

Petra Jänsch und Serge Sulz

Die Strategisch-Behaviorale Therapie der Zwangsstörung – ein integrativer Ansatz zur Behandlung von Zwängen

The Strategic behavioral Therapy of obsessive-compulsive disorder – an integrative approach on the treatment of compulsions

Die Behandlung von Patienten mit Zwängen ist und bleibt für Therapeuten eine Herausforderung. Viele Therapeuten scheuen die scheinbar mühsame Arbeit zu Unrecht. Die Strategisch-Behaviorale Therapie (SBT) bietet einen konzeptionellen Rahmen, mit dessen Hilfe die wissenschaftlich evaluierten Interventionen der Verhaltenstherapie in einer optimierten Weise auf die konkrete Behandlung des einzelnen Patienten angewandt werden können. Dabei spielt die Funktionsanalyse des Zwangssymptoms auf der Mikro- und vor allem auch auf der Makroebene eine zentrale Rolle, u. a. mit der Heuristik der Reaktionskette bis zur Symptombildung. Das SBT-Störungsmodell geht davon aus, dass das in der Kindheit erworbene maladaptive Schema der dysfunktionalen Überlebensregel bei Zwangspatienten eine effektive Emotionsregulation verhindert, so dass schwere Probleme in zwischenmenschlichen Beziehungen entstehen. Diese Überlebensregel wird durch Psychotherapie modifiziert und das Zwangssymptom einer systematischen fünfschrittigen Exposition unterzogen: Achtsamkeit – Akzeptanz – Commitment – Exposition – Evaluation. Das konkrete therapeutische Vorgehen im Einzelfall wird beschrieben.

Schlüsselwörter

Psychotherapie der Zwangsstörungen – Strategisch-Behaviorale Therapie (SBT) – dysfunktionale Überlebensregel – Emotionsregulation – Funktionsanalyse des Zwangssymptoms – Expositionstherapie

The treatment of patients with obsessive-compulsive disorder has been and will remain a challenge for therapists. Many therapists dread the apparently tedious work wrongly. Strategic-behavioral therapy (SBT) offers the conceptual framework for using the scientifically evaluated interventions of behavioral therapy in the actual treatment of individual patients in an optimal manner. Functional analysis of the obsessive-compulsive symptom at both the micro and macro level is pivotal, including, among other things, the heuristic approach from the reaction chain to symptom formation. The SBT disorder model assumes that the maladaptive scheme of the dysfunctional survival rule obsessive-compulsive patients acquired during childhood prevents an effective emotion regulation resulting in severe problems with regard to interpersonal relationships.

This survival rule is modified and the obsessive-compulsive symptom subjected to a systematic 4-step exposure: mindfulness, acceptance, commitment, exposure. The concrete therapeutic method used in individual cases is described.

Keywords

psychotherapy of obsessive-compulsive disorder – strategic-behavioral therapy (SBT) – dysfunctional survival rule – functional analysis of the obsessive-compulsive symptom – exposure

Einführung

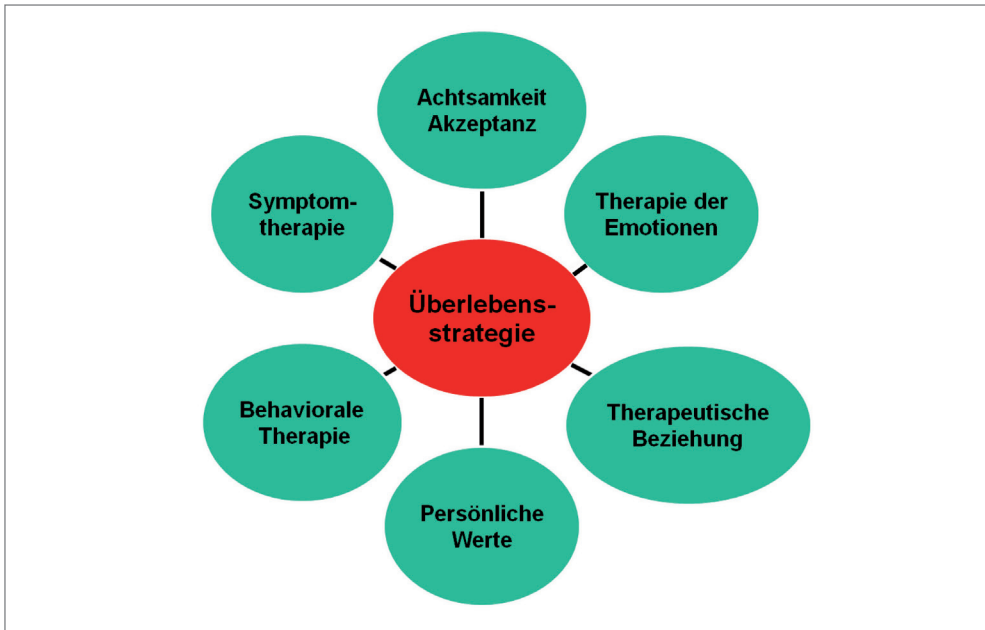
Zahlreiche Studien belegen die Wirksamkeit verhaltenstherapeutischer Interventionen im Sinne einer Exposition mit Reaktionsmanagement. Die Wirksamkeit der kognitiven Verhaltenstherapie wird nicht mehr hinterfragt. In Experten-Leitlinien wird der kognitiv-behaviorale Ansatz von 83% der Befragten als Mittel erster Wahl empfohlen (Ciupka-Schön, 2003). Auch die katamnestic Studien belegen eine Stabilität des Therapieerfolgs über mehrere Jahre (Kordon et al., 2005; Hand, 1992). Bei 60-80% kommt es durch diese Intervention zu einer signifikanten Reduktion des Zwangsverhaltens, wobei die Therapieresponse üblicherweise auf eine mindestens 35%ige Verbesserung auf der Y-BOCS definiert wird. Dies bedeutet aber auch im Umkehrschluss, dass drei bis vier von zehn Patienten durch das Behandlungskonzept keine deutliche Besserung erfahren. Das Nichtansprechen auf die kognitive Verhaltenstherapie kann an der Ausprägung der Zwangsform liegen. So sprechen beispielsweise reine Zwangsgedanken (ohne Neutralisierungen), Sammelzwänge oder Zwänge, die mit ausgeprägtem magischem Denken einhergehen, weniger gut auf die kognitive Verhaltenstherapie an (Förster, Külz & Vorderholzer, 2011). Tominschek, Hauke & Zaudig (2014) weisen darauf hin, dass Patienten mit komorbiden Achse-I-Störungen und längerer Erkrankungsdauer sowie mehreren erfolglosen Vorbehandlungen und anderen Zwangsspektrumsstörungen eine komplexe Vorgehensweise durch multimodale bzw. multimethodale Konzepte erfordern. Ecker (2014) stellt in seinem Artikel über neuere Entwicklungen in der Verhaltenstherapie Überlegungen zur Heterogenität der Störungskategorie an. Er unterteilt die Kategorie in Symptomthemen und fordert mehr störungsspezifisches Wissen bzw. störungsspezifische Interventionsmethoden, je nach Thema des Zwangs. Des Weiteren stellt er Überlegungen zur Heterogenität der Zwangsmotive an und merkt an, dass es nicht nur um eine Reduktion von Angst geht, sondern ebenso um die Reduktion von Ekel oder eines ausschließlichen Unbehagens. Er verweist weiter auf ein Gefühl des „Unvollständigkeitserlebens“ als Motivdimension.

Förster et al. (2011) weisen darauf hin, dass die Gefahr eines geringen Behandlungserfolgs dann groß ist, wenn die Funktionalität der Zwangssymptomatik nicht ausreichend berücksichtigt wird. Wenn durch ungünstige frühe Bindungserfahrungen die Gestaltung der heutigen Beziehungen erschwert wird, kann sich ein rein auf die Symptomreduktion ausgerichtetes Arbeitsbündnis zwischen Patient und Psychotherapeut ungünstig auf den Therapie-Outcome auswirken. Außerdem besteht die Gefahr der Reexazerbation der Zwangssymptomatik bei fortbestehenden interaktionellen Schwierigkeiten, wenn keine alternative adäquate Strategie erarbeitet wurde.

Ansatzpunkte der Strategisch-Behavioralen Therapie

Oben beschriebene empirische Zahlen erfordern therapeutische Konzeptionen, die eine eher funktionsanalytische Herangehensweise beinhalten, wodurch die interpersonelle Funktionalität der Zwänge als auch die intrapsychische Funktion der Zwänge herausgearbeitet werden. Die Strategisch-Behaviorale Therapie, kurz SBT (Sulz & Hauke, 2009, siehe Abb. 1) ist ein kognitiv-behavioraler Ansatz, der sich der 3rd wave der Verhaltenstherapie zurechnet. Wesentlich ist die stringent funktionsanalytische Herangehensweise an die Fallkonzeption, die Erarbeitung einer Überlebensregel, deren Modifikation, das Erarbeiten der emotionalen Bedeutung jeglicher intra- und interpersoneller Schemata und die Erleichterung der Veränderungsbereitschaft.

