

MULTIMODALE STATIONÄRE VERHALTENSTHERAPIE BEI ZWANGSSTÖRUNGEN • TEIL 2: DIE THERAPEUTISCHE PRAXIS

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

Zusammenfassung In der vorliegenden Arbeit wird ein komplexes Gesamtkonzept für die stationäre Behandlung von Zwangsstörungen praxisnah dargestellt. Es wurde an der Psychosomatischen Klinik Windach im Laufe der letzten zwei Jahrzehnte entwickelt und kontinuierlich mit den neueren Forschungsergebnissen auf diesem Gebiet in Einklang gebracht. Der Artikel behandelt die praktischen Aspekte der Verhaltensanalyse bei Zwangsstörungen, insbesondere die Bedeutung der emotionalen Teilebene, das Arrangement verschiedener Therapiemodule zur Behandlung der identifizierten Defizite, die Details wirksamer Reizkonfrontation und die Merkmale einer indikationsspezifischen Gruppentherapie für Zwangsstörungen.

Schlüsselwörter Zwangsstörung - Multimodale Verhaltenstherapie - Emotional aktivierende Techniken - Gruppentherapie - Expositions-Reaktions-Management - Stationäre Behandlung

Summary The article introduces a multimodal complex behavioral treatment approach for inpatients with OCD. It was developed at the Psychosomatische Klinik Windach (Germany) during the last 20 years. In this paper we deal with the practical consequences of behavioral analysis of OCD with special focus on emotional aspects of the disorder. A detailed description of our treatment approach is presented: it contains the arrangement of different treatment-modules, the details of effective exposure and concepts for group therapy of OCD.

Keywords OCD - Multimodal behavior therapy - Emotion activating technique - Group therapy - exposure-reaction-management - Inpatient treatment

Historische Entwicklung

Zwangsstörungen waren zwar seit den 60er Jahren eine bevorzugte Domäne der Verhaltenstherapie (Übersicht: Zaudig, Hauke und Hegerl, 1998; Bossert-Zaudig und Zaudig, 1998), aber es überwog lange Zeit ein rein symptomorientiertes Vorgehen (Kallinke et al., 1979). Erst mit der allgemeinen Durchsetzung der Verhaltensanalyse nach Kanfer und Philipps (1975), mit deren Hilfe spezifische Auslöser und nachfolgende Konsequenzen auf mehreren Teilebenen in das Störungsverständnis einbezogen werden konnten, wurde der Grundstein dafür gelegt, für genau beschreibbare Teildefizite auch exakt passende Interventionsbausteine zu kreieren - ein Prinzip, für das sich einige Zeit später die Bezeichnung "multimodale Verhaltenstherapie" durchsetzte (Lazarus, 1978). Die ganze 22jährige Geschichte der Behandlung von Zwangsstörungen an der Klinik Windach (welche ja als Europas erste Verhaltenstherapieambulanz mit der Arbeit Kanfers eng verbunden war und ist) ist ein Spiegelbild des Bemühens, die Therapiekonzeptionen den immer mehr verfeinerten verhaltensanalytischen Erkenntnissen anzupassen. Dieser Prozeß fand sicherlich für viele Störungsbilder statt, hatte aber bei Zwangsstörungen eine besondere Dringlichkeit und Prägnanz - wohl, weil es sich um ein für den Außenstehenden zunächst sehr uneinführbares Symptombild handelt. In den Anfängen - d. h. Mitte der siebziger Jahre - dominierten vor allem das Bemühen um möglichst ausgefeilte Expositions-Reaktionsverhinderung (Exposure and response prevention)

und möglichst perfekte Ausschaltung von Vermeidungsverhalten. Schon bald aber rückte die Tatsache in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit, daß Zwangspatienten generell emotional sehr schwer zugänglich sind (s. Ruppert et al., Teil 1) und daß es galt, hierfür einen Zugang zu finden; dies war die Geburtsstunde der Nutzbarmachung einiger der Verhaltenstherapie benachbarter Therapieverfahren wie Gestalttherapie und Körpertherapie und auch der Auftakt der Bemühungen, emotional aktivierende Techniken in die Einzeltherapie verstärkt einzubeziehen. Seit Mitte der 80er Jahre wurden gruppentherapeutische Konzeptionen speziell für Zwangspatienten entwickelt: Dies geschah zum einen, um Zwangspatienten aus ihrer oftmals nur als beklemmend zu bezeichnenden Isolation zu befreien, und zum anderen in dem Bemühen, den Therapieprozeß zu beschleunigen, denn immerhin galt bis in jene Zeit noch eine Verweildauer von durchschnittlich fünf Monaten als Normalstandard. Nach der erfolgreichen Etablierung des Gruppenkonzepts (Hauke, 1994) führten schließlich Anfang der 90er Jahre Erkenntnisse über neurobiologische Grundlagen von Zwangsstörungen und die Verfügbarkeit entsprechender Medikamente in Gestalt der SSRI zur Möglichkeit der Kombinationstherapie. Innerhalb von ca. 20 Jahren war damit die Entwicklung eines Therapiekonzeptes für eine vormals als unveränderbar geltende Störung zu einem erfolgreichen Routineverfahren herangereift.

Klärung der Therapieeingangsvoraussetzungen

Vor Beginn aller therapeutischen Bemühungen ist es ratsam, sich zu vergegenwärtigen, daß von den ca. 1,5 Millionen von einer Zwangsstörung Betroffenen in der BRD pro Jahr nur ein kleiner Bruchteil eine therapeutische Behandlung aufsucht. Mangelnde Aufklärung über Behandlungsmöglichkeiten bzw. deren immer noch unzureichende Verfügbarkeit in vielen Teilen des Landes mag eine Ursache sein; sehr stark ins Gewicht dabei aber fällt sicherlich auch die bei vielen Betroffenen zu erkennende Ambivalenz gegenüber der eigenen Symptomatik. Auch wenn dies für Nichtbetroffene schwer nachvollziehbar sein mag, so bietet die Symptomatik doch einen vertrauten Bezugsrahmen, welchen aufzugeben trotz allen Leidens nicht einfach ist.

Die gründliche Klärung der Motivationsfrage muß also am Anfang aller therapeutischen Bemühungen stehen, um für beide Seiten Frustrationen zu minimieren. Immerhin gibt Reinecker (1994) den Prozentsatz derjenigen Patienten, die nach begonnener Behandlung bei Annäherung an die Reizkonfrontation die Therapie abbrechen, mit 25% an. Wir können diese Angabe auch für den Bereich der stationären Behandlung mit ca. 19% bestätigen (Hauke, 1994; Reinecker und Zaudig, 1995). Diese Zahl gilt allerdings für die frühen Jahre der Entwicklung des Behandlungskonzeptes, als Vorgespräch und schriftliche Zustimmung zum vorher genau erläuterten Flooding noch nicht üblich waren. Das jetzige Procedere hat die Quote drastisch sinken lassen, aber immerhin liegt sie immer noch bei ca. 5% (Althaus, 1997).

Eine umfassende Unterrichtung des Patienten über den Aufbau der Therapie ist somit eine unverzichtbare Notwendigkeit, und dies gilt natürlich vor allem für ihren schwierigsten Bestandteil, das Reizkonfrontationstraining. Es sollte dem Patienten realistisch und ohne jede Beschönigung beschrieben werden, wenn auch mit Hinweis auf die relativ bald nach Flooding-Beginn zu erwartende Arousal-Entlastung. Die Notwendigkeit eines so anstrengenden Verfahrens sollte dem Patienten mit Hilfe eines überzeugenden Krankheitsmodells plausibel gemacht werden, wozu sich unserer Erfahrung nach das Mowrer-Modell (1947) gut eignet. Trotz der damit herstellbaren Plausibilität empfiehlt es sich oft, dem Patienten nochmals eine Bedenkfrist zuzugestehen, bevor er sich endgültig für die Behandlung entscheidet. Hat er dies dann getan, so bitten wir ihn grundsätzlich um seine schriftliche Zustimmung zum Flooding, um später jegliche Zweideutigkeiten oder Mißverständnisse auszuschließen. Wichtig ist dabei auch, dem Patienten mitzuteilen, daß sich die Therapie nicht nur auf isolierte Symptome, sondern auf den Zwang insgesamt richten wird. Das bedeutet auch, dem Patienten von vornherein klarzumachen, daß er sich meist um eine dramatische Umstellung vieler bisheriger persönlicher Gewohnheiten bemühen muß (z. B. ein Kontrollzwangspatient in bezug auf allgemeine Ordentlichkeit) und es sich dabei nicht um eine Übung im isolierten klinischen Umfeld handelt, sondern daß es unweigerlich zu einer Ausdehnung der Therapie auf seine heimische Umgebung kommen wird. Sehr nützlich sind in

diesem Zusammenhang übrigens Verhaltensprotokolle, die der Patient vor Therapieantritt erstellt (Allg. Überblick: Bossert-Zaudig und Niedermeier, 1998).

