

Andreas Maercker, Almut I. Weike

- 31.1 Einleitung – 508
 - 31.2 Durchführung – 508
 - 31.2.1 Besprechung des therapeutischen Vorgehens – 508
 - 31.2.2 Entspannungstraining – 508
 - 31.2.3 Erstellung der Angsthierarchie(n) – 508
 - 31.2.4 Übungen der Vorstellungsfähigkeit – 509
 - 31.2.5 Darbietung der einzelnen Items – 510
 - 31.2.6 Gruppendurchführung – 510
 - 31.3 Untersuchung der Wirkmechanismen – 510
 - 31.3.1 Kritik des ursprünglichen Erklärungsmodells – 510
 - 31.3.2 Untersuchung von Wirkkomponenten – 511
 - 31.4 Indikation und Effektivität – 512
 - 31.5 Modifikationen und Weiterentwicklungen des Verfahrens – 513
- Zusammenfassung – 513
- Literatur – 513

31.1 Einleitung

Die von Wolpe (1958) entwickelte Methode der systematischen Desensibilisierung ist eine verhaltenstherapeutische Standardmethode zum Abbau belastender emotionaler Reaktionen, insbesondere von situations- oder objektgebundenen Ängsten. Der praktische Ablauf der systematischen Desensibilisierung ist übersichtlich strukturiert: Mittels einer Verhaltensanalyse werden die angstrelevanten Situationen eines Patienten exploriert und dann bezüglich ihres subjektiven Erregungsgrades aufsteigend in Form einer Angsthierarchie geordnet. Außerdem erlernt der Patient ein Entspannungsverfahren, zumeist die progressive Muskelentspannung nach Jacobson (vgl. ► Kap. I/30). Die eigentliche Therapie besteht in einem ständigen Wechsel von Entspannungssequenzen und dem Vorstellen der angstbesetzten Situationen. Jede Angstsituation (»Angst-Item«) der Hierarchie wird dabei so lange wiederholt, bis der Patient keine Anzeichen subjektiver Erregung mehr bei sich beobachtet. Die systematische Desensibilisierung hat sich in kontrollierten Studien als wirksam herausgestellt, allerdings konnten weder das ursprünglich postulierte Erklärungsprinzip (reziproke Hemmung) noch die Notwendigkeit aller Therapiebestandteile (graduierte Hierarchie, Entspannung) verifiziert werden.

31.2 Durchführung

Das therapeutische Prinzip der systematischen Desensibilisierung besteht aus zwei Komponenten:

- der systematisch gesteigerten Reizkonfrontation in der Vorstellung (in sensu) und
- einem Entspannungstraining.

Das praktische Vorgehen umfasst verschiedene Teile, die in ausführlichen Therapiemanualen mit jeweils geringen Modifikationen beschrieben sind (z. B. Florin 1978; Garlington u. Cotler 1968). Die einzelnen Therapiebestandteile werden teilweise nacheinander und teilweise parallel durchgeführt:

- Besprechung des therapeutischen Vorgehens (1. Stunde),
- Entspannungstraining (2. und 3. Stunde),
- Erstellung einer oder mehrerer Angsthierarchien (2. und 3. Stunde),
- Vorstellungsübungen (ab 3. Stunde) sowie
- Darbietung der Angst-Items unter Entspannungsbedingungen (ab 4. Stunde).

Insgesamt umfasst die Therapie mit systematischer Desensibilisierung in der Regel 6–12 Sitzungen.

31.2.1 Besprechung des therapeutischen Vorgehens

Nach einem Erstgespräch zur Identifikation der behandlungsnotwendigen Problemkreise wird der Patient einfühlend mit den Prinzipien der systematischen Desensibilisierung vertraut gemacht. Dabei werden seine Erwartungen und eventuellen Befürchtungen zum Verfahren besprochen. Der wesentliche Inhalt dieser Einstimmung auf das Verfahren der systematischen Desensibilisierung ist die Botschaft, dass es nicht möglich ist, gleichzeitig ängstlich und entspannt zu sein. Der Patient wird dafür im ersten Teil der Behandlung ein Entspannungsverfahren erlernen, das insbesondere auf Entspannung der Muskeln abzielt. Nachdem der Patient gelernt hat, sich zu entspannen, wird diese Fähigkeit dann auch auf Situationen angewendet, die ihm Angst bereiten. Dazu wird von Patient und Therapeut gemeinsam eine Liste von Situationen erstellt, die beim Patienten Angst auslösen. Anschließend werden diese Situationen in eine Rangreihe geordnet entsprechend der Intensität der Angst, die diese Situationen hervorrufen. Während der Trainingsstunden gilt es dann, sich diese Situationen unter Anleitung so intensiv wie möglich vorzustellen. Das Therapieprogramm wird durch Hausaufgaben ergänzt (z. B. Entspannungs- und Vorstellungsübungen, Erstellen weiterer Angsthierarchien).

