduce the strength of that response”.*


Exposition als transdiagnostisches Konzept

- ▶ (...) we approach exposure as targeting **the processes underlying the persistence of pathological anxiety** – regardless of the specific fear triggers and cues- rather than as a treatment for a specific „disorder“.
(Abramowitz, Deacon, & Whiteside, 2011)
- ▶ (...) Exposure is **a component** of a treatment package in which the patient is educated about the disorder, prepared and provided with rationale of the therapeutic change and exposed to avoided and feared external and internal stimuli.
(Neudeck & Wittchen, 2012)

Exposition: Komponenten

- Das Programm “Exposition” beinhaltet die Behandlungskomponenten
 - 1. Diagnostik → **Engineering**
 - Eine Liste der auslösenden Reize (Stimulus Hierarchie)
 - Eine Liste der befürchteten Konsequenzen
 - Eine Liste der Vermeideverhalten
 - 2. Psychoedukation und kognitive Vorbereitung → **Teaching**
 - Psychoedukation über die Natur der Störung
 - Ein individuelles Modell der Entstehung und Aufrechterhaltung der Störung
 - Ein gut beschriebenes Modell, mit welchem Rational wie gearbeitet wird
 - 3. Anwendung des Expositionsverfahrens → **Training**
 - Individuell angepasste Techniken in-sensu und in-vivo
 - Variationen dieser Techniken zur Optimierung des Lerneffekts
 - Evaluation, Prophylaxe

(Neudeck & Wittchen, 2012, Neudeck, 2015)




1. Diagnostik → *Engineering*

FUNKTIONALE DIAGNOSTIK ALS
TRANSDIAGNOSTISCHER ANSATZ

Diagnostik

Funktionale Diagnostik/Mikroebene

- Vorgehen:
 - Erhebung der funktionalen Zusammenhänge zwischen:
- **Angst relevanten Stimuli** → **respondenter Teil**
 - Externale Situationen u. Reize
 - Internale Reize: Körpersignale und Empfindungen, intrusive Gedanken, Ideen, Zweifel, Vorstellungen
 - und Erinnerungen
- **Befürchteten Konsequenzen**
 - Kognitive Fehler bezüglich Ängsten
- **Sicherheitsverhalten** → **operanter Teil**
 - Passive Vermeidung
 - Checking und Rückversicherung
 - Rituale, offene/verdeckte, „Mini Rituale“
 - Sicherheitssignale
 - Überzeugungen bzgl. der Wirksamkeit der Vermeideverhalten

