

## Zwangsstörungen

Kognitiv-verhaltenstherapeutisches Behandlungsmanual. Mit Online-Materialien

Bearbeitet von  
Dr. Carmen Oelkers, Prof. Dr. Martin Hautzinger

2., vollständig überarbeitete Auflage 2013 2013. Buch. 293 S. Hardcover

ISBN 978 3 621 27927 7

Format (B x L): 24,6 x 17,3 cm

Gewicht: 589 g

[Weitere Fachgebiete > Psychologie > Psychotherapie / Klinische Psychologie > Verhaltenstherapie](#)

Zu [Inhaltsverzeichnis](#)

schnell und portofrei erhältlich bei

  
DIE FACHBUCHHANDLUNG

Die Online-Fachbuchhandlung [beck-shop.de](http://beck-shop.de) ist spezialisiert auf Fachbücher, insbesondere Recht, Steuern und Wirtschaft. Im Sortiment finden Sie alle Medien (Bücher, Zeitschriften, CDs, eBooks, etc.) aller Verlage. Ergänzt wird das Programm durch Services wie Neuerscheinungsdienst oder Zusammenstellungen von Büchern zu Sonderpreisen. Der Shop führt mehr als 8 Millionen Produkte.



Leseprobe aus: Oelkers/Hautzinger, Zwangsstörungen, ISBN 978-3-621-27927-7  
© 2013 Beltz Verlag, Weinheim Basel  
<http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-621-27927-7>

## 5 Einführung zum Therapieprogramm

Das im Folgenden vorgestellte kognitiv-verhaltenstherapeutische Therapiekonzept besteht aus zwei Modulen. Fokus des ersten Moduls ist die direkte Behandlung der Zwangssymptomatik. Das im zweiten Modul dargestellte Soziale Adaptationstraining soll den Zwangspatienten helfen, ihre spezifischen sozialen und adaptiven Defizite zu überwinden.

Das umfassende Behandlungskonzept ist sowohl für die Therapie im Gruppen- als auch im Einzelsetting ausgelegt. In Bezug auf das erste Modul ist eine Anwendung in der Gruppe und in der Einzeltherapie vergleichbar. Selbstverständlich können unspezifische Therapiefaktoren eine Gruppentherapie begünstigen, wie z. B. die Universalität des Leidens. Durch die Fokussierung auf einen Patienten könnte sich die Einzeltherapie jedoch der Gruppentherapie als minimal überlegen zeigen.

Für die Gruppentherapie wäre eine optimale Gruppengröße 5–7 Patienten, ebenso sollte sie möglichst gemeinsam von einem Therapeuten und einem Co-Therapeuten geleitet werden.

Das Programm in Modul I umfasst 15 Sitzungen. Sowohl in der Einzel- als auch in der Gruppentherapie werden innerhalb von 10 Sitzungen gemeinsam mit den Patienten jene Inhalte erarbeitet, die die Voraussetzung für die Exposition darstellen. Die Sitzungen 11–14 sind den Einzelexpositionen mit Therapeutenbegleitung gewidmet. Sitzung 15 beinhaltet neben der Verabschiedung auch die Rückfallprophylaxe und die Fokussierung weiterer Problembereiche. Die Gruppentherapien sind als Doppelstunden (120 Minuten) angesetzt, während die Einzeltherapie einen normalen Umfang von einer Sitzung à 50 Minuten umfasst.

Im Kontext der Gruppentherapie werden nach unserer Erfahrung 60 Stunden beantragt, wobei 30 für die Gruppe und die anderen 30 Stunden für eine Einzeltherapie vorgesehen sind. Im Kontext der Einzeltherapie werden ganz normal 40 therapeutische Sitzungen beantragt.