31.2.2 Entspannungstraining

Die am häufigsten angewendete Entspannungsmethode im Rahmen der systematischen Desensibilisierung ist die progressive Muskelentspannung. Das Verfahren wird hier nicht dargestellt, da es ausführlich in ► Kap. I/30 beschrieben ist. Möglich ist auch der Einsatz anderer Entspannungsverfahren (z. B. autogenes Training). Das Ziel des Entspannungstrainings besteht im Erlernen der Kontrolle von Entspannung und Anspannung einzelner Muskelgruppen sowie der Vermittlung der Erfahrung eines entspannten und angenehmen Zustands. In den ersten Therapiestunden sollte das Entspannungstraining jeweils für einen Teilzeitraum (ca. 20 Minuten) der Behandlungsstunde stattfinden. Der andere Stundenanteil wird parallel der Beschreibung von Angstsituationen und der Ausarbeitung von Angsthierarchien sowie der Übung der Vorstellungsfähigkeit gewidmet.

31.2.3 Erstellung der Angsthierarchie(n)

Wesentliche Voraussetzung der Hierarchienbildung ist die Klärung der Angstthematik im Rahmen einer ausführlichen Verhaltens- und Problemanalyse. Dabei besteht das Ziel darin, konkrete, angstausslösende Situationen voneinander abzugrenzen. Ist der Patient nicht in der Lage, die

Angst inhaltlich zu konkretisieren, werden Aufgaben zur Selbstbeobachtung zwischengeschaltet, um ein Diskriminationslernen bezüglich der angstauslösenden Situationen in Gang zu setzen. Im weiteren Verlauf dieser Phase geht es um die knappe, stichwortartige Formulierung der Angstsituationen (*Angst-Items*). Die Formulierung der Items sollte stets so konkret wie möglich spezifische Situationen beschreiben und vor allem auch die wesentlichen körperlichen Reaktionen beinhalten, um das Auslösen der emotionalen Reaktion in sensu zu erleichtern (vgl. Hamm 2006). Die Angst-Items werden auf einzelne Karteikarten notiert und bilden das Material der nachfolgenden Hierarchiebildung. Die Hierarchie wird üblicherweise von den beiden Polen der am meisten bzw. wenigsten problematischen Angstsituation her gebildet. Für die Aufstellung der Angsthierarchien lassen sich verschiedene Techniken anwenden:

Thermometerskalen (von 0 bis 100). Die Gradzahlen werden auch als subjektive Störungseinheiten (engl. SUD, »subjective units of distress«) bezeichnet. Für den Nullpunkt wird eine sehr entspannte Situation gesucht, die keinen Bezug zur Angsthierarchie zu haben braucht (sog. Ruheszene). Die problematischste Situation wird mit 100 beschrieben. Insgesamt werden ca. 10 (-15) Situationen in diese Hierarchie eingeordnet (s. Beispiel).

Beispiel

Beispiel für die Angsthierarchie einer Patientin mit Prüfungsangst

100	Den Eltern sagen müssen, dass ich durchgefallen bin
90	Mitten in der Prüfung ist plötzlich »alles wie weg«
80	Von den Prüfern kritisch angesehen werden
75	Eine Frage nicht beantworten können
65	Ich merke, dass mir die Frage nicht ganz klar ist
50	Zum Ort der Prüfung gehen
40	An den letzten Tagen der Vorbereitung habe ich »einen Block«
30	Mit Kommilitonen über die herannahende Prüfung sprechen
25	Terminfestlegung der Prüfung
10	Ich mache mir noch im Semester Gedanken über die Prüfung
0	Ich sitze im Gebirge und schaue in die Landschaft (Ruheszene)

Einfache Rangordnung. Die Items werden ohne Zahlenzuordnung nach der Angststärke geordnet.

Paarvergleichsmethode. Jedes Item wird mit jedem anderen verglichen. Aus dem multiplen Vergleich wird dann eine Hierarchie abgeleitet. Dieses Verfahren ist dann geeignet, wenn beim Patienten die Diskrimination der Angstsituationen noch entwickelt werden soll.

Bei multiplen Angstzuständen werden mehrere Angsthierarchien aufgestellt. Dabei ist die Unterscheidung zwischen einzelnen Themen und der Rangordnung der einzelnen Angst-Items nicht immer einfach. Entscheidend ist jeweils der Gesichtspunkt des Patienten.

