

## MULTIMODALE STATIONÄRE VERHALTENSTHERAPIE BEI ZWANGSSTÖRUNGEN • TEIL 1: GRUNDLAGEN UND METHODEN

*S. Ruppert, M. Zaudig, W. Hauke, H. Unger, H. Manzinger, B. Schlehlein*

### Zusammenfassung

Im folgenden Artikel (Teil 1) sollen neben der Indikation zu einer stationären Verhaltenstherapie (VT) die theoretischen Grundlagen und Methoden eines stationären Konzepts zur Behandlung der Zwangsstörung beschrieben werden, das sich einem multimodalen Ansatz verpflichtet sieht. In Anlehnung an die multimodale Konzeption von Lazarus (1978) werden die Grundlagen von Exposition und Reaktionsverhinderung, die besondere Rolle der emotionalen Komponente, die Gruppenbehandlung bei Zwangsstörungen sowie einige weitere therapeutische Bausteine der stationären Zwangsbehandlung im Rahmen eines Literaturüberblicks erläutert. Im weiteren werden auch der körperorientierte Ansatz der kommunikativen Bewegungstherapie, das Selbstsicherheits-training und die Einbeziehung des familiären bzw. partnerschaftlichen Interaktionssystems des Patienten diskutiert. Die Erläuterung der konkreten praktischen Anwendung und Umsetzung dieser Therapiebausteine erfolgt dann in Teil 2 der vorliegenden Arbeit.

**Schlüsselwörter** Zwangsstörung - Indikation zur stationären VT - multimodale Verhaltenstherapie - emotional aktivierende Verfahren - Gruppentherapie - Exposition und Reaktions-Management - Stationäre VT-Behandlung

### Summary

This article presents a literature overview concerning the multimodal behavioral approach (sensu Lazarus, 1978) in OCD. In more detail we describe theoretical concepts and methods of exposure and response prevention as well as emotion activating techniques and special group therapy for OCD. Furthermore we present the basics of other modules of the multimodal therapy concept like art therapy, body mediated therapy and assertiveness training.

**Keywords** OCD - multimodal behavior therapy - emotion activating techniques - group therapy - exposure and response management - behavioral inpatient treatment

Schwerpunkt des vorliegenden Artikels (Teil 1) wird sein, die theoretischen Grundlagen und Methoden der multimodalen stationären Verhaltenstherapie darzustellen. Im einzelnen sind dies die Beschreibung der Indikation zur stationären Verhaltenstherapie von Zwangsstörungen, die Definition multimodaler Verhaltenstherapie, die Beschreibung der speziellen Aspekte der Exposition und Reaktionsverhinderung in unterschiedlichen Ausgestaltungen, ein Literaturüberblick zur Bedeutung der Emotion bei Zwangsstörungen und ebenso über die Gruppentherapie bei Zwangsstörungen. Im weiteren wird auch ein Überblick über andere Bestandteile eines multimodalen stationären Behandlungskonzeptes von Zwangsstörungen dargestellt wie die Kommunikative Bewegungstherapie, das Selbstsicherheitstraining und die Familienskulptur. Die oben genannten Verfahren und Methoden sind Bestandteile einer multimodalen stationären Verhaltenstherapie für zwangsgestörte Patienten, wie sie in den letzten zwei Jahrzehnten in der Psychosomatischen Klinik Windach entwickelt wurden.

Im Teil 2 der Arbeit (Hauke et al.) wird dann die therapeutische Praxis einer multimodalen stationären Verhaltenstherapie bei Zwangsstörungen ausführlich dargestellt.

Die Zwangsstörung galt bis Ende der 70er Jahre als seltene Störung und war nur bedingt einer effektiven psychiatrischen oder verhaltenstherapeutischen Behandlung zugänglich. Diese Situation hat sich in den letzten 20 Jahren deutlich verändert. Durch das Zusammenspiel von neurobiologischer Forschung, klinischer Diagnostik, neueren Entwicklungen in der Psychopharmakotherapie und insbesondere in der Verhaltenstherapie ergaben sich wesentliche Verbesserungen der therapeutischen Versorgung. Die verhaltenstherapeutische Behandlung von Patienten mit Zwangsstörungen ist inzwischen Standard geworden. Als optimal wird derzeit die Kombination zwischen Verhaltenstherapie und Serotonin-Reuptake-Hemmern (SSRI) angesehen. Die Synopsis von psychiatrischem, psychosomatischem und verhaltenstherapeutischem Wissen ist Voraussetzung für den Fortschritt in der Therapie von Zwangsstörungen (Reinecker und Zaudig, 1995; Zaudig, Hauke und Hegerl, 1998).

### Indikation zur stationären Behandlung

Grundsätzlich sprechen folgende Gesichtspunkte eher für eine stationäre Verhaltenstherapie: Notwendigkeit ständiger Über-

wachung, besondere Struktur und Schutz für den Patienten, intensives multimodales Therapieangebot für den Patienten, Herausnahme aus dem Milieu, zu starke Kontrolle durch die Umgebungsreize, Distanz zur häuslichen Situation sowie die Trennung von wichtigen Bezugssystemen. Dies führt in der Regel zu einer ersten Symptomreduktion, die überhaupt die therapeutische Arbeit erst ermöglicht. Weitere Argumente für eine stationäre Therapie sind ausgeprägte Komorbidität psychiatrischer und somatischer Erkrankungen, Versagen bisheriger ambulanter Behandlungen, ausgeprägte Intensität der Symptomatik, Suizidalität, Kontrolle zwangsauslösender Stimuli, Möglichkeit zur kontinuierlichen Verhaltensbeobachtung, Gewährleistung intensiver Exposition mit Reaktionsmanagement, Station als Übungsfeld „sozialer Kompetenzen“ (Zaudig, 1998).

Natürlich gibt es auch Nachteile einer stationären Behandlung, insbesondere dann, wenn sich die Trennung vom sozialen Umfeld negativ auf den Patienten auswirkt (Beruf, Beziehungen). Nicht selten ist die Zwangssymptomatik ausschließlich an die häusliche Umgebung gebunden. Dann sind natürlich Übungen „vor Ort“ besonders wichtig. Hier sollten diesbezüglich alle ambulanten Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft worden sein, bevor der stationäre Aufenthalt in Betracht gezogen wird. Stationär läßt sich dieses Problem durch sogenannte therapeutische Beurlaubungen lösen, wie sie in Windach routinemäßig bei Zwangspatienten durchgeführt werden.