**Psychoedukation.** Einen besonderen Schwerpunkt des zwangsspezifischen Therapiemoduls stellt die ausführliche Psychoedukation der Patienten dar. Das hat mehrere Gründe. Zum einen ist die spätere Exposition mit Reaktionsmanagement für die Patienten in der Regel sehr belastend, was in seltenen Fällen zu Therapieverweigerungen und Abbrüchen führen kann. Daher ist es wichtig, dass der Patient versteht, wie seine Krankheit entstanden ist, wie sie aufrechterhalten wird und warum die Exposition mit Reaktionsmanagement das Mittel der Wahl darstellt. Zum anderen soll der Patient motiviert werden, zum Experten seiner eigenen Erkrankung zu werden, was bereits eine aktive Bewältigungsstrategie ist. Durch das verbesserte Krankheitswissen wird einer resignativen Haltung und Rückschlägen entgegengewirkt. Ausführliche Informationen über das Störungsbild tragen ebenfalls bedeutend zur Transparenz des Verfahrens bei.

Wichtig ist allerdings, dass die Psychoedukation nicht als akademischer Frontalunterricht stattfindet, sondern dass Eigenbeteiligung und Eigenbezug der Patienten hergestellt werden. Patienten müssen sich in den vermittelten Inhalten wiederfinden. Es ist ebenfalls wichtig, dass den Patienten verständliche und hilfreiche Texte mitsamt Arbeitsmaterialien zur Verfügung gestellt werden. Die Verfügbarkeit dieser Texte führt zu Präsenz, Verständnis und Verfestigung des Krankheitswissens und erhöht die Kompetenz der Patienten, sich mit ihrer Krankheit konstruktiv auseinanderzusetzen. Da die inhaltlichen Unterschiede im Vergleich Gruppe vs. Einzeltherapie nicht gravierend sind, können die Unterlagen, die in der Gruppe als PowerPoint-Präsentation vonseiten des Therapeuten vermittelt werden, in der Einzeltherapie als Papiervorlage und über Tafelaufschriebe (Flipchart) bearbeitet werden.

**Patienten für die Automatismen sensibilisieren.** Parallel zur Wissensvermittlung über die Zwangsstörung werden die Patienten immer wieder angeleitet, ihre Gedanken, Gefühle, ihr Verhalten und ihre körperlichen Reaktionen im Zusammenhang mit der Zwangssymptomatik zu beobachten und zu erfassen. Ziel ist es hierbei, die Patienten für die hoch automatisiert ablaufenden Prozesse zu sensibilisieren, um ein Bewusstsein für problematische Kognitionen und Verhaltensweisen zu erreichen. Dieses Bewusstsein dient als Ausgangsbasis für Veränderungen. Das soll so weit gehen, dass Patienten eigene Verhaltensanalysen erstellen, die dann im Rahmen der Gruppe- bzw. der Einzeltherapie besprochen werden.

**Die Expositionsübungen.** So eigenständig wie möglich sollen Problembereiche definiert, Expositionssituationen abgegrenzt und nach Schwierigkeit geordnet sowie erwünschte Zielzustände festgelegt werden. Die Gruppe ist in diesem Zusammenhang mit ihrer Feedback-Funktion ein Mittel zur Realitätsüberprüfung, Anregung und Motivationssteigerung des Einzelnen. Diese Arbeit ist in der Einzeltherapie vom Therapeuten zu leisten. Die Exposition kann nach entsprechender Vorbereitung entweder von den Patienten selbstständig durchgeführt werden oder in therapeutischer Begleitung stattfinden. Dies ist im Einzelfall abzuwägen. Die Besprechung und Nachbereitung der Exposition erfolgt wiederum in der Gruppe- bzw. in der Einzeltherapie.

Gegen Ende des zwangsspezifischen Therapiemoduls sollten die Patienten mehrere Expositionen durchgeführt und erste Erfolgserlebnisse erzielt haben, die sie zur weiteren Konfrontation motivieren. Ziel ist weniger, die Patienten als geheilt zu entlassen – dies wäre angesichts der kurzen Interventionsdauer unrealistisch –, aber die Symptome der Patienten sollten deutlich zurückgegangen sein. Darüber hinaus sollte die Motivation geschaffen sein, selbstständig Expositionen durchzuführen. Eine auf den jeweiligen Patienten zugeschnittene Betreuung und Nachsorge nach der Therapie sollte selbstverständlich angeboten werden.