31.2.4 Übungen der Vorstellungsfähigkeit

Für den Therapieerfolg ist es wichtig, dass sich der Patient die Angstsituation so lebhaft vorstellen kann, dass er sich mitten in der Situation fühlt und vor allem auch mit körperlichen Reaktionen an ihr beteiligt ist. Der Therapeut sollte sich aus diesem Grunde Einblick in die Vorstellungsfähigkeit des Patienten verschaffen. Dies geschieht am besten durch die Vorgabe einzelner Imaginationsübungen mit einer begleitenden Einschätzung der Vorstellungstiefe, beispielsweise mit Hilfe des »Questionnaire of Mental Imagery« (QMI; Sheehan 1967). Dieser Fragebogen beinhaltet:

- visuelle Vorstellungsaufgaben (z. B. eine vertraute Person vorstellen),
- akustische Vorstellungsaufgaben (z. B. das Miauen einer Katze),
- taktile Vorstellungsaufgaben (z. B. das Berühren von Sand),
- Vorstellungsaufgaben zu Körperbewegungen (z. B. eine Treppe hochlaufen),
- Vorstellungsaufgaben zu Geruch und Geschmack (z. B. Orangen),
- Vorstellungsaufgaben zu Körpergefühlen (z. B. Hunger oder Müdigkeit).

Der Patient schätzt selbst die Lebhaftigkeit seiner Vorstellung anhand einer Skala ein. Dabei wird »0« als keine Vorstellung/lediglich ein Wissen, an das Objekt zu denken definiert, während der andere Skalenpol (z. B. »6«) als vollkommen lebhafteste Vorstellungen festgelegt wird. Das Voranschreiten in den Vorstellungsaufgaben wird durch die erreichten Werte der subjektiven Skala bestimmt.

An die Übungen zur Vorstellungsfähigkeit der verschiedenen Sinnesmodalitäten kann sich ein gezieltes Training der Vorstellung angstbesetzter Situationen anschließen. Die Instruktion dabei ist: »Sie malen sich die Situation genauestens aus und stellen sich gleichzeitig vor, wie Sie sich in der Situation fühlen, wie Ihnen zumute ist und wie Sie reagieren.« In manchen Fällen kann es ratsam sein, die Vorstellungsaufgaben suggestiv darzubieten. Die suggestiv ausgestaltete Situation ist besonders bei solchen Patienten wichtig, die auch in sensu zum Vermeidungsverhalten ten-

dieren, indem sie bestimmte ängstigende Momente der Situation während der Vorstellung weglassen oder umdeuten.

31.2.5 Darbietung der einzelnen Items

Ziel. Ziel dieser Therapiephase ist es, den Patienten schrittweise mit seinen vorher definierten Angst-Items zu konfrontieren und durch zwischengeschaltete Entspannungssequenzen die Erregung bei dieser Konfrontation zu reduzieren und aufzulösen. Für den praktischen Ablauf wird zu Beginn dieser Therapiephase zwischen Patient und Therapeut ein Zeichen vereinbart, wenn die Erregung bei der Darbietung eines Items trotz Entspannung zu stark werden sollte (meist: Heben eines Fingers).

Ablauf. Der Ablauf der Darbietung des Angst-Items erfolgt nach einem feststehenden Schema. Zu Anfang wird eine Entspannungsübung ausgeführt. Dann beginnt man mit dem ersten Item der Hierarchie, welches die geringste Angst hervorruft. Der Patient wird aufgefordert, sich diese Situation lebhaft vorzustellen. Wenn er nicht durch das Fingerzeichen subjektive Angst meldet, geht man nach einer wiederholten kurzen Entspannungssequenz zum nächsten Item der Angsthierarchie über.

Beim ersten der nachfolgenden Items, bei dem trotz vorheriger Entspannung zu starke Angstsymptome auftreten, wird die Vorstellung der Angstsituation abgebrochen und eine weitere Entspannungsübung zwischengeschaltet. Danach wird erneut mit demselben Angst-Item begonnen bzw. bei zu großer Erregung auf das vorangegangene Item zurückgegangen. Das betreffende angstauslösende Item der Hierarchie wird mehrmals durchgearbeitet (ca. 2–5 Mal), bis die Situation angstfrei erlebt wird und man zum nächstschwierigeren Item übergehen kann.