Liegt also beispielsweise eine ausgeprägte multikonditional bedingte und aufrechterhaltene chronifizierte Zwangsstörung mit massiver Ausprägung der Symptomatik vor, ergibt sich die Indikation zu einer multimodalen Verhaltenstherapie. Diese gilt heute als „Therapie der Wahl“ bei Zwangsstörungen sowohl hinsichtlich einer gezielten Symptomreduktion als auch der Therapie der Ursachen, der Komorbidität und der Risikofaktoren in der Lebensführung der Patienten (Hand, 1998). Nach einer ausführlichen psychiatrischen Diagnostik nach ICD-10 (Dilling et al., 1991) oder DSM-IV (Saß, Wittchen, Zaudig, 1996) erfolgt die Quantifizierung des Schweregrades des Zwangssyndroms mit Hilfe der Y-BOCS (Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale; Goodman et al., 1986; Büttner-Westphal und Hand, 1991). Danach erfolgt die Bedingungs- und Funktionsanalyse, ferner die Beziehungs- und Motivationsanalyse, ebenso die Mikroanalyse des Symptomverhaltens. Mit Hilfe der zusätzlichen anamnestischen Informationen ist dann eine individuum-spezifische Hypothesenbildung über Bedingungen und Funktion des Krankheitsgeschehens möglich, und es erfolgt der Therapieplan.

## Multimodale Verhaltenstherapie

Aus den Ergebnissen o.g. Analysen ergeben sich grundsätzlich zwei Vorgehensweisen:

- symptomorientierte Intervention
- kausale Intervention
- eine Kombination aus symptom- und kausalorientierter Intervention (multimodale VT)

Bei chronischen und schwer gestörten Patienten ist letzteres sicherlich die Standardvorgehensweise und wird auch im Sinne Hands (1998) als multimodale Verhaltenstherapie bezeichnet. Es handelt sich dabei um eine symptom- wie auch ursachenbezogene Intervention in hypothesenabgeleiteter Abfolge.

1978 entwickelte Lazarus das Konzept der multimodalen Verhaltenstherapie, ein Ordnungsschema, das dem Therapeuten Anhaltspunkte zur Beantwortung der Frage liefert, durch welche Funktionsbereiche der Mensch erfaßbar ist. Sie sollten sowohl bei der Diagnosestellung als auch bei der therapeutischen Intervention berücksichtigt werden. Die Beschreibung der Therapieform als multimodal bezieht sich auf die Funktionsklassen, die den Menschen ausmachen. Im einzelnen handelt es sich um folgende Bereiche, zwischen denen zum Teil fließende Übergänge bestehen:

- |                                 |   |
|---------------------------------|---|
| B (behavior):                   | Diese Kategorie kennzeichnet die Verhaltensebene.   |
| A (affect):                     | Hier wird der Mensch in bezug auf seine <b>Emotionalität</b> dargestellt.   |
| S (sensation):                  | Sinnesempfindungen sind in dieser Klasse der Schwerpunkt der Beschreibung des Menschen (Sehen, Riechen, Hören, Schmecken und Tasten). |
| I (imagery):                    | Diese Beschreibungsmodalität repräsentiert alle bildhaften Vorstellungen des Patienten.   |
| C (cognition):                  | Hier geht es um Werte, Einstellungen, Vorurteile, Kausal- und Eigenschafts-attribuierungen usw.                                       |
| I (interpersonal relationship): | Gemeint sind hier Beziehungsaspekte zwischenmenschlicher Art.   |
| D (drugs):                      | Im wesentlichen geht es hier um die Organismusvariable und deren somatische Behandlung.   |

Faßt man die Anfangsbuchstaben der einzelnen Kategorien formelhaft zusammen, ergibt sich die Bezeichnung BASIC-ID, wie das Modell von Lazarus abgekürzt auch genannt wird. Bei der multimodalen Verhaltenstherapie nach Lazarus handelt es sich um eine Abwandlung und Ausweitung verhaltenstherapeutischer Konzepte, wobei Verhaltensänderungen sowohl durch klassische als auch durch operante und soziale Lernprozesse einbezogen werden. Der erzielte Therapieerfolg ist abhängig von der Anzahl der Modalitäten, die in die Behandlung einbezogen werden. Ein qualifizierter Therapeut sollte aus diesem Grund über ein breites Repertoire an therapeutischen Techniken verfügen, die er je nach Funktionsbereich anwenden kann (Lazarus, 1978). Interessanterweise findet in dem Modell von Lazarus der Aspekt von Emotion auch seinen gesonderten Niederschlag. Das multimodale stationäre verhaltenstherapeutische Setting für Patienten mit Zwangsstörungen der Psychosomatischen Klinik Windach enthält die wesentlichen Bestandteile des BASIC-ID von Lazarus (siehe auch Teil 2, Hauke et al.).

## Exposition und Reaktionsverhinderung (exposition and response prevention - ERP)

Exposition und Reaktionsverhinderung stellen eine Kombination von zwei verhaltenstherapeutischen Verfahren dar, deren Wirksamkeit bei der Behandlung der Zwangssymptome hinreichend belegt ist (Reinecker, 1994; Steketee, 1993; Turner & Beidel, 1988). Der Grundgedanke dieses Vorgehens ist, im ersten Teil, der Exposition, den Patienten dazu zu veranlassen, sich den angstauslösenden Situationen zu stellen. Als therapeutischer Wirkmechanismus wird hier die Habituation genannt. Der Patient macht die Erfahrung, daß die subjektiv verspürte Angst oder Unruhe nicht, wie es seinen eigenen Erwartungen entspricht, ins Unermeßliche wächst und erhalten bleibt, sondern daß sich nach einer gewissen Zeit des Verbleibens in der Situation ein deutliches Absinken der vom Patienten schwer tolerierbaren emotionalen Befindlichkeit einstellt. Dieser Erfahrung entzog sich der Patient bisher entweder durch aktives Vermeiden der entsprechenden Situationen oder aber durch Ausführung von Zwangshandlungen oder -ritualen, wenn eine aktive Situationsvermeidung nicht möglich war. Dadurch stellt sich eine vorübergehende Anspannungslösung ein, wodurch über den Mechanismus der negativen Verstärkung das Vermeidungsverhalten und die Zwangshandlungen als äußerst resistente Bestandteile des Verhaltensrepertoires etabliert werden. Die zweite therapeutische Komponente, die Reaktionsverhinderung, hat zum Ziel, eben dieses aktive Vermeidungsverhalten sowie offene und verdeckte Zwangshandlungen zu unterbinden, um dem Patienten zu ermöglichen, neue Bewältigungsmechanismen und Verhaltensweisen zum Umgang mit der erlebten Unruhe und Angst zu entwickeln. Abb. 1 stellt in einfacher Form eine Skizze des Anspannungsverlaufs bei diesem Vorgehen dar.

