

Störungsorientierte Behandlung der Zwangsstörungen

Dr.phil. Hansruedi Ambühl

Vortrag, 25. April 2002, im Rahmen der
52. Lindauer Psychotherapiewochen 2002 (www.Lptw.de)

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen

Ich möchte mich herzlich bedanken für die freundliche Einladung, heute im Rahmen der Vorlesungen störungsorientierte Behandlung das Thema Zwangsstörungen und damit verbunden die Frage, wie Zwangsstörungen störungsorientiert behandelt werden können, etwas genauer zu beleuchten. Es handelt sich dabei um eine Thematik, mit der ich mich seit längerer Zeit ziemlich leidenschaftlich befasse. Angefangen hatte diese Leidenschaft vor zirka acht Jahren, als ich mit einem jungen, intelligenten Mann konfrontiert worden war, der sich zusammen mit seinen Eltern zu einem Erstgespräch angemeldet hatte. Der damals 23-jährige Mann litt seit 8 Jahren unter einem schweren Waschzwang, womit er nicht nur sich selbst jeder Möglichkeit beraubte, erfolgreich ein Studium zu absolvieren, sondern auch seine Eltern mit seinem Zwang dermaßen terrorisierte, dass diese völlig verzweifelt waren und nach fünf erfolglosen Therapieversuchen immer lauter daran dachten, ihren einzigen Sohn psychiatrisch hospitalisieren zu lassen. Die therapeutische Herausforderung, diesem jungen Mann und seinen Eltern zu helfen, war damals sehr verlockend gewesen, und weil das dabei erzielte Behandlungsergebnis ermutigend war, lag es nahe, mich weiterhin mit Menschen zu befassen, die unter einer Zwangsstörung leiden.

Die Zwangsstörung stellt für die davon betroffenen Menschen und ihre Angehörigen ein schwer zu ertragendes psychisches Leiden dar. Für die damit konfrontierten professionellen Helferinnen und Helfer stellt die Behandlung der Zwangsstörung oft eine so grosse Herausforderung dar, dass manche schon zum voraus kapitulieren und sich gar nicht an die Behandlung dieser als allgemein schwierig eingestuften Störung heranwagen. Die manchmal so skurril erscheinende Symptomatik der Menschen mit Zwangsstörungen macht uns stutzig und neugierig zugleich. Was treibt jemanden dazu, sich täglich stundenlang die Hände zu waschen, obwohl keine Verschmutzung feststellbar ist? Wie kommt jemand dazu, hundertmal eine Lampe an- und wieder abzulöschen, um dadurch ganz sicher zu sein, dass die Lampe tatsächlich nicht mehr brennt? Wer sich mit unter Zwängen leidenden Personen beschäftigt, stellt bald einmal fest, dass diese mit rationaler Logik und vernünftigen Argumenten nicht von ihren Zwängen abzubringen sind, obwohl sie sogar einsehen, dass ihr Verhalten übertrieben ist. Offensichtlich existiert neben der Vernunft eine andere Macht, die viel stärker ist und die in gewissen Situationen überhaupt keinen Widerspruch zulässt.

Doch was sich oft als bar jeder vernünftigen Logik präsentiert, erscheint bei genauerem Hinsehen gar nicht so absurd. Vor allem wenn wir anstelle von „Warum-Fragen“ „Wozu-Fragen“ stellen, bemerken wir bald einmal, dass Zwänge nicht nur zur Regulierung des Erlebens und Verhaltens, sondern auch für die Regelung der Beziehung zu nahen Bezugspersonen wichtige Funktionen haben. So können sie dem Betroffenen „helfen“, aufkommende Ängste auf ein erträgliches Mass zu

reduzieren oder andere Gefühle wie z.B. angestaute Aggressionen oder Hilflosigkeit unter Verschuß zu halten. Sie können aber auch dazu dienen, nahe Bezugspersonen auf Distanz zu halten, um damit eine Respektierung der persönlichen Integrität zu erzwingen. Unter dieser Optik erscheinen Zwänge oft als persönliche Form der Problemlösung von bestimmten Konflikten oder traumatischen Erfahrungen, die nicht auf andere Art bewältigt werden konnten.

Zwänge verursachen bei den davon Betroffenen großes Leiden. Etwas immer wieder tun zu müssen, ohne ein klares Abbruchkriterium vor Augen zu haben, ist sehr anstrengend und demütigend. Nicht selten wird die physische und psychische Erschöpfung zum Abbruchkriterium, weil sich trotz stundenlangem Waschen oder hundertfachem Kontrollieren das Gefühl nicht einstellen will, dass die Sache nun in Ordnung sei. Und obwohl der Widerwillen, dem Zwang Folge leisten zu müssen, immer stärker wird, scheint kein Weg daran vorbei zu führen. Menschen mit Zwangsstörungen leben deshalb oft einsam und isoliert. Sie wissen, dass sie mit ihren Problemen bei anderen auf wenig bis gar kein Verständnis stoßen. Außer Appellen, den Blödsinn doch einfach zu lassen, hören sie wenig Ermutigendes. Darum verstecken sie auch ihre Zwänge so gut es geht, denn sie wissen, dass sie damit besser fahren.

Alltägliche Zwangsphänomene

Zwänge lösen beim Gegenüber nicht in erster Linie Gefühle der Beteiligung oder Fürsorge aus, sondern eher Irritation und Ablehnung. Zu fremd erscheint uns dieses Verhalten, als dass es uns reizen würde, es besser zu verstehen. Dies ist insofern erstaunlich, als zwanghaftes Verhalten und Verhaltensrituale auch in unserem alltäglichen Leben eine wichtige Rolle spielen und auch nützliche Funktionen haben. Wo kämen wir z.B. hin, wenn unser morgendliches Aufstehen nicht nach ziemlich genau vorgegebenen Abläufen strukturiert wäre, sondern an jedem Tag neu geplant werden müßte? Das täglich nach demselben Muster verlaufende Morgenritual vom Abstellen des Weckers bis zum Kaffee trinken mit dem Blick in die Morgenzeitung gibt uns Struktur und Sicherheit. Und sobald einmal der Kaffee ausgegangen ist oder die Zeitung noch nicht im Briefkasten steckt, reagieren wir darauf irritiert und ärgerlich, weil wir uns in unserem gewohnten Handlungsablauf gestört fühlen. Manche alltägliche Verhaltensrituale erscheinen daher sehr nützlich, weil sie Struktur im Alltag geben, die Gehirnaktivitäten entlasten, beruhigen und Sicherheit geben.