Neben diesen Abwägungen seitens des Patienten gibt es auch entsprechend relevante für den Therapeuten, nämlich bezüglich der Chancen auf Herstellung einer tragfähigen therapeutischen Beziehung. Eben weil das zu erwartende Reizkonfrontationstraining sehr belastend ist, wird der aufzunehmende Patient die maximale Unterstützung seines Therapeuten benötigen. Dieser muß sich darüber im klaren sein, ob er dies leisten kann, was um so brisanter ist, je mehr der Patient starr, rigide oder abweisend wirkt. Es bedarf üblicherweise einiger Erfahrung, um unter diesem Deckmantel das eigentliche Leid, nämlich Isolation und Hoffnungslosigkeit wahrzunehmen. Ein weiterer Aspekt ist die erforderliche Toleranz des Therapeuten gegen Motivationsambivalenz. Er muß sich dauernd die massive Wirkung der positiven Qualitäten des Symptoms für den Patienten vor Augen halten können, um diesen in vielfachen Anläufen zu ermutigen, mit seinen gesunden Persönlichkeitsanteilen gegen das Symptom zu arbeiten. Dies beinhaltet auch, daß der Therapeut bei Übungen das aktive Handeln immer dem Patienten überläßt, nie ein Arrangement von situativen Faktoren für ihn übernimmt.

Besonderheiten der Verhaltensanalyse bei Zwangsstörungen

Obwohl es derzeit noch keine vollkommen umfassende Theorie der Entstehung und Aufrechterhaltung der Zwangsstörung gibt, bewährt sich in der Praxis doch die enge Anlehnung an das Modell von Mowrer (Niedermeier und Bossert-Zaudig 1998), ergänzt durch eine biologische Organismusvariable bzgl. neurophysiologische Zwangsdisposition im Sinne der Serotoninmangelhypothese (Zaudig et al., 1998). Beides zusammen erlaubt die Aufstellung eines SORCK-Schemas nach Kanfer (Kanfer & Philipps, 1975). Dieses Schema kann nun wiederum in vertikaler Richtung in mehrere Schichten zergliedert werden, wobei neben externalen und kognitiven Auslösern, Konsequenzen etc. vor allem der emotionalen Teilebene eine besondere Bedeutung zukommt. Kanfer und seine Mitarbeiter (1996) haben in neuerer Zeit zwar gerade diese Teilebene nicht mehr in ihrem neuen Modell berücksichtigt, wobei dies damit begründet wird, daß sich auch emotionale Phänomene letztlich aus Kognitionen und physiologischen Phänomenen zusammensetzen würden (mündliche Mitteilung Kanfer, 1997). Wir vertreten in diesem Punkt allerdings eine andere Auffassung, weil sich gerade in der Arbeit mit Zwangspatienten emotionale Phänomene als subjektive Entitäten erweisen, die letztlich das Hauptthema der Therapie bilden und so die von Safran und Greenberg (1991) geäußerten Überzeugungen bestätigen (siehe Teil 1, Ruppert et al. in diesem Heft). Auch Hand (1994) scheint diese Auffassung zu haben. Es ist somit von nachfolgendem Mehrebenen-Schema auszugehen:

Abb. 1: Teilebenen des verhaltensanalytischen Schemas
(In Anlehnung an Kanfer et al., 1996)

Potentiell relevante Ebenen	S ^D	O	R ₁	R ₂	C
Externe Bedingungen					
Kognitiv					
Emotional					
Physiologisch					
Behavioral					

Es bedeuten:

S^D = Auslösereize

(Meist kognitive oder externale Trigger von Zwangsritualen)

O = Organismusvariablen (Einerseits neurobiologische und phylogenetische Faktoren im Sinne von "Preparedness", andererseits dauerhafte kognitive Einstellungen)

R₁ = Reaktion 1 (Unspezifisches Arousal)

R₂ = Reaktion 2 (Individuumspezifische Zwangsrituale)

C = Konsequenzen von Reaktion 2 (Nachlassen des Arousal bzw. andere operant wirksame Faktoren z. B. im Sinne eines Krankheitsgewinnes)

Versucht man sich bei einem Zwangspatienten in dieser Form der Mehrebenen-Verhaltensanalyse, so zeigen sich üblicherweise folgende Phänomene: Bei den Auslösereizen werden mehrheitlich externale Reize, gelegentlich auch noch kognitive Auslöser, aber keine emotionalen S^D angegeben. Erfahrene Behandler wußten seit jeher, daß dies in einem krassen Widerspruch dazu steht, daß die Patienten dann in der Reizkonfrontation äußerst heftige Emotionen zeigen; dies spricht dafür, daß die fehlenden Angaben in der Rubrik S^D nicht auf fehlende Emotionalität zurückzuführen sind. Wie aber kann das Phänomen dann erklärt werden? An dieser Stelle ist ein Konstrukt erforderlich, das nahelegt, daß Zwangspatienten einen erschwerten Zugang zur Wahrnehmung ihrer Emotionen haben. Eine bekannte Hypothese für diesen Sachverhalt stellt das Konzept der Alexithymie dar (Nemiah und Sifneos, 1970); es beinhaltet eine Unfähigkeit oder Schwierigkeit, zwischen körperlichen Empfindungen einerseits und Emotionen andererseits zu unterscheiden, eine Unfähigkeit oder Schwierigkeit, Gefühle verbal zu beschreiben, reduzierte imaginative Fähigkeiten in Phantasie und Traum, einen operativen Denkstil mit einer Einengung auf konkretistische Details der äußeren Realität. Andere Autoren warnen übrigens davor, hier vorschnell ein Persönlichkeitsdefizit zu konstatieren, und lenken den Blick auf die Sichtweise, daß Alexithymie eine interaktionell bedeutungsvolle Störung der Affektregulation darstellen könnte. Gleichwohl, welchen theoretischen Begriff man diesem Phänomen auch zuordnen mag, war und ist es als Faktum gegeben. Wenn aber erfolgreiche Therapie im Sinne ei-

nes Selfmanagementansatzes davon abhängig ist, daß der Patient sein eigener Therapeut werden kann, so schließt dies auch zwingend ein, daß er sich über alle Auslöser seiner Störung im klaren ist. Es muß also unbedingt erreicht werden, daß die Zwangspatienten trotz der geschilderten Wahrnehmungseinschränkung an ihre emotionalen Auslöser herankommen. Dies war der Ausgangspunkt für die Forderung nach Konzeption und Einsatz emotional aktivierender Techniken.

Emotional aktivierende Techniken

Zu der bedeutenden Rolle bestimmter Autoren bei der "emotionalen Wende" in der Verhaltenstherapie (Safran und Greenberg, 1991; Zajonc, 1980) sei auf Teil 1 dieses Artikels (Ruppert et al.) verwiesen.

Die im folgenden beschriebenen Techniken sind in der Psychotherapie seit geraumer Zeit bekannt. Ihr Einsatz und die Aufarbeitung ihrer Ergebnisse orientieren sich streng an den Erkenntnissen der jeweiligen Verhaltensanalyse.