Zur konkreten Umsetzung dieses Vorgehens gibt es in der Literatur deutliche Differenzierungen, deren jeweilige Vorzüge empirisch noch nicht eindeutig geklärt sind. Steketee (1993) beschreibt Exposition und Reaktionsverhinderung (ERP) als zunächst getrennte Vorgehensweisen. Empirische Studien, die die relative Wirksamkeit nur einer dieser beider Komponenten überprüfen, belegen jedoch deutlich den Vorteil der inzwischen üblichen Kombination beider Bestandteile. Bezüglich der Durchführung von ERP sind einige wichtige Unterscheidungen zu treffen, auf die bei der Therapieplanung im Einzelfall Rücksicht zu nehmen ist:

- Exposition in vivo vs. Exposition in-sensu: grundsätzlich ist die Möglichkeit gegeben, die Konfrontation entweder direkt anhand des konkreten angstauslösenden Stimulus durchzuführen oder aber mittels imaginativer Verfahren in der Vorstellung. Letzteres kann durch Audio- oder Videoaufnahmen des Auslösereizes unterstützt werden. Die bisherigen Forschungsergebnisse legen eindeutig nahe, daß die Konfrontation in vivo, wann immer man sie ermöglichen kann, vorteilhafter oder zumindest genauso effektiv wie die Exposition in sensu ist. Lediglich für einige wenige Fälle, in denen es bei der Konfrontation in vivo zu starkem kognitiven Vermeiden auf seiten des Patienten kommt, empfehlen Turner & Beidel (1988) das Vorgehen auf der imaginativen Ebene. Schließlich ist hier noch zu erwähnen, daß insbesondere bei Patienten, die vorwiegend unter Gedankenzwängen leiden und die somit keine für den Therapeuten beobachtbaren Zwangshandlungen ausführen, die Konfrontation ohnehin nur in sensu durchgeführt werden kann.

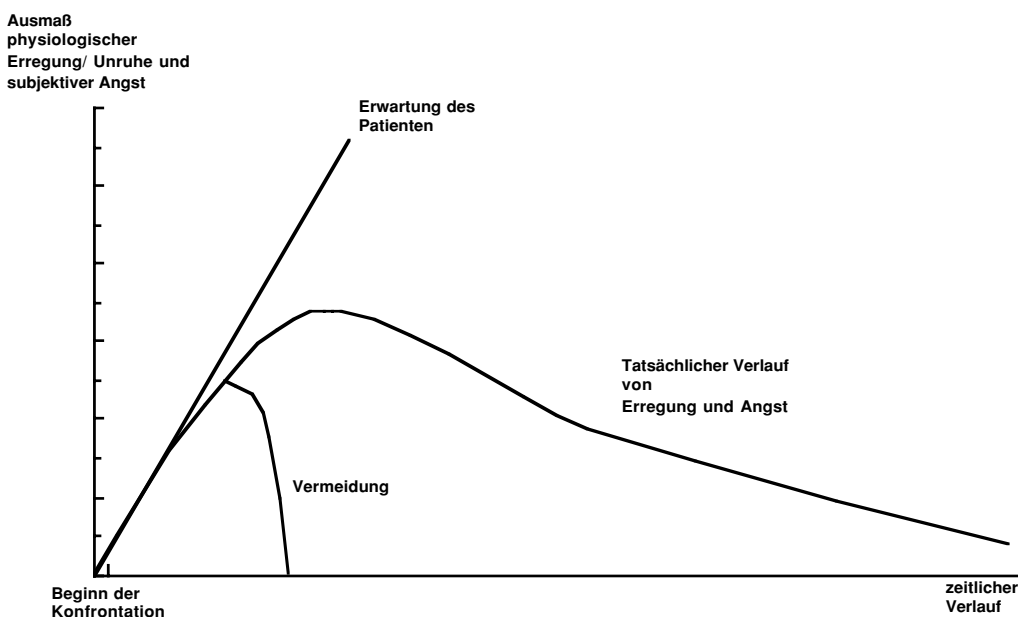


Abb. 1: Verlauf von Angst und Unruhe bei der Konfrontation und Vermeidung der Situation (nach Reinecker, 1994)

- **Graduelle vs. massierte Exposition:** Da fast alle Patienten nicht nur einen, sondern sehr viele unterschiedliche Situationen bzw. Auslöser für die Zwangssymptomatik berichten, empfiehlt es sich, diese nach ihrer Schwierigkeit vom Patienten in eine hierarchische Ordnung bringen zu lassen. Dies bietet die Möglichkeit, bei den Konfrontationsübungen gezielt die Schwierigkeit der Situation für den Patienten zu berücksichtigen. Mittlerweile hat es sich jedoch als sinnvoll erwiesen, diese Hierarchie nicht etwa so zu nutzen, daß man sich langsam von den leichtesten zu den schwersten Situationen hocharbeitet, sondern schon sehr frühzeitig auch mit Übungen zu beginnen, die für den Patienten von besonderer (maximaler) Schwierigkeit sind. Selbstverständlich ist dabei auf die jeweils individuellen Möglichkeiten des Patienten Rücksicht zu nehmen.

Der Begriff "Flooding" wird in der Literatur zur Bezeichnung einer massierten, direkt an den Top-Items des Patienten ansetzenden Behandlung mittels Reizkonfrontation und Reaktionsverhinderung benutzt (Steketee, 1993; Turner & Beidel, 1988). In diesem Sinne ist auch unser Verständnis von "Flooding" einzuordnen, wenngleich einige Ergänzungen hinzukommen (s. Teil 2, Hauke et al., in diesem Heft).

- **Zeitliche Organisation der Behandlung:** Hier sind vor allem die Dauer einzelner Übungssitzungen, Gesamtdauer der Expositionsbehandlung sowie die Anzahl der Übungssitzungen als relevante Variablen zu nennen. Steketee (1993) benennt hier als wichtigsten Faktor die Gesamtdauer der Expositionsübungen während der Behandlung. Je nach individueller Gegebenheit sind jedoch auch Häufigkeit der Sitzungen sowie die Dauer einzelner Sitzungen von Bedeutung. So wird empfohlen, eine Expositions-sitzung nicht zu beenden, bevor sich auf seiten des Patienten nicht eine deutliche Habituationsreaktion zeigt, die wiederum abhängig ist von der Stärke der erlebten subjektiven Anspannung.
- **Ablenkung vs. Aufmerksamkeitsfokussierung:** In einigen Studien wurde die unterschiedliche Wirksamkeit von Ablenkung bzw. Aufmerksamkeitsfokussierung während der Exposition untersucht (Grayson, Foa & Steketee, 1982; 1986). Dabei zeigte sich deutlich, daß Ablenkung vom angstausslösenden Stimulus das Erreichen des erzielten Behandlungsergebnisses deutlich behinderte, während im Gegenzug eine gezielte Aufmerksamkeitsfokussierung auf den Auslöser zur Steigerung des Behandlungserfolgs beitrug.
- **Anwesenheit des Therapeuten:** Ein letzter Punkt betrifft schließlich die Anwesenheit des Therapeuten bei den Konfrontationsübungen. Während im Sinne der Übernahme von Eigenverantwortung in der Literatur darüber Einigkeit besteht, daß der Patient auch ohne den Therapeuten entsprechende Übungen durchführt, erscheint es ebenso klar, daß der Therapeut in vielen, insbesondere in den ersten Sitzungen die Übungen mit dem Patienten gemeinsam durchführen sollte. Gerade in diesen Übungssituationen bieten sich dem Therapeuten zahlreiche Gele-

genheiten zu Beobachtungen, auf die er in der weiteren Arbeit mit dem Patienten nicht verzichten kann. Schließlich ist es oft zur konkreten Durchführung der Übung erforderlich, daß der Therapeut dem Patienten im Sinne eines "modeling" die Konfrontation überhaupt erst ermöglicht.