Aber auch Zwangsgedanken sind uns im Alltag nicht fremd, obwohl wir sie nicht als solche bezeichnen würden. Wenn uns z.B. bereits während der Morgentoilette eine schöne Melodie durch den Kopf geht und wir dann tagsüber immer wieder an dieselbe Melodie denken, sie vielleicht summen oder pfeifen, dann unterscheidet sich dieser Vorgang nicht grundsätzlich von dem, worunter Menschen mit Zwangsgedanken leiden, dass nämlich bestimmte Gedanken immer wieder und ungewollt aufkommen. Der grosse Unterschied liegt in der Bewertung solcher Gedanken und den daraus resultierenden Konsequenzen. Eine ständig wiederkehrende Melodie löst eher angenehme Gefühle aus, so dass es keinen Grund gibt, dagegen anzukämpfen. Der Gedanke einer fürsorglichen Mutter dagegen: „ich könnte mein Kind an die Wand werfen“, erscheint in höchstem Masse beunruhigend, und es liegt nahe, dagegen anzukämpfen, obwohl es sich nur um einen Gedanken handelt. Dass die Macht der Gedanken sehr groß ist, zeigt sich auch am verbreiteten Aberglauben. Wenn wir z.B. – wie dies vor einigen Jahren Paul Salkovskis im Rahmen eines Seminars über Zwangsstörungen getan hatte - dazu aufgefordert würden, unserer nächsten Bezugsperson etwas ganz Schlimmes zu wünschen und diesen Wunsch auf Papier festzuhalten, würden wir dies nie tun, obwohl wir davon überzeugt sind, dass es „nur“ ein Gedanke ist. Dies zeigt etwas von der Schwierigkeit, mit der PsychotherapeutInnen und Psychotherapeuten konfrontiert sind, wenn sie einem Patienten mit Zwangsstörungen beibringen möchten, dass seine Zwangsgedanken irrational seien.

Zwangshandlungen und Zwangsgedanken sind uns allen in verschiedenen Formen bekannt, auch wenn wir im alltäglichen Kontext eher von persönlichen Marotten oder Ritualen sprechen. Das Befremdende, das wir bei Menschen mit Zwangsstörungen empfinden, rührt also nicht von der Unbekanntheit der Phänomene als solchen, sondern vielmehr von der Skurrilität der Inhalte der Zwänge

und von der Rigidität, mit der bestimmte Zwangsrituale durchgezogen werden müssen. Angehörige von Personen mit Zwangsstörungen wissen, dass solche Rituale zu tolerieren sind, denn eine Weigerung hätte für alle Beteiligten eine aggressive Eskalation und eine noch grössere Hilflosigkeit zur Folge. Nur so ist zu verstehen, weshalb Angehörige sich oft über Jahre hinweg von Personen mit Zwangsstörungen kontrollieren und steuern lassen.

Die Hoffnung, dass Menschen mit Zwangsstörungen auf effiziente Weise geholfen werden kann, ist daher allenthalben groß. Und tatsächlich ist diese Hoffnung heute berechtigter denn je, weil in den letzten 25 Jahren von verhaltenstherapeutischer, kognitiver und neurobiologischer Seite her neue Sichtweisen und Methoden entwickelt wurden, die frischen Wind in die Behandlung der Zwangsstörungen gebracht haben, so dass wir heute über gewisse störungsorientierte therapeutische Ansätze verfügen, mit welchen PatientInnen mit Zwangsstörungen auf effiziente Weise geholfen werden kann.

Im Folgenden möchte ich zunächst anhand eines prototypischen Werdegangs der Zwangsstörung ausführen, wie sich eine Zwangssymptomatik auf der Basis vorhandener genetischer Prädispositionen entwickeln und wozu sie im Leben der davon Betroffenen dienen kann. Danach möchte ich begründen, weshalb für eine erfolgreiche Behandlung der Zwangsstörungen oft kein Weg an störungsspezifischen therapeutischen Interventionen vorbei führt. Schließlich möchte ich die wichtigsten derzeitigen störungsorientierten Behandlungsmethoden kurz skizzieren und anhand von Fallbeispielen veranschaulichen.

Typischer Werdegang einer Zwangsstörung

Versucht man sich den Werdegang einer Zwangsstörung zu vergegenwärtigen, so lassen sich eine Reihe charakteristischer Erlebnisepisoden feststellen, die sich aus den weitgehend übereinstimmenden Schilderungen der Betroffenen ergeben. Nicolas Hoffmann (1998) beschreibt die Entwicklung von Zwangsstörungen anhand dreier Stadien, die von den Betroffenen durchlaufen werden. Auslöser einer Zwangsstörung ist demnach in fast allen Fällen eine starke, in der Regel unerwartete negative Emotion, wie z.B. Schmerz, Trauer, Angst, Ekel, Wut, aber auch das Gefühl von Verlassensein.

Als Beispiel sei hier die von Hoffmann (1998, S. 2ff.) beschriebene damals 18 jährige Patientin aufgeführt – nennen wir sie Annette – die drei Tage allein mit ihrem Vater in einem fremden, nicht fertig gestellten Haus auf dem Lande, weit ab von der nächsten Ortschaft verbracht hatte. In der ersten Nacht wachte sie aus dem Schlaf auf und bemerkte, dass der Vater sich zu ihr ins Bett gelegt hatte und versuchte, sich ihr sexuell zu nähern. Sie wehrte ihn ab, traute sich aber nicht, in den nächsten Tagen mit ihm darüber zu sprechen. Sie konnte auch nicht durchsetzen, dass der Aufenthalt abgebrochen wurde.