• Die Familienskulptur

Fester Bestandteil der Behandlung jedes Zwangspatienten ist das Erarbeiten der Familienskulptur im Rahmen seiner Bezugsgruppe. Seit den Anfängen der Familientherapie spielt dieses Verfahren in unterschiedlichsten Konzeptionen eine wichtige Rolle bei der Behandlung sowohl von Familien als auch von Einzelpersonen (Jefferson, 1978; Merl und Korosa, 1981; Simon, 1972; Schweitzer und Weber, 1982). Der Einsatz erfolgt dabei unter diagnostischen wie auch unter therapeutischen Gesichtspunkten. Entsprechend dem oben formulierten Ziel, im Rahmen der Behandlung von Zwangsstörungen die zugrundeliegenden emotionalen Defizite des Patienten aufzudecken, d.h., die dem Zwang zugrundeliegenden abgewehrten Gefühle zu identifizieren, dient die Familienskulptur als diagnostisches Instrument. Durch die im Verlaufe der Familienskulptur beim Patienten auftretenden Emotionen ergeben sich erste, oft schon sehr sichere Hinweise auf jene Gefühle, die der Patient durch die Zwangssymptomatik abwehrt. Diese ersten Hinweise können dann in der sich daran anschließenden Floodingphase verifiziert bzw. ggf. modifiziert werden, um schließlich das verhaltensanalytische Modell zu ergänzen.

Was die praktische Durchführung betrifft, so wählt der Patient aus seiner Bezugspatientengruppe für alle Personen seiner Kindheitsphase (definiert ca. vom 6.-12. Lebensjahr), welche für ihn emotional bedeutsam waren - positiv oder negativ -, einen Darsteller, der Ähnlichkeiten aufweist, und gibt in der Gruppe auch eine ausführliche Schilderung der Erziehungsumstände und Erziehungsatmosphäre. Sodann werden die gewählten Personen in einer skulpturähnlichen Aufstellung arrangiert, in der die Art ihrer Beziehung zueinander durch die Stilmittel Abstand, Blickkontakt, dargestellte Körpergröße und Berührung/Nichtberührung zum Ausdruck gebracht wird. Zusätzlich wird jedem Mitspieler ein typischer Satz zugeordnet. Der Patient plazierte zunächst einen Stellver-

treter in die Skulptur, um deren Stimmigkeit von außen beurteilen zu können und nimmt dann dessen Stelle ein. Die Sätze werden von ihren Sprechern mehrfach nacheinander wiederholt; als Folge entwickeln sich die damals in der Kindheit erlebten Emotionen mit einer meist extremen Intensität, der Umgang mit ihnen in späteren Lebensabschnitten wird folgerichtiges Thema und dies heißt üblicherweise Übergang zur Funktion des Zwangs als Mittel der Emotionsunterdrückung. Sowohl Gruppenmitglieder als auch Therapeuten sind dem Patienten in der Nachbesprechungsphase behilflich, Zusammenhänge zu erarbeiten, wozu bisweilen auch der Anschluß einer "Gegenwarts-Skulptur" hilfreich ist.

Durch die Skulptur können Beziehungsparameter wie Nähe - Distanz, Koalitionen und Beziehungshierarchien synchron dargestellt werden. Die Wirkung einer Familienskulptur beruht zum großen Teil auf ihrer Eigenschaft als metaphorisches, eher analoge Kommunikations- und Rezeptionskanäle ansprechendes Vorgehen. Dies unterstützt unser Ziel, emotionale Zusammenhänge und Zustände nicht nur wieder erinnerbar, sondern vor allem auch wieder erlebbar zu machen. Auch die sprachlichen Komponenten der Skulptur, die charakteristischen Sätze der einzelnen Figuren, wirken durch ihre Kürze und Prägnanz sowie durch die Wiederholungen weniger auf die rationale Verarbeitung des Patienten, sondern unterstützen die Möglichkeit emotionaler Beteiligung.

• Konfrontation

Hiermit ist eine Rückmeldung an den Patienten gemeint, wie sein Interaktionsverhalten auf die restlichen Mitglieder seiner Bezugspatientengruppe wirkt, d.h. insbesondere, welche Emotionen er auslöst bzw. welche Emotionen die anderen Gruppenteilnehmer bei ihm wahrnehmen. Exemplarisch ist z.B. der Fall, daß ein Patient sich über längere Zeit betont bedeckt hält, was die Hintergründe für sein Symptomverhalten anbelangt, und daß er damit für die restlichen Gruppenmitglieder nicht greifbar ist. Üblicherweise löst dies bei den anderen latente Verärgerung, Ausgrenzung des Betroffenen oder Angriffe innerhalb des Gruppengeschehens aus. Der Therapeut gibt Anstöße, daß diese Prozesse in der Gruppe offen verbalisiert werden und daß der Patient mit seiner Verantwortung für diese Prozesse direkt konfrontiert wird. Erzeugt wird so eine Situation, in der das Ausweichverhalten nicht mehr praktikierbar ist und der Patient gezwungen wird, Stellung zu beziehen, so unangenehm ihm dies im Augenblick auch sein mag. Üblicherweise stellt dies ja einen Widerspruch zu seiner Lerngeschichte dar, da die meisten Zwangspatienten eine Sozialisation hinter sich haben, in welcher der offene Umgang mit Emotionen nicht gepflegt bzw. vielfach sogar negativ sanktioniert wurde. Diese Phase stellt somit im Gruppengeschehen eine Zeit starker Bedrängnis für den Patienten dar, zumal es in dieser Situation auch nicht möglich ist, unangenehme Affekte (z.B. Wahrnehmen des Angegriffenseins) durch Zwangsverhalten zu überdecken. Der Therapeut hilft nun wiederum dem attackierten Patienten, die eigene (emotionale) Reaktion zu verbalisieren, sie in einen Zusammenhang mit den Ausgangspositionen der anderen zu setzen und so die Erfahrung einzuleiten, selbst solch heikle

Situationen adäquat handhaben zu können. Der beabsichtigte Effekt ist, daß der Patient beim nächsten Mal dieselbe Situation angstfreier und damit auch offener für die eigenen emotionalen Regungen handhaben kann.

• Rollenspiele / Dialog mit dem Zwang

Die obigen Ausführungen zur Mehrebenen-Verhaltensanalyse beziehen sich ja letztlich auf eine künstliche Trennung eines zusammengehörenden Sachverhaltes; nötig geworden ist diese Trennung lediglich dadurch, daß die Zwangspatienten durch Dissoziation einzelne dieser Teilebenen wegblenden können. Um sie sozusagen zum Gesamtzusammenhang zurückzuführen, hat es sich als hilfreich erwiesen, Therapiesequenzen einzubauen, in denen der Patient als ganzheitlich Handelnder gefragt ist und nicht etwa nur über einen belastenden Sachverhalt verbale Äußerungen macht, das Problem also rein kognitiv angeht. Diesem Umstand wird durch zahlreiche, regelmäßig eingesetzte Rollenspiele Rechnung getragen; wiederum muß gesagt werden, daß dies keine sonderliche Spezialität für die Behandlung von Zwangsstörungen ist, sondern eigentlich in jeder Therapie einen angemessenen Platz haben sollte, um eine einseitige Bevorzugung der kognitiv-verbale Ebene zu vermeiden. Bei Zwangsstörungen erscheint es aber besonders wichtig. Das praktische Vorgehen sieht so aus, daß in der Exploration festgestellte, besonders kritische Situationen der Auseinandersetzung für den betreffenden Patienten gesammelt und möglichst mit ansteigender Schwierigkeit in der für ihn maßgeblichen Bezugspatientengruppe thematisiert werden. Rollenspiele werden mit Video aufgezeichnet und hinterher in der Gruppe diskutiert. Eben weil die Zuseher angehalten und bemüht sind, dem Patienten eine möglichst ganzheitliche Rückmeldung zu geben, werden die üblicherweise vom Patienten nicht beachteten emotionalen Verhaltensbestandteile zum Thema. Es geht meistens um Variationen von Aggression oder Angst, was dem Patienten dann oft zum ersten Mal in der Behandlung bewußt wird (je nachdem, ob die Familienskulptur zu diesem Zeitpunkt schon durchgeführt wurde oder nicht).