Der Begriff "Exposition und Reaktionsverhinderung" wird neuerdings mehr und mehr von dem Begriff "Expositions-Reaktions-Management" abgelöst (Hand, 1994, 1995, 1998). Unter Beibehaltung des gerade beschriebenen Vorgehens erfolgt dabei in der konkreten Arbeit mit dem Patienten eine Verlagerung des Schwerpunktes dahingehend, daß es nicht alleine darum gehen soll, die störende Verhaltensweise "Zwang" zu unterbinden, sondern daß es ebenso wichtig ist, alternative Bewältigungsstrategien zum Umgang mit der belastenden emotionalen Situation zu entwickeln. Hier steht also weniger die reine Habituation als zentraler Wirkmechanismus im Mittelpunkt. Vielmehr soll der Patient dazu angeleitet werden, sich aktiv mit auftretenden Gedanken und Emotionen auseinanderzusetzen.

### Kognitive Therapie bei Zwangsstörungen

Die Schwierigkeiten der Behandlung von reinen Gedanken-zwängen mit dem gerade beschriebenen Vorgehen einerseits sowie die zunehmende Entwicklung kognitiver Therapieverfahren andererseits führten zu einer Ergänzung und Weiterentwicklung der Behandlungsstrategien bei Zwangspatienten (siehe Lakatos und Reinecker in diesem Heft). Bei vielen Zwangspatienten zeigen sich typische kognitive Verzerrungen, deren Änderung allein durch eine symptomorientierte Behandlung nicht erreicht werden kann, was für einen stabilen und prognostisch günstigen Behandlungserfolg jedoch notwendig ist. Steketee (1993) nennt dabei die folgenden Eigenschaften: a) Überschätzung von Risiko und Gefährlichkeit von Situationen und Interaktionen, b) Zweifel, Unsicherheit und Schwierigkeiten beim Treffen von Entscheidungen, c) Perfektionismus, d) übermäßig große Verantwortlichkeit sowie Gefühle von Schuld und Scham hinsichtlich eigener Verhaltensweisen und d) rigide, teilweise übermoralische Regelsysteme. Ein Überblick über die wichtigsten kognitiven Ansätze zur Zwangstherapie macht deutlich, daß jeder dieser Ansätze auf einen oder mehrere der genannten Verarbeitungsmechanismen abzielt. Das wohl bekannteste Modell kognitiver Therapie bei Zwangsstörungen stammt von Salkovskis (1989, 1994, 1996, Salkovskis & Westbrook, 1989). Der grundlegende Gedanke im kognitiven Modell von Salkovskis ist, daß automatische Gedanken, die als aufdringlich und unsinnig erscheinen, durchaus normal sind (vgl. Purdon & Clark, 1993). Erst die Bewertung durch den Zwangspatienten, der diese Gedanken als wichtig einstuft und infolgedessen Maßnahmen zur Neutralisierung und Abwehr dieser Gedanken ergreift, führt in einer positiven Rückkopplungsschleife zur Verfestigung einer Zwangssymptomatik auf gedanklicher Ebene. Das therapeutische Vorgehen konzentriert sich entsprechend darauf, die dysfunktionalen Grundannahmen, wie z. B. Überschätzung von Gefahr und persön-

licher Verantwortung, die für den zwangsspezifischen Bewertungsprozeß verantwortlich sind, zu verändern (vgl. auch Lakatos, 1994). Ähnlich ist auch das Vorgehen von Warren & Zgourides (1991), die eine Modifikation der rational-emotiven Therapie zur Behandlung von Zwangsstörungen entwickelt haben. All diesen kognitiven Ansätzen ist jedoch gemeinsam, daß sie ihre volle Wirksamkeit meistens nur in Kombination mit den Standardverfahren von Reizkonfrontation und Reaktionsverhinderung entfalten und selten als alleinige Behandlungsmethode eingesetzt werden bzw. zum Erfolg führen können.

### Zur Rolle der Emotionen in der Behandlung von Zwangsstörungen

In den Anfängen der Verhaltenstherapie waren sowohl Kognitionen als auch Emotionen explizit von theoretischen und praktischen Überlegungen ausgeschlossen. Als Inhalte der "Black-Box" waren beide Konzepte nicht mit dem streng positivistischen empirischen Ansatz der damaligen Theorieentwicklung vereinbar. Reiz-Reaktionsverbindungen gemäß den Paradigmen der klassischen und operanten Konditionierung standen im Mittelpunkt und dienten als Fundamente für die Entwicklung verhaltenstherapeutischer Standardmethoden. Mitte der 70er Jahre setzte die sogenannte kognitive Wende ein. Die sich zunehmend als unzureichend erweisenden rein verhaltenstherapeutischen Methoden wurden **bereichert** um **kognitive** Ansätze. Denkmuster und kognitive Grundüberzeugungen des Patienten traten in den Mittelpunkt des Interesses. Es entwickelten sich therapeutische Ansätze, von denen man eine Verhaltensänderung durch Änderung der kognitiven Strukturen des Patienten erwartete. Mittels dieser Ansätze erhoffte man sich eine bessere Behandlung einer Vielzahl von psychischen Störungen. Als Beispiel seien hier nur die Arbeiten von Beck genannt, der seinen kognitiven Ansatz im Laufe der Jahre für fast alle wichtigen Diagnosen modifizierte (Beck & Emery, 1985; Beck, Rush, Shaw & Emery, 1992; Beck, Freeman et al., 1993; Beck et al., 1997). Affektive Reaktionen bzw. Emotionen hatten in diesen Konzeptionen lediglich eine sekundäre Bedeutung, d.h. die Kognition bestimmt das emotionale Erleben, folglich führt eine Veränderung der Kognition auch zu Veränderungen im emotionalen Bereich.

Zu Beginn der 80er Jahre erfuhr die bis dahin eher kognitiv ausgerichtete Theoriebildung der Verhaltenstherapie eine Erweiterung, die man als "emotionale Wende" bezeichnen könnte (Greenberg & Safran, 1987). Angeregt durch Forschungsarbeiten aus dem Bereich der Emotionstheorien, wurde auch für den therapeutischen Bereich die Rolle der Emotion wiederentdeckt. Als Ausgangspunkt dieser Wende kann die Arbeit von Zajonc (1980) angesehen werden, in der postuliert wurde, daß emotionale und kognitive Operationen weitgehend unabhängig voneinander sind. Daran anschließend entwickelte sich eine ausführliche Debatte über den "Vorrang" von Affekt oder Kognition (vgl. Rachman, 1981, 1984; Greenberg & Safran, 1984a,b). Bedeutsam erscheint hierbei jedoch nicht die Beantwortung der gerade genannten Frage des Vorrangs