Die Konfusion der Gefühle besteht nun darin, dass die Betroffenen nicht wissen, welche Gefühle ‚echt‘ und der Situation ‚angemessen‘ sind.

Annette berichtet über die traumatische Nacht mit ihrem Vater: „Ich wußte nicht, ob ich Angst hatte oder maßlos wütend war. Dann nahm der Ekel wieder überhand und gleichzeitig fühlte ich mich von aller Welt verlassen“.

Diese ‚emotionale Aufwallung‘ bleibt irgendwo stecken, weil die Gefühle weder anderen Personen gegenüber richtig ausgedrückt werden können, noch ein den Gefühlen entsprechendes Verhalten eingeleitet werden kann.

Als unmittelbare Folge dieser affektiven Erregung haben Betroffene sehr oft das Gefühl, sie seien unvollständig, als ob ihnen ein wesentlicher Teil ihres Selbst abhanden gekommen wäre. Sie spüren daher ein starkes Bedürfnis nach Sicherheit, Geborgenheit, Halt, Schutz und Trost. In dieser Lage erscheint es nicht mehr möglich, einzuhalten und sich mit der Frage: „Was ist passiert?“ zu beschäf-

tigen. Statt die Gesamtsituation im Auge zu behalten, treten plötzlich Details der Außenwelt ins Zentrum der Aufmerksamkeit und werden nun zu ‚subjektiven Chiffren‘ für die schmerzlichen Empfindungen, die im Innern der Betroffenen vorherrschen.

Annette bemerkte am Morgen im halbfertigen Haus, in dem sie mit ihrem Vater übernachtet hatte, ein paar „Silberfische“ in der Badewanne. Sie wurden zur Chiffre für „Beschmutzendes“ oder „Unreines“ schlechthin. Seitdem suchte sie alle Räume, die sie betrat, danach ab und absolvierte umfangreiche Körperwaschungen, wenn ihr etwas „suspekt“ vorgekommen war.

In der Folge richtet sich eine hypervigilante Aufmerksamkeit immer stärker auf diese Chiffren. Die ‚Lösung‘ besteht darin, diese Objekte zu vermeiden oder angemessen damit umzugehen, um den damit verbundenen ‚Gefahren‘ ausweichen zu können. Die inneren Zustände werden nun reguliert über Rückmeldungen des Handelns und zwar auf einer neuen, symbolischen Ebene, die durch den Zwang vorgegeben wird. Damit ist die Welt wieder überschaubarer geworden: Außen ist das Böse dingfest gemacht worden, weil es die Form einfacher Chiffren angenommen hat. Einfache Regeln kodifizieren auch das Verhalten, das im Umgang damit eingehalten werden muss. Das, was wirklich Schmerz oder Angst ausgelöst hatte, ist weitgehend aus dem Bewusstsein verbannt.

Somit hat sich ein zweites Referenzsystem entwickelt, das vom Zwang vorgegeben wird und der betroffenen Person vorschreibt, wie sie sich zu verhalten habe: „Du mußt...du sollst nicht...du darfst unter keinen Umständen“ ist die Art und Weise, wie sich dieses Referenzsystem bemerkbar macht. Das Neue wird als fremd, teilweise gerade als unsinnig und zwanghaft empfunden, etwa im Sinne von: „Ich weiss ja, dass es unsinnig ist“, doch das „aber“ folgt auf den Fuss und gewinnt fast immer Oberhand.

Annette berichtet: „Mein ganzes Leben lang habe ich so etwas wie Silberfische nie bewußt wahrgenommen. Sie wären mir auch völlig gleichgültig gewesen. Jetzt vermute ich sie überall, ja ich ‚sehe‘ sie im Geist an jedem Ort. Sie verfolgen mich geradezu...Draußen stören mich die Dinger (Silberfische) nur insofern, als es das Risiko gibt, sie nach Hause einzuschleppen. Im Lauf der Zeit hat sich ein Riesensystem an Vorsichtsmaßnahmen entwickelt, um so etwas unter allen Umständen zu verhindern. Wenn es mir gelungen ist, sie strikt einzuhalten, dann gehe ich völlig ruhig in mein Bett und bin total entspannt. Für den Moment jedenfalls.“

Hier tritt nun der tragische Zug der Störung auf, indem die davon betroffene Person erkennt, dass die Problemdefinition und die Bewältigungsvorschläge, die das zwanghafte System geliefert hat, nicht die ganze Wahrheit darstellen und letzten Endes auch zu keinen richtigen Lösungen führen. Der Zwang, der zuerst einmal vereinfacht und Ordnung geschaffen hat, hat auf einer zu oberflächlichen Ebene operiert und das ‚Unvollständigkeitsgefühl‘, das zunächst für die Elaborierung des Zwangsystems mitverantwortlich war, tritt erneut auf in Form von Zweifeln und Unsicherheit:

Annette könnte diesen Zustand so ausdrücken: „Ich weiss nie ganz sicher, wann ich fertig bin, wann ich aufhören kann, mich zu waschen... Ich fühle mich oft wie ein Roboter. Ich muss mich dann auf mein Gefühl verlassen und darauf warten, bis sich das Gefühl einstellt, dass es nun in Ordnung sei. Das ist alles so unsicher und unklar. In Wirklichkeit ist es so, dass ich aus dem Zeitdruck heraus aufhöre oder wenn ich der Erschöpfung nahe bin“ (Hoffmann, 1998, S. 10).