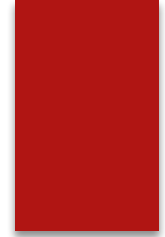


2. Psychoedukation und kognitive Vorbereitung → *Teaching*

INFORMATION ÜBER DIE STÖRUNG

DIE ENTSTEHUNG UND AUFRECHTERHALTUNG VON
STÖRUNGEN

DIE ABLEITUNG DES THERAPEUTISCHEN RATIONALS

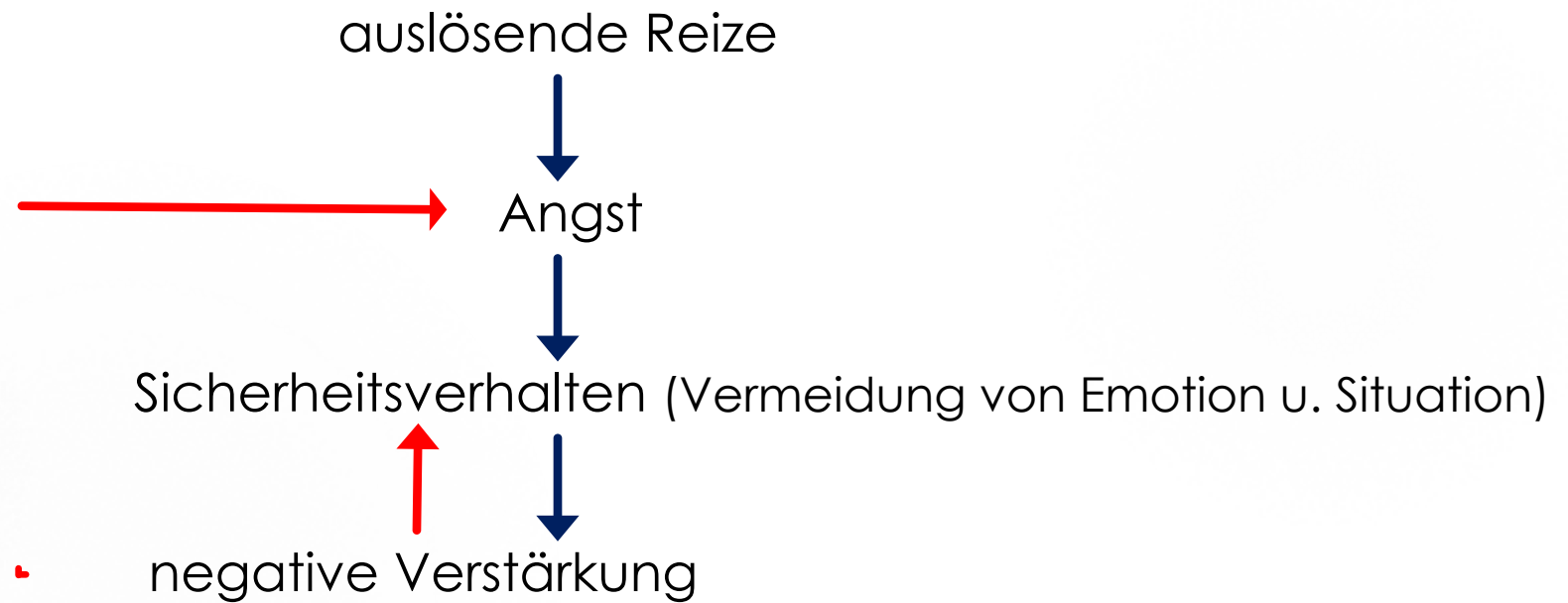


▶ Ablauf und Bestandteile

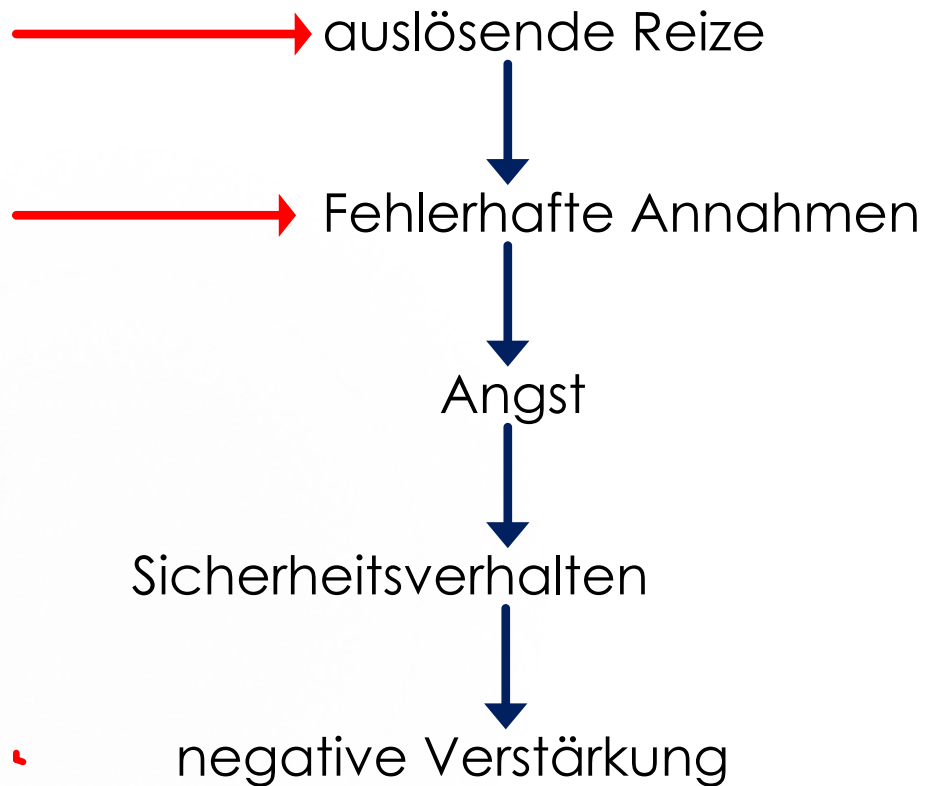
- ▶ A. Vom allgemeinen Störungsmodell zum individuellen Modell des Problemverhaltens
 - ▶ Erklärungen über die Natur der Störung
 - ▶ Entstehung aus der Lerngeschichte ableiten
 - ▶ Erstellen einer Befürchtungsliste und -hierarchie

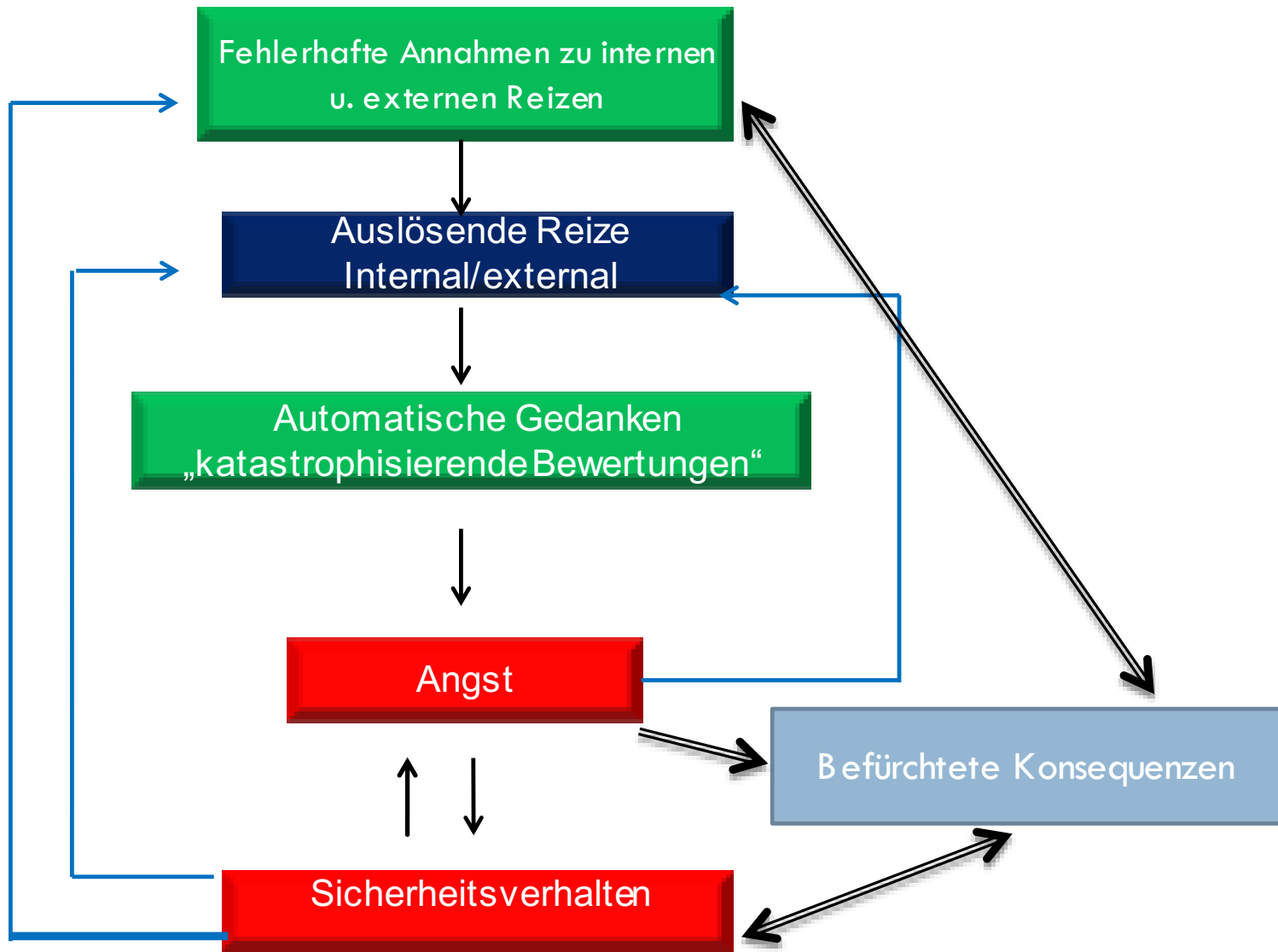
- ▶ B. Individuelles Erklärungsmodell zur Aufrechterhaltung und Veränderung
 - ▶ Erläuterung der individuellen Vermeidungsstrategien
 - ▶ Erarbeiten des Zusammenhangs zwischen Vermeideverhalten und Befürchtungsüberprüfung
 - ▶ Ableitung des therapeutischen Rationals