von Affekt oder Kognition sondern vielmehr die Tatsache, daß diese Diskussionen zunehmend auch den Bereich der therapeutischen Praxis berührten. Die Rolle von Emotionen im therapeutischen Veränderungsprozeß rückte in den Mittelpunkt der theoretischen und praktischen Weiterentwicklung bereits existierender therapeutischer Ansätze (vgl. Safran & Greenberg, 1991). Die bislang mehr oder weniger unwidersprochene Ansicht, emotionale Veränderungen sozusagen als Nebenprodukt kognitiver Umstrukturierungen zu erreichen, wich der Überzeugung, affektive und kognitive Prozesse in gleichem Maß als bedeutsam für therapeutische Veränderungen anzusehen. Safran und Greenberg (1991) beschreiben einige Eigenschaften von Emotionen, die sich direkt in therapeutische Konsequenzen umsetzen lassen: Emotionen sind adaptiv, sie motivieren zielgerichtetes Verhalten, emotionale Reaktionen sind vermittelt durch antizipierte interpersonelle Konsequenzen, Emotionen sind Bedeutungsträger und dienen als primäres Kommunikationssystem. Schließlich definieren sie Emotionen, vergleichbar den bislang in der Theoriebildung dominierenden Kognitionen, als emotionale Schemata, die ähnlichen Veränderungsprozessen unterliegen wie Kognitionen. Therapeutische Veränderung im emotionalen Bereich findet danach nur statt, wenn es gelingt, die für den betreffenden Patienten relevanten emotionalen Schemata zu aktivieren und gegebenenfalls zu verändern. Im interpersonellen Bereich kann eine Verdeutlichung der kommunikativen Aspekte der Emotionen zu funktionalerem Interaktionsverhalten führen. Damit sind nur einige Aspekte angesprochen, die auf der Grundlage einer Neubewertung der Rolle von Emotionen im therapeutischen Prozeß sinnvolle Ergänzungen des bisherigen therapeutischen Instrumentariums bewirken können. Beispiele der konkreten Umsetzung dieser Gedanken im Rahmen kognitiv-behavioraler Ansätze finden sich bei Foa & Kozak (1991) und Guidano (1991).

Ausgangspunkt unserer Auffassung, warum wir Emotionen bei der Behandlung von Zwangsstörungen eine so überragende Bedeutung beimessen, sind spezifische, aus der klinischen Erfahrung gewonnene Phänomene der seit 1985 existierenden spezifischen Gruppenbehandlung von Zwängen. Die Patienten präsentieren sich einerseits bezüglich ihrer emotionalen Introspektionsfähigkeit und Ausdrucksfähigkeit allgemein defizitär und können im Rahmen der Verhaltensanalyse Emotionen als diskriminative Stimuli für Zwangsverhalten anfangs ungewöhnlich schlecht oder gar nicht benennen; es ist auch möglich, daß diese Erkenntnis, wenn sie dann gewonnen wird, schlecht aufrechterhalten werden kann. Dem steht andererseits gegenüber, daß dieselben Patienten bei einem *lege artis* durchgeführten Expositionstraining plötzlich ungewöhnlich heftige und lang andauernde Affekte zeigen - ein Vorgang, der bisher in der Forschungsliteratur wenig Resonanz gefunden hat mit der Ausnahme von Hand (1994), der den Begriff der "kathartischen Entblockung" geprägt hat. Es ist also durchaus von einem Phänomen wie Emotionsunterdrückung oder Emotionsabwehr auszugehen, das als Kompensationsmechanismus die Entwicklung der Zwangssymptomatik benötigt. Diese sehr zentrale Annahme wird belegt dadurch, daß in der Arousalabstiegsphase einer Reizkonfrontationsübung, in welcher die "kritischen", d.h. abgewehrten Emotionen ver-

balisiert werden, das Umgehen mit vormalig kritischen äußeren Auslösern der Zwangssymptomatik ohne Probleme (= Arousal oder Vermeidung) möglich ist.

Die Aufrechterhaltung des im Flooding erzielten Therapieergebnisses in der Folgezeit hängt vor allem davon ab, inwiefern es dem betroffenen Patienten gelingt, einen neuen Umgang mit den identifizierten Emotionen (meist Wut, Angst, Trauer oder Kombinationen davon) derart zu pflegen, daß sie offen in das Verhalten integriert werden können und eben nicht mehr abgewehrt werden müssen. An dieser Stelle der Überlegungen ergeben sich zwei Fragen, nämlich zum einen wie es zur beschriebenen Emotionsunterdrückung bei Zwangspatienten kommt, und zum anderen, welche Möglichkeiten es generell gibt, diese bewußt zu machen. Zu ersterem ist zu sagen, daß die verhaltenanalytische Betrachtung der Lerngeschichte in der Tat in jedem einzelnen Fall eine überzeugende Herleitung zuläßt, inwiefern ganz bestimmte Gefühle in der Historie eines Patienten negativ sanktioniert wurden und so aus Gründen der mentalen Balance abgewehrt werden mußten. Wenn nun aber andererseits aus den obigen Ausführungen hervorgeht, daß diese Emotionen unbedingt bewußt gemacht werden müssen, um sich - im Sinne von Safran und Greenberg (1991) - adaptieren zu können, so stellt sich die Frage nach der günstigsten therapeutischen Vorgehensweise. Es ist naheliegend, eine Darstellung der Lerngeschichte zu wählen, die emotionale Entwicklungen abbilden kann, und die bevorzugte Technik in diesem Zusammenhang ist (auch aus unserer Sicht) sicherlich die Familienskulptur. Verdrängte Emotionen können hier - üblicherweise zum ersten Mal - bewußt gemacht werden, liefern dem Therapeuten wertvolle Hinweise für die Gesamttherapieplanung und sind dem Patienten ein erster Motivationsschub zur Etablierung neuer Verhaltensschemata (Safran und Greenberg, 1991). Die zweite, noch massivere Interventionsmöglichkeit ist die Nutzung des Reizkonfrontationstrainings als emotional aktivierendes Verfahren. Sein Wert liegt dabei nicht nur in der letztlich auf Gegenkonditionierung beruhenden Symptomreduktion, sondern auch in einer - derzeit nur hypothetisch zu erklärenden - Fähigkeit, im Patienten in massivster Art und Weise jene Emotionen hervorzubringen, die als Auslöser für die Symptomatik fungieren. Der Therapeut soll diese emotionsaktivierende Qualität durch geeignetes Explorationsverhalten unterstützen, wie es schon in einer anderen Veröffentlichung beschrieben worden ist (Hauke, 1998):

- Vergegenwärtigung der aktuellen Reizkonstellation durch entsprechende Wahrnehmungsanleitung des Patienten.
- Erfragen der Emotionen durch den Therapeuten, indem zuerst nach den physiologischen Begleiteffekten der Emotionen gefragt wird.
- Anleitung zum Benennen der gefundenen Emotionskorrelate durch den Patienten selbst im Zuge einer gedulden Exploration.
- Exploration des Patienten, aus welchen Situationen seiner Lerngeschichte er genau diese Emotionen kennt - evtl. verbunden mit Fragen nach dem Handlungsimpuls, der beim Patienten ausgelöst wird.

Die Benutzung dieser emotional aktivierenden Verfahren stellt gleichermaßen ein essentielles Mittel zur Verhaltensanalyse wie zur Therapie dar, da für die so gewonnenen emotionalen Auslöser gezielt Therapiebausteine im Rahmen eines multimodalen verhaltenstherapeutischen Behandlungsansatzes angesetzt werden können. Die Maximierung des Behandlungserfolges, die sich auf diese Weise erreichen läßt, kann nicht hoch genug eingeschätzt werden.