Eine besondere Variation des Rollenspiels stellt der sogenannte Dialog mit dem Zwang dar. Hierbei wird die Zwangserkrankung personifiziert. Nützlich ist dies deshalb, weil sich in der Therapie durchweg immer herausstellt, daß auf die Zwangsrituale operant verstärkende Elemente folgen, welche nichts mit reiner Arousalreduktion zu tun haben, also z.B. besondere Fürsorge von Angehörigen, Vermeidenkönnen einer aversiv erlebten Arbeitssituation etc. Mit dem Abbau der Zwangssymptomatik sieht sich der Patient ja der Situation gegenüber, daß er dieser operanten Vorteile verlustig geht und sich nun Schwierigkeiten stellen muß, wovor teilweise erhebliche Angst besteht. Üblicherweise ist es ein erfahrendes Gruppenmitglied, das die Rolle des Zwanges verkörpert und den Patienten in dialogischer Form darauf aufmerksam macht - sozusagen in der Art eines *Advocatus diaboli* -, welcher Vorteile er sich beraubt, wenn er seine Symptomatik aufgibt. In dieser speziellen, sehr emotionsaktivierenden Form des Rollenspiels, die sich vor allem für die Therapieendphase gut eignet, ist nun der Patient veranlaßt, seine Anschauung offenzu-

legen, ob es sich seiner Meinung nach wirklich lohnt, das Symptom zu verlieren, und vor allem auch, mit welchen Vorgehensweisen er dies zu erzielen hofft.

• Das Expositionstraining

Die Durchführung der Floodingübungen entspricht in unserem Procedere seit langem der von Hand (1994) formulierten Strategie des "Expositions-Reaktions-Managements". Dabei geht es nicht nur darum, das unerwünschte Zwangsverhalten zu unterbinden, sondern es soll gleichzeitig schon der Ansatz zum Aufbau alternativer Möglichkeiten erfolgen. Habituation als alleiniger therapeutischer Mechanismus greift bei dieser Zielsetzung zu kurz. Im Fokus der Aufmerksamkeit steht dabei vor allem das emotionale Erleben des Patienten während und direkt nach der Floodingübung. Entsprechend der Vorstellung, daß der Patient aufgrund früherer Lernerfahrungen bei ganz bestimmten emotionalen Erlebnisinhalten defizitäre Verarbeitungsstrukturen entwickelt hat, geht es darum, diese Inhalte zu identifizieren und zu modifizieren. Die Familienskulptur dient als erster Zugang zum Aufdecken dieser für jeden Patienten unterschiedlichen problematischen Emotionen. Im Flooding bietet sich die zweite, üblicherweise auch erfolgreiche Gelegenheit zu dieser emotional-fokussierenden Arbeit. Die Unterscheidung zum üblichen Vorgehen setzt dann ein, wenn der Patient sich während der Übung auf dem Höhepunkt des subjektiven Arousal befindet. Dieses in der Literatur oft - in expliziter Abgrenzung zum Begriff Angst - als Unruhe bzw. Anspannung bezeichnete Gefühl (Rachman und Hodgson, 1980) wird nun mit Unterstützung des Therapeuten in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit des Patienten gerückt. Über die Wahrnehmung zunächst nur unspezifischer körperlicher Empfindungen kommt der Patient schließlich in die Lage, dieses Gefühl zu benennen (z.B. Wut, Ärger, Trauer etc.). Ausgehend von dieser dann klar benannten Emotion wird mit Hilfe des Therapeuten erarbeitet, woher bzw. aus welchen Situationen der Patient dieses Gefühl kennt und wie er damals damit umgegangen ist. Es kommt zur Aktivierung dysfunktionaler emotionaler Schemata (Safran und Greenberg, 1991), die nun einer durchgreifenden Umstrukturierung zugänglich sind. Im Wechsel zwischen emotionalen Erlebnissen in der Vergangenheit und in der Gegenwart kann der Patient neue, kontextsensiblere Umgangsweisen mit den problematischen Emotionen aufbauen. Mitunter ist gerade in dieser Phase auch die therapeutische Beziehung ein wichtiges Hilfsmittel zur emotionalen Bewältigung. Gefühle von Wut und Ärger auf den Therapeuten, der dem Patienten derartige Situationen "zumutet", können somit aktuell bearbeitet werden und sind in ihrer Bedeutung für die bisherigen emotionalen Schemata des Patienten zu erkennen. Die Resultate solcher Floodingübungen bieten in der Folge ausreichend Ansatzpunkte zur weiteren therapeutischen Arbeit. Der Patient lernt durch wiederholte Übungen, daß es ihm möglich ist, diese bislang abgewehrten Gefühle wahrzunehmen und auszuhalten, und daß er darüber hinaus seine Möglichkeiten im Umgang damit kontinuierlich verbessern kann. In dem Ausmaß, in dem diese Arbeit voranschreitet, wird die Notwendigkeit der Abwehr von Emotionen durch den Zwang obsolet. Das bisher alles

dominierende diffuse Gefühl von innerer Unruhe und Anspannung weicht nun immer mehr deutlich wahrnehmbaren und klar zu benennenden emotionalen Erlebnissen. In diesem Sinne stellt das Flooding einen Wendepunkt im Verlauf der stationären Behandlung dar, denn die hier eingeleitete emotionale Arbeit kann nun in weiteren Schritten vertieft und gefestigt werden.

Gesamttherapieplanung im stationären Setting

Ausgehend vom bisher Gesagten ergeben sich bereits einige grundsätzliche Überlegungen, wie die Therapieelemente in einem stationären Setting angeordnet sein müssen, um in einem möglichst überschaubaren Zeitraum den gewünschten Erfolg zu bringen. Dieser kann nur eintreten, wenn folgende allgemeine Forderungen erfüllt werden:

- Beseitigung des Symptomverhaltens, das zu chronifiziert ist, als daß der Patient sich aus eigener Kraft aus ihm befreien könnte;
- Beseitigung der operant verstärkenden Faktoren, die die Zwangssymptomatik zusätzlich verfestigen; hierzu ist es aber von zentraler Bedeutung, daß der Patient seine emotionalen Defizite, deren Kompensation das Symptom erst auf die aktuelle Stärke gebracht hat, erkennt und gezielt verändern lernt, was ja ebenfalls ein prozeßhafter und damit viel Zeit erfordernder Vorgang ist.

Aus diesen Abwägungen geht hervor, daß es eigentlich das Beste sein würde, nach abgeschlossener Verhaltensanalyse sofort mit dem Reizkonfrontationstraining zu beginnen. In der Praxis zeigt sich aber, daß dieses belastendste Therapieelement eine stabile therapeutische Beziehung als Grundlage verlangt, damit sich der Patient mit der damit verbundenen Angst überhaupt auseinandersetzen kann. Die Reizkonfrontation wird also nach unseren Erfahrungen erst ab ca. der 3. oder 4. Behandlungswoche möglich sein. Um dieses zentrale Element herum sind nun die restlichen Therapiebausteine in einer möglichst optimalen Weise zu plazieren, um den oben genannten Forderungen Rechnung zu tragen. Abb. 2 zeigt dieses Arrangement (s. a. Hauke, 1994).

Hier stellt sich nun die Frage, wie die Zeit bis zum Floodingbeginn möglichst optimal genutzt werden kann, wenn wir der allgemeinen Prämisse folgen, den Patienten zu besserer emotionaler Introspektionsfähigkeit zu bringen. Zum einen laufen in diesem Zeitraum einige der eben beschriebenen emotional aktivierenden Elemente ab (Familienskulptur, Rollenspiele), zum anderen zeigt die Abbildung, daß sich in dieser Phase auch die Gestaltungstherapie als hervorragende unterstützende Maßnahme in dieser Richtung unterbringen läßt. Deren Wirkung kommt zustande, weil sie dem Patienten über Material einen indirekten - und damit angstfreieren - Zugang zur eigenen Gefühlswelt ermöglicht. Die so gewonnenen Erkenntnisse erlauben dem Therapeuten ebenso Detailergänzungen der Verhaltens- und Bedingungsanalyse wie die in diesem Zeitraum durchgeführten ersten Kontakte mit den wichtigen Bezugspersonen (Familien-/Paargespräche). Mit dem Beginn der Reizkonfrontation (hier im Schema ab der 6. Wo-