Begründung eines störungsorientierten therapeutischen Vorgehens

Unter einer solchen Entwicklungsperspektive betrachtet stellt die Zwangsstörung in vielen Fällen eine Art ‚Pseudokonfliktlösung‘ (Lang, 1998) dar für Erfahrungen und Konflikte, die nicht auf an-

dere Weise gelöst werden konnten, sondern abgewehrt und auf ein anderes Gebiet verschoben werden, das sich nach dem Prinzip der ‚Preparedness‘ besonders gut dafür eignet. Diese Sichtweise stimmt weitgehend mit derjenigen Freuds überein, der den Mechanismus der psychischen Verschiebung vom Eigentlichen, Bedeutsamen auf ein ganz anderes Gebiet, mit dem die originale Idee bzw. Handlung an sich nichts zu tun hat, als maßgeblich verantwortlich für das Entstehen einer Zwangsstörung bezeichnet hatte.

In der Psychoanalyse wurde aus dieser Sichtweise die Konsequenz gezogen, dass es demzufolge auch bei der Behandlung der Zwangsstörung in erster Linie darauf ankomme, dass die abgewehrten und auf eine andere Ebene verschobenen Erfahrungen und Konflikte bewußt werden müßten, was bei einer erfolgreichen Bearbeitung zur Auflösung der Symptomatik führen müßte. Ein Problem, über welches gerade Psychoanalytiker bei der Behandlung von Zwangsstörungen jedoch oft klagen, liegt in der phänomenalen Fähigkeit der Patienten, die den Zwängen zugrunde liegenden Affekte zu isolieren und abzuspalten. Quint (zit. Nach Csef, 1998, S. 117), faßt die Probleme der klassischen analytischen Behandlung folgendermassen zusammen: „Der Zwangsneurotiker hat Schwierigkeiten, frei zu assoziieren und verwechselt meist freie Assoziation mit theoretischer Diskussion. Deshalb neigt er zu rationalen Erklärungen. Mit den bevorzugten Abwehrmechanismen Intellektualisierung, Rationalisierung und Isolierung boykottiert er den therapeutischen Prozess. Aufgrund seiner basalen Autonomieproblematik hält er sich peinlich genau und penibel an die formalen Grundregeln. Trotzdem unterläuft er den therapeutischen Prozess, indem er Einsicht verhindert, Gefühle versteckt und durch Haarspalterei lebendigen Regungen aus dem Weg geht oder sie zerstört“. Lang (1986) hat daher den Zwangsneurotiker als „gehemmten Rebellen“ bezeichnet. Eine eigentliche Problemaktualisierung findet über die therapeutischen Interventionen zur Bewusstseinsbildung meistens nicht statt. Im Gegenteil birgt eine jahrelange, nicht symptomorientierte psychoanalytische Behandlung die hohe Gefahr einer zwanghaften Hyperreflexion des eigenen Denkens und Handelns.

Die meisten der empirisch orientierten PsychotherapeutInnen sind sich heute darin einig, daß die Zwangssymptomatik selbst als psychopathologische Störung zu betrachten ist und daher der alleinige Versuch zur Bearbeitung einer der Symptomatik zugrundeliegenden Störung nicht ausreicht. Denn theoretisch ist davon auszugehen, daß bestimmte Funktionszustände der psychischen Aktivität eine Eigendynamik entfalten können, die das Individuum über längere Zeit in diesem Zustand "gefangenhält". Psychopathologische Zustände wie Zwänge, Depressionen, Süchte usw. können den Charakter sogenannter semiautonomer Funktionszustände der psychischen Aktivität mit eigenen Gesetzmäßigkeiten haben. Wenn sich das Individuum erst einmal in einem solchen Zustand befindet und in seinem Erleben und Verhalten in erheblichem Ausmaß von der Eigendynamik dieses Zustandes bestimmt wird, dann wird die Durchbrechung dieser Eigendynamik, d.h. die Beendigung oder Veränderung des Zustandes, selbst zur vorrangigen therapeutischen Aufgabenstellung (Grawe, 1998; Ambühl & Heiniger Haldimann, 1998).

Es ist ein großes Verdienst der Verhaltenstherapie und der kognitiven Therapie, daß in den letzten 30 Jahren verschiedene störungsorientierte oder -spezifische Vorgehensweisen entwickelt worden sind, die an der Symptomatik der Zwangsstörung ansetzen und deren Eigendynamik zu durchbrechen versuchen. Ausgangspunkt für die erfolgreiche verhaltenstherapeutische Behandlung von Zwangsstörungen waren Berichte von Meyer (1966), der den Standpunkt vertrat, dass es notwendig sei, das bei Zwangsstörungen zu beobachtende Neutralisierungsverhalten direkt anzugehen, indem man die Patienten daran hindert, ihre ritualisierten Zwangshandlungen auszuüben (Reaktionsverhinderung). Etwa zur selben Zeit entwickelten Rachman, Marks und Hodgson (1973) in ihrer Arbeit mit unter chronischen Zwangsstörung leidenden Patienten Behandlungsmethoden, bei denen die Konfrontation mit gefürchteten Situationen eine zentrale Rolle spielte. In der Folge wurden diese beiden unterschiedlichen Ansätze zu einer hochwirksamen verhaltenstherapeutischen Behandlungsmethode verbunden, nämlich zur ‚In-vivo-Exposition mit Reaktionsmanagement‘ (Lakatos & Reinecker, 1999). Im Folgenden möchte ich diese Methode kurz skizzieren und anhand eines Fallbeispiels illustrieren.