Das alte Modell der Aufrechterhaltung:



Das kognitive Modell der Aufrechterhaltung:





Psychoedukation und kognitive Vorbereitung

Aufrechterhaltung

▶ Vorgehen

- Erarbeitung eines individuellen Modells zur Aufrechterhaltung von Störungen mittels Verhaltensanalyse
 - ▶ Erarbeitung einer Verlaufskurve der Symptomatik in einer speziellen Situation
 - ▶ Erarbeiten der Befürchtungen und der Befürchtungshierarchie, anhand von Verhaltensanalysen

- ▶ Erläuterung der individuellen Vermeidungsstrategien und des operanten Anteils des Verhaltens (negative Verstärkung) und der ausbleibenden Überprüfung der Befürchtungen.

Psychoedukation und kognitive Vorbereitung

Ableitung des therapeutischen Rationals

- Hier werden Behandlungsziel und -rational mit dem Patienten gemeinsam erarbeitet, bevor es in die in-vivo-Exposition geht.
- Nach der Bezugnahme auf das Behandlungsziel „Reduktion der Angst in Situationen“ und dem Rückbezug auf die Wirkung von Vermeidungsverhalten als Grund für die Aufrechterhaltung der Angst, wird die Frage nach Möglichkeiten einer langfristigen Angstreduktion gestellt.

Wer spricht von Heilung? Meistens genügt es, eine neue Sprache zu lernen- bis Du in fließendem Therapeutisch über deine Beschwerden reden kannst.

P. Sloterdijk, 2012, S.16





3. Störungsübergreifende Strategien zur optimierten Durchführung von Expositionen

- ▶ **Instruktionen und Gestaltung der Exposition**
- ▶ **Intensität: graduierte vs. massierte Exposition**
- ▶ **Vermeidung/Angstkontrollstrategien**
- ▶ **Zumutbarkeit**

Instruktion und Gestaltung von Expositionen



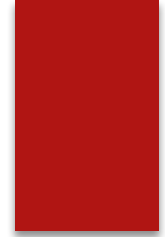
- ▶ Instruktion als Intervention und informed consent:

Die Instruktion der Patienten vor einer Exposition sollte Hinweise und Informationen hinsichtlich

- ▶ Sinn und Zweck der Übung
- ▶ Erwartungen/Befürchtungen
- ▶ Sicherheitsverhalten
- ▶ Angststärke/Reduktion
- ▶ Expositionsprotokoll

beinhalten.

Interozeptive Exposition: Instruktionen



- ▶ *Methode: willkürliche Hyperventilation*
- ▶ *Ziel der Hyperventilationsübung ist, durch Konfrontation mit absichtlich ausgelösten, panikähnlichen, physiologischen Beschwerden zu demonstrieren, welchen Einfluss die falsche, flache Atmung auf die vegetativen Reaktionen hat. Sie machen dabei bewusst die Erfahrung, wie ungefährlich die hervorgerufene physiologische Erregung ist und wie sie auch gleich wieder zurückgeht.*
- ▶ *Da manche Patienten sich auf fatale Hinweise fixieren und dann vermehrt unter Befürchtungen leiden, sollte der Therapeut zu Beginn der Therapie die extrem geringe Wahrscheinlichkeit einer durch Hyperventilation ausgelösten Ohnmacht unterstreichen.*
- ▶ **Schmidt-Traub, 2008**

Interozeptive Exposition: Instruktionen

- ▶ *Wir werden jetzt eine Liste von Übungen durcharbeiten, die ängstigende Körpersymptome auslösen können. Wahrscheinlich werden diese Übungen für Sie unangenehme Empfindungen auslösen – bitte versuchen Sie, so viele Symptome wie möglich zu bekommen und jedes Symptom sowie die eventuell damit verbundene Angst zuzulassen. Die Übungen sollen bei Ihnen Angst auslösen, darum ist es wichtig, dass Sie nichts tun, um die Angst zu verhindern oder zu reduzieren. Ich werde Ihnen die Übungen zunächst kurz vormachen und jede Übung dann mit Ihnen gemeinsam durchführen.*
- ▶ *Nach jeder Übung werden wir kurz besprechen, was Sie an Körperempfindungen erlebt haben und ob Sie die Symptome von Ihren Angstanfällen her kennen.*
- ▶ **Lang et al. 2012**