Abb. 2: Anordnung der Bausteine eines multimodalen Therapiedesigns

WOCHE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Einzeltherapie														
Flooding + Erhaltungsphase														
Zwangsgruppe														
Kommunikative Bewegungstherapie														
Gestaltungstherapie														
Selbstsicherheitstraining														
Familien-/Paargespräche														
Probeentlassung														
Physikalische Therapie														
Medikamentöse Therapie (SSRI)														

che) sind grundlegend neue Bedingungen gegeben: Der Patient wird bereits nach den ersten Tagen massiv von seinem Symptomdruck entlastet, die Auslöser für die Problematik werden in dieser Zeit üblicherweise vollständig bewußt; strenggenommen könnte man auch sagen, daß erst ab diesem Zeitpunkt die Verhaltens- und Bedingungsanalyse die letzte Sicherheit erhalten hat. Durch Distanzierung von den Symptomen ist der Patient jetzt auch fähig, bestimmte körperbezogene Therapiemaßnahmen zu durchlaufen, was ihm vorher nicht möglich war. Auf die große Rolle der kommunikativen Bewegungstherapie (KBT) ist in diesem Zusammenhang schon im Parallelartikel (Ruppert et al.) hingewiesen worden. Sie wäre theoretisch bereits von Anfang der Therapie an erwünscht - so wie die Reizkonfrontation - aber sie ist in der Praxis erst zu diesem Zeitpunkt durchführbar. Diese ergänzende Therapieform verlangt nämlich eine sehr starke Konzentration bzw. Zentrierung der Spürsamkeit nach innen bzw. auf sehr feine Details des kommunikativen Umgangs mit anderen Personen. Ein Zwangspatient, der noch voll von seinen Symptomen okkupiert ist, z.B. überlegt, ob er sich bei der Berührung mit anderen schmutzig gemacht hat oder umgekehrt, wäre ganz einfach viel zu abgelenkt, um von dieser Zusatztherapie profitieren zu können. Deshalb ist diese Maßnahme in unserem Schema in der 7. bis zur 10. Therapiewoche lokalisiert. Zeitgleich ist das ebenfalls im Parallelartikel schon diskutierte Selbstsicherheitstraining eingetragen. Dies ist nun keinesfalls so zu verstehen, daß beide Maßnahmen additiv sein müssen - dies wäre für die Aufnahmefähigkeit des Patienten eine harte Belastungsprobe. Vielmehr ist das Selbstsicherheitstraining dann als alternative Therapiemaßnahme zur KBT zu sehen, wenn jemand von seiner Grundpersönlichkeit und seinem Empfinden her relativ intakt ist, aber genau umrissene Durchsetzungsprobleme hat. Aus der

Abbildung geht auch hervor, daß die eingangs vor allem zu diagnostischen Zwecken durchgeführten Partner- bzw. Familiengespräche später wiederaufgenommen werden: Zum einen ist dies kurz nach Einsetzen des Reizkonfrontationstrainings angeraten, wenn die Patienten noch stark unter emotionaler Aktivierung stehen und somit oftmals lange Zeit verborgen gehaltene Konflikte sichtbar werden. Zum anderen empfiehlt sich die Einbeziehung der relevanten Bezugspersonen noch einmal gegen Ende des stationären Aufenthaltes, damit der nun weitgehend von seinem Symptom befreite und mit neuen Copingfähigkeiten versehene Patient seine Position im Familienverband bestimmen und Leitprinzipien nennen kann, nach welchen er in Zukunft vorgehen möchte (z. B. Abgrenzung gegen Dominanzversuche der Eltern). Das Reizkonfrontationstraining wird zu diesem Zeitpunkt bereits seit längerem in Eigenverantwortung vom Patienten weitergeführt (sogenannte "Erhaltungsphase"), wobei der Bezugstherapeut sich auf regelmäßiges Nachfragen und gelegentliches Supervidieren beschränkt, aber kaum mehr selbst in die Übungen eingreift. Nach einer Zeit von durchschnittlich 10 Wochen kann an die Probeentlassung gedacht werden; sie ist im Schema mit zwei Wochen angegeben, was aber kein fixer Richtwert ist. Vielmehr kann dies bis zu mehreren Monaten variieren. In dieser Zeit verbleibt der Patient in einem mehr oder weniger engen telefonischen Kontakt mit seinem Bezugstherapeuten. Ziel ist, daß er sich mit den vormals problematischen Situationen in seinem heimischen Umfeld konfrontiert und diese möglichst ohne Wiederverstärkung der Zwangssymptomatik besteht. Falls erforderlich, erfolgt nun eine kurze Wiederaufnahme, nach welcher der Patient seine Erfahrungen mit seinem Bezugstherapeuten bzw. der Bezugsgruppe auswertet und ein kompensatorisches Training bezüglich der noch vorhandenen Verhaltensdefizite vornimmt. Nach dieser Phase,

die in unserem Schema ebenfalls mit zwei Wochen angegeben ist, aber auch geringfügig länger dauern kann, erfolgt die endgültige Entlassung bzw. Überführung in die ambulante Betreuung. Zu der Symptomentwicklung über die Gesamttherapiedauer hinweg kann allgemein festgestellt werden, daß in den meisten Fällen direkt nach Klinikaufnahme eine leichte Absenkung der Symptomwerte auf der Y-BOCS-Skala erfolgt und dann eine Stabilisierung einsetzt; im Flooding erfolgt die einschneidende Änderung üblicherweise in Gestalt eines drastischen Sinkens der Y-BOCS-Werte innerhalb der ersten drei bis vier Tage auf ein Niveau, das sich nach Floodingabschluß in der ganzen zweiten Therapiephase in etwa unverändert erhält und somit auch den Therapieabschlußwert bildet - von kleinen Schwankungen und einer per definitionem unkalkulierbaren Veränderung im Probeurlaub abgesehen. Abbildung 3 zeigt ein typisches Beispiel für diesen Symptomverlauf.

Schließlich ist noch erwähnenswert, wie die unterstützende medikamentöse Therapie mit Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (SSRIs) in diesem Schema zu plazieren ist. Die Mehrzahl unserer Patienten wünscht trotz der umfassenden Aufklärung zu Anfang der Therapie über neurobiologische Grundlagen der Zwangsstörung zunächst einen nichtmedikamentösen Therapieansatz. Wir respektieren dies, informieren den Patienten aber, daß sich ein überzeugender Erfolg der Behandlung - wie eben ausgeführt - nach den ersten Tagen des Flooding bereits durch markantes Absinken der Y-BOCS-Werte ankündigen muß. Ist dies nicht der Fall, weisen wir nochmals darauf hin, daß die Verabreichung von SSRIs die Chancen eines Reizkonfrontationstrainings steigern könnte. Ab diesem Zeitpunkt, also ca. ab der Hälfte des Flooding, wird dann diese unterstützende medikamentöse Therapie eingesetzt und der Patient instruiert, die Einnahme gemäß den gegenwärtig geltenden Empfehlungen über einen längeren Zeitraum aufrechtzuerhalten (siehe Mavrogeorgiou und Hegerl, 1998).