### **Spezifische Gruppentherapie in der Behandlung von Zwangsstörungen - ein Literaturüberblick**

Trotz des Nachweises der Wirksamkeit verhaltenstherapeutischer Methoden in der Behandlung von Zwangsstörungen gibt es nur wenige Studien, die explizit eine gruppentherapeutische Behandlung dieses Störungsbildes thematisieren. Enright (1991) führte ein standardisiertes Gruppenprogramm mit 24 Patienten durch, die während der Therapie keinen weiteren therapeutischen Maßnahmen unterzogen wurden. In neun wöchentlich durchgeführten Sitzungen wurden alle Komponenten, die auch in der verhaltenstherapeutischen Einzeltherapie zum Einsatz kommen, im Rahmen der Gruppe bearbeitet. Während sich auf Symptomebene nur leichte Besserungen zeigten, waren deutliche Erfolge zu verzeichnen bezüglich der Stimmung der Patienten, ihres Verständnisses für die Störung sowie einer positiven Auswirkung der Erfahrung, daß man mit dem Störungsbild Zwang nicht alleine ist. Espie (1986) konnte auch auf Symptomebene Erfolge erzielen mit einem 10wöchigen Gruppentrainingsprogramm mit fünf Patienten, die nach erfolgreicher Verhaltenstherapie einen Rückfall erlitten hatten. Während der Gruppenbehandlung wurden die den Patienten bereits bekannten Prinzipien und Methoden intensiv wiederholt sowie vor allem Fragen der weiteren Lebensgestaltung unabhängig vom Symptom bearbeitet. Sowohl die Symptomstärke als auch allgemeine Copingstrategien und Zuversicht der Patienten zeigten nach dem Gruppenprogramm eine deutliche Besserung. Weitere Berichte über gruppentherapeutische Behandlung von Zwangsstörungen finden sich bei Hand & Tichtazky (1979), Fals-Stewart, Marks & Schafer (1993), Fals-Stewart & Lucente (1994) sowie Krone, Himle & Nesse (1991). Allen Ansätzen ist gemeinsam, daß es sich dabei um ambulante, standardisierte Gruppenkonzepte handelt, die den Versuch unternehmen, die üblichen einzeltherapeutischen Methoden zur Gänze ins Gruppensetting zu übertragen. Entsprechend waren die Inhalte der einzelnen Gruppensitzungen stark strukturiert und ließen vergleichsweise wenig Raum für ein flexibles Vorgehen oder für Bedürfnisse der Gruppenmitglieder.

Teilweise wurden auch in-vivo-Expositionen innerhalb der Gruppe durchgeführt, die der Patient dann selbstständig zu Hause weiterführen sollte (Krone, Himle & Nesse; 1991).

Die genannten Studien berichten durchaus beachtliche Erfolge in der gruppentherapeutischen Behandlung von Zwangsstörungen und plädieren folglich für eine Weiterentwicklung dieser Ansätze als Möglichkeit einer ökonomischeren Therapie eines so schwierigen Störungsbildes. Allerdings sind da-

bei einige relativierende Einschränkungen zu machen: a) Zum einen bedarf es weiterer empirischer Arbeiten zur Replikation der genannten Studien, die, gemessen an der vorhandenen Forschungsliteratur zur Therapie der Zwangsstörung, nur einen minimalen Bruchteil ausmachen; b) Trotz des Versuchs einer reinen Gruppenbehandlung waren auch in den genannten Konzepten sporadische Einzeltherapiesitzungen erforderlich; c) Die Auswahl der Patienten für die Gruppenprogramme erfolgte in den meisten Fällen derart, daß besonders schwierige Patienten, d.h. Patienten mit komorbiden Diagnosen bzw. Patienten mit Y-BOCS-Werten über 30 nicht in die Gruppen aufgenommen wurden. Genau dies sind jedoch die Patienten, die man im stationären Setting gehäuft antrifft. Dennoch erscheint uns auch hier ein gruppentherapeutischer Ansatz durchaus möglich und erforderlich. Während Enright (1991) sein Gruppenprogramm als Vorbereitung auf eine Einzeltherapie empfiehlt und Espie (1986) eine Gruppenbehandlung vor allem in der Bearbeitung von Rückfällen nach bereits erfolgter Behandlung als sinnvoll erachtet, erscheint vor diesem Hintergrund die Möglichkeit gegeben, durch eine Kombination von Einzel- und Gruppentherapie im stationären Setting einerseits die Vorbereitung zur eigentlichen Behandlung abzukürzen und andererseits die Rückfallprophylaxe zu einem integralen Bestandteil der Behandlung selbst zu machen.

### **Kommunikative Bewegungstherapie**

Die Kommunikative Bewegungstherapie, kurz KBT, stellt eine für Patienten mit Zwangsstörung wichtige therapeutische Maßnahme aus dem Bereich der physikalischen Therapie dar. Die KBT wird entweder als Einzel- oder als Gruppentherapie mit einer Gruppengröße von maximal acht Teilnehmern angeboten. Das Verfahren basiert auf der Psychotonik nach V. Glaser (1980). Hierbei handelt es sich um ein bereits in den 30er Jahren entwickeltes atem- und körpertherapeutisches Verfahren, das sich auf den Zusammenhang zwischen psychischer Befindlichkeit und muskulärer Tonusregulation bezieht. Ein kritischer Übersichtsartikel zum Einsatz körpertherapeutischer Verfahren in der Psychosomatik und speziell zur Psychotonik findet sich bei Glatzer (1997). Demnach ist das Ziel therapeutischer Interventionen vorrangig in der Regulation vegetativer und motorischer Verhaltensmuster in Verbindung mit dem jeweiligen Ausdrucksverhalten des Patienten zu sehen. Anders ausgedrückt, beschäftigt sich die Psychotonik mit dem Zusammenhang zwischen muskulärer Spannungsregulation und emotionalem Empfinden im Kontext der Beziehung zur Umwelt.

Zusammengefaßt lassen sich die folgenden Schwerpunkte und Ziele der kommunikativen Bewegungstherapie aufführen:

- Sensibilisierung für die eigene Körperwahrnehmung
- Veränderung des Muskeltonus
- Ausweitung des Körperschemas, d.h. Förderung des inneren Beteiligtseins und einer wahrnehmenden Haltung gegenüber dem Umfeld, Entwicklung der Fähigkeit, sich auf den Moment zu beziehen

Förderung von Körperausdruck und motorischer Anteilnahme im Kontaktverhalten

- Aufbau eines sozialen Bezugs, d.h. Wahrnehmung und Berücksichtigung anderer Personen, aber auch Förderung der Fähigkeit, die eigene Person aktiv einzubringen, Verbesserung der Fähigkeit, die eigenen Gefühle mitzuteilen
- Entwicklung der Fähigkeit zur aktiven Einflußnahme
- Aufbau eines Gefühls der Gemeinsamkeit

### **Selbstsicherheitstraining**

Das Konzept für diesen Therapieteil wurde entwickelt in enger Anlehnung an das Assertiveness-Training-Program, kurz ATP (Ullrich und Ullrich, 1977). Hier wird versucht, soziale Unsicherheiten, welche eine zentrale Rolle für Störungen im sozialen Kontakt generell spielen, durch den Neuerwerb von alternativen Handlungsstrategien, aber auch durch eine Sensibilisierung für die eigenen Empfindungen und Gefühle, zu beheben. Insbesondere die sozialen Fertigkeiten, die sozialen Ängste und Hemmungen, aber auch der Selbstwert sind die fokussierten Veränderungsbereiche. Ziel eines Selbstsicherheitstrainings ist es natürlich nicht, zu lernen, sich rücksichtslos durchzusetzen. Vielmehr geht es darum, die eigenen Bedürfnisse in einem partnerschaftlichen Prozeß in adäquater Weise zu äußern und dabei das Gegenüber zu respektieren.