Das Expositionsprotokoll

- ▶ Während imaginativer, interozeptiver und In-vivo-Expositionen sollten Patienten instruiert werden, sich auf ihre Symptome auf den verschiedenen Ebenen zu fokussieren und einem Expositionsprotokoll zu folgen (Lang et al. 2013).
- ▶ Rothbaum und Foa (1998) schlagen folgende Fragen vor, um die Aufmerksamkeit der Patienten auf die Exposition zu fokussieren.
 - ▶ „Wie fühlen Sie sich?“
 - ▶ „Was geht Ihnen durch den Kopf?“
 - ▶ „Was sehen Sie/riechen Sie/nehmen Sie wahr?“
 - ▶ „Was erleben Sie körperlich?“
 - ▶ „Gibt es etwas (Gedanken, körperlich, situativ), was Sie vermeiden?“
 - ▶ „Was ist Ihre Befürchtung?“
 - ▶ „Wie stark ist Ihre Angst auf einer Skala von 0–10? Schätzen Sie bitte ein.“

Standard- und individuelle Übungen

- ▶ Zunächst Standardübungen:
 - ▶ Def:
 - Standardübungen sind gut bewährte, zumeist komplexe Übungen mit Variationskomponenten. Sie dienen dazu, Angst und Befürchtungen hervorzurufen und zu lernen, dass die befürchteten Konsequenzen nicht eintreten.
 - ▶
- ▶ Danach folgen erst individualisierte Übungen

Beispiele für Standardübungen

▶ **B kleinere Geschäfte** (z.B. Fachhandel)

- ▶ 1. Gehen Sie mit dem Therapeuten zu einer ruhigen Zeit in ein ausgewähltes Geschäft, schauen Sie sich ausführlich um, lassen sie sich Produkte zeigen, stellen Sie Fragen. Variationen: (a) Trennen Sie sich dort für eine kurze Zeit (z.B. 10 min), Therapeut bleibt draußen in oder außerhalb der Blickweite.
- ▶ 2. Gehen Sie allein zum Einkaufen und kehren auch allein wieder zurück (z.B. in eine Bäckerei oder einen Lebensmittelladen).
- ▶ 3. Führen Sie die Einkaufsübungen zu besonders belebten Geschäftszeiten oder in besonders belebten Geschäften durch. Halten Sie sich einige Zeit (10 min oder mehr) in der Mitte der Menge auf.

▶ **E Höhen**

- ▶ Gehen Sie mit dem Therapeuten (Variation: allein) auf unterschiedlich hohe und unterschiedlich gesicherte (hohes Stahl- oder Mauerwerk, Balustrade, Glasbalustrade etc.) Balkone, Aussichtstürme, Aussichtsplattformen, Wendeltreppen oder mehrstöckige Gebäude mit offenem Treppenhaus.
- ▶ Gehen Sie mit Ihrem Therapeuten zu einem der beschriebenen Orte und bleiben Sie, falls Sie von Ihrem Therapeuten begleitet werden, für mindestens 10 min allein dort, während der Therapeut sich zurückzieht.

Alltags Exposition vs therapeutische Exposition

▶ **Naive Exposition**

- ▶ Patienten gehen einfach mal in die Situation und erleben plötzlich starke Angst
- ▶ Kurze Dauer: Pat. erlebt kurz Angst und verlässt die Situation
- ▶ Unregelmäßig im Alltag
- ▶ Pat. exponiert sich jedes Mal von Neuem
- ▶ Pat. vermeidet bestimmte Gedanken und/oder Aspekte der Situation
- ▶ Sicherheitsstrategien werden eingesetzt

▶ **Experten Exposition**

- ▶ Patienten sind darauf eingestellt Angst zu bekommen
- ▶ Langandauernd
- ▶ Pat. bleibt trotz Angst in der Situation und toleriert die Erregung
- ▶ Hochfrequent oder im Block
- ▶ Pat. exponiert sich kontinuierlich unter versch. Bedingungen
- ▶ durch „reappraisal“ werden vermiedene Gedanken aktiviert
- ▶ Sicherheitsstrategien werden eliminiert

Gestaltung der Expositionsübungen



▶ **Zentrale Prinzipien bei der Durchführung der Übungen:**

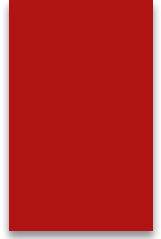
- maximale Widerlegung der Befürchtung (prediction error)
- Ausräumen von Sicherheits- und Vermeidungsverhalten
- wenn die Situation ausreichend geübt worden ist: Restunsicherheit tolerieren
- Patientengerechte Gestaltung der Übungen: „Meet the patient where he is!“

▶ **Gute Expositionsübungen sind:**

- entsprechend der Bedingungsanalyse geeignet, die spezifischen Befürchtungen des Patienten und damit eine Angstreaktion auszulösen
- logistisch machbar
- auch bei Therapeutenbegleitung zeiteffizient
- auch vom Patienten alleine durchführbar