**Das Soziale Adaptationstraining.** In den ersten Sitzungen des zweiten Therapiemoduls, des Sozialen Adaptationstrainings, geht es um die Vermittlung von Grundlagen. Sozial angemessenes, adaptives selbstsicheres Verhalten wird in verschiedenen sozialen Gegebenheiten definiert und gegenüber selbstunsicherem Verhalten abgegrenzt. Im weiteren Verlauf wird auf zwangsspezifische Aspekte von selbstunsicherem Verhalten

in Beziehungssituationen eingegangen. Dies umfasst die Themen Schuld und Verantwortung, Perfektion, Anständigkeit sowie Fehlschlag- und Kritikangst. Zu jedem dieser Themen werden typische Situationen und Grundeinstellungen der Patienten gesammelt. Die Situationen werden jeweils anhand eines Rasters für selbstsicheres Verhalten in ihre einzelnen Verhaltenskomponenten zerlegt. An dysfunktionalen Grundeinstellungen wird im Sinne der kognitiven Umstrukturierung gearbeitet, zudem werden alternative Verhaltensweisen aufgezeigt und eingeübt. Innerhalb der Gruppe haben alle Patienten die Möglichkeit, persönliche Situationen in Rollenspielen zu üben. Die Gruppe stellt somit einen geschützten Rahmen für die Patienten dar, alternative, selbstsichere Verhaltensstrategien in zwischenmenschlichen Beziehungen zu üben. Die Gruppe unterstützt die einzelnen Mitglieder durch angemessenes Feedback und Verstärkung der neu erprobten Verhaltensweisen. Zugleich dient der Einzelne als Modell für die Gruppe. Alternatives selbstsicheres Verhalten kann ebenso in der Einzeltherapie durch Rückmeldung und Verstärkung durch den Therapeuten erarbeitet werden, lediglich entfallen in der Einzeltherapie die Modellfunktion und die Rückmeldung der einzelnen Gruppenmitglieder. Im weiteren Verlauf der Therapie sollen die Patienten diese neuen Verhaltensweisen in ihrer häuslichen Umgebung anwenden, die entsprechenden Situationen dokumentieren und in der Gruppe- bzw. in der Einzeltherapie vorstellen.

Das Ziel des Sozialen Adaptationstrainings ist es, die Patienten in ihrer Wahrnehmung der eigenen Bedürfnisse und Gefühle zu schulen sowie Möglichkeiten für angemessene Formulierungen ihrer Bedürfnisse in sozialen Situationen aufzuzeigen. Die Patienten lernen, dass es wichtig ist, ihre Bedürfnisse klar zu äußern, und ebenso, dass dies nicht bedeutet, sie hätten grundsätzlich ein Recht auf die Durchsetzung dieser Bedürfnisse. Sie lernen also auch, eine mögliche Nichterfüllung zu tolerieren und zu akzeptieren. Zudem kann über Videofeedback die Modellfunktion des Einzelnen verstärkt werden, was das Erlernen alternativer Verhaltensweisen im weiteren Verlauf der Therapie begünstigt.

Nach Abschluss des Sozialen Adaptationstrainings kann davon ausgegangen werden, dass die Patienten ihre Bedürfnisse in Beziehungssituationen deutlicher und differenzierter wahrnehmen können und Verhaltensalternativen kennen, die das Ansprechen und gegebenenfalls die Erfüllung dieser Bedürfnisse ermöglicht.

## 6 Modul I: Behandlung der Zwangssymptomatik

### Allgemeine Hinweise zur Durchführung

Im Modul Zwang stellen wir eine sehr ausführliche Psychoedukation dar, die innerhalb der Sitzungen stattfindet. Diese könnte den Patienten teilweise auch vor Beginn der Therapie, während der Diagnostikphase, in Form der Patienteninformationen ausgehändigt werden. Dies sollte allerdings nicht die Psychoedukation in der Sitzung ersetzen, könnte aber das Verständnis für die Inhalte erleichtern. Wir empfehlen, sich möglichst nah an Aufbau und Abfolge der einzelnen Sitzungen zu halten. Die Anzahl der Sitzungen kann flexibel gehandhabt werden; dies ist abhängig davon, ob die Expositionen nur als Hausaufgabe oder in Begleitung des Therapeuten durchgeführt werden. Wir gehen in der Gruppe von einer Sitzungsdauer von zwei Zeitstunden aus, in der Einzeltherapie von 50 Minuten. Die Anzahl der Sitzungen sollte auf jeden Fall mindestens 15 betragen, um ausreichende Übungsmöglichkeiten für die Patienten zu schaffen und stabile Veränderungen zu erreichen.