In-vivo-Exposition mit Reaktionsmanagement

Bei der In-vivo-Exposition mit Reaktionsmanagement wird der Patient zunächst dazu angehalten, sich freiwillig in Situationen zu begeben, in denen mit großer Wahrscheinlichkeit Zwangsgedanken und -befürchtungen auftreten, die bei ihm grosse Angst und Unbehagen auslösen (In-vivo-Exposition). Gleichzeitig wird er - gemäss einer Absprache mit dem Therapeuten - daran gehindert, seine Zwangsrituale auszuführen, mit denen er sich bisher nach solchen Situationen wieder (erfolgreich) beruhigen konnte (Reaktionsmanagement). Somit kann der Patient die Erfahrung machen, dass er sich auch ohne die Ausübung der Zwangsrituale emotional beruhigen wird (Annahme der physiologischen Angstreaktionen) und kann sich allmählich an die angst verursachenden Situationen gewöhnen lernen (Habituation). Dieser Prozess ermöglicht dem Patienten auch, seine Reaktionen (körperliche Empfindungen, Gefühle, Kognitionen und Handlungsimpulse) besser kennenzulernen. Häufig kommt es dabei zum Wiederbewusstwerden von früheren Konflikten und traumatischen Erfahrungen und zum Erleben der entsprechenden Gefühle (z.B. Wut, Hilflosigkeit). Oft erfährt der Patient auch, dass seine Erwartungen bezüglich der Heftigkeit seiner Reaktionen falsch waren, indem sie wesentlich schwächer ausfallen und handhabbarer sind. Schließlich übt der Patient den normalen, d.h. nicht zwanghaften Umgang mit realen Lebenssituationen. Dies ist wohl der wichtigste Lernschritt.

Um zu erreichen, dass Patienten sich freiwillig auf solche Expositionen einlassen, bedarf es verschiedener Voraussetzungen, auf die ich kurz eingehen möchte:

Eine gute therapeutische Beziehung ist zwar in jeder Therapie eine wichtige Voraussetzung für das Gelingen der Behandlung, im Falle von Zwangsstörungen ist dies noch stärker zu betonen. Zwangskranke haben erfahren, dass die Umwelt ihren Problemen gegenüber mit Unverständnis reagieren und sie nehmen dieses Unverständnis in den meisten Fällen vorweg und entwickeln oft unglaubliche Fähigkeiten, ihre Störung auch vor dem engsten Familienkreis zu verbergen. Bei einer Zwangssymptomatik halte ich es für unentbehrlich, dass der Patient so früh wie möglich erfährt, dass der Therapeut die Struktur und die Abläufe bei einem Zwang kennt und versteht.

Vor jeder Konfrontation soll dem Patienten eine ausführliche Erörterung der zu erwartenden Geschehnisse erfolgen. Dem Patienten werden das zugrundeliegende theoretische Modell (Prinzip der Habituation und der Verhinderung der Habituation durch aktives und passives Meideverhalten), die bereits erwähnten Zielsetzungen der Exposition sowie die zu erwartenden Reaktionen (Anstieg und späterer spontaner Abfall des Unbehagens) wiederholt und ausführlich, unter Zuhilfenahme von Anschauungsmaterial, erläutert. Die Situationen, die für die Konfrontation ausgesucht werden, sollen möglichst im natürlichen Lebensraum des Patienten stattfinden. Wenn der Patient später die erforderliche Vorgehensweise gut kennt, die ersten positiven Erfahrungen gemacht und Mut gefasst hat, soll der Therapeut ihn zu selbstgeleiteten Expositionen anhalten.

Fallbeispiel eines Patienten mit Waschzwang

Zur Veranschaulichung dieser In-vivo-Exposition mit Reaktionsmanagement skizziere ich kurz das Beispiel des jungen Mann mit einem schweren, chronifizierten Waschzwang, das ich einleitend erwähnt hatte.

Dieser 23jährige Patient richtete praktisch seine ganze Aufmerksamkeit darauf, mit nichts in Berührung zu geraten, was möglicherweise mit ein paar Klassenkameraden zusammenhängen könnte, die ihn vor Jahren in der Schule ständig geplagt hatten. Weil er trotz grössten Vorsichtsmaßnahmen immer wieder in Zweifel geriet, ob er nicht doch mit irgendwelchem imaginären Schmutz dieser Schulkameraden kontaminiert worden sei, musste er sich täglich mehrmals lange waschen, um dadurch seine Angst vor Verschmutzung zu reduzieren. Die In-vivo-Exposition bestand in einer ersten Intensivphase der Therapie darin, an einem vereinbarten Tag zum Patienten nach Hause zu fahren und ihn dazu anzulei-

ten, all die Gegenstände im Haus, deren Berührung er seit Jahren vermieden hatte, anzufassen. Es erfolgte eine Art "Entheiligung" des Hauses, deren Ziel darin bestand, den Patienten einerseits die vermiedenen Emotionen, deren Erleben bisher mit Hilfe des Zwangsverhaltens vermieden wurde, erfahren zu lassen und andererseits ihm die Gewißheit zu vermitteln, dass die befürchteten Konsequenzen, nämlich das Infiziertwerden durch den Schmutz, nicht eintreten wird.

Tatsächlich geriet der Patient während dieser Arbeit praktisch von Beginn an in einen hochgradig affektiven Erregungszustand, d.h. die In-vivo-Konfrontation mit ‚verschmutzten‘ Gegenständen führte ganz direkt an die vermiedenen Emotionen heran. Am Kulminationspunkt dieser Exposition brach all das auf, was den Patienten ‚in seinem Herzen schmerzte‘. Aus tiefster Seele stieß er laute - beinahe animalische - Schreie aus, die nach längerer Zeit in ein Weinen und Klagen über all den Schmerz und die Erniedrigungen, die er von seinen Schulkameraden erlitten hatte, übergingen. Dieser Effekt bestätigte eindrücklich unsere Hypothese, dass der Zwang eine vom Patienten entwickelte Verarbeitungsform der psychischen Erniedrigungen während der Schulzeit darstellte und hauptsächlich dazu diente, die damit verbundenen belastenden Emotionen vom sonstigen Erleben abzuspalten.