Abbildung 1: Wirkkomponenten der Strategisch-Behavioralen Therapie (SBT; aus Sulz & Hauke, 2009)



Der Begriff Überlebensregel ist das Kernelement der Strategischen Kurzzeittherapie (SKT) nach Sulz (1994), die mittlerweile weiterentwickelt wurde zur Strategisch-Behavioralen Therapie (SBT), wie sie in Sulz und Hauke (2009) beschrieben wird. Die Überlebensregel ist ein kognitiv-affektives Schema. Sie ist eine implizite Regel, die nicht bewusst ist und sprachlich nicht formuliert wird. Sie enthält implizit-individuelle Anweisungen darüber, welche Handlungen unter bestimmten Bedingungen aktiviert bzw. vermieden werden müssen, um von der sozialen Umwelt die zum emotionalen Überleben und zur Stärkung der Identität und des Selbstwertes benötigten Reaktionen zu erhalten. Somit sorgt die „autonome Psyche“ (das ist der nicht bewusste Teil unserer Psyche) mithilfe der strikten Einhaltung der Überlebensregel für die Sicherung des emotionalen Überlebens in wichtigen Beziehungen der Kindheit (Hebing, 2013).

Hat sich die Überlebensregel in der Kindheit noch als hoch funktional erwiesen, kann sie im Erwachsenenalter Probleme mit sich bringen. Manche Menschen versäumen es, ihr kindliches Selbst- und Weltbild der allgemeinen psychischen Reifung entsprechend zu modifizieren, und halten somit Aspekte des kindlichen Selbst- und Weltbilds in einer undifferenzierten und unrealistischen Weise im Erwachsenenleben aufrecht (Sulz, 1994). Die Überlebensregel enthält das Annäherungsmotiv und das Vermeidungsmotiv sowie die (dys-)funktionale Verhaltensweise, um dies zu erlangen bzw. das Befürchtete zu vermeiden. Um die Funktion der Zwänge herauszuarbeiten, ist es hilfreich, die auslösende Situation in Zusammenhang mit der Überlebensregel zu bringen.

Fallbeispiel1:

Ein 40-jähriger IT-Berater, hier Herr B. genannt, der beruflich viel unterwegs ist, kommt in die Praxis wegen sexueller Zwangsgedanken, die sich auf eine vermeintliche Erregung durch den 4-jährigen Sohn beziehen. Als er dem Sohn den Po abwischen soll, kam der Gedanke: „Vielleicht gefällt mir das ja, vielleicht erregt mich das.“ Herr B. leidet schon länger unter Zwangsgedanken, beim Autofahren einen Unfall verursacht zu haben, und muss dann häufig umdrehen und die vermeintliche Unfallstelle kontrollieren. Er hat schon einen Therapieversuch hinter sich, der ihm nicht geholfen hat. Die sexuellen Zwangsgedanken machen ihm massiv Angst, der Psychiater hat ein Beruhigungsmittel verschrieben. Er traut sich nicht mehr, mit dem Sohn allein zu sein, hat Angst, er „sei ein verkappter Perverser“, und grübele ständig über Beweise seiner auf erwachsene Frauen ausgerichteten sexuellen Orientierung nach“. Herr B. sehe die Zwangsgedanken massiv konträr zu seinem Wertesystem. Ihm sei die Familie heilig, er wolle ein guter Vater sein, er verachte Menschen, die ihre sexuellen Phantasien über Kinder ausleben. Er habe sich noch nie an Kindern erregt. Der Beginn der Kontrollzwänge wird für den Zeitraum kurz nach der Geburt des Sohns angegeben. Herr B. habe kein Kind gewollt, er habe keine Verpflichtung eingehen wollen, seine damalige Freundin und jetzige Ehefrau sei trotz Verhütung schwanger geworden. Er sei aber ein verantwortungsvoller Mensch und habe die Freundin geheiratet und seine Vaterrolle übernommen. Er sei der Alleinverdiener, die Ehefrau habe sich für die Familie ein Haus gewünscht und einen gewissen materiellen Wohlstand. Herr B. arbeite viel, er sei nach den vielen beruflichen Autofahrten abends häufig müde und ausgelaugt. Die jetzigen sexuellen Zwangsgedanken seien im Zusammenhang mit deutlichen ehelichen Differenzen aufgetreten. Die Ehefrau wache eifersüchtig über sein Leben. Er sei ein sportlicher Typ und früher gerne mit Freunden zum Rennradfahren, Bergsteigen oder zu Skitouren losgezogen. Die Ehefrau erwarte, dass er die Freizeit ausschließlich mit ihr und dem Kind verbringe. Er und die Frau hätten kaum Gemeinsamkeiten, es gäbe kaum Spaß miteinander; er könne aber seinem Sohn keine Trennung antun.

Biographisch bedeutsam ist, dass Herr B. eine frühe Trennungserfahrung gemacht hat. Die Mutter hat die Familie verlassen, als er fünf Jahre alt war. Ihr sei das Familienleben zu eng gewesen, sie sei mit der Mutterrolle nicht zurechtgekommen und habe ein freies Leben führen wollen. Es habe jahrelang kein Kontakt zur Mutter bestanden.

Funktionsanalyse

Herausarbeitung der auslösenden Emotionen

Durch systematische Selbstbeobachtung konnte herausgearbeitet werden, dass die auslösenden Situationen häufig Wut und Ärger auf die Ehefrau sind, die ihn einschränken will

und viel von ihm fordert. Auch Ärger auf den Sohn, der von ihm fordert, mit ihm zu spielen oder etwas zu unternehmen, war eine auslösende Situation. Er würde seinen Ärger aber nie zeigen oder ansprechen. Besonders sich den Ärger auf den Sohn einzugestehen und zu akzeptieren war für Herrn B. ein schwieriger Prozess. Für ihn war dies eine unakzeptable Emotion, die mit seinem Anspruch an sich als Vater nicht in Einklang zu bringen war. Durch erlebnisorientierte Übungen wie imaginative Verfahren konnte der zentrale Wutimpuls herausgearbeitet werden. Der zentrale Wutimpuls war, sich zu trennen von der Familie und wieder autonom zu leben. Dieser Impuls ist für Herrn B. innerpsychisch hoch bedrohlich und steht konträr zu dem übergroßen Verantwortungsgefühl und seinem Wertesystem. Durch die Exploration seiner Befürchtungen konnte als übergeordnete Annahme herausgearbeitet werden: „Wenn ich keine Lust habe, mich mit dem Sohn zu beschäftigen, oder wenn ich mehr Lust darauf habe, etwas mit Freunden zu unternehmen, dann bin ich ein schlechter Vater, der keine Verantwortung zeigt. Ich bin dann schuld daran, wenn mein Sohn unglücklich wird und traurig ist und wenn ich damit sein Leben zerstöre.“ Es zeigte sich, dass Herr B. auch in anderen Situationen Wut und Ärger unterdrückt. Auch im Berufsleben lässt er zu, dass andere häufig seine Grenzen überschreiten, gibt nach und übernimmt deren Aufgaben.

Herausarbeitung der Überlebensregel

Durch die Herausarbeitung der Verhaltensstereotype in Interaktionen und den Zusammenhang biographischer Beziehungserfahrungen konnten das zentrale Motiv sowie die zentrale Angst herausgearbeitet werden. Die (dys-)funktionale Verhaltensstereotypie, die dazu dient, das Erwünschte zu verlangen, sowie das Verhalten, das dazu dient, die zentrale Angst zu vermeiden, bilden so die Syntax:

„Nur wenn ich immer die Bedürfnisse der anderen erspüre und erfülle und wenn ich niemals meine Wut zeige oder meine eigenen Bedürfnisse in der Vordergrund stelle, bewahre ich mir die Liebe und Zuneigung der Bezugspersonen und verhindere, verletzt und verlassen zu werden.“

Funktionalität der Zwangsgedanken

Herr B. befindet sich in einem Dauerdilemma einerseits zwischen seinen Autonomieimpulsen, aus denen seine primären Emotionen Ärger und Wut hervorgehen, sowie seinen Zugehörigkeits- bzw. Abhängigkeitsbedürfnissen andererseits. Implizit versucht er, mit seiner Überlebensregel diesen Autonomie-Abhängigkeits-Konflikt durch ein Autonomie-Verbot zu lösen. Ein adäquater Ausdruck der Emotionen sowie seiner Abgrenzungsimpulse würde eine Übertretung seiner Überlebensregel bedeuten und damit die Befriedigung seiner zentraleren Beziehungsbedürfnisse gefährden bzw. seine zentrale Angst triggern. Wie so häufig, wenn die konkrete Problemsituation nicht mehr durch Einhaltung der Überlebensregel gemeistert werden kann, muss ein kreativer Akt der „Erfindung“ eines Symptoms als qualitativ neues Verhalten als absolute Notfallmaßnahme das bisherige psychosoziale System retten.