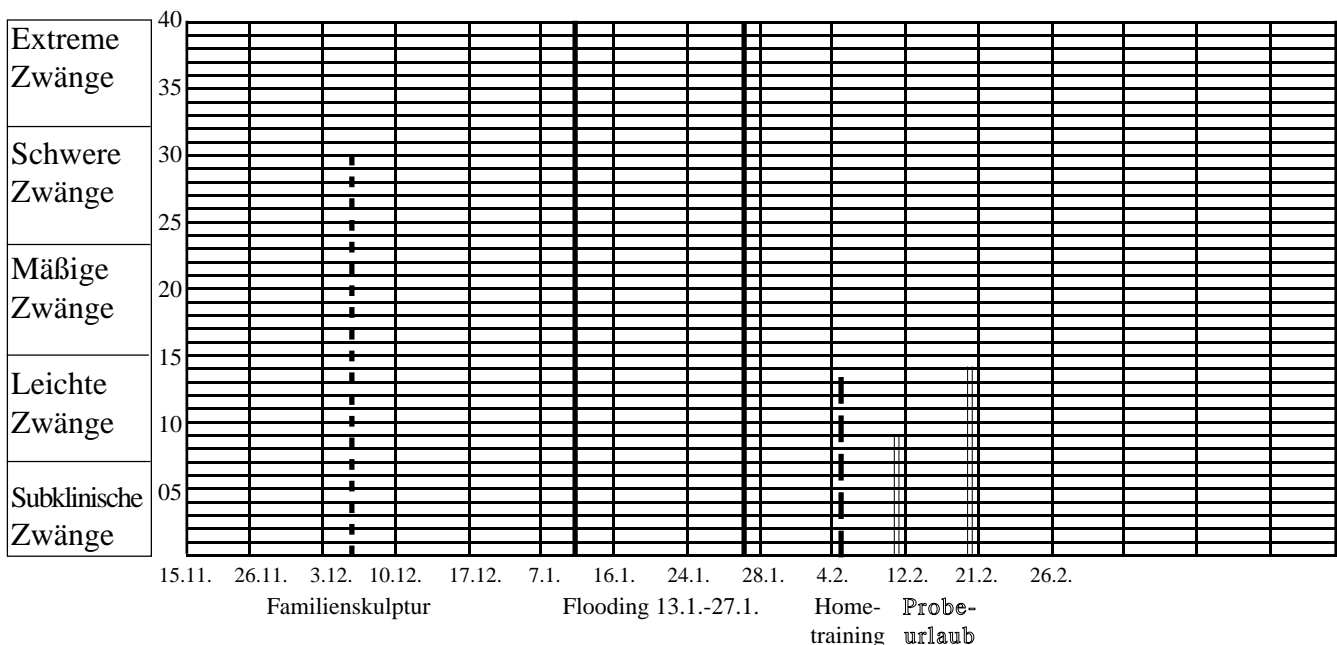
Reizkonfrontationstraining als Expositions-Reaktions-Management (ERM)

Nach wie vor bildet die schulmäßig durchgeführte Reizexposition - für die im folgenden der Ausdruck "Flooding" synonym verwendet wird, da es sich immer um eine massierte Konfrontation handelt - ein Hauptelement der Behandlung von Zwangsstörungen. Es ist unverzichtbar, weil die pathologischen S-R-Verbindungen im Organismus ungezählte Male abgelaufen sind, sich entsprechend verfestigt haben und deshalb eine massive Gegenkonditionierung benötigen. Der gewählte Zeitpunkt des Flooding (s. Abb. 2) macht deutlich, daß bis zum Beginn dieser Therapiephase wichtige therapeutische Vorarbeiten zu leisten sind. Dazu zählen insbesondere

- die Vermittlung eines plausiblen Krankheitsmodells nach dem SORCK-Schema, das der Patient in den ersten Wochen durch protokollgestützte Selbstbeobachtung übernehmen soll,
- Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Allianz,
- Durchführen der Familienskulptur zur Gewinnung erster Hinweise auf die emotionale Grundproblematik sowie
- Vermitteln des Therapierationales der Floodingphase.

Die Vorbereitung des Flooding muß in Zusammenarbeit mit dem Patienten erfolgen und findet ihren Abschluß in der Formulierung und Unterzeichnung des Floodingvertrages. Es ist darauf zu achten, daß in diesem Vertrag Übungen zu allen bekannten Zwangssymptomen des Patienten enthalten sind. Sorgfältige Selbst- und Fremdbeobachtung helfen hier zu verhindern, daß der Patient "Zwangssinseln" behält, die er nicht in den Vertrag mit aufnehmen möchte. Die hier aus Platzgründen nicht mögliche ausführliche Beschreibung der Expositionsverträge ist in einer anderen Arbeit erfolgt (Hauke, 1998). Die Bedeutung der therapeutischen Beziehung bekommt gerade in dieser Phase eine besondere Tragweite, wenn der Therapeut dem Patienten ein derart angstbesetztes Vorge-

Abb. 3: Beispiel eines Y-BOCS-Verlaufsdigrammes



hen empfiehlt und andererseits immer wieder auch die Selbstverantwortlichkeit des Patienten betont. Die Transparenz des Vorgehens muß für den Patienten überzeugend sein, daß er sich letztlich freiwillig, wenn auch mit verständlicher Erwartungsangst, den Vorschlägen des Therapeuten anschließt. Durchführung eines Flooding gegen den Widerstand des Patienten oder mit einem Patienten, der - seinem Perfektionismus und seiner Autoritätshörigkeit folgend - nur dem Therapeuten gefallen will (beides gerade bei Zwangspatienten häufige Konstellationen), führt in aller Regel zu keinem Erfolg. Schließlich dient die sorgfältige und kooperative Ausarbeitung des Floodingvertrags dazu, "Nachverhandlungen" zu vermeiden bzw. das zwangstypische "Feilschen" des Patienten zu verhindern.

An allgemeinen Voraussetzungen ist wichtig, daß der Patient sich beim Therapeuten wirklich aufgehoben und unterstützt fühlt, was bedeutet, daß der Therapeut in der Floodingzeit sehr sensibel und achtsam mit dem Patienten umgeht. Es bedeutet auch, daß er primär in der Verantwortung dem Patienten gegenüber ist, er also das Expositionstraining auch weitgehend selbst durchführen muß, zumindest in der Anfangsphase. Wenn man die Prämisse ernst nimmt, daß das Flooding auch der Aufdeckung problematischer emotionaler Gehalte dienen soll, würde sich der Therapeut wichtige Informationen vorenthalten, wenn er die Übungen nicht selbst mitbetreut. Das Auftreten der oftmals extrem intensiv ausgeprägten Emotionen geschieht vor allem in den ersten Übungstagen. Beim Umgang damit sollte sich der Therapeut an den folgenden vier Prinzipien orientieren, um beim Patienten die Fähigkeit zum Reaktionsmanagement zu fördern:

- Ermutigung des Patienten zur klaren Wahrnehmung der u. U. sehr lange Zeit vermiedenen Reizkonstellationen - evtl. unterstützt durch Modellverhalten des Therapeuten;
- Exploration der physiologischen Grundlagen der problematischen Emotionen. Es ist üblicherweise so, daß die Patienten aufgrund ihrer Wahrnehmungsdefizite in dieser Hinsicht die Emotionen nicht unbedingt von vornherein klar für sich formulieren können, sondern eher körperliche Phänomene berichten (z. B. Verspannungen, gepreßte Atmung etc.);
- Restrukturierung in der exakten Wahrnehmung einer definierten Emotion; das bedeutet, daß Therapeut und Patient die eben erwähnten physiologischen Fragmente aufgreifen und sie durch Exploration einer bestimmten Emotion (z. B. Aggression) zuzuordnen suchen.
- Herstellen einer Beziehung dieses Gefühles zur Lerngeschichte des Patienten, d. h. zu ihren durchgängigen Wirkprinzipien (z. B. Aggressionsunterdrückung des Patienten im Kindesalter mit Androhung des Verlassen-werdens durch ein Elternteil).

Der restliche Zeitanteil des Flooding von 14 Tagen nach dieser ersten, sehr bewegten Einleitungsphase gleicht dann eher einem Routinetraining; der Aufgabenumfang des Patienten wächst hier zwar stetig, die auftretenden Erregungsspitzen sind aber nicht mehr mit dem Anfang des Programms vergleichbar, und es findet ein zunehmender Übergang in die Eigenverantwortung statt. Das Flooding kann dann als beendet gelten, wenn der Patient nur noch unwesentliche Symptomausprägungen im Y-BOCS-Rating zeigt (sog. "subklinischer Be-

reich" von maximal 7 Punkten) bzw. bei schwer ausgeprägten Störungsbildern, wenn er zumindest eine Halbierung seines ursprünglichen Y-BOCS-Wertes erreicht hat. Unbedingt erforderlich ist die Ausdehnung des Übungsprogrammes auf das Zuhause des Patienten. Erst hier zeigt sich in aller Deutlichkeit, inwieweit der Patient willens und fähig ist, seine ursprünglichen Problemsituationen ohne Zwangsrituale zu bestehen, bzw. oftmals zeigen sich noch wesentliche neue Aspekte dieser Rituale. Vom therapeutischen Aufwand her ist dieses ebenfalls an anderer Stelle ausführlich beschriebene Training (Hauke, 1998b) durchaus ins Gewicht fallend: Aus den oben erwähnten Gründen sollten im Optimalfall Bezugstherapeut und Cotherapeut die Begleiter sein. Da das Übungsprogramm selbst einige Stunden in Anspruch nimmt und An- und Abfahrt von der Behandlungsstätte ebenfalls einzukalkulieren sind, ist üblicherweise ein ganzer Arbeitstag darauf zu verwenden. Es ist evident, daß ein Hometraining nur dann durchführbar ist, wenn die Entfernung zwischen Klinik und Wohnort des Patienten nicht allzu groß ist. Eine gute Regionalversorgung mit Psychosomatischen Kliniken, die solche Programme durchführen können, ist dringend zu fordern.