Die Darbietung der einzelnen Angst-Items erfolgt in dialoghafter Weise. Es ist hilfreich, dem Patienten dabei auch Gedanken vorzuschlagen, die Bewältigungskompetenzen für die jeweilige Situation beinhalten, beispielsweise:

Beispiel

»Ich sitze vor dem Prüfungszimmer. Ich spüre wie mein Herz hämmert und ich reibe meine kalten, feuchten Hände. Ich weiß, dass ich noch 10 Minuten Zeit habe. In diesen 10 Minuten kann ich nichts mehr zusätzlich lernen, also habe ich Zeit. Ich kann mir die Vorgänge um mich herum anschauen und mich über die Blumen auf dem Tisch freuen und merke, wie ich ruhiger werde.«

Die Vorstellungszeit liegt in der Regel bei 20 Sekunden; die dazwischen liegenden Entspannungszeiten dauern ca. 15–30 Sekunden (individuell bis 2 Minuten). Die Dauer einer

Desensibilisierungssitzung erstreckt sich über 20–30 Minuten und bildet damit nur einen Teil einer Therapiestunde. In einer Sitzung werden üblicherweise 3–5 Items der Hierarchie bearbeitet.

❗ **Wichtig ist, dass am Ende einer Sitzung immer eine Situation steht, in welcher der Patient keine Angst erlebt. Um dies zu gewährleisten, wird ggf. auf das vorherige Angst-Item der Hierarchie zurückgegangen.**

In der folgenden Sitzung wird mit dem zuletzt erfolgreich bearbeiteten Item begonnen und dann wie oben beschrieben fortgeführt.

Der Therapeut protokolliert den Verlauf der einzelnen Sitzung (erreichtes Item, Anzahl der Durchgänge, Dauer der Exposition, eventuelle Bemerkungen). Nach der Durchbearbeitung der Angst-Items sollte der Patient die Gelegenheit erhalten, über einzelne Aspekte der Sitzung aus seiner Sicht zu berichten. Hier werden Punkte wie das Erleben der Entspannung, die Symptome der Angstreaktion und eventuelle Probleme beim Vorstellen von Situationen besprochen.

31.2.6 Gruppendurchführung

Die systematische Desensibilisierung wird häufig in Gruppenform angewandt.

❗ **Die Voraussetzung für die Anwendung der Desensibilisierung in Gruppen ist gegeben, wenn sich die Problembereich der Patienten vereinheitlichen lassen.**

In diesem Falle kann man eine Standardhierarchie aufstellen (s. Beispiel für Prüfungsangst oben). Eine solche Hierarchie wird üblicherweise mehr Items enthalten als eine individuelle Hierarchie, so dass auch Items enthalten sein können, die für einzelne Gruppenmitglieder eventuell irrelevant sind. Bei Gruppenbehandlungen ohne Kotherapeut können 4–6 Patienten einbezogen werden; mit Kotherapeut und technischen Hilfen 6–10 Patienten. Das Tempo der Desensibilisierung bestimmt das langsamste Gruppenmitglied. Insgesamt ist die Behandlungsdurchführung in Gruppen auch deswegen günstig, weil das Zusammensein mit anderen Patienten, die ähnliche Probleme haben, starke motivationale Anreize und die Möglichkeit zum Modell- bzw. Imitationslernen bietet.

31.3 Untersuchung der Wirkmechanismen

31.3.1 Kritik des ursprünglichen Erklärungsmodells

Wolpe (1958) postulierte als Erklärungsprinzip der systematischen Desensibilisierung die »reziproke Hemmung«. Dieser Begriff stammt aus der Physiologie und beschreibt die bei Aktivierung eines Muskels reflektorisch auftretende

Hemmung des antagonistischen Muskels im Rahmen spinaler Reflexe. Vor dem Hintergrund tierexperimenteller Arbeiten postulierte Wolpe eine ähnlich reflektorische Verschaltung für komplexeres Verhalten, nämlich die Hemmung von Angst durch die Aktivierung angstinkompatiblen Verhaltens. Diese Hypothese basierte auf Wolpes eigenen Beobachtungen, dass Katzen, denen in einem Käfig mehrfach schmerzhafte Reize appliziert wurden, kein Futter mehr zu sich nahmen, sondern nur noch in einem Käfig fraßen, der demjenigen, in dem sie die aversive Lernerfahrung gemacht hatten, sehr unähnlich war. Nach und nach lernten die Katzen dann, in immer ähnlicheren Käfigen auch wieder Futter zu sich zu nehmen. Wolpe folgerte daraus, dass eine erlernte Angstreaktion auch wieder verlernt werden kann, wenn in Gegenwart des angstausslösenden Reizes ein antagonistisches Verhalten gezeigt wird. Während sich die systematische Desensibilisierung tatsächlich als ein wirksames Verfahren zur Reduktion pathologischer Ängste erwies, zeigte sich jedoch in vielen Untersuchungen, dass die Wirkung des Verfahrens auch bei einem Verzicht auf einen der beiden Therapiebestandteile erreicht werden kann. Wie Kazdin und Wilcoxon (1976) zusammenfassend zeigten, kann ein Angstabbau sowohl beim Verzicht auf zwischengeschaltete Entspannungsübungen als auch durch anders gestaltete Konfrontationsbedingungen (z. B. massiv statt graduiert) erreicht werden.