Nach der In-vivo-Exposition übernahmen die Eltern im Einverständnis mit dem Patienten die abgesprochenen Aufgaben zur Verhinderung von zwanghaftem Waschverhalten: Kontrolle der Wasch- und Duschzeiten; Abstellen des Hauptwasserhahnes über Nacht; den Patienten nie allein lassen und ihm viel Zuneigung und Unterstützung zukommen lassen. Mit dieser Unterstützung gelang es, den Patienten von seinen zwanghaften Waschroutinen abzuhalten und ihm zu ermöglichen, dass er eigenständig sein Studium an der Hochschule fortsetzen konnte (Ambühl & Heiniger Haldimann, 1997).

Dieses sehr verkürzt dargestellte Fallbeispiel muss im Moment als Illustration der wichtigsten störungsorientierten Interventionsmethode aus der Verhaltenstherapie genügen. Im Folgenden möchte ich noch kurz auf die Behandlung von Zwangsgedanken eingehen und einige Ideen aufnehmen, wie solche Gedanken mit psychologischen Mitteln angegangen werden können.

Zwangsgedanken

Zwangsgedanken sind wiederkehrende und anhaltende Gedanken, Impulse oder Vorstellungen, die von den Betroffenen als aufdringlich und unangemessen empfunden werden und ausgeprägte Angst und großes Unbehagen hervorrufen. Deshalb wird versucht, solche Gedanken, Impulse oder Vorstellungen zu ignorieren oder zu unterdrücken oder zu ‚neutralisieren‘. Dieses Neutralisieren geschieht oft in Form von Zwangshandlungen wie z.B. Waschen oder Kontrollieren. In manchen Fällen werden solche Zwangsgedanken mit Hilfe ‚kognitiver Rituale‘ zu neutralisieren versucht, indem Betroffene z.B. stundenlang über mögliche Konsequenzen ihres Verhaltens nachgrübeln, oder indem sie erschreckende Bilder mit schöneren Bildern zu unterlegen versuchen, oder indem sie sämtliche Situationen im Kopf abspeichern, die sie nochmals kontrollieren müßten.

Als Beispiel dafür sei eine 36jährige verheiratete Frau mit einem 5jährigen Sohn erwähnt, die darunter leidet, dass sie von gewissen Bildern eines beängstigenden Filmes nicht mehr loskommt, den sie vor 17 Jahren mit ihrem damaligen Freund zusammen in einem Kino gesehen hatte. Die Frau ist nicht in der Lage, den Namen des Filmes auszusprechen oder die Vorkommnisse im Film genauer zu beschreiben, weil sie panische Angst davor hat, dass dadurch die aufdringlichen Gedanken noch stärker würden. Aufgrund ihrer vagen Beschreibungen lässt sich erahnen, dass es sich um einen Film im Zusammenhang mit der Judenverfolgung durch die Nazis im 2. Weltkrieg gehandelt haben muss. Seit die Frau diesen Film gesehen hat, kommen ihr morgens beim Erwachen, aber auch tagsüber immer

wieder Bilder davon in den Sinn, die so grosse Angst hervorrufen, dass sie sich zur Neutralisierung willentlich an andere Dinge erinnert. Sie denkt beispielsweise absichtlich an die Titel anderer, angenehmer Filme, die sie etwa zur gleichen Zeit vor 17 Jahren im Kino gesehen hatte, um die schrecklichen Gedanken mit etwas angenehmeren zu unterlegen. Die Frau ist in ihrem Leben stark eingeschränkt. Sie kann keine Medien ertragen (Fernsehen, Radio, Zeitung) aus Angst, sie würde mit etwas Schrecklichem im Zusammenhang mit der Judenverfolgung konfrontiert. Sie kann sich nicht frei bewegen aus Angst, plötzlich mit einem Hakenkreuz an einer Wand konfrontiert zu sein, was zur Folge hätte, dass sie sämtliche Kleider, die sie in einem solchen Moment getragen hat, nie mehr anziehen könnte, sondern in den Abfallkübel werfen müsste, was ihr schon mehrmals passiert war. Zusätzlich leidet die Frau an einem Alkoholproblem, da sie versucht, mit Rotwein die immer wiederkehrenden Zwangsgedanken zu ertränken.

Nach Salkovskis (1989) werden einschließende Gedanken, Impulse und Vorstellungen dann zu Zwangsgedanken, wenn sie aufgrund der Bewertung nicht für zulässig gehalten werden. So laufen beispielsweise nur besonders liebevolle und fürsorgliche Mütter Gefahr, dass sich der aufdringliche Gedanke „ich könnte mein Kind an die Wand werfen“ zu einem furchterregenden Zwangsgedanken entwickeln kann. Oder es sind besonders fromme Menschen, die immer wieder den Impuls verspüren könnten, in der Kirche etwas Blasphemisches auszurufen. Gerade weil die Diskrepanz zwischen dem Inhalt solcher Gedanken und den bewußten willentlichen Absichten so gross ist, erscheint es so schwierig, solche Gedanken als unwillkürliche und ungewollte Gedanken stehen zu lassen, ohne etwas aktiv dagegen zu unternehmen. Im Gegenteil wird von den davon Betroffenen praktisch alles versucht, um aktiv dagegen anzukämpfen und nicht mehr daran zu denken. All diese Versuche sind zum Scheitern verurteilt, weil es schlicht nicht möglich ist, an etwas Bestimmtes nicht zu denken ohne dabei immer wieder an das zu denken, woran man nicht denken möchte.

So stellt sich denn die Frage: Was hilft, um Zwangsgedanken wieder loszuwerden? Von kognitiv-verhaltenstherapeutischer Seite existieren auch dazu einige störungsorientierten Behandlungsvorschläge, auf die ich kurz eingehen möchte.