Ein indikationsspezifisches Gruppendesign - die Zwangsgruppe

Neben dem Reizkonfrontationstraining stellt die seit 1985 in Windach entwickelte Zwangsgruppe einen weiteren zentralen Baustein des Behandlungskonzeptes dar.

Zusammen mit der einzeltherapeutischen Betreuung bildet sie das Rückgrat der stationären Behandlung der Zwangsstörung (vgl. Abb. 2). Die Gruppe findet täglich statt, dabei an vier Terminen unter der Leitung des Therapeuten bzw. Co-Therapeuten und einmal ohne therapeutische Leiter.

Der Patient nimmt vom Zeitpunkt der Aufnahme bis zu seiner endgültigen Entlassung fortwährend an dieser Gruppe teil. Es handelt sich hierbei also um eine offene Gruppe, in der es immer wieder zu Entlassungen bzw. Neuaufnahmen kommt, auf die sich die restlichen Gruppenteilnehmer einstellen müssen. Von Vorteil ist bei diesem Setting, daß auf diese Weise immer Patienten in unterschiedlichen Phasen ihrer Behandlung zusammen sind, so daß vor allem die neu hinzugekommenen von den bereits erzielten Fortschritten der anderen profitieren können und dadurch eine zusätzliche Motivation für die eigene Behandlung erfahren.

Der wöchentliche Aufbau der Gruppentherapie beinhaltet die folgenden Schwerpunkte:

- emotional aktivierende Verfahren (Rollenspiel, Familienskulptur, Konfliktklärung)
- symptombezogene Verfahren (Besprechung des Standard-Übungsprotokolls, Vorstellung der Floodingverträge, Konfrontation mit den Y-BOCS-Werten)
- Aspekte einer Selbsthilfegruppe und Selbstmanagement.

Ziel und Aufgabe der Gruppe ist es, diese drei Wirkkomponenten unter Berücksichtigung der individuellen Lern- und Lebensgeschichte des Patienten miteinander zu verbinden und

dem einzelnen Patienten zu helfen, sein Bedingungsmodell wirklich zu assimilieren. Dabei wird der Schulung der Selbstbeobachtungsfähigkeit und der Wahrnehmung eigener Gefühle viel Aufmerksamkeit geschenkt. Tab. 1 gibt einen Überblick über die Verteilung der genannten therapeutischen Schwerpunkte im Wochenablauf.

Ein Gruppentermin in der Woche widmet sich u. a. der Besprechung der Standardübung - d. h. einer als Statusbestimmung anzusehenden Konfrontationsübung mittlerer Schwierigkeit - und des Protokolls, was jeder Patient darüber führt. Diese Übung wird nach der Aufnahme in der Gruppe gemeinsam erarbeitet; zum einen mit dem Ziel, den Mitpatienten einen Einblick in Stärke und Art der Symptomatik zu geben, zum anderen ihre Unterstützung beim Finden der geeigneten Übung zu nutzen und eine für den Patienten relevante Übung im mittleren Bereich der Anspannung zu erstellen, wo er sich aktiv mit zwangsauslösenden Befürchtungen konfrontiert. Die emotionale, physiologische und kognitive Reaktion auf diese Übung protokolliert er in Selbstbeobachtung wie auch die Veränderung der Anspannung. Der Patient soll die Erfahrung machen, daß sich bei konsequenter Konfrontation die Anspannung senkt, d. h. Habituation eintritt, und dieser Prozeß nur dann nicht stattfinden kann, wenn der Patient entweder vermeidet (auf gedanklicher oder Handlungsebene) oder aber die Stärke der Anspannung wieder angestiegen ist, da der Patient zu diesem Zeitpunkt mit den für ihn problematischen emotionalen Konflikten beschäftigt war, die sich dann in höherem „Zwangsdruk“ niedergeschlagen haben. All diese Phänomene sind in der Gruppe leichter zu verdeutlichen, da zum einen die Mitpatienten oftmals Hinweise auf emotionale Konfliktsituationen geben können oder durch Konfrontieren mit zwangsauslösenden Bedingungen Modellfunktion haben. Konnte mit dem Patienten der Hintergrund für das Ansteigen der Anspannung herausgearbeitet werden, hat er die Möglichkeit, dieses Thema in der Gruppe fortzusetzen.

Ähnliche Effekte können durch die Konfrontation in der Gruppe mit den Y-BOCS-Werten erzielt werden. Der Patient kann einmal in der Woche in einem Verlaufsdiagramm die momentane Stärke der Zwangssymptomatik und damit des Therapiefortschrittes ablesen, was auch Konsequenzen für seine

Wochenplanung hat. So kann beispielsweise bei einem starken Ansteigen der Zwänge gemeinsam bearbeitet werden, ob der Patient Rückzugsverhalten zeigt, auf Symptomebene Vermeidungstendenzen hat und mit für ihn nicht lösbaren emotionalen Konflikten konfrontiert ist. Wieder kann ihm die Gruppe durch Beobachtung helfen, was er oftmals leichter annehmen kann als Hinweise der Therapeuten, da die anderen als „mit ihm in einem Boot sitzend“ erlebt werden. Er kann dann mitentscheiden, ob es notwendig ist, auf symptomatischer Ebene oder aber Hintergrundebene weiterzuarbeiten und ob er die Konfliktsituation mit Hilfe von emotional aktivierenden Verfahren oder verbal in das Gruppengeschehen einbringen will. Ziel ist es, daß der Patient das Gefühl bekommt, seine Therapiefortschritte und damit den Zwangsdruck beeinflussen zu können, und daß er weiß, welche Art von emotionalem Konflikt für ihn problematisch ist und wie er dazu neue Verhaltensweisen entwickeln könnte; er soll eine Art „roten Faden“ in die Hand bekommen.

In mindestens zwei weiteren Terminen in der Woche werden emotional aktivierende Verfahren angewandt (Rollenspiel, Familienskulptur, Problemlösen, Konfrontation). Da der Zwangspatient in der Regel auch von nicht-therapeutischen Personen als rigide, zurückgezogen, wenig emotional schwingungsfähig erlebt wird, liegt es nahe, daß enorme soziale Defizite bestehen sowie der Zugang zu Emotionen durch den Zwang über Jahre verschüttet worden ist. Um so wichtiger ist die emotionale Arbeit in der Gruppe, wo der Patient durch Miterleben der Änderungsbemühungen seiner Gruppenkollegen Gelegenheit hat, sich in sozialen und emotionalen Bezügen weiterzuentwickeln.

Mit der Familienskulptur (siehe oben) stellt sich der Patient meist erstmalig mit seiner Vergangenheit in der Gruppe vor. Sie gibt oft einen entscheidenden Hinweis auf die für den Patienten spezifische Konfliktsituation und die damit verbundene - meist durch den Zwang vermiedene - aversive Emotion, die er im positiven Falle durch Unterstützung von Team und Mitpatienten während der Skulptur erleben kann. Wichtig ist hier, daß er erste Schritte machen kann, einen adäquaten Ausdruck für das gelebte Gefühl zu erproben und auch mit Hilfe der Mitpatienten die Bedeutung ähnlicher Konflikte für sein aktuelles Leben herauszufinden.