Folgende vier Hauptbereiche sind im Selbstsicherheitstraining enthalten:

- Forderungen stellen
- Nein-Sagen und Kritisieren
- Herstellen und Aufrechterhalten von Kontakten
- sich öffentlicher Beachtung aussetzen und Fehler erlauben

Der Begriff des selbstsicheren Verhaltens läßt sich dadurch bestimmen, daß Gedanken und Gefühle im interpersonellen Kontakt ehrlich und direkt geäußert werden, daß das Verhalten sozial angemessen ist und sowohl die eigenen Bedürfnisse als auch die Gefühle und das Befinden anderer Personen berücksichtigt werden. Ein besonderer Schwerpunkt liegt natürlich auch darin, daß bisheriges Vermeidungsverhalten aufgegeben wird und die individuell schwierigen Situationen aufgesucht und schrittweise gemeistert werden.

### **Gestaltungstherapie**

Seit Mitte der 70er Jahre hat die Gestaltungstherapie (nicht zu verwechseln mit der Gestalttherapie!) stark an Bedeutung zugenommen. Sie stellt neben den schon genannten Verfahren einen weiteren wichtigen Zugang zu den emotionalen Hintergrundfaktoren der Zwangsstörung dar. Insbesondere verhilft sie zur Ergänzung der Bedingungsanalyse der emotionalen Faktoren. Patienten mit Zwangssymptomen zeigen beim Einstieg in eine gestaltungstherapeutisch orientierte Arbeit häufig besondere Schwierigkeiten, da sie sich nur

mühsam von Normvorstellungen und hohen Ansprüchen an die eigene Perfektion lösen können. Das regelmäßige bildhafte Gestalten mit verschiedenen Materialien wie Tonerde, Kreide, Wasserfarben, Fingerfarben etc. wird hierbei zum Ausgangspunkt der therapeutischen Arbeit. Im therapeutischen Fokus steht hierbei jedoch weniger das Endprodukt dieses Vorgangs, sondern vielmehr der Entstehungsprozeß (vgl. Schrode & Kurz, 1986). Dem Therapierational liegen drei wesentliche Annahmen zugrunde: a) Durch das gestaltende Tun ergibt sich die Chance, zu natürlichen Gefühlsäußerungen zurückzufinden; b) Spannungen und Konflikte, die aufgrund mangelnder Ausdrucksmöglichkeiten zurückgehalten werden, äußern sich in Krankheitssymptomen, unter anderem auch in Zwangssymptomen; c) Die Gestaltungstherapie bietet die Möglichkeit zur Behebung dieser Defizite durch Ansprechen dieser häufig nicht bewußten Regungen, die sich im Gestaltungsprozeß abzeichnen. Der gestaltungstherapeutische Prozeß ist dabei in der Regel gegliedert in eine Aktionsphase, der sich eine Reflexionsphase anschließt. Das Setting ermöglicht, je nach individueller Problemlage des Patienten, ein gruppentherapeutisches Vorgehen oder eine einzeltherapeutische Betreuung.

### **Paar- bzw. Familiengespräche**

Die Einbeziehung von Partnern oder Familienmitgliedern in die Behandlung von Zwangspatienten kann auf unterschiedliche Art und Weise geschehen. In der Literatur finden sich einige Arbeiten, die die nächsten Bezugspersonen des Patienten vor allem in unterstützender Funktion als Hilfstherapeuten bei der Durchführung der Expositionstherapie im häuslichen Umfeld heranziehen. Die Befunde über den Nutzen eines solchen Vorgehens sind bislang widersprüchlich (Metha, 1990; Emmelkamp, de Haan & Hoogduin, 1990; Emmelkamp & Gerlsma, 1994). Darüber hinaus gibt es Überlegungen, unter bestimmten Bedingungen, wenn sich z.B. herausstellt, daß die Zwangssymptomatik im familiären System eine beziehungssteuernde Funktion einnimmt, paar- oder familientherapeutische Ansätze einzusetzen (Hafner, Gilchrist, Bowling & Kalucy, 1981; Hand, 1988). Dies kann dann entweder parallel zur Einzeltherapie oder aber im Anschluß daran erfolgen.

Entsprechend einem Vorgehen, das sich einem systemorientierten Ansatz verpflichtet fühlt (vgl. Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 1991) findet auch in unserem Ansatz das erweiterte soziale Lebensumfeld des Patienten Beachtung. Im Sinne einer Makroanalyse wird insbesondere bei der funktionellen Analyse auch der interaktionelle bzw. familiäre Kontext des Patienten und dessen Bedeutung für die Symptomatik ausführlich bearbeitet.

### **Literatur**

Beck AT, Emery G: Anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective. New York, Basic Books, 1985.  
Beck AT, Freeman A: Kognitive Therapie der Persönlichkeitsstörungen. Weinheim, Beltz, 1993.

Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G: Kognitive Therapie der Depression. (3rd ed.). Weinheim, Beltz, 1992.  
Dilling H, Mombour W, Schmidt MH: Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F). Bern, Göttingen, Toronto, Verlag Hans Huber, 1991.  
Emmelkamp PMG, Gerlsma C: Marital functioning in obsessive compulsives. Behavior Therapy 1994;25:407-429.  
Emmelkamp PMG, de Haan E, Hoogduin CAL: Marital adjustment and obsessive-compulsive disorder. British Journal of Psychiatry 1990;156:55-60.  
Enright SJ: Group treatment for obsessive-compulsive disorder: An evaluation. Behavioural Psychotherapy 1991;19:183-192.  
Espie CA: The group treatment of obsessive-compulsive ritualizers: behavioral management of identified patterns of relapse. Behavioural Psychotherapy 1986; 14:21-33.  
Fals-Stewart W, Lucente S: Behavioral group therapy with obsessive-compulsives: an overview. International Journal of Group Psychotherapy 1994;44(1):35-51.  
Fals-Stewart W, Marks AP, Schafer J: A comparison of behavioral group therapy and individual behavior therapy in treating obsessive-compulsive disorder. Journal of Nervous and Mental Diseases 1993;181:191-195.  
Foa EB, Kozak MJ: Emotional processing: theory, research, and clinical implications for anxiety disorders. In: Safran JD, Greenberg LS (eds.): Emotion, psychotherapy and change. New York, Guilford Press, 1991, 21-49.  
Glaser V: Eutonie - Das Verhaltensmuster des menschlichen Wohlbefindens. Heidelberg, 1980.  
Glatzer M: Neue Wege der Atem- und Körpertherapie. Stuttgart, Hippokrates Verlag, 1997.  
Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Fleischmann RL, Hill C: The Yale-Brown obsessive-compulsive Scale (Y-BOCS), I: development, use and reliability. Archives of general psychiatry 1989;46:1006-1011.  
Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Delgado P, Henninger G: The Yale-Brown obsessive-compulsive Scale (Y-BOCS), II: validity. Archives of General Psychiatry 1989;46:1012-1016.  
Grayson JB, Foa EB, Steketee G: Habituation during exposure treatment: distraction vs. attention focusing. Behavior Research and Therapy 1982;20:323-328.  
Grayson JB, Foa EB, Steketee G: Exposure in vivo of obsessive-compulsives under distracting and attention-focusing conditions: replications and extension. Behavior Research and Therapy 1986;24:475-479.  
Greenberg LS, Safran JD: Hot cognition - emotion coming in from the cold: a reply to Rachman and Mahoney. Cognitive Therapy and Research 1984a;8(6):591-598.  
Greenberg LS, Safran JD: Integrating affect and cognition: a perspective on the process of therapeutic change. Cognitive Therapy and Research 1984b;8(6):559-578.  
Greenberg LS, Safran JD: Emotion in psychotherapy. New York, Guilford Press, 1987.  
Guidano VF: Affective change events in a cognitive therapy system approach. In: Safran, Greenberg (eds.): Emotion, psychotherapy and change. New York, Guilford Press, 1991, 50-79.  
Hafner RJ, Gilchrist P, Bowling J, Kalucy R: The treatment of obsessional neurosis in a family setting. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 1981;15:145-151.  
Hand I, Tichatzky M: Behavioral group therapy for obsessions and compulsions: first results of a pilot study. In: Sjoden PO, Bates D, Dockens WS (eds.): Trends in behavior therapy. New York, Academic Press, 1979.  
Hand I: Expositions-Reaktions-Management. Praxis der klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation 1994;26:64-68.



- Hand I: Ambulante Verhaltenstherapie bei Zwangsstörungen. Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie 1995;63(Suppl.):12-18.
- Hand I: Ambulante Therapie bei Zwangsstörungen. Psycho 1998; 24 (Suppl.) 1: 23-29.
- Hauke W: Die Effektivität von multimodaler Verhaltenstherapie bei Zwangsneurosen. Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation 1994;26:82-88.
- Hauke W: Praxis der stationären Verhaltenstherapie bei Zwangsstörungen. In: Zaudig M, Hauke W, Hegerl U (Hrsg.): Diagnose und Therapie der Zwangsstörung. Stuttgart, Schattauer Verlag, 1998, 73-87.
- Kanfer FH, Reinecker H, Schmelzer D: Selbstmanagementtherapie. Berlin, Springer, 1991.
- Krone KP, Himle JA, Nesse RM: A standardized behavioral group treatment program for obsessive-compulsive disorder: preliminary outcomes. Behavior Research and Therapy 1991;29(6):627-631.
- Lakatos A: Kognitiv-behaviorale Therapie von Zwangsstörungen. Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation 1994;26:99-106.
- Lazarus A: Multimodale Verhaltenstherapie. Frankfurt, Fachbuchhandlung für Psychologie, 1978.
- Mehta M: A comparative study of family-based and patient-based behavioural management on obsessive-compulsive disorder. British Journal of Psychiatry 1990;157:133-135.
- Purdon C, Clark DA: Obsessive intrusive thoughts in nonclinical subjects. Part I. Content and relation with depressive, anxious and obsessional symptoms. Behavior Research and Therapy 1993;31(8):713-720.
- Rachman S: The primacy of affect: some theoretical implications. Behavior Research and Therapy 1981;19:279-290.
- Rachman S: A reassessment of the „primacy of affect“. Cognitive Therapy and Research 1984;8(6):579-584.
- Reinecker HS: Zwänge - Diagnose, Theorien und Behandlung. (2. Aufl.). Bern, Hans Huber, 1994.
- Reinecker HS, Zaudig M (Hrsg.): Langzeiteffekte bei der Behandlung von Zwangsstörungen. Lengerich, Berlin, Riga, Wien, Pabst Science Publishers, 1995.
- Safran JD, Greenberg LS: Emotion in human functioning: theory and therapeutic implications. In: Safran JD, Greenberg LS (eds.): Emotion, psychotherapy and change. New York, Guilford Press, 1991, 3-15.
- Salkovskis PM, Westbrook D: Behavior therapy and obsessional ruminations: can failure be turned into success? Behavior Research and Therapy 1989;27(2):149-160.
- Salkovskis PM: Cognitive-behavioural factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. Behavior Research and Therapy 1989;27(6):677-682.
- Salkovskis PM: Principles and practice of cognitive-behavioural treatment of obsessional problems. Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation 1994;26:113-120.
- Salkovskis PM: Cognitive-behavioral approaches to the understanding of obsessional problems. In: Rapee RM (ed.): Current controversies in the anxiety disorders. New York, Guilford Press, 1996, 103-133.
- Saß H, Wittchen H-U, Zaudig M: Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen: DSM-IV. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle, Hogrefe Verlag, 1996.
- Schrode H, Kurz H: Gestaltungstherapie. In: Waiblinger H, Seifert TH (Hrsg.): Therapie und Selbsterfahrung. Kreuz-Verlag, 1986.
- Steketee GS: Treatment of obsessive compulsive disorder. New York, Guilford Press, 1993.
- Turner SM, Beidel DC: Treating obsessive-compulsive disorder. New York, Pergamon Press, 1988.
- Ullrich de Muynck R, Ullrich R: Das Assertiveness-Trainings-Programm (ATP). Einübung in Selbstvertrauen und soziale Kompetenz (3 Bände). München, Pfeiffer, 1977.
- Warren R, Zgourides GD: Anxiety disorders: a rational-emotive perspective. New York, Pergamon Press, 1991.
- Zajonc RB: Feeling and thinking: preferences need no inferences. American Psychologist 1980;35:171-175.
- Zaudig M, Hauke W, Hegerl U: Diagnose und Therapie der Zwangsstörung. Stuttgart, Schattauer Verlag, 1998.
- Zaudig M: Indikation zur stationären Verhaltenstherapie. In: Möller HJ (Hrsg.): Therapie psychiatrischer Krankheiten. 2. Auflage, Stuttgart, Enke Verlag, 1998.

**Dipl.-Psych. Stefan Ruppert**  
**Priv.-Doz. Dr. Michael Zaudig**  
 Psychosomatische Klinik Windach  
 Schützenstraße 16, 86949 Windach  
 Tel.: 08193/72-802, Fax: 08193/72-809  
 E-Mail: Klinik\_Windach@compuserve.com.