**Beginn und Ende der Sitzungen.** Jede Sitzung beginnt mit einem »Blitzlicht« und endet mit einer Abschlussrunde sowie mit einem erneuten »Blitzlicht«. In der folgenden Darstellung des Moduls wird darauf verzichtet, das Blitzlicht und die Abschlussrunde bei jeder Sitzung zu beschreiben, stattdessen werden sie nur kurz erwähnt. Dies soll nicht den Eindruck erwecken, sie seien nicht wichtig. Im Gegenteil. Das Blitzlicht zu Sitzungsbeginn sieht für jeden Patienten ein festes kurzes Zeitfenster vor, in dem er sein aktuelles Stimmungsbild abgeben und mitteilen kann, wie er in der Sitzung ankommt. Die Äußerungen eines jeden Patienten werden von den anderen Teilnehmern und den Therapeuten nicht kommentiert. Die Abschlussrunde bietet den Patienten die Möglichkeit, abschließende Fragen zu Sitzungsinhalten, Hausaufgaben oder zu Organisatorischem zu stellen. Im abschließenden Blitzlicht geben die Patienten wie im Eingangsblitzlicht ein aktuelles Stimmungsbild ab. Auch hier bleiben die Patientenäußerungen unkommentiert.

### Probatorische Sitzungen – Anamnese- und Diagnostikphase

Eine erfolgreiche Therapie baut auf einer sorgsamem Anamnese und Diagnostik auf. Patienten mit Zwangsstörung bringen besondere Eigenheiten mit, die einerseits Folge einer jahrelangen Zwangsstörung und auf der anderen Seite auch an deren Entstehung beteiligt sein können. Für den Therapeuten entstehen daraus gewisse Herausforderungen und manchmal auch Schwierigkeiten. Hierauf geht dieses Kapitel näher ein. Es bietet Ihnen speziell auf Zwangspatienten zugeschnittene Strategien und Vorgehensweisen für die Gestaltung der Probatorik und dient damit als »roter Faden«, mit dessen Hilfe Sie sich dieser komplexen Störung annähern und gemeinsam mit dem Patienten ein individuelles Störungsverständnis entwickeln können.

## **Besonderheiten beim Aufbau der therapeutischen Beziehung**

In den seltensten Fällen suchen uns Patienten auf, deren Entwicklung einer Zwangsstörung noch am Anfang steht. Meist nehmen Betroffene i. d. R. erst 7–11 Jahre nach dem Ausbruch der Erkrankung erstmals therapeutische Unterstützung in Anspruch. Viele haben nicht nur einen langen Leidensweg mit fortschreitendem Verlauf der Zwangserkrankung, sondern häufig auch bereits zahlreiche Behandlungsversuche hinter sich. Scham über das eigene Unvermögen den Zwängen zu widerstehen, Erfahrungen mit Unverständnis und Abwertung vonseiten ihrer Umwelt sowie eine daraus resultierende Vorsicht bis hin zu Misstrauen verhindern nicht selten die nötige Offenheit dem Therapeuten gegenüber. Andererseits berichten die Patienten aber oft sehr ausschweifend und verlieren sich im Detail, vermeiden es dabei jedoch, die einzelnen Zwangssymptome konkret zu schildern. Je länger eine Zwangsstörung besteht und je weiter sie fortgeschritten ist, desto schwieriger ist deren Behandlung.

Eine andere Schwierigkeit stellt die starke Heterogenität der Zwangsstörung dar. Selten zeigen Patienten nur ein Erscheinungsbild und häufig können Zwänge, gerade wenn sie über längere Jahre bestehen oder komorbid andere Störungsbilder vorliegen, sehr bizarre Formen annehmen. Daraus ergeben sich für Therapeuten bereits im Erstgespräch besondere Anforderungen. In diesem Kapitel legen wir daher besonderes Augenmerk auf Strategien und Vorgehensweisen, die einerseits dem Ausmaß des Störungsbilds gerecht werden, andererseits aber auch für die Therapeut-Patient-Beziehung hilfreich sind.