Infolge dieser Infragestellung der reziproken Hemmung als Wirkmechanismus der systematischen Desensibilisierung wurden eine große Anzahl neuer Wirkfaktoren diskutiert, welche beispielsweise die Entwicklung der Konzepte der Erwartungshaltung (Marcia et al. 1969), der unspezifischen Behandlungsfaktoren (Kazdin & Wilcoxon 1976) und der Selbstwirksamkeit (»self efficacy«; Bandura 1977) inspiriert haben. Als alleinige Wirkfaktoren wurden diese Konzepte der Desensibilisierung allerdings ebenso wenig gerecht wie das Prinzip der reziproken Hemmung.

31.3.2 Untersuchung von Wirkkomponenten

Da man vielfach gefunden hat, dass die Therapiebestandteile der systematischen Desensibilisierung auch einzeln bzw. in modifizierter Form wirken, wird grundsätzlich angenommen, dass die therapeutische Wirkung aufgrund der gleichen biologischen und kognitiven Mechanismen wie bei anderen Konfrontationsverfahren erzielt wird (z. B. Habituation, Löschung, Neuattribution; ► Kap. I/5 und I/8). Die Untersuchung der Wirkfaktoren der systematischen Desensibilisierung verschiebt sich damit auf die Klärung der Bedeutsamkeit der einzelnen Komponenten:

- der Konfrontation in der Vorstellung,
- des graduierten Vorgehens und
- der Rolle der Entspannung für die Konfrontation.

Konfrontation in der Vorstellung

Für die Annahme einer gleichartigen Wirkungsweise von Konfrontation in sensu und in vivo spricht u. a. ein neurobiologischer Befund. Durch massive Ängste in einer Reizkonfrontationsbedingung wird eine stressinduzierte Analgesie ausgelöst, die durch Gabe von Antagonisten der endogenen Opiate (z. B. Naloxon) verhindert werden kann. Egan et al. (1988) fanden, dass eine Naloxon-Gabe auch bei Konfrontationen in sensu zu einer Hemmung der stressinduzierten Analgesie führt. Demzufolge laufen bei einer Konfrontation in sensu offenbar ähnliche Prozesse ab wie bei der Konfrontation in vivo.

Ein entscheidender Wirkfaktor bei der Konfrontation in sensu ist jedoch der erreichte Grad der Lebhaftigkeit der Vorstellung. Dies zeigt sich neben mangelnden Therapieeffekten bei Patienten mit Imaginationsschwierigkeiten auch an fehlenden Erfolgen der klassischen systematischen Desensibilisierung bei Kindern. Kinder haben oft Schwierigkeiten mit dem konzentrierten Vorstellen einer angstbesetzten Situation, weshalb für sie In-vivo-Verfahren zur systematischen Desensibilisierung entwickelt wurden (Hagopian u. Ollendick 1994).

Graduiertes Vorgehen

Die gemeinsame Ausarbeitung von graduiert ansteigenden Angsthierarchien von Patient und Therapeut fördert das Diskriminationslernen zur genaueren Wahrnehmung des eigenen Verhaltens. Weitere Wirkfaktoren eines graduierten Vorgehens sind:

- Aufteilung des Ziels in kleinere, handhabbare Schritte,
- schrittweise Rückmeldung über den bisherigen Erfolg und
- Förderung der Risikobereitschaft des Patienten bei gleichzeitiger Abschwächung der Bedeutung möglicher Rückschläge.

Insgesamt bleibt die Beurteilung der Effektivität eines graduierten Vorgehens im Vergleich zur massierten Reizkonfrontation jedoch kontrovers. Unter bestimmten Bedingungen (► Abschn. 31.4) ist ein graduiertes Vorgehen dennoch angezeigt.