So unterdrückt die Symptombildung in Form sexueller, auf den Sohn gerichteter Zwangsgedanken die immer stärker werdenden Wut- und Autonomieimpulse und gestattet ihm gleichzeitig, auf Abstand zum Sohn und zu seinen Vaterpflichten zu gehen, sich Freiräume zu verschaffen und sich zu entpflichten. Die Ehefrau zeigt Verständnis und ist weniger fordernd. Gleichzeitig wird dadurch die Überlebensregel eingehalten und muss nicht verändert werden.

Das Zwangssymptom erfüllt in perfekter Weise seine implizit intendierte Funktion: sich vom Sohn fernzuhalten – und dies mit der verständnisvollen Unterstützung der Ehefrau. Ohne seine Überlebensregel übertreten und für seinen Autonomiewunsch einstehen zu müssen, ohne Gefahr zu laufen, verlassen zu werden, gewinnt er Freiraum.

Seine emotionale Reaktion des wütenden Abgrenzens, die subjektiv alles zerstört hätte, wird ersetzt durch ein Symptom, das die gleiche Funktion hat. Dafür zahlt er den Preis der quälenden Beschwerden unter den Zwangssymptomen.

Therapeutische Veränderungen, die die Funktion des Symptoms nicht berücksichtigen und die auch nicht die Verbote und Gebote der Überlebensregel aufheben oder abmildern, sind zum Scheitern verurteilt bzw. bleiben an einer zu erwartenden Stelle im Therapieprozess stecken.

Zwangsbehandlung mit Modulen der Strategisch-Behavioralen Therapie (SBT)

Folgende SBT-Module kommen zum Einsatz:

1. Aufbau der therapeutischen Beziehung
2. Achtsamkeit (Wahrnehmungsfähigkeit herstellen)
3. Akzeptanz (spezifisches Wissen hilft akzeptieren, dass die Symptomatik da ist)
4. Commitment (Änderungsmotivation zur willentlichen Entscheidung führen)
5. Exposition (inklusive Reaktionsmanagement)
6. Evaluation (Selbstverstärkung)

Ganz ähnlich wie in der ACT-Therapie (Hayes, Strosahl & Wilson, 2011) folgt der Therapieprozess zunächst dem Prinzip der Achtsamkeit, so dass frühe Signale des Symptoms ins Bewusstsein kommen können. Der zweite Schritt ist die Akzeptanz – statt sich gegen das Symptom zu wehren, wird akzeptiert, dass es da ist. Der dritte Schritt ist das Commitment, die willentliche Entscheidung, in der Situation zu bleiben, keine Rückversicherung und keine Neutralisierung zu betreiben. Und der vierte Schritt ist die eigentliche Exposition – in der Situation bleibend das Zwangsverhalten zu unterlassen und den zunehmenden „discomfort“ (Salkovskis & Warwick, 1988) auszuhalten, bis er von selbst verschwindet. Als fünfter und letzter Schritt erfolgt nach Beendigung der Exposition eine betonte Selbstverstärkung – statt sich innerlich zu kritisieren und zu beschimpfen, dass es einem wieder passiert ist und man wieder versagt hat, festzustellen, dass die Gelegenheit zum Üben der Exposition genutzt wurde und es wieder ein Schritt war, besser mit dem Symptom umzugehen.

Therapeutische Beziehung

Allgemein ist es bei Zwangspatienten wichtig, ihr Bedürfnis nach Sicherheit in der therapeutischen Beziehung zu befriedigen, ohne in die Falle zu treten, Sicherheit auf die gleiche Weise zu vermitteln wie das Symptom, mit dem die Zwangspatienten sich rückversichern und dadurch zur Neutralisierung beitragen. Zwangspatienten vermitteln häufig einen hohen Leidensdruck, so dass der Therapeut den Impuls verspüren kann, den Patienten möglichst schnell und umfassend zu beruhigen, ihm die Anspannung „wegzumachen“. Das wäre das gleiche Interaktionsverhalten, mit dem in der Regel die Bezugspersonen auf die Zwangssymptomatik und den Appell des Leidensdrucks reagieren. Um den Partner nicht leiden zu sehen, ihm vermeintlich zu helfen, wird beruhigt, es wird versichert, dass alles in Ordnung ist, so dass er immer wieder darin verstärkt wird, bei Anspannung zu neutralisieren oder sich rückzuversichern.

Zum Beispiel: Herr B. berichtet von einer Situation im Auto bei der Herfabrt. Er sei sebr knapp an einem Kind auf dem Fahrrad vorbeigefahren und habe jetzt die Befürchtung, dass das Kind erschrocken sein könnte, dass es dadurch gestürzt sein könnte, jetzt blutend auf der Fahrbahn liege und er angeklagt werde wegen Fahrerflucht. Therapeutisch kontraproduktiv wäre es, dem Patienten zu versichern, dass man nicht glaube, dass das passiert sei, dass es ein Zwangsgedanke sei, worauf sich seine Spannung vorübergehend reduzieren würde. Der Patient würde wieder die Erfahrung machen, dass er entweder kontrollieren oder sich rückversichern muss, damit die Anspannung nachlässt. Ein adäquater therapeutischer Umgang wäre, ihn zu fragen, ob er den Gedanken als realistische Gefahr oder als Zwangsgedanken einschätze, ihm zur korrekten Zuordnung zu verhelfen, die Anspannung auszuhalten und den aversiven Anspannungszustand zu begleiten, ihn zu unterstützen, den Anspannungszustand zu beschreiben und mit ihm abzuwarten, wie die Anspannung nachlässt, ohne etwas tun zu müssen.

Auf der Ebene der therapeutischen Beziehung wird das Bedürfnis nach Sicherheit befriedigt, indem man dem Patienten vermittelt, dass man sich mit dem Störungsbild auskennt und der Therapeut weiß, wie man Zwänge behandelt (Expertentum im Sinne von Grawe, 1998). Es erfolgt eine ausführliche Psychoedukation über die Entstehung und Aufrechterhaltung der Zwänge sowie eine genaue Aufklärung über das Vorgehen, insbesondere über die Exposition mit Reaktionsmanagement und deren Wirkmechanismus. Die Konfrontationsübungen werden genau vorbesprochen, der Patient braucht die Sicherheit, dass er nicht überrumpelt wird. Ohne dieses Gefühl, in der therapeutischen Beziehung vollkommen sicher zu sein und sich auf den Therapeuten verlassen zu können, ist eine gelingende Exposition kaum möglich.

Achtsamkeit

Anders als Angstpatienten haben Zwangspatienten häufig wenig Zugang zu ihren Emotionen. Es bieten sich Übungen an wie das bewusste Beobachten des eigenen Atems oder der Body-Scan (Kabat-Zinn, 2001). Achtsamkeitsübungen unterstützen die Patienten zum einen

- im Umgang mit den Zwangsgedanken: Durch achtsames Beobachten der Zwangsgedanken lernt der Patient, diese als Vorstellungen zu bewerten und nicht als reale Handlungen (im Sinne von Salkowskis kognitivem Modell). Durch die Distanzierung verlieren die sich aufdrängenden Zwangsgedanken im Laufe des Übens ihren bedrohlichen Charakter (Töminschek et al., 2014), zum anderen
- im Umgang mit den durch die Zwangsgedanken aufsteigenden aversiven Emotionen wie Angst, Anspannung der Ekel: Es entsteht dadurch eine Distanz und damit Toleranz gegenüber den aversiven Gefühlen. Die Entstehung der Toleranz gegenüber den aversiven Gefühlen ist eine wichtige Grundlage zum „Aushalten“ bei der Exposition.

Akzeptanz und die Arbeit mit Emotionen

Um zur Akzeptanz zu finden, ist einerseits spezifisches Wissen über Zwangsstörungen notwendig, über deren Ursachen und Aufrechterhaltung, das am besten im Rahmen der unten beschriebenen Psychoedukation als plausibles Modell verfügbar gemacht wird. Andererseits ist das bereits ein Änderungsprozess im Umgang mit Emotionen. Das Symptom da sein lassen, sich nicht dagegen zu wehren, ist ein emotionaler Prozess. Aber auch andere Gefühle, die nichts mit dem Symptom zu tun haben, gilt es zuzulassen und zu akzeptieren, z. B. Ärger oder Trauer.