Gestaltung von Expositionsübungen

Do's und Dont's



The Dont's

- Übung initiieren, die nicht explizit definiert und strukturiert ist
- Übungen auswählen, die der Patient definitiv zu schwer findet
- Übung beginnen, ohne explizit die zu überprüfende Befürchtung zu nennen und das Angstlevel (3 Ebenen) zu erfragen
- Get lost in langen kognitiven Dialogen, die eine Übung aufschieben oder verhindern
- Berühren des Patienten, ohne dokumentiertes comittment bzw. informed consent
- Vergessen, Ende der Übung klar zu signalisieren und nachzubesprechen und therapeutisch zu loben
- Beenden einer Sitzung in hoher Angst und Demoralisation

Expübungen: Do's und Dont's

- ▶ Ungünstiges Therapeutenverhalten
 - ▶ Therapeut wird unruhig und hektisch
 - ▶ Therapeut verhält sich gereizt, frustriert, genervt („Werden Sie schon sehen, beim nächsten Mal wird's noch schlimmer“)
 - ▶ Therapeut sagt: „Sie haben sich für diese Therapie entschieden, Sie müssen unter allen Umständen durchhalten.“
 - ▶ Therapeut sagt: „Sie haben sich doch entschieden, es gibt jetzt kein Zurück mehr“
 - ▶ Therapeut sagt: „Ja gut, dann gehen sie eben, das ist schon o. k., wie Sie wollen.“
 - ▶ Therapeut sagt: „Bleiben Sie, sonst ist die Therapie umsonst.“

Gestaltung von Expoübungen: Do's und Dont's

- ▶ Günstiges Therapeutenverhalten:
 - ▶ Therapeut bleibt ruhig und gelassen. Die Stimme sollte eher ruhig, wertschätzend/freundlich sein, es soll an die Vernunft des Patienten (Modell) appelliert werden.
 - ▶ Therapeut fragt: „Warum sind Sie hier?“ „Wie stark ist ihre Angst“?
 - ▶ Therapeut sagt: „Versuchen Sie weiter zu machen. Tolerieren Sie die Angst.“
 - ▶ Therapeut sagt: „Es ist Ihre Angst, die jetzt sagt: „Schluss.“ „Ist es sinnvoll, der Angst nachzugeben?“ „Was lernen Sie dann?“
 - ▶ Therapeut sagt: „Es ist natürlich Ihre Entscheidung aufzuhören, aber es ist eine Entscheidung aus Angst.“
 - ▶ Therapeut fragt: „Was lernen sie, wenn sie jetzt aufhören?“

Was sollten Therapeuten sagen und was nicht?

▶ **Ungünstige Aussagen von Therapeuten**

- ▶ Sie können nicht verrückt werden
- ▶ Es ist ausgeschlossen, vor Angst kann man keinen Herzinfarkt bekommen
- ▶ Sie werden das auf jeden Fall schaffen
- ▶ Die Angst wird hochgehen und dann ganz schnell nachlassen
- ▶ Sie werden nichts tun was sie nicht schaffen können
- ▶ Da kann überhaupt nichts schiefgehen
- ▶ Es ist 100% sicher

▶ **Günstige Aussagen von Therapeuten**

- ▶ Es ist ihre Befürchtung vor Angst verrückt zu werden. Es ist sehr unwahrscheinlich, dass dies eintritt...
- ▶ Es ist ihre Befürchtung vor Angst einen Herzinfarkt bekommen. Ich kann das nicht zu 100% ausschließen, aber sowas habe ich noch nie erlebt. Während der Exposition wird es darum gehen genau diese Befürchtung zu überprüfen
- ▶ Ich traue ihnen zu, dass sie das tolerieren können
- ▶ Beobachten sie den Angstverlauf und überprüfen Sie ihre Befürchtungen
- ▶ Sie werden nichts tun müssen, was ich nicht verantworten kann
- ▶ Schauen wir uns die Entwicklung an
- ▶ Es gibt keine 100%ige Sicherheit