Infolge der bereits langfristig bestehenden Problematik und aufgrund zahlreicher misslungener Behandlungsversuche wird für den Erstkontakt zunächst einmal ein empathisches Zuhören vorausgesetzt, um sich in die Problematik des Patienten richtig einfühlen zu können.

Darüber hinaus ist ein immer wieder auftretendes Misstrauen und Zweifeln des Patienten – sowohl an sich als auch an der Entscheidung, sich zu diesem Zeitpunkt zu diesem Therapeuten zu begeben, eine für die Störung spezifische Verhaltensweise. Dies verlangt vom Therapeuten eine sehr starke Sensibilität und empathische Zuwendung im Erstgespräch. Allgemein ist bei diesem schwierigen Störungsbild ein hohes Ausmaß an therapeutischer Kompetenz notwendig, um gemeinsam mit dem Patienten Veränderungen zu erzielen. Im Erstgespräch geht es zunächst vor allem darum, dem Patienten Sicherheit zu geben, sodass er das Gefühl hat, bei diesem Therapeuten gut aufgehoben zu sein. Dies geschieht, indem der Therapeut kompetent auf seine Problematik eingeht. Bestimmte Techniken und Strategien können hierfür sehr hilfreich sein, diese werden im Folgenden dargestellt.

Oft ist für den Therapeuten die Diskrepanz zwischen dem Ausmaß der Störung und dem teilweise noch funktionierenden (Berufs-)Alltag schwer nachvollziehbar. Es ist jedoch wichtig, diese Diskrepanz zu akzeptieren. Ebenso sollte man es dem Patienten gegenüber als sehr positiv bewerten, dass die Störung im beruflichen Alltag noch einigermaßen bewältigbar ist. Dadurch erfährt der Patient die notwendige Zuversicht und Akzeptanz durch den Therapeuten.

Da Zwangspatienten häufig sehr ausführlich berichten und sich im Detail verlieren, ist es im Verlauf des Gesprächs durchaus auch sinnvoll, den Patienten zu unterbrechen und ihn auf das eigentliche Thema zurück zu führen, wie z. B. durch folgenden Satz: »Sie haben jetzt sehr viel erzählt. Jetzt würde mich interessieren, wie Ihr Verhalten in dieser Situation nun ganz konkret aussieht?«. Dies hilft dem Patienten zum einen, beim Thema zu bleiben, zum anderen führt es gleichzeitig zu einer konkreten Situation, die in der kognitiven Verhaltenstherapie eine wichtige Grundlage für die Arbeit am direkten Zwangsverhalten darstellt. Konkretheit heißt in diesem Fall auch »zeigen Sie mir mal ganz genau, wie es aussieht, wenn Sie Ihre Hände waschen. Wie viel Seife nehmen Sie? Wie oft betätigen Sie den Seifenspender? Waschen Sie erst die ganze Hand oder zum Beispiel erst jeden Finger einzeln?«

Oder wenn es um einen Kontrollzwang geht: »Wie oft gehen Sie in Ihre Wohnung zurück, wenn Sie diese verlassen möchten? Halten Sie zum Beispiel Ihre Hand unter den Wasserhahn, auch wenn Sie ihn vorher zuge dreht haben?« Dies wären typische Techniken, die dem Patienten jene Sicherheit vermitteln, dass sein Gegenüber um sein Störungsbild weiß.