Die emotionale Introspektionsfähigkeit und Ausdrucksfähigkeit von Zwangspatienten ist in der Regel gering ausgeprägt. Zu Beginn einer Psychotherapie haben Zwangspatienten in der Regel wenig Zugang zu den internen emotionalen Stimuli ihrer Zwangsgedanken oder -impulse (vgl. Ruppert et al., 1998). Wenn wir aber – wie gefordert – die Funktionalität der Zwangsstörung berücksichtigen wollen, um einen besseren und stabileren Therapie-Outcome zu erreichen, so ist es wichtig, dass der Patient lernt,

- Emotionen wahrzunehmen
- Emotionen zu differenzieren
- Emotionen zu akzeptieren und nicht zu bewerten
- adäquate Strategien im Umgang damit zu erlernen

Bsp: Herr B. wurde angeleitet, die auslösenden Situationen für seine Zwangsgedanken zu imaginieren und sich die aufsteigenden Emotionen bewusst zu machen. Über Anleitung zur Wahrnehmung der somatischen Marker gelang es Herrn B. nach und nach, die tabuisierten Gefühle und Impulse wahrzunehmen und zu benennen. Es wurden sofort die dazugehörigen Stoppergefühle (sekundäre Gefühle, die verhindern sollen, dass die primären Gefühle das Verhalten bestimmen) wie Schuld deutlich. Durch die Verknüpfung mit biographischen Erfahrungen konnte erarbeitet werden, dass Herr B. durch das Verlassenwerden von der Mutter ein implizites Schema entstand: „Wenn man eigene Bedürfnisse und die eigene Autonomie auslebt, bedeutet das, die Familie zu verlassen und verantwortungslos und egoistisch zu sein.“ Durch die kognitive Auseinandersetzung konnte Herr B. erkennen, dass auch ein liebender, verantwortungsvoller Vater lieber mal mit Freunden was machen kann und darf und nicht ständig Lust haben muss auf die Beschäftigung mit dem Sohn, und dass er auch Ärger und Wut verspüren darf, ohne dass das Gefühl an sich negative Folgen bewirkt. Herr B. bekam mehr und mehr Zugang zu seinen Gefühlen und gab sich die Erlaubnis, diese Gefühle zu haben und auszudrücken. Durch die Herausarbeitung des Trennungsimpulses als seine bisherige Art, Wut und Ärger in Handlung umzusetzen, wurde deutlich, dass Herr B. keinerlei effektive Strategien eines funktionalen Konfliktverhaltens hat. Die Mutter folgte ihrem Impuls der Trennungswut und verließ die Familie, ohne sich auseinanderzusetzen, der Vater war ebenfalls kein hilfreiches Modell für einen adäquaten wehrhaften und wirksamen Umgang mit zwischenmenschlichen Konflikten. Durch Rollenspiel erarbeitete sich Herr B. konstruktives Ansprechen seiner Bedürfnisse und die notwendige Abgrenzung von der Ehefrau und dem Sohn.

Kognitiv-Behaviorale Interventionen

Die Therapeutin muss über präzises Wissen über Zwänge verfügen. Das beginnt mit der Unterscheidung von Alltagszwängen und klinischen Zwangssymptomen. Ordnung, Kontrolle, Sauberkeit, Rituale geben Sicherheit und Schutz in bedrohlich erscheinenden Situationen. Sie verleihen ein Gefühl von Sicherheit.

Je stärker das zwanghafte Verhalten von dem sonst üblichen Verhalten abweicht und je mehr es den Betroffenen in seinem alltäglichen Leben behindert und einengt, umso eher wird man von einer Störung oder Erkrankung sprechen.

Die ICD-10 (2013) gibt diagnostische Leitlinien für die Diagnose einer Zwangsstörung (ICD-10 F42): Für eine eindeutige Diagnose sollen wenigstens 2 Wochen lang an den meisten Tagen Zwangsgedanken oder Zwangshandlungen oder beides nachweisbar sein; sie müssen quälend sein oder die normale Aktivität stören. Die Zwangsphänomene müssen folgende Merkmale aufweisen (Zaudig, Hauke & Hegerl, 2002):

1. Sie müssen als eigene Gedanken oder Impulse für den Patienten erkennbar sein
2. Wenigstens einem Gedanken oder einer Handlung muss noch, wenn auch erfolglos, Widerstand geleistet werden, selbst wenn sich der Patient gegen andere nicht wehrt
3. Der Gedanke oder die Handlungsausführung darf nicht an sich angenehm sein (einfache Erleichterung von Spannung und Angst wird nicht als angenehm in diesem Sinn betrachtet)
4. Die Gedanken, Vorstellungen oder Impulse müssen sich in unangenehmer Weise wiederholen

Dabei differenzieren wir folgende diagnostischen Kategorien:

F 42.0 vorwiegend Zwangsgedanken oder Grübelzwang

F 42.1 vorwiegend Zwangshandlungen (Zwangsrituale)

F 42.2 Zwangsgedanken und -handlungen gemischt

F 42.8 sonstige Zwangsstörungen

F 42.9 nicht näher bezeichnete Zwangsstörungen

Von diesen Achse-I-Störungen ist differentialdiagnostisch die zwanghafte bzw. anankastische Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.5) zu unterscheiden. Patienten mit zwanghafter Persönlichkeitsstörung zeigen übermäßige Vorsicht, häufige Zweifel, sind mit Details, Regeln, Listen, Ordnung, Organisation und Plänen beschäftigt. Sie sind so perfektionistisch, dass die Fertigstellung von Aufgaben behindert wird, zeigen eine übermäßige Gewissenhaftigkeit, Skrupelhaftigkeit, sind pedantisch, rigide, eigensinnig und bestehen darauf, dass ihre Gewohnheiten unbedingt akzeptiert werden müssen und andere sich unterzuordnen hätten. Häufig leiden Angehörige mehr als die Betroffenen selbst. Bei der zwanghaften Persönlichkeitsstörung besteht Ich-Syntonie, d. h., „ich halte für richtig, was ich fühle, denke und tue“.

Besonders bizarr erscheinende Zwänge können an schizophrene Symptome erinnern. Aber Wahnideen sind absolute Überzeugungen, die unbeeinflussbar durch den Erfahrungshintergrund sind und sich häufig durch die Beziehungslosigkeit zur Realität auszeichnen. Auch Wahnideen sind ich-synton. Dagegen glaubt der Patient bei Zwangsgedanken an deren Inhalt und weiß zugleich, dass dieser falsch ist. Ein Zwangsgedanke als klinisches Symptom ist immer ich-dyston.

Depressives Grübeln zeigt sich in pessimistischen Gedanken über sich selbst und die Welt. Ausschlaggebend ist hierbei, dass die depressiven Grübeleien im Gegensatz zu Zwangsgedanken ich-synton und stimmungskongruent sind und der Erkrankte nicht versucht, sie zu ignorieren oder zu unterdrücken. Die Betroffenen haben keine Distanz zu den Gedankeninhalten und halten sie für begründet.

Auch bei der Abgrenzung der Zwangsstörung zum Störungsbild der phobischen Vermeidung kann es zu differentialdiagnostischen Schwierigkeiten kommen. Bei Phobikern ist die Angst jedoch stark an den Stimulus gebunden (z. B. Hund). Wenn der Phobiker der angstmachenden Situation entkommen ist, sinkt die Angst unmittelbar. Bei Patienten mit Zwangsstörung kann die Angst auf diese Weise nicht verringert werden. Auch wenn das Objekt (z. B. der Hund) nicht mehr da ist, wird der Betreffende an die Möglichkeit der Kontamination mit Bakterien durch den Hund denken müssen. Die Befürchtungen, die mit dem Stimulus in Zusammenhang stehen, sind also abstrakter und auch in die Zukunft orientiert.

Einen Sonderfall nimmt die Abgrenzung zu Gesundheitsängsten bzw. zur Hypochondrie ein. Die ständige Beschäftigung mit körperlichen Symptomen, wie Tasten der Brust, Abtasten nach auffälligen Hautflecken usw., ähnelt sehr den zwanghaften Verhaltensweisen. Einige sind der Auffassung, dass Patienten, deren Gedanken in ständiger Angst um ihre Gesundheit kreisen und laufend Arztbesuche absolvieren, die Diagnose einer Zwangsstörung erhalten sollten. Nach ICD-10 sind wiederkehrende, belastende Gedanken, die sich ausschließlich auf die Furcht, eine ernsthafte Erkrankung zu bekommen oder zu haben beziehen, der Hypochondrie (F45.2) zuzuordnen. Zu einem besseren Verständnis des zwangskranken Menschen tragen auch einige epidemiologische Fakten bei:

- Die Lebenszeitprävalenz der Zwangsstörung liegt durchschnittlich bei 2-3 %.
- Die Zwangsstörung ist die vierthäufigste psychische Störung.
- Die Zwangsstörung ist zwischen den Geschlechtern ungefähr gleich verteilt.
- Männer erkranken früher als Frauen.
- Der Störungsbeginn liegt im jungen Erwachsenenalter, Männer erkranken durchschnittlich mit 20 Jahren, Frauen mit 23 Jahren.
- Ein Drittel bis die Hälfte der Betroffenen hatte schon in der Kindheit Symptome.
- Von Krankheitsbeginn bis zum Behandlungsbeginn vergehen im Durchschnitt 6 Jahre.
- Zwangsstörungen verlaufen meist chronisch, selten Spontanheilung.
- Die höchsten Komorbiditätsraten bei Zwangsstörungen finden sich für die affektiven Störungen, gefolgt von Angststörungen und den Persönlichkeitsstörungen.