Konfrontation bei Entspannung

Die Notwendigkeit der Entspannung für die Wirksamkeit einer Konfrontationsbehandlung wurde bereits frühzeitig in Frage gestellt. So konnte gezeigt werden, dass in einer Gruppe von Schlangenängstlichen diejenigen Personen am besten von der systematischen Desensibilisierung profitierten, welche bei der Konfrontation mit den Angst-Items mit den stärksten (und nicht etwa den geringsten) Herzfrequenzanstiegen reagierten (Lang et al. 1970). In einer anderen Untersuchung wurde anhand von Hautleitwertmessungen eine initiale Arousalserhöhung unter Entspannung nachgewiesen (Borkovec u. Sides 1979). Die Entspannungsbedingung führte trotz dieser initialen Erhöhung bei wie-

derholter Konfrontation mit dem Angst-Item zu einem schnelleren Rückgang des Arousals. Die initiale Arousalhöhe und nachfolgende beschleunigte Arousalenkung fand sich dabei nur bei denjenigen Patienten, die eine gute Vorstellungsfähigkeit besaßen.

Diese Befunde machen deutlich, dass nicht die Entspannung, sondern im Gegenteil gerade das Auftreten von Erregung notwendig ist, um eine Angstreduktion durch die Konfrontation in sensu zu erzielen, da erst das tatsächliche Auftreten der Angstreaktion eine Habituation oder Löschung selbiger ermöglicht.

- ❗ Die Entspannung stellt demzufolge keinen Wirkfaktor der systematischen Desensibilisierung dar, sondern vielmehr eine unspezifische Ressource, die hilfreich eingesetzt werden kann, um die ausgelösten Angstreaktionen oder eine störungsbedingte, chronische Übererregung (z. B. im Rahmen einer posttraumatischen Belastungsstörung) kontrollieren zu können.

31.4 Indikation und Effektivität

Generelle Indikation. Ängste, in denen eine Konfrontation in vivo (aus pragmatischen oder ethischen Gründen) schwer für therapeutische Zwecke nachzugestalten ist, sind bis heute das Hauptindikationsgebiet der systematischen Desensibilisierung. Dazu gehören Prüfungsängste, sexuelle Funktionsstörungen, bestimmte spezifische Ängste und posttraumatische Belastungsstörungen. In einer groß angelegten, vergleichenden Auswertung von 56 Studien mit über 2000 klinisch signifikant gestörten Patienten zeigte sich, dass die systematische Desensibilisierung ein sehr wirksames Therapieverfahren zur Behandlung der genannten Störungsbilder ist (Grawe et al. 1994).

Die systematische Desensibilisierung ist dabei nicht nur eine effektive, sondern auch eine effiziente Methode, weil sie die Hinzuziehung von Kotherapeuten wie psychologisch-technische Assistenten oder Pflegepersonal ermöglicht. Die ersten Phasen des Verfahrens werden dabei von Therapeuten, Kotherapeuten und Patienten gemeinsam absolviert. Schon die Sammlung von Angstsituationen und die Erstellung der Angsthierarchie(n) können vom Kotherapeuten allein angeleitet werden. Ansonsten kann im Verlauf der eigentlichen Desensibilisierungssitzungen der Kotherapeut das Verfahren allein fortführen. Die durchgängige persönliche Anwesenheit des Therapeuten ist für die Wirksamkeit des Verfahrens nicht unbedingt erforderlich (Grawe et al. 1994).

Wichtigste Grundvoraussetzung zur Anwendung der systematischen Desensibilisierung ist das Vorliegen spezifischer situations- oder objektgebundener Ängste, welche die Identifikation von spezifischen auslösenden Reizen und damit die Konstruktion eng umgrenzter und klar defi-

nierter Vorstellungsskripte ermöglichen. Zu diesen generellen Indikationsvoraussetzungen kommen relative Bedingungen, die im Einzelfall dem graduierten Vorgehen der Desensibilisierung den Vorzug vor massierter Reizkonfrontation geben können.

Relative Indikation. Als relative Indikationen gelten:

- medizinische Kontraindikationen für die massierte Reizkonfrontation (z. B. Herzinsuffizienz),
- das Erbringen realer Leistungen (z. B. Autofahren, soziale Leistungssituationen),
- geringe Kontrollmöglichkeiten des Therapeuten über die geübten Situationen und
- Ablehnung der massierten Reizkonfrontation durch den Patienten.

Differenzielle Indikation. Auch für das gut etablierte Anwendungsgebiet der Behandlung von Prüfungsangst sind differenzielle Therapieindikationen zu beachten. Zuerst muss der Therapeut mittels gründlicher Verhaltensbefragung sicherstellen, dass die vom Patienten empfundene Angst tatsächlich ungerechtfertigt ist. Wenn jemand Angst hat, weil ihm die Fertigkeiten fehlen, z. B. um die Prüfungssituation zu meistern, bleibt das Verfahren unwirksam. Die systematische Desensibilisierung ist dann angebracht, wenn ein Patient durch seine Angst an einem Verhalten gehindert wird, welches ihm vertraut ist und das er beherrscht.