Aggressive Zwangsgedanken verunsichern die Patienten häufig und bewirken bei ihnen Scham- und Schuldgefühle. In diesem Zusammenhang ist es besonders wichtig, als Therapeut nicht zu werten, sondern dies als ein Symptom der Krankheit zu interpretieren. Ein konkretes Nachfragen wäre: »Sie haben erzählt, dass Sie manchmal mit dem Auto Kontrollfahrten machen. Patienten berichteten mir häufig in diesem Zusammenhang, dass Sie Sorge haben, jemand überfahren zu haben, ohne es bemerkt zu haben. Ich weiß durch meine Arbeit mit Zwangspatienten, dass es oft schwierig ist, über Derartiges zu reden. Damit ich Ihnen in Ihrer Problematik helfen kann, könnte dies hier der Ort sein, wo es Ihnen vielleicht möglich wäre, das anzusprechen.«

Ein Fallbeispiel: Eine Mutter, die berichtete, dass es ihr schwer fiel, ihr Kind zu umarmen, hatte ebenfalls aggressive Zwangsgedanken, die sie über lange Zeit im Gespräch nicht äußern konnte. Andere Kontrollzwänge fielen ihr leichter zu berichten. Nachdem ich die Patientin ganz konkret angesprochen habe: »Ich kann mir vorstellen, dass es Ihnen als Mutter schwer fällt, über die Ursache zu reden, warum Sie Ihre Tochter nur so schwer umarmen können«, versuchte ich sie diesbezüglich noch direkter anzusprechen. »Ich weiß von anderen Müttern, die ihre Kinder lieben, aber dennoch solche Gedanken haben, wie zum Beispiel – wenn ich mein Kind umarme, könnte ich es erwürgen. Weil bei engem Kontakt mit dem Kind diese Gedanken immer und immer wieder in den Kopf drängen, fühlen sie sich sehr schlecht. Haben Sie auch ähnliche Gedanken?«

Durch diese sehr konkrete Fragetechnik fühlt sich der Patient beim Therapeut aufgehoben, und weiß, dass er im Bezug auf sein Störungsbild Erfahrung hat.

Therapeutische Kompetenz zeigt sich unter anderem z. B. im Erstgespräch durch die genaue Beobachtung des Patientenverhaltens sowie durch die Bezugnahme darauf: »Mir fällt auf, dass Sie, bevor Sie sich hingesetzt haben, mit der Hand über die Sitzfläche des Stuhls gestrichen haben. Haben Sie die Befürchtung, dass dieser Stuhl schmutzig sein könnte?« Oder ein anderer Punkt könnte sein, bevor der Patient die



Praxis verlässt, ihn beim nächsten Mal zu fragen: »Bevor Sie das letzte Mal gingen, haben Sie immer noch einmal in den Raum zurückgeschaut. Ich kenne das auch von anderen Patienten, die befürchten, etwas liegen gelassen oder vergessen zu haben. Denken Sie in einer solchen Situation ähnlich?« Durch die Formulierung und das zeitverzögerte Ansprechen hat der Patient die Freiheit, die Frage zu bejahen oder zu verneinen. Er wird nicht festgenagelt und dies schafft eher Vertrauen und ist ein gutes Mittel, um Ambivalenz gegenüber der Therapie zu reduzieren.

Ganz allgemein ist der Aspekt der Fremd- oder Eigenmotivation immer ein schwieriger Punkt, wenn es um die Aufnahme einer Therapie geht. Gerade bei Zwangspatienten, bei denen die gesamten Angehörigen häufig in das Zwangssystem eingebunden sind, ist die Klärung der Motivation besonders wichtig. Es sollte deshalb betont werden, dass es allein die Entscheidung des Patienten sein kann, eine Therapie in Angriff zu nehmen. Es ist wichtig, ihm zu vermitteln, dass es unter Umständen für ihn schwierig sein könnte, auf Hilfen seiner Angehörigen zunächst einmal verzichten zu müssen. Er habe dadurch aber die Möglichkeit, an seiner Problematik zu arbeiten und nach einer erfolgreichen Therapie wieder ein freieres, von anderen Menschen unabhängigeres Leben ohne diese Zwänge führen zu können.

Damit der Patient an seiner Problematik arbeiten kann, muss eine tragfähige therapeutische Beziehung aufgebaut werden. Die oben erwähnten Techniken stellen ein Mittel dar, um bereits in den Erstgesprächen eine gute Therapeut-Patient-Beziehung zu entwickeln, um in der Folge Gefühle wie Scham, Zweifel, Misstrauen, Angst und Ähnliches zu reduzieren.