Genauere Kenntnis in der Phänomenologie der Zwangssymptome ist sehr bedeutsam für die Therapie (Hoffmann & Hofmann 2008, vgl. auch Althaus, Niedermeier & Niescken, 2001, und Ecker, 2014): Zwangsgedanken sind wiederholt auftretende und andauernde Gedanken, Impulse oder Vorstellungen, die als sinnlos und störend empfunden werden und mit einem großen Leidensdruck verbunden sind. Die Betroffenen versuchen meist vergeblich, sich gegen die immer wieder in der gleichen Weise („stereotyp“) ablaufenden Gedanken zu wehren. Obwohl er sie als nutzlos oder sogar abstoßend empfindet, nimmt der Zwangskranke diese Gedanken jederzeit als seine eigenen wahr. Sie werden nicht – wie es beispielsweise bei einer Schizophrenie der Fall sein kann – als von außen kommend erlebt.

In allen entsprechend untersuchten Kulturen beziehen sich Zwangsgedanken auf ähnliche Themen: Sie haben überwiegend sexuelle, aggressive beziehungsweise religiöse Inhalte oder beziehen sich auf Ordnung und die korrekte Ausführung bestimmter Tätigkeiten. Weitere Inhalte von Zwangsgedanken können ein starker Ekel vor körperlichen Ausscheidungen, Angst vor einer Infektion durch Schmutz und Keime sowie befürchtete Umweltzerstörungen sein. Die Zwangsgedanken lösen bei den Betroffenen sehr intensive Gefühle aus. Wenn eine Mutter beispielsweise ständig von dem Gedanken gequält wird, sie könnte ihr Kind mit einem herumliegenden Messer erstechen, so ist das emotional für sie sehr belastend. Neben großer Angst erlebt sie auch intensive Schuldgefühle und Selbstzweifel. Darüber hinaus kosten die Zwangsgedanken den Betroffenen sehr viel Energie, da das pausenlos tätige Gehirn einen großen Teil der verfügbaren Kraftreserven des Körpers verbraucht. Als Therapeut ist es wichtig, sich immer wieder klarzumachen, dass die Zwangsgedanken für die Betroffenen extrem quälend sind.

Hier einige Beispiele:

Zwangsgedanken: „Ich könnte einen Unfall verursacht haben und habe nicht bemerkt, wie jemand verletzt wurde.“

Zwangsimpulse: das Bedürfnis, obszöne Wörter herauszuschreiben.

Zwanghafte Vorstellungen oder Bilder: Bilder von Autounfällen oder Katastrophen drängen sich auf.

Zwangshandlungen – auch *Zwangsrituale* genannt – sind wiederholt auftretende Verhaltensweisen (z. B. Händewaschen) oder geistige Handlungen (z. B. Zählen), zu denen sich der Betroffene gedrängt fühlt, obwohl sie ihm möglicherweise sinnlos oder zumindest übertrieben erscheinen. Zu den häufigsten Zwangshandlungen zählen Wasch- und Reinigungszwänge sowie Kontrollzwänge. Weitere Formen sind Ordnungszwänge, Zählzwänge, Sammelzwänge oder Wiederholungszwänge. In vielen Fällen wollen die Betroffenen durch ihre Rituale sich und/oder nahestehende Personen vor einer drohenden Gefahr schützen. Der Widerstand gegen die Zwangshandlungen bleibt oft erfolglos und führt lediglich zu schweren Schuld- und Schamgefühlen bei den Betroffenen.

Sobald sie sich den Zwangshandlungen widersetzen, erleben sie verstärkt Angst und Spannungen. Diese erscheinen den Zwangskranken so unerträglich, dass sie wieder zu ihren Ritualen greifen. Daraus entsteht schnell ein Teufelskreis aus Unruhe, Angst und dem Ausführen der Zwänge bis zur Erschöpfung. Die Zwangshandlungen bewirken vorübergehend eine gewisse Erleichterung und befreien die Zwangserkrankten für eine kurze Zeit von Ängsten, depressiven Verstimmungen, Unruhe und Zweifeln.

Das tägliche Leben der Betroffenen wird durch die Zwangshandlungen stark beeinträchtigt: Zum einen kosten sie übermäßig viel Zeit, und zum anderen sind sie nicht selten mit körperlichen Folgeerscheinungen – wie Hautproblemen durch übermäßiges Händewaschen – verbunden. Auch wenn es redundant erscheint, so ist dieses Vergewärtigen der Phänomenologie zu Beginn der Therapie unverzichtbar.

Diagnostik: Verhaltendiagnostisches Interview

Fragen für ein verhaltendiagnostisches Interview:

- Wie sehen Ihre Zwänge aus, unter welcher Form von Zwängen leiden Sie?
- Welche Auslösesituationen für Ihre Zwangshandlungen oder Zwangsgedanken kennen Sie?
- Wie viel Zeit nehmen die Zwänge ungefähr pro Tag in Anspruch?
- Inwiefern fühlen Sie sich von Ihren Zwängen beeinträchtigt?
- Welche Auswirkungen hat es auf Ihre Familie, Ihren Beruf und Ihre Freizeitgestaltung?
- Wie gehen Sie selbst mit den Zwängen um?
- Wann sind die Zwänge zum ersten Mal aufgetreten?
- Wie waren damals die Lebensumstände?
- Gab es Veränderungen oder Belastungen?
- Was ist Ihr eigenes Erklärungsmodell für Ihre Zwangserkrankung?

Diagnostik: Verhaltensbeobachtung

- Wie verhält sich der Patient im Erstinterview?
- Versucht er beispielsweise, nichts zu berühren?
- Erscheint die Art, wie er seine Papiere zurechtlegt, umständlich, einem Ritual folgend?
- Braucht er unangemessen lange, um Fragebögen auszufüllen, weil er ständig alles kontrollieren muss?
- Registrieren Sie als Therapeut(in) Ihre eigene Wahrnehmung!

Verhaltenstest: Ein Verhaltenstest ist eine Konfrontation mit der zwangsauslösenden Situation in Begleitung des Therapeuten mit dem Ziel der Beobachtung des Zwangsverhaltens auf allen Ebenen (kognitiv, emotional, physiologisch und behavioral). Häufig ist der Verhal-

tenstest nicht nur ein diagnostisches Instrument, sondern hat bereits therapeutische Effekte.

Diagnostik: systematische Selbstbeobachtung

Durch die systematische Selbstbeobachtung können folgende Variablen erfasst werden:

Häufigkeit – wie oft kommen die Zwänge vor?

Dauer – wie lange dauern die einzelnen Rituale?

Auslöser – welche Auslöser intern wie extern gibt es?

Emotionen und Kognitionen – was denkt bzw. fühlt der Betroffene dabei?

Angsthierarchie – welche Situationen machen besonders viel Angst?

Vermiedungen – was wird aktiv bzw. passiv vermieden?

Nebeneffekte – z. B. Seifen-, Tempo-, Wasserverbrauch?

Diagnostik: Fremdanamnese

Wenn möglich, sollte der Partner/die Partnerin oder die Familie des Betroffenen zu einem verhaltensdiagnostischen Interview hinzugezogen werden.

- Häufig bagatellisieren Betroffene das Ausmaß ihrer Zwänge.
- Es wird deutlich, inwieweit Angehörige von den Betroffenen in die Zwänge eingebunden werden.
- Es ergeben sich relevante Informationen, inwieweit die Zwänge von den Angehörigen unterstützt und aufrechterhalten werden.