Distanzierung von Zwangsgedanken

Ein vorrangiges Ziel bei der Behandlung kann darin bestehen, dass Betroffene ihre Probleme als ein ‚Gedanken-Problem‘ und nicht als ein Problem der ‚Realität‘ zu begreifen lernen. Sie sollen deshalb lernen, auftretende Gedanken und Gefühle immer sicherer als Symptome ihrer Zwangsstörung zu identifizieren und als solche zu behandeln, etwa im Sinne von: „Der Gedanke, der eben aufgetaucht ist, ist ein Zwangsgedanke. Er ist lediglich ein Anzeichen dafür, dass ich noch an einer Zwangsstörung leide, er ist kein Indiz dafür, dass ich selbst in irgendeiner Weise gefährdet bin oder andere gefährden könnte. Es gibt also nichts, was ich dagegen unternehmen müßte“ (Hoffmann, 1994, 49).

Eine weitere Möglichkeit zur Distanzierung von Zwangsgedanken besteht darin, dass davon Betroffene zwischen ihren eigenen Wünschen und Bedürfnissen und denjenigen des Zwanges besser unterscheiden lernen (Schwartz, 1998), wie z.B.: „Das bin nicht ich, der das will, sondern das ist der Zwang“. Der Zwang kann betrachtet werden als ein mittlerweile sehr unwillkommener Gast, der sich im eigenen Haus breit gemacht hat und keine Anstalten macht, dieses Haus freiwillig wieder zu verlassen. Um mich vom Zwang wieder befreien zu können, muss ich ihn vor die Türe stellen und verhindern, dass er durch eine Hintertüre wieder in mein Haus gelangt.

Weil das Hauptproblem bei Zwangsgedanken deren Bewertung ist, wird verhindert, dass davon Betroffene solche Gedanken vorbeiziehen lassen können, sondern sich dagegen wehren und sie zu stoppen versuchen. Zur Veranschaulichung dieser Problematik eignet sich die ‚Lastwagen-Metapher‘: „Vergleichen wir einmal Ihre Zwangsgedanken mit Lastwagen auf einer stark befahrenen Straße und schauen wir uns an, wie Sie sich bisher verhalten haben, wenn so ein Lastwagen

aufgetaucht ist. Sie sind nämlich auf die Straße gesprungen, haben versucht den Lastwagen zu stoppen und sind dabei von ihm überfahren worden. Ich schlage Ihnen daher vor, sich auf einem Campingsessel an die Straße zu setzen und eine Verkehrszählung durchzuführen. Sobald ein Lastwagen daherkommt, registrieren Sie diesen, halten ihn auf Ihrer Strichliste fest und lassen ihn vorbeiziehen. Am Abend zählen Sie zusammen, wieviele Lastwagen heute diese Strecke passiert haben“.

Exposition bei Zwangsgedanken

Eine zweite Behandlungsmöglichkeit der Zwangsgedanken zielt darauf ab, dass Betroffene sich an das unwillkürliche Auftreten solcher aufdringlicher Gedanken gewöhnen lernen und nicht mehr sogleich in Angst und Schrecken versetzt zu werden. Eine solche Gewöhnung (Habituation) kann erfolgen, indem die Person z.B. solche Gedanken aufschreibt und sich zu einem späteren Zeitpunkt aktiv damit auseinandersetzt.

Eine kreative Methode, um dieses Problem besser in Griff zu bekommen, hat Salkovskis entwickelt. Er schlägt vor, dass der Patient zunächst in wenigen Sätzen seine Zwangsgedanken notiere und sie dann in möglichst authentischer Form auf eine Tonbandkassette mit einer Endlosschleife spreche. Dies Tonband sollte der Patient mehrfach über längere Zeit hinweg abhören, zumindest solange, bis die Angst und Unruhe ihren Höhepunkt deutlich überschritten habe.

Eine weitere Konfrontationsmethode besteht darin, den Patienten mit den zuvor vermiedenen ‚gefährlichen‘ Gegenständen (etwa Messern bei Tötungsimpulsen) zu konfrontieren und ihn so erleben zu lassen, dass er nie und nimmer so einen Impuls in die Tat umsetzen würde.

Das Behandlungsrationale dieser Interventionen ist letztlich dasselbe wie bei der In-vivo-Exposition mit Reaktionsmanagement. Durch die prolongierte willkürliche Auseinandersetzung mit solchen Gedanken, Impulsen oder Vorstellungen kann der Betroffene erleben, dass er davon nicht mehr so sehr aufgeputscht wird und sich allmählich an deren Auftreten gewöhnen kann, was wiederum deren Auftretenshäufigkeit verringert, weil sich über die Gewöhnung auch die Bewertung des aufdringlichen Gedanken verändert.

Kognitive Verfahren

Kognitive Verfahren im engeren Sinn setzen bei der Erkenntnis an, dass Betroffene von Zwangsstörungen neigen dazu, die Wahrscheinlichkeit einer Gefahr zu hoch einzuschätzen und die persönliche Verantwortung für das Eintreten einer Gefahr (Konsequenzen) zu überschätzen. Im Sinne einer realistischen Überprüfung wird auf Zwangsgedanken inhaltlich eingegangen, indem deren rationaler Gehalt genauer unter die Lupe genommen wird.

So wird z.B. bei offensichtlicher Überschätzung der Wahrscheinlichkeit für das Eintreten einer Gefahr eine Art Wahrscheinlichkeitsrechnung gemacht, indem zunächst die einzelnen Handlungssequenzen, die z.B. für das Eintreten einer Gasexplosion erforderlich wären, genau erfragt werden. Danach wird die Wahrscheinlichkeit jeder dieser Voraussetzungen gesondert in Prozenten eingeschätzt, und schließlich werden die geschätzten Wahrscheinlichkeiten miteinander multipliziert (Berechnung der kumulativen Wahrscheinlichkeit) und der Person vor Augen geführt, dass das Eintreten eines Sechlers im Lotto in manchen Fällen wahrscheinlicher ist als das Eintreten der befürchteten Katastrophe.