Gestaltung der Expositionsübungen



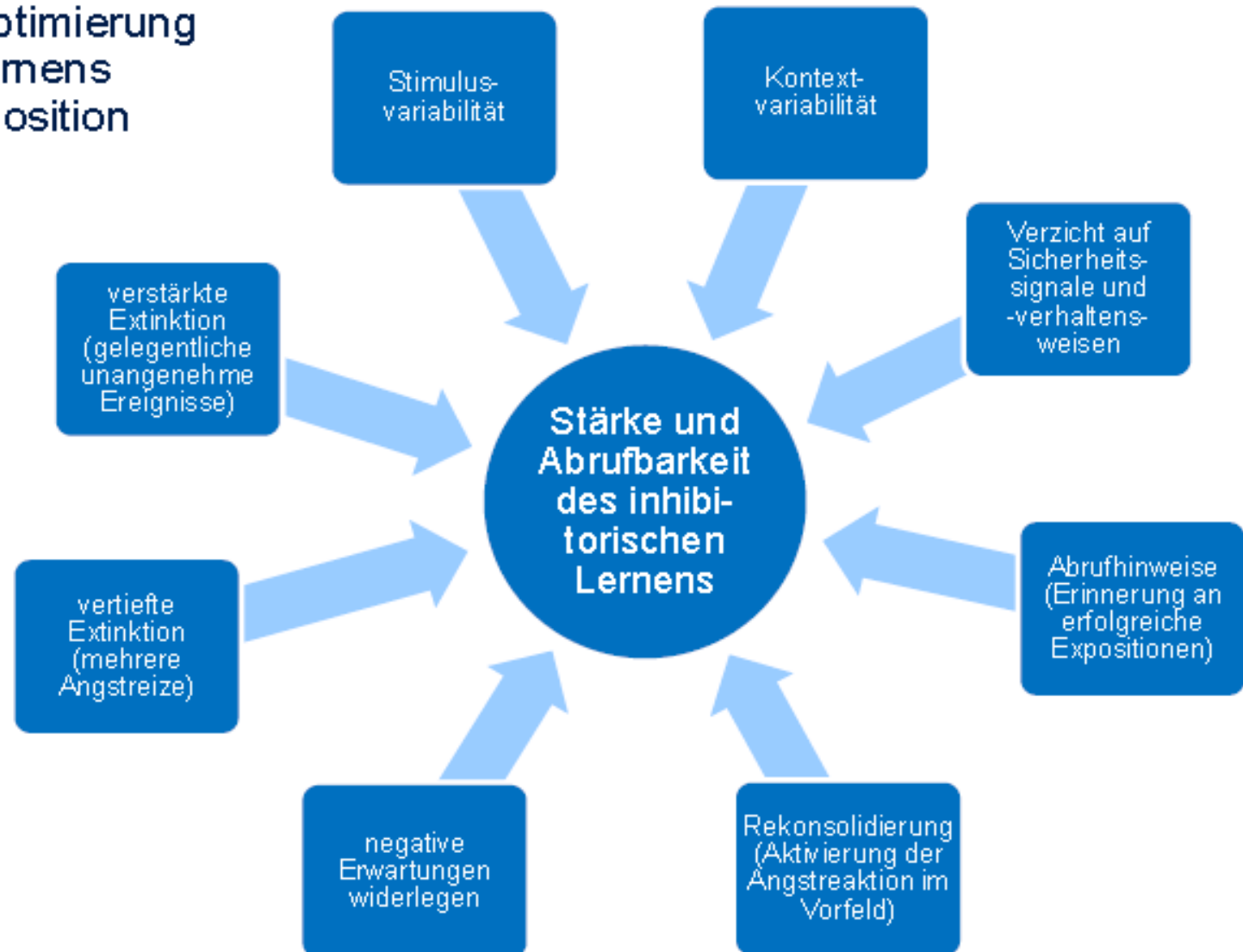
- Es ist nicht das Ziel möglichst viel Angst zu erleben!
 - Das Ziel ist es, dem Patienten die Gelegenheit zu geben die jeweiligen Befürchtungen zu überprüfen und die dabei auftretenden Emotionen zu tolerieren, ohne dabei zu vermeiden.

Metabotschaft:

- **Sie müssen in Ihre Angst investieren um ein ruhigeres Leben zu haben!**

Strategien zur Optimierung des Extinktionslernens während der Exposition

(Craske et al., 2014)



Erwartungsfehler



▶ **Ziel :**

- ▶ Möglichst große Diskrepanz zwischen erwartetem Ergebnis der Situation und tatsächlichem Erleben erzeugen

▶ **Begründung:**

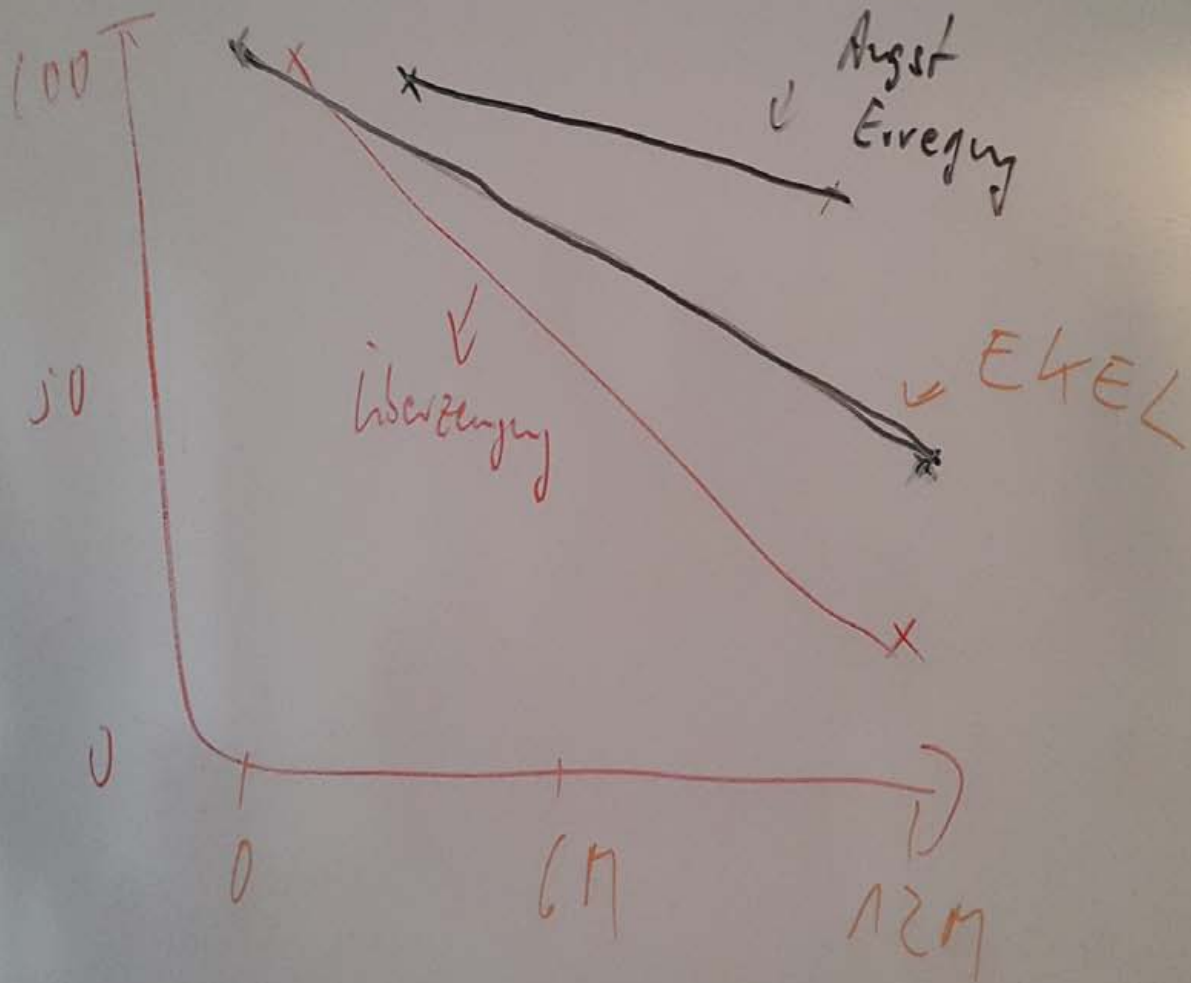
- ▶ Aufmerksamkeit wird darauf gerichtet, dass der CS vorhanden ist, der US aber nicht eintritt.