Störungsspezifischer Test: Die Y-BOCS

a) Y-BOCS-Symptom-Checkliste (Goodman et al., 1989):

In der Y-BOCS-Symptom-Checkliste sind 70 inhaltlich verschiedene Zwangsgedanken und Zwangshandlungen aufgeführt. Außerdem wird danach gefragt, ob die Zwangsgedanken bzw. die Zwangshandlungen gegenwärtig vorhanden sind oder früher vorhanden waren. Die Y-BOCS-Symptom-Checkliste hilft, ein weites Spektrum an Symptomen abzufragen, da Patienten dazu tendieren, von sich auch nur die störendsten Symptome zu erwähnen und andere als weniger belastend erlebte oder in der Vergangenheit vorhandene Symptome unerwähnt zu lassen.

b) Die Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Goodman et al., 1989):

Die Y-Bocs ist ein semistrukturiertes Interview und wurde ursprünglich als Forschungsinstrument eingeführt, um den Schweregrad der Symptome – unabhängig von der Art der Symptome – einzuschätzen, um so ein Instrument zur Effektivität zur Behandlung von Zwangsstörungen zur Verfügung zu haben.

Auswertung: Fünf Schweregradbereiche werden durch folgende Gesamtpunktwerte (Cut off Scores) der Y-BOCS festgelegt:

0 – 7: subklinisch, 8 – 15: leicht, 16 – 23: mäßig, 24 – 31: schwer, 32 – 40: extrem

Störungsmodelle

Das Salkovskis-Modell (Salkovskis & Warwick, 1988) ist insbesondere als plausibles Modell für Zwangsgedanken hilfreich. Es zeigt auf Mikroebene die Neutralisierungsfunktion des Zwangssymptoms auf und erklärt den Teufelskreis des Wiederkehrens des Symptoms. Das SBT-Modell der Symptombildung verbindet dagegen die Mikroebene mit der Makroebene (Abb. 2 und Abb. 3):

Das SBT-Modell – Überlebensregel und Zwangsstörung

Abbildung 2: Das SBT-Modell der Zwangsstörungen (die Überlebensregel lässt als meisterndes Verhalten nur noch das Symptom zu)

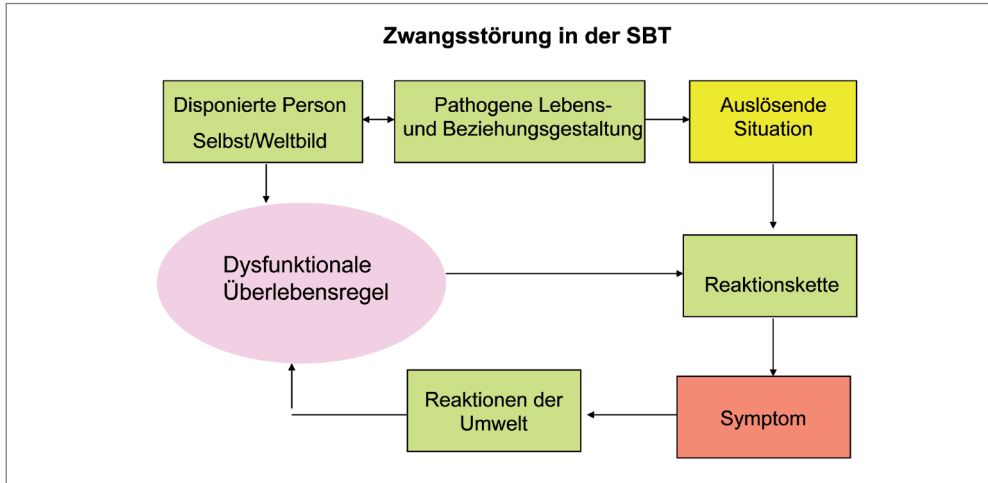
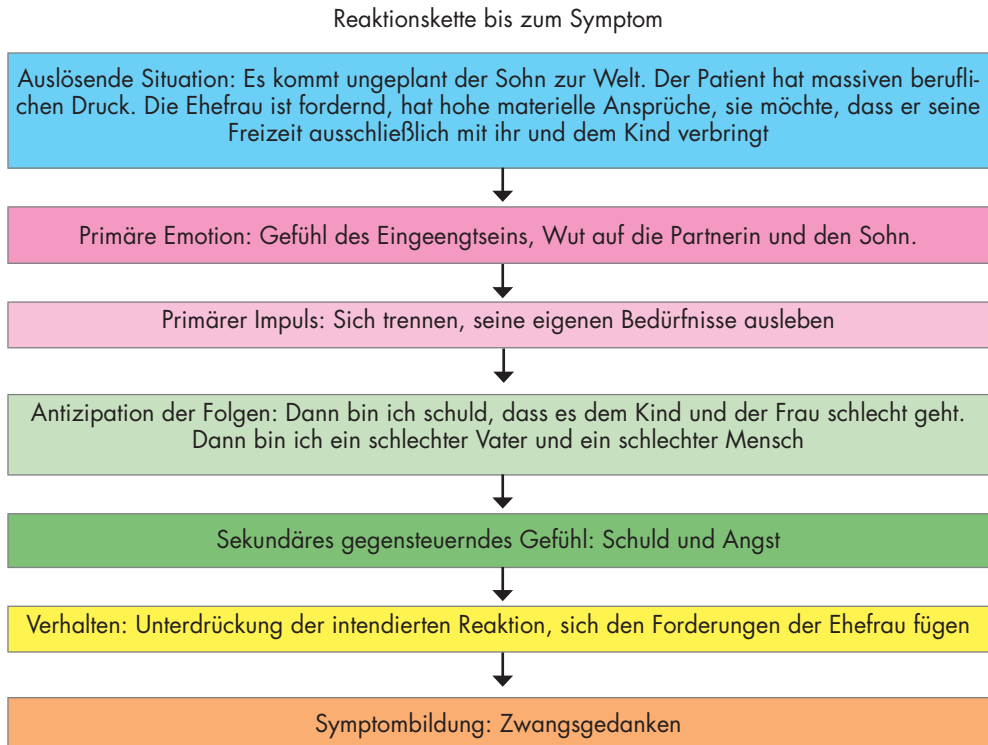


Abbildung 3: Die Reaktionskette in der symptomauslösenden Situation



Therapie: Psychoedukation

- a) Die psychische Qual unter dem Zwangssymptom macht deutlich, dass es sich um eine Krankheit handelt.
- b) Eine psychische Krankheit hat nicht nur eine Ursache, sondern verfolgt auch einen Zweck. Sie hat eine Funktion, z. B. Schutz vor dem Erleben eines aversiven Gefühlszustands. Meist Angst/Unruhe, Wut, Trauer, Versagensängste, manchmal vermeidet sie auch eine Depression. Sie kann Nähe und Distanz regeln oder einen Konflikt zwischen Dominanz und Unterwerfung bzw. zwischen Geben und Nehmen vorübergehend lösen. Jugendlichen kann ein Zwangssymptom helfen, sich von den Eltern abzugrenzen (Lakatos & Reinecker, 2001).

Dafür muss aber viel Leid in Kauf genommen werden: Scham, Angst, verrückt zu sein oder zu werden. Hilfreiche Sätze sind:

„Ja, was Sie berichten, ist sehr typisch für eine Zwangserkrankung. Viele versuchen es zu verheimlichen oder schämen sich dafür.“

„Es wurde in der Literatur noch nie ein Fall beschrieben, dass ein Zwangserkrankter seine Zwangsgedanken in die Tat umgesetzt hat.“

„Jeder Mensch kann eine wahnhafte Störung entwickeln, aber Ihr Risiko ist nicht höher als das eines anderen Menschen oder z. B. meins.“

Diese Aufklärung über das Wesen der Zwangsstörung und die klinische Diagnose entlasten die Patienten meist schon sehr.

Vermittlung eines plausiblen Erklärungsmodells

Vor allem bei Zwangsgedanken ist das kognitive Salkovskis-Modell für den Patienten sehr einleuchtend, wenn auch etwas schwierig zu verstehen.

Einfach und einleuchtend ist das therapeutische Paradigma des Fehlalarms:

Stellen Sie sich vor, die Alarmanlage Ihres Autos geht los, während Sie gemütlich im Wohnzimmer sitzen und Zeitung lesen. So schnell Sie können, laufen Sie aus dem Haus, aber weit und breit ist kein Dieb. Sie schauen sich Ihr Auto ganz genau an, es fehlt nichts, Sie gehen wieder zurück. Wenig später das Gleiche: Alarm, Sie rennen noch schneller, denn vielleicht waren Sie nicht schnell genug. Und so geht es einige Male weiter. Entnervt bringen Sie Ihr Auto in die Werkstatt. Tatsächlich, die Alarmanlage ist defekt. Das Ersatzteil kommt erst in ein paar Tagen. Da Sie das Auto jeden Tag brauchen, nehmen Sie es bis dahin wieder mit. Was können Sie beim nächsten Fehlalarm tun?