Bezüglich der Überschätzung der Eigenverantwortung für das Eintreten einer Gefahr kann man mit der ‚pie-chart-Technik‘ arbeiten mit dem Ziel zu einer realistischeren Einschätzung eigener Einflussmöglichkeiten zu gelangen (z.B. Freund könnte Suizid begehen, wenn Patientin einen solchen Gedanken hat und nicht dagegen angeht). Hierbei werden zunächst alle möglichen Einflussfaktoren aufgelistet und entsprechend ihrer Bedeutung als Segmente in einem Kreis dargestellt. Erst am Schluss wird der Verantwortungsteil der Patientin eingefügt, für den erfahrungsgemäß nur noch

wenig Raum bleibt. Dies führt in der Regel zu einer deutlichen Veränderung der Verantwortungsüberzeugung.

Sämtliche vorgeschlagenen Interventionen zur Behandlung der Zwangsgedanken haben eher vorläufigen Charakter. Sie vermitteln den PatientInnen in erster Linie ein neues Verständnis für das Auftreten ihrer quälenden Zwangsgedanken und ermöglichen dadurch eine Veränderung der Bedeutung solcher Gedanken, was letzten Endes die entscheidende Voraussetzung für einen anderen Umgang damit darstellt. Oft reichen diese psychologischen Strategien alleine nicht aus, sondern werden sinnvollerweise kombiniert mit einer pharmakologischen Behandlung durch die Gabe von Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (SSRI).

Voraussetzungen für störungsspezifischen Interventionsmethoden

Abschließend möchte ich noch ein paar Worte sagen zu den Voraussetzungen für eine erfolgreiche Behandlung der Zwangsstörung mit störungsspezifischen therapeutischen Interventionen. In allererster Linie gehören dazu von Seiten der PatientInnen eine klar erkennbare Eigenmotivation, die quälende und demütigende Symptomatik der Zwangsstörung loswerden zu wollen. Dazu braucht es Ziele, für deren Erreichung es sich lohnen würde, einen möglicherweise schmerzhaften Veränderungsprozess einzugehen und durchzustehen. Dazu braucht es persönliche Ressourcen sowie Ressourcen des involvierten Bezugssystems im Sinne einer wohlwollenden und tatkräftigen Unterstützung der PatientInnen bei der Bewältigung ihrer Zwangsproblematik.

Von Seiten der TherapeutInnen stellt die Erreichung einer tragfähigen therapeutischen Allianz den eigentlichen Schlüssel zum Therapieerfolg dar, denn nur unter dieser Voraussetzung kann man sich vorstellen, dass sich PatientInnen In-vivo-Exposition mit Reaktionsmanagement überhaupt einlassen können. Im weiteren gehören dazu die Ausstrahlung von Kompetenz und die Transparenz im therapeutischen Vorgehen. PatientInnen mit Zwangsstörungen sind durchaus in der Lage, auch schwierige Veränderungsschritte in Angriff zu nehmen, sofern sie davon nicht überrascht werden, sondern genügend Zeit haben, sich mental darauf vorzubereiten.

Aus einer störungsorientierten Perspektive wird argumentiert, dass es bei einer akuten Zwangssymptomatik zunächst einmal hauptsächlich darum geht, PatientInnen aktiv darin zu unterstützen, ihre Zwangsproblematik zu bewältigen. Man könnte eine Person, die unter einer Zwangsstörung leidet, vergleichen mit einem Schiff, das auf eine Sandbank aufgelaufen ist. Das wichtigste, was in einer solchen Situation getan werden muss, sind Mittel und Wege zu finden, um dieses Schiff wieder von dieser Sandbank zu befreien. Erst wenn dies geschehen ist, lohnt es sich, die sonstigen Schäden zu reparieren und der Frage nachzugehen, wie es überhaupt dazu gekommen ist, dass dieses Schiff auf Grund gelaufen ist.

Literatur

Ambühl, H. (Hg.) (1998): Psychotherapie der Zwangsstörungen. Thieme.

Ambühl, H., & B. Heiniger Haldimann (1997): Psychotherapie bei einem Patienten mit Waschzwang - Ein kontrollierter Einzelfall. Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis 29, 175-196.

Ambühl, H., & B. Heiniger Haldimann (1998): Psychotherapie der Zwangsstörungen aus der Perspektive einer allgemeinen Psychotherapie. In H. Ambühl (Hg.): Psychotherapie der Zwangsstörungen, 96-114. Thieme.

Csef, H. (1994): Neuere Entwicklungen in der psychoanalytischen Behandlungstechnik der Zwangsstörung. Praxis der klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation 7, 70-76.

Grawe, K., (1998): Psychologische Therapie. Hogrefe.

Hoffmann, N. (1994): Verhaltenstherapie bei Zwangsstörungen. Psychotherapeut 39, 43-52. Springer.

- Hoffmann, N. (1998): Phänomenologie der Zwangsstörungen. In H. Ambühl (Hg.). Psychotherapie der Zwangsstörungen. Thieme.
- Lakatos, A., Reinecker, H. (1999): Kognitive Verhaltenstherapie bei Zwangsstörungen. Ein Therapiemanual. Hogrefe.
- Lang, H. (1986): Zur Struktur und Therapie der Zwangsneurose – Der Zwangsneurotiker als „gehemmter Rebell“. Psyche 40, 953-970.
- Meyer, V. (1966): Modification of expectations in cases with obsessional rituals. Behavior Research and Therapy 4, 273-280.
- Rachman, S.J., I.M. Marks, & R.J. Hodgson (1973): The treatment of obsessive-compulsive neurosis by modeling and flooding in vivo. Behavior Research and Therapy 11, 467-471.
- Salkovskis, P.M. (1989): Obsessions and compulsions. In Cognitive therapy: a clinical casebook, 50-77. Routledge.
- Schwartz, J.M. (1997): Zwangshandlungen und wie man sich davon befreit. Krüger.
-

Kontakt

Dr.phil. Hansruedi Ambühl
Steingrubenweg 95
3095 Spiegel
Schweiz