▶ **Vorgehen**

- ▶ im Vorfeld: Patient beschreibt den erwarteten schlimmstmöglichen Ausgang der Exposition
- ▶ Nach der Exposition: Patient vergleicht Ergebnis mit Erwartung

▶ **Fragen des Therapeuten:**

- ▶ Was macht Ihnen in der Situation am meisten Angst? Was könnte schlimmstenfalls passieren?
- ▶ Wie wahrscheinlich erscheint es Ihnen, dass dieses Ergebnis in zukünftigen ähnlichen Situationen auftritt?



Stimulusvariabilität

▶ **Ziel**

- ▶ Über mehrere Übungen hinweg möglichst unterschiedliche Angstreize

▶ **Begründung**

- ▶ Generalisierung, besserer Zugriff auf das Extinktionsgedächtnis

▶ **Vorgehen**

- ▶ Angstrelevante Stimuluseigenschaften herausfinden und Veränderung vorab planen

▶ **Therapeut. Fragen**

- ▶ Was müsste sich an dem Angstreiz aus der vergangenen Übung ändern, damit er Sie noch stärker ängstigt?

▶ **Beispiel**

- ▶ Spinnen unterschiedlicher Größe, Hunde unterschiedlicher Rasse

Kontextvariabilität

▶ **Ziel**

- ▶ Über mehrere Übungen hinweg möglichst unterschiedliche Kontexte

▶ **Begründung**

- ▶ Kontextspezifität des Extinktionslernens

▶ **Vorgehen**

- ▶ Angstrelevante Kontextbedingungen herausfinden und verändern

▶ **Therapeut. Fragen**

- ▶ Was müsste sich an der Situation im Vergleich zur vergangener Übung ändern, damit sie wieder mehr Angst haben?

▶ **Beispiel**

- ▶ Variation von Ort, Tageszeit, Begleitpersonen, Stimmung, vorausgehender Aktivität

vertiefte Extinktion

▶ Ziel

- ▶ Mehrere Angstreize zugleich exponieren

▶ Vorgehen

- ▶ Angstreize zunächst einzeln aufsuchen und dann in einer Expositionsübung zusammenführen
- ▶ zu einer aktuellen Expositionsübung bereits extinguierte Stimuli hinzunehmen

▶ Beispiel

- ▶ zunächst eine bisher vermiedene Tätigkeit durchführen (joggen) und einen vermiedenen Ort (Einkaufszentrum) aufsuchen, anschließend durch ein Einkaufszentrum joggen

Rekonsolidierung

▶ **Ziel :**

- ▶ Rekonsolidierungsfenster für die Veränderung der Gedächtnisspur nutzen

▶ **Begründung:**

- ▶ aktivierte Gedächtnisinhalte sind besonders empfänglich für korrektive Erfahrungen

▶ **Vorgehen:**

- ▶ in den Minuten oder Stunden vor der Exposition soll der Patient sich an ungünstige Lernerfahrungen erinnern oder eine Exposition in sensu durchführen

▶ **Beispiel :**

- ▶ Patient schaut 30 min vor der Expositionsübung angstbesetzte Bilder an

Abrufhinweise

- ▶ **Ziel :**

- ▶ Gedächtnisstützen zur Erinnerung an den Therapieerfolg mitgeben

- ▶ **Begründung**

- ▶ Extinktionsgedächtnis ist möglicherweise kurzlebiger als Angstgedächtnis

- ▶ **Therapeut. Fragen**

- ▶ nach der Expo: Was würde Ihnen helfen, sich später wieder an diesen Moment zu erinnern?

- ▶ **Beispiel**

- ▶ Tagebuchaufzeichnung
- ▶ Filmausschnitt der Expositionsübung
- ▶ Foto des Patienten in der Angstsituation

verstärkte Extinktion

▶ **Ziel**

- ▶ gelegentliche gezielte Herbeiführung unangenehmer Ereignisse in der Exposition

▶ **Begründung**

- ▶ unangenehme Ereignisse, die häufig zur Wiederkehr der Angst führen, werden vorweggenommen.

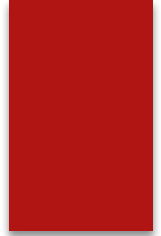
▶ **Beispiel**

- ▶ eine Person mit Sozialer Angststörung provoziert bewusst soziale Ablehnung
- ▶ eine Person mit Generalisierter Angststörung macht bewusst einen Fehler oder ein Versäumnis

Intensität

„Aus vielen wissenschaftlichen Studien wissen wir, dass das massierte Vorgehen, also das Flooding, dem graduierten Vorgehen überlegen ist.“

Intensität



- ▶ Graduiert oder massiert? Ist doch klar...oder?
 - ▶ Es gibt **sehr wenige** empirische Untersuchungen zum Thema massierte vs. graduierte Reizexposition.
 - ▶ Eine Studie (N= 14) zeigt keine signifikanten Unterschiede im Behandlungserfolg zwischen Flooding und „Successive Approximation“ (Everaerd, Rijken & Emmelkamp, 1973).
 - ▶ Zwei Studien (N = 127) zeigen besseren Erfolge des massierten Vorgehens (Fiegenbaum, 1987,1988).