- *Jedes Mal rennen und schauen, vielleicht ist ja doch was?*

- *Oder die Anspannung aushalten und liegen bleiben, weil es ja keine Bedrohung gibt?*

Fast genau so ist es mit Ihrem Zwangssymptom, nur dass es kein Ersatzteil gibt. Vielmehr verschwindet der Fehlalarm, indem Sie diese Alarmanlage umprogrammieren. Indem Sie den Fehlalarm einfach aushalten und nichts tun, lernt Ihre Psyche, dass nichts Schlimmes passieren wird, und hört schließlich mit dem Fehlalarm auf. Dieses Vorgehen nennen wir Exposition. Wenn man es richtig macht, ist es eines der wirksamsten Therapieprinzipien überhaupt.

Exposition mit Reaktionsmanagement

Es gibt verschiedene Vorgehensweisen (Lakatos & Reinecker, 2001):

- massierte (Flooding) oder graduierte Konfrontation
- therapeutengeleitet oder selbstkontrolliert
- in vivo oder in sensu

Für welches Vorgehen die Entscheidung fällt, hängt von Folgendem ab:

1. Welchen Schwierigkeitsgrad kann und will der Patient meistern?
2. Ist die zu übende Situation gut herstellbar und durch die Therapeutin kontrollierbar?
3. Wie groß ist die praktische Relevanz für den Patienten?

Einbeziehung von Angehörigen: Sofern Angehörige in die Zwänge mit einbezogen sind, müssen Sie ebenfalls über das Prinzip der Exposition informiert und instruiert werden. Angehörige sollten nicht die Aufrechterhaltung der Zwänge unterstützen, sondern dem Angehörigen helfen, sie zu unterlassen. Und sie sollen nicht die Rolle eines Co-Therapeuten spielen, wodurch eventuell die Abhängigkeits- oder Dominanzprobleme wieder zunehmen.

Die **Strategisch-Behaviorale Therapie (SBT) von Zwängen** (Sulz, 1994; Sulz & Hauke, 2009) ist ähnlich wie die Selbstmanagementtherapie (Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 2012) ein strategisches Konzept, das einen konzeptionellen Rahmen für den Aufbau einer kognitiv-behavioralen Therapie bildet, so dass das wissenschaftlich evaluierte Repertoire der Verhaltenstherapie im individuellen Einsatz beim konkreten Patienten in der Routineversorgung weiter optimiert werden kann. Sie folgt ebenso wie diese dem Prinzip der minimalen Intervention.

In der SBT wird dem Hauptanliegen des Patienten folgend, zunächst das aufgegriffen, was sein subjektives Leiden ausmacht: das Symptom (erste Säule der Therapie). Die Symptomtherapie stagniert oft, weil die notwendigen Fertigkeiten im kognitiven, emotionalen oder interpersonellen Bereich fehlen. Nur dann wird zur zweiten Säule, dem Fertigkeitentraining, gewechselt. Wenn die Fertigkeiten gekonnt werden, kann wieder zur ersten Säule zurückgegangen werden. Allerdings tritt oft ein neues Hindernis auf: Obwohl der Patient nun die Fähigkeiten besitzt, wendet er sie nicht an. Es müssen gegenläufige Motive vorhanden sein, die ihre Anwendung verbieten. Nur wenn dieses zweite Stagnieren stattfindet, wird zur dritten Therapiesäule gewechselt: der Motivklärung und Persönlichkeitsentwicklung. Hier zeigt sich meist, dass die oben erläuterte dysfunktionale Überlebensregel verbietet, eine Situation mit den vorhandenen Fähigkeiten zu meistern, weil sonst das emotionale Überleben gefährdet ist: So drohen Zuneigung und Anerkennung verloren zu gehen, bzw. es wird der Verlust von Schutz, Sicherheit und Kontrolle (als Fehlalarm) signalisiert.

Vor all diesen Therapieschritten ist es jedoch oft hilfreich, dass der Patient ein Mindestmaß an Selbst- und Körperwahrnehmung aufbaut, denn ein erheblicher Anteil der Zwangserkrankten zeigt deutliche Defizite, was die eigene Körper- und Gefühlswahrnehmung angeht. Dies kann die Exposition erschweren. Es bietet sich an, ein Wahrnehmungstraining vorzuschalten, z. B. Body-Scan.

Zuvorderst gilt es jedoch, eine tragfähige therapeutische Beziehung aufzubauen, in der der Patient sich zuverlässig aufgehoben fühlt, ganz dem Hinweis Victor Meyers folgend: „You will get further with a patient with a good therapeutic relationship and lousy techniques, than you will with good techniques and a lousy relationship“ (Victor Meyer, nach Aubuchon & Malastesta, 1998).

Während der **Durchführung der Exposition** sollte beachtet werden (Lakatos & Reinecker, 2001):

- den Patienten immer wieder fragen, wie es ihm während der Übungen geht (in emotionalem Kontakt bleiben).
- ihn verstärken und Mut machen (unterstützen)
- nicht mit Unvohersehbarem überraschen (Zuverlässigkeit)
- immer wieder auf seine Freiheit der Entscheidung hinweisen (Autonomie)
- während der Übung laufend den Grad der Anspannung erfragen (Skala 0-10)
- Gefühle, Gedanken und Körpersignale explorieren
- die Übung erst beenden wenn die Anspannung gesunken ist (idealerweise auf etwa 20 %)
- bei den meisten Zwangsstörungen ist ein Konfrontationstraining im häuslichen Umfeld bzw. dort, wo das Symptom regelmäßig auftritt, notwendig

Die Durchführung der Exposition wird oft dadurch erschwert, dass in Anwesenheit der Therapeutin/des Therapeuten keine Angst auftritt, weil die Patienten mehr oder weniger bewusst die Verantwortung für die befürchteten Konsequenzen an die Therapeutin/den Therapeuten abgeben („Der Therapeut würde doch nie mit mir das Haus verlassen, wenn noch die Kerze brennt, also wird sie schon aus sein“).

Bei **Kontrollzwängen** kann dies verhindert werden, indem im Nebenzimmer gewartet wird, so dass die Therapeutin/der Therapeut nichts sehen kann und die Verantwortung allein beim Patienten liegt.

Bei Waschwängen und Kontaminierungsängsten sind folgende Punkte wichtig (Lakatos & Reinecker, 2001):

1. Die Therapeutin/der Therapeut ist Modell. Es ist leichter, wenn sie/er vormacht, wie man bestimmte Dinge tut
2. Die Grenzen des Patienten beachten
3. Das Ergebnis irreversibel machen
4. In saubere und schmutzige Zonen einteilen (Schleusenzwang)
5. Die Neutralisation bei Wasch-, Dusch- oder Reinigungszwängen wird verhindert, indem das strikteste, gerade noch tolerierbare Vorgehen gewählt wird
6. Häufig ist die Emotion nicht Angst, sondern Ekel!

Eine Sonderform ist die zwanghafte Langsamkeit: Manche Patienten brauchen für alltägliche Abläufe extrem lange, sie können dafür keinen plausiblen Grund nennen. Es scheint so zu sein, dass sie auf Handlungsimpulse warten oder während Handlungsabläufen „kleben bleiben“. Dabei berichten sie eine Emotionslosigkeit oder Leere, die aber nicht quälend ist. Auch hier empfiehlt sich unbedingt eine In-vivo-Diagnostik – am Ort des Geschehens. Wir haben also zwei Ansatzpunkte: auf der kognitiven Ebene die Zwangsdistanzierung und auf der emotionale Ebene die Exposition.

Generell gilt: Was wir nicht kontrollieren können, müssen wir hinnehmen (Akzeptanzprinzip). Gedanken, die wir nicht verhindern können, lassen wir einfach da sein. Sie sind erlaubt, denn ein Verbot wirkt nicht – wie beim Paradigma vom rosa Elefanten: Denk nicht an einen rosa Elefanten.