Tabelle 1: Die Wochenstruktur der Zwangsgruppe

Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
Symptombezogene Verfahren: <ul style="list-style-type: none"> • Blitzlicht und Wochenplanung • Besprechung der Y-BOCS-Werte und auslösenden Faktoren 	Emotional aktivierende Verfahren: <ul style="list-style-type: none"> • Rollenspiele • Familienskulptur • Problemlösen • Konfrontation 	Gruppe ohne Therapeuten	Emotional aktivierende Verfahren: <ul style="list-style-type: none"> • Rollenspiele • Familienskulptur • Problemlösen • Konfrontation 	Symptombezogene Verfahren: <ul style="list-style-type: none"> • Neuvorstellungen • Tagesprotokolle • Standardübungen • Flooding- und Erhaltungsverträge

In Rollenspielen kann er im geschützten Rahmen üben, seine Emotionen wahrzunehmen, auszudrücken und nachzufragen, wie er auf ein Gegenüber wirkt, und dadurch neue Arten der Konfliktlösung ohne Zwangsverhalten einüben. Die Rollenspiele in der Gruppe haben meist sehr motivierende Effekte für Mitpatienten, die dann auch den Wunsch haben, für sie schwierige Konfliktsituationen zu besprechen bzw. neue Lösungsmöglichkeiten dafür zu finden. Dies ist für Patienten, die auf der Beziehungsebene oft außer vordergründiger Anpassung und starkem Sich-eingeschränkt-Fühlen durch den Zwang nicht viel erlebt haben, sehr hilfreich.

Schließlich ist es Aufgabe des Patienten, seinen Floodingvertrag sowie die Ergebnisse des Reizkonfrontationstrainings in der Gruppe anzusprechen, d. h., die für ihn belastenden Konflikte und Emotionen benennen zu lernen und Möglichkeiten zu suchen, mit ihnen umzugehen (weitergehende Therapiemaßnahmen wie Selbstsicherheitstraining, Kommunikative Bewegungstherapie oder Rollenspiele für Paar- und Familiengespräche vorbereiten). Dies ist ein längerer Prozeß, der über Wochen andauert und bei dem ihm die Gruppe einen nicht hoch genug einzuschätzenden Rückhalt geben kann.

Als letzter Punkt wären Aspekte von Selbsthilfegruppen und Selbstmanagement zu nennen. Damit ist gemeint, daß die Patienten sich einmal in der Woche ohne Therapeuten treffen, um Aktivitäten zu planen und auszuführen, z. B. Ausflüge - aber auch für sie offene Fragen zu diskutieren und auch häufig in einem längeren Prozeß die Erfahrung zu machen, (entgegen ihrer sehr dependenten oder autoritätsgläubigen Strukturen) Gruppentermine auch ohne Therapeuten für sich nutzen zu können und eigenständig Ziele und Problemlösungen zu finden. Im besten Falle können die Patienten nach der stationären Therapie mit dieser Erfahrung Selbsthilfegruppen gründen oder in eine solche eintreten und dann ihre Erfahrungen mit gewachsener Eigenständigkeit in diesen Bereich einbringen.

Zur Effizienz des eben beschriebenen Vorgehens, welche hier aus Platzgründen nicht ausführlich diskutiert werden kann, werden in nächster Zukunft einige Veröffentlichungen erscheinen; den Beginn stellt die Arbeit von Althaus (1997) dar. Demnach lassen sich mit unserem Ansatz Symptomverbesserungen von ca. 80% (gemessen am sehr harten Kriterium einer Y-BOCS-Verbesserung von mindestens 50%) erzielen, wobei diese Ergebnisse laut einer Ein-Jahres-Katamnese weitestgehend stabil bleiben.

Literatur

- Althaus D: Die Effektivität der Behandlung von Zwangsstörungen in der Psychosomatischen Klinik Windach: Eine Untersuchung der Wirksamkeit eines speziell für Zwangsstörungen konzipierten Gruppenkonzepts. Diplomarbeit, München 1997.
- Bossert-Zaudig S, Niedermeier N: Therapiebegleitende Diagnostik und Meßinstrumente bei Zwangsstörungen. In: Zaudig M, Hauke W, Hegerl U (Hrsg.): Diagnostik und Therapie der Zwangsstörung. Stuttgart, Schattauer-Verlag 1998.
- Bossert-Zaudig S und Zaudig M: Aktuelle empirische Befunde zur Effektivität der Verhaltenstherapie bei der Zwangsstörung. In: Zaudig M, Hauke W, Hegerl U (Hrsg.): Diagnostik und Therapie der Zwangsstörung. Stuttgart, Schattauer-Verlag, 1998.
- Glaser V: Eutonie - Das Verhaltensmuster des menschlichen Wohlbefindens. Heidelberg 1980.
- Hand I: Expositions-Reaktions-Management (ERM) in der strategisch-systemischen Verhaltenstherapie. Prax Klin Verhanded Rehab 1994, 26, S. 64.
- Hauke W, Niedermeier N: Verhaltensanalyse und funktionelles Bedingungsmodell bei Zwangsstörungen. In: Zaudig M, Hauke W, Hegerl U: Diagnostik und Therapie der Zwangsstörung. Stuttgart, Schattauer-Verlag 1998.
- Hauke W: Die Effektivität von multimodaler Verhaltenstherapie bei Zwangsneurosen. Prax Klin Verhaltensmed Rehab 94; 26: 82-88.
- Hauke W: Verhaltenstherapie der Zwangsstörung. In: Zaudig M, Hauke W, Hegerl U: Diagnostik und Therapie der Zwangsstörung. Stuttgart, Schattauer-Verlag 1998.
- Jefferson C: Some notes on the use of family sculpture in therapy. Fam Proc, 1978, 17, 69-76.
- Kallinke D, Lutz R, Ramsey RW (Hrsg.): Die Behandlung von Zwängen. Eine verhaltenstherapeutische Kontroverse. Urban & Schwarzenberg, München, 1979.
- Kanfer FH, Philipps AH: Lerntheoretische Grundlagen der Verhaltenstherapie. Kindler, München, 1975.
- Kanfer FH, Reinecker H, Schmelzer D: Selbstmanagement-Therapie. Springer, Heidelberg, 1996.
- Lazarus A: Multimodale Verhaltenstherapie. Fachbuchhandlung für Psychologie, Frankfurt, 1978.
- Mavrogeorgiou P, Hegerl U: Psychopharmakotherapie bei Zwangsstörungen. In: Zaudig M, Hauke W, Hegerl U: Diagnostik und Therapie der Zwangsstörung. Stuttgart, Schattauer-Verlag 1998.
- Merl H, Korosa H: Eine neue Modifikation der Familienskulptur. Partnerberatung 1981, 18, 146-154.
- Mowrer OH: On the dual nature of learning: a reinterpretation of "conditioning" and "problem solving". Harvard Educational Review 1947, 17, 102-48.
- Nemiah JC, Sifneos PE: Psychosomatic illness: A problem of communication. Psia Quart 44, 1970, 81-106.
- Rachmann SJ, Hodgson RJ: Obsessions and compulsions. New Jersey: Prentice-Hall, 1980.
- Reinecker HS, Zaudig M: Langzeiteffekte bei der Behandlung von Zwangsstörungen. Pabst, Lengerich, Berlin, Scottsdale, Wien, Zagreb, 1995.
- Reinecker HS: Zwänge: Diagnose, Theorien und Behandlung (2. Auflage), Huber-Verlag, Bern, 1994.
- Safran JD, Greenberg LS: Emotion in human functioning: theory and therapeutic implications. In: J. D. Safran & L. S. Greenberg (eds.): Emotion, psychotherapy and change. New York, Guilford Press, 1991, 3-15.
- Schweitzer J, Weber G: Beziehung als Metapher: Die Familienskulptur als diagnostische, therapeutische und Ausbildungstechnik. Familiendynamik, 1982, 7, 113-128.
- Simon R: Sculpturing the family. Fam Proc, 1972, 11, 49-57.
- Ullrich de Muynck R, Ullrich R: Einübung von Selbstvertrauen und sozialer Kompetenz (3 Bände). Pfeiffer, München 1977.
- Zajonc RB: Feeling and thinking: preferences need no inferences. Am Psych, 1980, 35, 171-175.
- Zaudig M, Hauke W, Hegerl U: Diagnostik und Therapie der Zwangsstörung. Schattauer-Verlag, Stuttgart, 1998.

Walter Hauke • Leitender Psychologe der Klinik Windach
Schützenstr. 16, 86949 Windach
Tel. 08193-72303 • Fax: 08193-72909