Nashev-Benjamin (1991) untersuchte den differenziellen Effekt von systematischer Desensibilisierung und einem Skills-Training zur Behandlung von Prüfungsangst. Bei Studenten mit hoher Leistungsangst und guten, bestehenden Studienfertigkeiten wirkte die systematische Desensibilisierung besser, während bei Studenten mit hoher Leistungsangst und Problemen in der kognitiven Organisation des Studiums das Skills-Training einen stärkeren Effekt besaß.

Kontraindikation. Spezifische Kontraindikationen für die Durchführung der systematischen Desensibilisierung sind nicht bekannt. Wie bereits erwähnt, sind jedoch die Identifikation spezifischer angstauslösender Situationen sowie das tatsächliche Auftreten körperlicher Erregung notwendige Bestandteile für die erfolgreiche Anwendung der systematischen Desensibilisierung. Demzufolge ist dieses Vorgehen bei einer geringen Imaginationsfähigkeit bzw. einer starken kognitiven Vermeidung oder auch bei weniger klar identifizierbaren auslösenden Bedingungen weniger Erfolg versprechend. In diesem Zusammenhang hat eine Therapievergleichsstudie (Grawe et al. 1994) Störungsbereiche aufgelistet, in denen sich die systematische Desensibilisierung weniger gut als die mit ihr verglichenen Methoden für die Behandlung eignet: Agoraphobie, Sozialphobie, Migräne, Stottern, Schlafstörungen, Depression, Asthma, Hypertonie. Darüber hinaus sollte bei Angstreaktionen, die mit einem vagal dominierten Reaktionsmuster verbunden sind

(z. B. bei einer Blut- oder Spritzenphobie), kein Entspannungstraining durchgeführt werden, sondern die Methode der angewandten Anspannung (Öst u. Sterner 1987) Verwendung finden.

31.5 Modifikationen und Weiterentwicklungen des Verfahrens

Die langjährige Monopolstellung der systematischen Desensibilisierung in der Verhaltenstherapie, vor allem aber die notwendige Revision der Wirkprinzipien führte dazu, dass viele Autoren und Arbeitsgruppen eigene Modifikationen zum klassischen Vorgehen entwickelten. Diese Modifikationen beinhalten Änderungen von Therapiekomponenten (z. B. Integration körperlicher Reaktionen in die Vorstellungsskripte, Konfrontation in vivo) oder waren Ansatzpunkt für therapeutische Neuentwicklungen wie die Angstbewältigungsprogramme oder das Selbstinstruktionstraining.

Angstbewältigungsprogramme

Sie sind ein Sammelbegriff für verschiedene Verfahren, die für unterschiedliche Verhaltensprobleme entwickelt wurden (vgl. Deffenbacher & Suinn, 1982). Den Programmen ist gemeinsam, dass der Patient lernt, aufkommende Ängste eigenaktiv durch gezielte Entspannung zu kontrollieren. Ansatzpunkt der Behandlungsprogramme sind die Anzeichen von Anspannung und Erregung in einer Situation. Der Patient lernt, diese Anzeichen möglichst frühzeitig zu registrieren und darauf mit Entspannungsübungen bzw. dem Wechsel von Entspannungsübungen und weiterer Selbstexposition zu reagieren. Im Unterschied zum klassischen Verfahren der systematischen Desensibilisierung wird bei Angst und Anspannung die belastende Situation oder Vorstellung nicht zurückgenommen, sondern der Patient versucht, seine Erregung durch Entspannung zu reduzieren, während er sich weiterhin die kritische Situation vorstellt bzw. in ihr verbleibt. Als Entspannungsverfahren werden ebenfalls die progressive Muskelentspannung oder daraus abgeleitete verkürzte Verfahren (z. B. differenzielle Entspannung; ► Kap. 1/30) durchgeführt. Der Indikationsbereich der Angstbewältigungsprogramme beinhaltet leichtere Angststörungen sowie Leistungs- und Prüfungsängste.

Selbstinstruktionstraining nach Meichenbaum (1979)

Diese Methode zielt ebenfalls insbesondere auf den Abbau von Leistungs- (z. B. Redeangst) und Prüfungsängsten ab. Mögliche angststeigernde Gedanken sollen durch angstabbauende, konstruktive Überlegungen und Selbstinstruktionen ersetzt werden. Im Verlauf des Desensibilisierungsverfahrens malt der Patient sich zu jedem Item der Angsthierarchie aus, wie bei der Konfrontation mit der Angstszene

die für ihn typischen Angstmerkmale zwar eintreten, wie er auf diese Signale aber mit

- Entspannungsinstruktionen und
- Instruktionen, die das Selbstvertrauen steigern, reagiert.