Umgang mit Zwangsgedanken (Hoffmann & Hofmann, 2008)

1. Identifizieren des Zwangsgedankens, z. B. „dieser Gedanke entspricht sämtlichen Kriterien eines Zwangsgedanken: Es geht darum, dass ich anderen oder mir etwas antun könnte, ohne es zu wollen. Die Art, wie es geschehen könnte, ist stark überzogen. Der Gedanke ist mir in dieser oder ähnlicher Form schon oft gekommen, und er löst immer wieder ein starkes Bedürfnis nach Absicherung aus.“
„Wenn es mir peinlich wäre, anderen aus meiner Umgebung über diesen Gedanken zu berichten, so ist es mit Sicherheit ein Zwangsgedanke.“
2. In seiner Bedeutung einordnen. „Dieser Gedanken bedeutet lediglich, dass ich eine Zwangserkrankung habe.“
2. Aussteigen aus dem Gedanken: „Versuchen Sie nicht, den Gedanken zu unterdrücken. Registrieren Sie ihn, stellen Sie sich vor, wie Sie den Gedanken an eine Wolke hängen und ihn mit dem Wind ziehen lassen.“
3. Absicherungsverzicht: „Denken Sie daran, dass Absicherung zwar kurzfristig die Angst reduziert, aber langfristig die Zwangssymptomatik aufrechterhält.“ Oder: „Versuchen Sie, sich ausdrücklich gegen jede Form der Absicherung zu entscheiden. Die Angst bedeutet ja nicht, dass etwas Schlimmes passiert, sondern ist ein ganz normaler Bestandteil der Störung.“
4. Aufmerksamkeitsumlenkung: „Versuchen Sie jetzt bewusst, sich Ihrer Umgebung zuzuwenden und wahrzunehmen, was um Sie herum passiert. Nehmen Sie wahr, wie die Anspannung auch ohne Absicherung langsam abfällt. Loben Sie sich für Ihre Fortschritte.“

Möglichkeiten der Exposition bei Zwangsgedanken (vergl. Althaus et al. 2001, Ecker 2001, Lakatos und Reinecker 2001):

1. Handlungskorrelate der Zwangsgedanken suchen
2. Den Gedanken auf Tonband aufnehmen und immer wieder anhören, sich den Gedanken selbst laut vorsagen.
3. Exposition mit dem Gedanken in sensu. (Aber Achtung: Wenn ein Mann Angst hat, dass er den Herd nicht ausgeschaltet hat und seine Familie verbrennen könnte und er dann schuld sei, konfrontieren wir ihn mit einer Übung am Herd und exponieren ihn nicht mit dem Bild der brennenden Familie!)

Althaus et al. (2001) weisen auch auf spezifische Probleme hin:

Wenn der Zwang der beste Freund ist!

Wenn die Ausführung des Zwangs als positiv erlebt wird, ist es zweifelhaft, ob der Patient genügend Kraft und Motivation entwickeln kann, sich gegen ihn zu wehren. Bei einem Teil der Patienten spielen die Zwangsrituale eine so zentrale Rolle für die Stabilisierung der Persönlichkeit und den Erhalt der Funktionsfähigkeit im Leben, dass eine Konfrontationstherapie kontraproduktiv sein kann.

„Man sägt dem Patienten nicht den Ast ab, auf dem er sitzt!“

Bevor man hier direkt Symptomtherapie macht, steht die Etablierung neuer Ressourcen im Vordergrund (2. Therapiesäule – Fertigkeitentraining): Emotionswahrnehmung, Selbstsicherheitstraining, Kommunikationstraining etc.

Arbeit mit der dysfunktionalen Überlebensregel

In den meisten Fällen gelingt es bei den Zwangsstörungen erst nach Symptomreduktion, mit dem Patienten gemeinsam durch Selbstbeobachtung in sozialen Interaktionssituationen seine Überlebensregel zu erarbeiten und ein tiefergehendes Verständnis für ein Bedingungsmodell zu entwickeln, das seine Beziehungserfahrungen und seinen Umgang mit Beziehungen aufgreift.

Zu Beginn ist eine häufige Aussage: „Wenn ich meine Zwänge nicht hätte, wäre unsere Beziehung rundherum glücklich.“

Die Funktionalität wird deutlich, wenn die Zwänge nicht mehr die Emotionen oder Impulse unterdrücken. Welche Gefühle werden unterdrückt, welche Kämpfe werden nicht ausgefochten, welche wichtigen Entwicklungsschritte werden vermieden?

Paradigma: Die Zwänge bilden eine Nebenbühne, auf der Konflikte, Gefühle oder wichtige Entwicklungsschritte „abgezwängt“ werden. Das Ziel ist, dem Patienten auf die Hauptbühne des Lebens zu helfen (Hoffmann & Hofmann, 2008). Zum Leben gehören angenehme und auch unangenehme Gefühle.

SBT-Vorgehen ist die Arbeit mit Emotionen. Sehr häufig sind Wut und Ärger, aber auch Traurigkeit primäre Emotionen. Dabei hilft der Einsatz von emotional aktivierenden Verfahren: Leere-Stuhl-Technik, Rollenspiel, Imaginationen, Familienskulptur.

Während der Therapieplanung tritt die Frage nach einer Kombination von Psychotherapie und Pharmakotherapie auf. Indikation für Pharmakotherapie sind komorbide schwere depressive Symptomatik, reine Zwangsgedanken ohne Neutralisierungen, eine so schwere Zwangssymptomatik, dass die Durchführung einer Psychotherapie zunächst noch nicht möglich ist.

Literatur

- Althaus, D., Niedermeier, N. & Niescken, S. (2008). Zwangsstörungen, Wenn die Sucht nach Sicherheit zur Krankheit wird. München: C.H. Beck.
- Aubuchon, P.G. & Malatesta, V.J. (1998). Managing the therapeutic relationship in behaviour therapy: The need for a case formulation. In M. Bruch & F.W. Bond (Eds.), *Beyond diagnosis: Case formulation approaches in CBT* (pp. 141-166). Chichester: John Wiley.
- Ciupka-Schön, B. (2003). Experten-Leitlinien zur Behandlung der Zwangserkrankung. *Psychotherapeutische Praxis*, 3, 24-28.
- Ecker, W. (1999). *Die Krankheit des Zweifels*. München: CIP-Medien.
- Ecker, W. (2014). Die Behandlung von Zwängen in der kognitiven Verhaltenstherapie. *Psychotherapie im Dialog*, 2, 16-22.
- Förster, U., Külz, A. & Voderholzer, U. (2011). *Störungsspezifische Behandlung der Zwangsstörung. Ein Therapiemanual*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Goodman, W.K., Rasmussen, S.A., Price, L.H., Mazure, C., Heninger, G.R. & Charney, D.S. (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: Development, use, reliability. *Archives of General Psychiatry*, 45, 1006-1016.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.

- Hand, I. (1992). Verhaltenstherapie der Zwangsstörungen: Therapieverfahren und Ergebnisse. In I. Hand, W.K. Goodman & U. Evers (Hrsg.), *Zwangsstörungen: Neue Forschungsergebnisse*. Berlin: Springer.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D. & Wilson, K.G. (2011). *Akzeptanz und Commitment Therapie: Ein erlebnisorientierter Ansatz zur Verhaltensänderung*. Taschenbuchausgabe. München: CIP-Medien.
- Hebing, M. (2013). *Evaluation und Prädiktion therapeutischer Veränderung im Rahmen der Strategisch-Behavioralen Therapie (SBT)*. München: CIP-Medien.
- Hoffmann, N. & Hofmann, B. (2008). *Exposition von Ängsten und Zwängen*. Praxishandbuch. Weinheim: Beltz.
- ICD-10 (2013). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien*. Hrsg. H. Dilling, W. Mombour & M.H. Schmidt. Bern: Hans Huber.
- Kabat-Zinn, J. (2001). *Gesund durch Meditation. Das große Buch der Selbstheilung*. Bern, München: O.W. Barth.
- Kanfer, F., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (2012). *Selbstmanagement-Therapie*. Berlin: Springer.
- Kordon, A., Kahl, K.G., Brooks, A., Voderholzer, U., Rasche-Räuchle, H. & Hohagen, F. (2005). Clinical outcome in patients with obsessive-compulsive disorder after discontinuation of SRI treatment: results from a two-year follow up. *European Archives of Psychiatry & Neurological Sciences*, 255, 48-50.
- Lakatos, A. & Reinecker, H. (2001). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Zwangsstörungen, ein Therapiemanual*. Göttingen: Hogrefe.
- Ruppert, S., Zaudig, M., Hauke, W., Unger, H., Manzinger, H. & Schlehlein, B. (1998). Multimodale stationäre Verhaltenstherapie bei Zwangsstörungen. In *Psychotherapie*, Bd. 3, Heft 2, 215-223.
- Salkovskis, P.M. & Warwick, H.M. (1988). Cognitive therapy of obsessive-compulsive disorder. In C. Perris, I.M. Blackburn & H. Perris (Eds.), *Cognitive Psychotherapy-Theory and Practice*. Berlin: Springer.
- Sulz, S. (1994). *Strategische Kurzzeittherapie*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. & Hauke, G. (Hrsg.). (2009). *Strategisch-Behaviorale Therapie*. München: CIP-Medien.
- Tominschek, I., Hauke, W. & Zaudig, M. (2014). Teilstationäre und stationäre psychosomatische Therapie der Zwangsstörung. *Psychotherapie im Dialog*, 2, 56-60.
- Zaudig, M., Hauke, W. & Hegerl, U. (2002). *Die Zwangsstörung. Diagnostik und Therapie*. Stuttgart: Schattauer.

Korrespondenzadresse

Petra Jänsch
Dipl.-Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin (VT)
Kobellstr. 13 | 80336 München
Tel.: 089-12163014 | Praxis.jaensch@web.de