### **Erarbeitung des individuellen Entstehungsmodells**

Im Rahmen der probatorischen Sitzungen ist es wichtig, zunächst einmal nach den für den Patienten typischen Zwangsverhalten in den verschiedenen Situationen zu fragen. Am sinnvollsten ist es, sich dieses anhand konkreter Beispiele schildern zu lassen. Erst im weiteren Verlauf der Probatorik sollte die Entwicklung der Zwangsstörung angesprochen werden. Auf diese Art und Weise hat der Patient die Möglichkeit, seine belastende Lebenssituation direkt zu formulieren und sich damit zunächst einmal zu entlasten. Darüber hinaus ist es wichtig, vom Patienten Informationen zu erhalten, in welchen Situationen Zwangsgedanken oder Zwangsverhalten auftreten, um diese von den Situationen, in denen diese nicht auftreten, zu unterscheiden. Durch ein derartiges Nachfragen kann aufseiten des Patienten Motivation geschaffen werden, sich selber diesbezüglich genauer zu beobachten, was im weiteren Therapieverlauf von großer Bedeutung sein kann. Auch die Bedeutung von Angehörigen für die Aufrechterhaltung der Erkrankung kann zu diesem Zeitpunkt erfragt werden. Der Therapeut sollte sich erkundigen, ob der Patient mit anderen zusammenlebt und ob er diese zeitweilig bitte, z. B. den Herd oder die Wasserhähne zu kontrollieren. Dadurch kann bereits zu diesem Zeitpunkt ein Vermeidungsverhalten aufseiten des Patienten festgestellt werden.

Zudem ist es wichtig, eine depressive Problematik abzuklären sowie nach bereits eingenommenen Medikamenten zu fragen.

Bezogen auf die Anamnese des Störungsbilds wäre nach wichtigen lebensgeschichtlichen Ereignissen, wie z. B. Trennung oder anderen Stressoren, zu fragen, die bei der Entwicklung der Erkrankung von Bedeutung gewesen sein könnten. So kann zu diesem Zeitpunkt bereits ein oberflächliches, individuelles Entstehungsmodell erarbeitet werden, das im weiteren Verlauf der Sitzungen noch klarer herausgearbeitet wird.

### **Das Zwangssystem verstehen lernen**

Zum einen ist es wichtig, dass der Patient durch die therapeutische Fragetechnik ein Stückweit lernt, sein Zwangssystem zu verstehen. Ein Beispiel hierfür wären die Fragen, inwiefern die Angehörigen in die Zwangsstörung eingebunden sind. Auf diese Art und Weise wird dem Patienten im ersten diagnostischen Prozess klar, dass dies zu einer Verstärkung der Zwangsproblematik führen kann. Darüber hinaus trägt es dazu bei, die Motivation für die mögliche weitere Therapie zu fördern. Auch aufseiten des Therapeuten ist es wichtig, die individuelle Problematik des Patienten nachzuvollziehen, um in der folgenden Therapie – sei es im Gruppen- oder Einzelsetting – die besonderen Problembereiche des einzelnen Patienten immer vor Augen zu haben.

### **Zielsetzung und Entwurf des Behandlungsplans im Rahmen des gruppentherapeutischen Vorgehens**

Das Ziel der Therapie ist eine weitgehende Reduktion des Zwangsverhaltens, wenn möglich bis hin zur Symptombfreiheit, wobei davon ausgegangen werden muss, dass im Rahmen der angeführten Gruppentherapie in dem zunächst einmal verfügbaren Rahmen nur eine Reduktion erreicht werden kann. Da aber in dem beschriebenen Therapiekonzept neben der Gruppe auch ein Kontingent an Einzelsitzungen zur Verfügung steht, in dessen Rahmen auch Expositionen durchgeführt werden, kann bei geeigneter Motivation und guter Mitarbeit des Patienten auch eine Symptombfreiheit erreicht werden.

In der Einzeltherapie kann in einem Umfang von mindestens 40 Sitzungen ebenfalls eine eindeutige Reduktion der Zwangsproblematik erreicht werden. Durch die Konzentration auf einen Patienten kann nach der Psychoedukation ebenso wie in der Gruppentherapie mit den Expositionen begonnen werden.