Beispiel

Solche Selbstinstruktionen können beispielsweise sein:

- »Ich schaffe das«, »Ich atme tief durch, das tut mir gut«,
- »Ich versuche nicht, die Angst völlig zu unterdrücken, sondern nur soweit, dass ich damit zurechtkomme«.

Die Selbstinstruktionen dienen der kognitiven Umattribuierung des wahrgenommenen Zustands.

Zusammenfassung

Die systematische Desensibilisierung ist ein klassisches Verfahren der Verhaltenstherapie, das aus den beiden Bestandteilen Entspannung und graduierte In-sensu-Konfrontation besteht. Beide Bestandteile werden in einer bestimmten, systematischen Abfolge (Angsthierarchie) miteinander kombiniert. Dabei wird die Konfrontation mit angstausslösenden Situationen von »kaum angstausslösend« bis »extrem angstausslösend« schrittweise gesteigert. Lange Zeit hatte das Verfahren der systematischen Desensibilisierung eine Monopolstellung innerhalb der Verhaltenstherapie inne (McGlynn et al. 2004). Aufgrund von Untersuchungen der Wirkkomponenten weiß man heute, dass die Wirksamkeit in erster Linie auf die Konfrontation zurückzuführen ist, die jedoch nicht notwendigerweise graduiert durchgeführt werden muss. Darüber hinaus hat sich nicht die Entspannung, sondern im Gegenteil das Auftreten der Angstreaktion im Rahmen der Imagination als wirksam erwiesen. Demzufolge gelten ähnlich wie bei einer Konfrontationsbehandlung in vivo die Prozesse von Habituation, Löschung und Neuattribuierung als wahrscheinliche Wirkfaktoren, deren Auftreten in entsprechend modifizierten Varianten (z. B. Berücksichtigung körperlicher Reaktionen bei der Konstruktion der Imaginationsszenen) begünstigt werden können.

Literatur

- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191–215.
- Borkovec, T. D. & Sides, K. J. (1979). The contribution of relaxation and expectancy to fear reduction via graded imaginal exposure to feared stimuli. *Behaviour Research and Therapy*, 6, 529–540.
- Deffenbacher, J. L. & Suinn, R. M. (1982). The self-control of anxiety. In P. Karoly & E. H. Kanfer (Eds.), *Self-management and behavior change. From theory to practice*. New York: Pergamon Press.

- Egan, K. J., Carr, J. E., Hunt, D. D. & Adamson, R. (1988). Endogenous opiate system and systematic desensitization. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*, 287–291.
- Florin, I. (1978). *Entspannung, Desensibilisierung: Leitfaden für die Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Garlington, W. K. & Cotler, S. B. (1968). Systematic desensitization of test anxiety. *Behavioral Research and Therapy, 6*, 247–256.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Hagopian, L. P. & Ollendick, T. H. (1994). Simple phobia in children. In R. T. Ammerman & M. Hersen (Eds.), *Handbook of behavior therapy with children and adults: a developmental and longitudinal perspective*. Boston: Allyn & Bacon.
- Hamm, A. (2006). *Spezifische Phobien*. Göttingen: Hogrefe.
- Kazdin, A. E. & Wilcoxon, L. A. (1976). Systematic desensitization and nonspecific treatment effects: a methodological evaluation. *Psychological Bulletin, 83*, 729–758.
- Lang, P. J., Melamed, B. G. & Hart, J. (1970). A psychophysiological analysis of fear modification using an automated desensitization procedure. *Journal of Abnormal Psychology, 76*, 220–234.
- Marcia, J. E., Rubin, B. M. & Efran, J. S. (1969). Systematic desensitization: Expectancy change of counterconditioning? *Journal of Abnormal Psychology, 74*, 382–387.
- McGlynn, F. D., Smitherman, T. A. & Gothard, K. D. (2004). Comment on the status of systematic desensitization. *Behavior Modification, 28*, 194–205.
- Meichenbaum, D. (1979). *Kognitive Verhaltensmodifikation*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Nashev-Benjamin, M. (1991). A comparison of training programs intended for different types of test-anxious students: Further support for an information-processing model. *Journal of Educational Psychology, 83*, 134–139.
- Öst, L.-G. & Sterner, U. (1987). Applied tension: a specific behavioral method for treatment of blood phobia. *Behavior Research and Therapy, 25*, 25–29.
- Sheehan, P. W. (1967). A shortened form of Betts' questionnaire upon mental imagery. *Journal of Clinical Psychology, 23*, 386–389.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford: Stanford University Press.