Intensität



- ▶ Graduiert oder massiert?
- ▶ Aus empirischer Sicht spricht nichts gegen ein graduiertes Vorgehen.
 - ▶ Man kann mit Carey (2011) feststellen, dass für einige Patienten ein graduiertes Vorgehen zu präferieren ist, während andere Patienten mehr davon profitieren, den Sprung ins kalte Wasser zu wagen.
- ▶ Vor dem Hintergrund aktueller Modelle expositionsbasierter Behandlung (Inhibitionslernen, Craske et al. 2012, 2015, PROTECT_AD) ist die Frage nicht mehr relevant.

Vermeidung Anxiety Control Strategies

- ▶ Sollen Patienten von Hilfsmitteln während Expositionstherapien Gebrauch machen?
- ▶ Review von Deacon et al (2009): Vermeideverhalten trägt nichts zum Erfolg von Expositionstherapie bei, also wozu das Risiko eingehen?
 - ▶ Wenn Sicherheitsverhalten, dann:
 - ▶ **nur solches, dass korrektive Informationen zulässt**
 - ▶ **soll die Möglichkeit der Strategien während der Therapie systematisch reduziert werden**



Table 3. Studies experimentally examining the effects of fading safety behaviors during treatment.

•Only enhanced outcome when treatment included a cognitive rationale

•Michael J. Telch:“Is there room for safety behaviors in exposure therapy for anxiety disorders”, in: Neudeck & Wittchen, Exposure Therapy, 2012, Springer

Study	Anxiety Problem	Outcome
Bandura et al (1974)	Snake Phobia	Enhanced Outcome
Wells et al (1995)	Social Phobia	Enhanced Outcome
Salkovskis et al (1999)	Agoraphobia	Enhanced Outcome
Kim (2005)	Social Phobia	Enhanced Outcome*
Salkovskis et al (2007)	Agoraphobia	Enhanced Outcome
Isa (2008)	Social Phobia	Enhanced Outcome
Taylor & Alden (2010)	Social Phobia	Enhanced Outcome

Zumutbar?

- ▶ Risiko eingehen und Zumutbarkeit prüfen
„*Do at least some people ordinarily confront the situation/stimulus in the course of everyday life without adverse consequences?* “
(B.Deacon)
- ▶ Zumutbar ist
 - ▶ was gesetzlich erlaubt,
 - ▶ medizinisch unbedenklich und
 - ▶ zumindest von einer Gruppe von Menschen im Alltag getan wird (ohne, dass die von Patienten befürchteten Konsequenzen eintreten),
 - ▶ vom Patienten als zumutbar angesehen wird.
- ▶ (Deacon, 2012, Neudeck & Einsle, 2012, Neudeck, 2015)



Ekel

Kriterien eines Wundverbandes (nach T. D. Turner)

Der ideale Wundverband sollte:

1. Überschüssiges Wundexsudat aufnehmen

Aus: Handbuch der modernen Wundversorgung



Gefahr

M. Abramovic u. Ulay:
„Rest Energy“
Amsterdam 1976, 4 min

Abramovic und Ulay stehen einander in einer spannungsvollen Situation gegenüber, sie umfasst mit der Hand die Mitte eines großen Bogens, er spannt die Sehne und hält den Pfeil, dessen Spitze auf Abramovics Herz gerichtet ist.



Zusammenfassung

- Das Ziel von Exposition ist ein Neulernen in bezug auf Angst
- Funktionale Diagnostik unabdingbar
- Präzise Instruktion erforderlich
- So massiert wie möglich, so graduiert wie nötig
 - Mis-match um Erfolg zu ermöglichen
- Verstärkung für das Ertragen von Emotionen u. körperl. Symptomen
- Gut kontrollierbare Situationen zu Beginn (Standardübungen)
- Einsatz von Optimierungsstrategien (prediction error etc)
- Berücksichtigung des environment
 - Zeit, Ort, bekannte vs. unbekannte Umgebung

Peter Neudeck
Hans-Ulrich Wittchen
(Hrsg.)



Konfrontationstherapie bei psychischen Störungen

Hogrefe

Peter Neudeck
Hans-Ulrich Wittchen *Editors*

Exposure Therapy

Rethinking the Model - Refining the Method

Springer

INCLUDES A COMPREHENSIVE MENU of SPECIFIC EXPOSURE
EXERCISES for THE MOST COMMON FEARS and PHOBIAS

THE CLINICIAN'S GUIDE TO Exposure Therapies for Anxiety Spectrum Disorders

INTEGRATING TECHNIQUES AND
APPLICATIONS FROM CBT, DBT, AND ACT

TIMOTHY A. SISEMORE, PHD

UNIFIED TRANSDIAGNOSTIC
✓ **Treatments** *That Work*

Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders

Therapist Guide

David H. Barlow

Todd J. Farchione • Christopher P. Fairholme

Kristen K. Ellard • Christina L. Boisseau

Laura B. Allen • Jill Ehrenreich-May



Neudeck

Expositions- verfahren

Techniken der Verhaltenstherapie

E-BOOK INSIDE
 ARBEITSMATERIAL

BELTZ

Exposure Therapy for Anxiety



Principles and Practice

Jonathan S. Abramowitz

Brett J. Deacon

Stephen P. H. Whiteside