Der Ablauf ist bei Gruppen- und Einzeltherapie derselbe. Ein Vorteil der Einzeltherapie ist, dass zeitweise einige Gesichtspunkte in der Psychoedukation, wie z. B. hirnorganische Zusammenhänge und Stress oder die lebensgeschichtlichen Gesichtspunkte der Zwangserkrankung, bei Bedarf ausführlicher bearbeitet werden können.

### **Wahl des Settings und Behandlungsalternativen**

Grundsätzlich stehen im Rahmen dieses Therapiemanuals zwei mögliche Settings zur Verfügung. Dies wäre zum einen die Gruppentherapie mit kombinierten Einzelsitzungen und zum anderen die reine Einzeltherapie. Die Entscheidung für Gruppe oder Einzeltherapie hängt einerseits von der Anzahl möglicher Patienten ab, eine Gruppentherapie kann ab zwei Patienten durchgeführt werden. Andererseits gibt es Faktoren, die die Entscheidung für eine Einzeltherapie begünstigen. Ein Kriterium dafür könnte

z. B. eine ausgeprägte soziale Phobie oder auch eine äußerst stark ausgeprägte Depression sein, die zunächst eine Einzeltherapie erforderlich erscheinen lassen. Darüber hinaus könnten Patienten mit Zügen einer antisozialen Persönlichkeitsstörung ebenfalls besser für eine Einzeltherapie geeignet sein.

## **Sitzung 1: Einstieg in die kognitiv-verhaltenstherapeutische Arbeit am Zwang**

**Ziele.** Kennenlernen des/der Therapeuten und in der Gruppe Kennenlernen der anderen Teilnehmer. Information über die Rahmenbedingungen der Therapie, Schaffung einer vertrauensvollen Atmosphäre; Information über die Zwangsstörung und Herstellung eines Eigenbezugs; Vermittlung des Zusammenhangs zwischen Gedanken, Gefühlen, Verhalten und körperlichen Reaktionen.

**Benötigte Materialien.** Gruppe: Arbeitsblatt Z-1 und Z-2 (auch als ppt), Z-3, Z-4, Z-5. Einzel: Arbeitsblatt Z-1-E, Z-2 bis Z-5.

### **Begrüßung und gegenseitiges Kennenlernen**

Der Therapeut und Co-Therapeut begrüßen die Gruppenteilnehmer und stellen sich kurz vor. Bevor organisatorische Dinge zum Ablauf der Therapie angesprochen werden und ein erster Einstieg in die Inhalte erfolgt, sollen die Gruppenmitglieder sich kennenlernen. Zu diesem Zweck könnten Namensschilder und eine kurze Vorstellungsrunde hilfreich sein. Wichtig ist es, eine Atmosphäre zu schaffen, in der Offenheit und Vertrauen herrschen. Die Patienten sollen ungehemmt über ihre Zwänge reden können. Dies sollte ausdrücklich angesprochen werden.

**Therapeut:** »Sie sind hier, weil Sie alle an einer Krankheit leiden, die sich Zwangsstörung nennt, und weil Sie lernen möchten, sich damit auseinanderzusetzen und gegen sie anzugehen. Wir möchten Ihnen einen Raum schaffen, wo Sie über Ihre Schwierigkeiten, die Sie mit Ihrer Zwangserkrankung haben, offen reden können. Dies wird am Anfang ungewohnt für Sie sein. Das ist normal, aber hier in der Gruppe brauchen Sie sich nicht zu verstecken. Alle haben dasselbe Problem. Und alles, was in der Gruppe erzählt und besprochen wird, bleibt in der Gruppe.«

Die Vorstellungsrunde kann so gestaltet werden, dass jedes Mitglied einige wenige Sätze über sich sagt und anschließend kurz seine Gründe für die Teilnahme an der Gruppentherapie angibt, d. h. auch wie seine persönliche Zwangsproblematik aussieht. Der Therapeut sollte ein Beispiel geben, wie dies aussehen könnte: »Mein Name ist ..., ich bin Psychologe ... Ich komme aus ... und bin ... Jahre alt. In meiner Freizeit beschäftige ich mich gern mit ...« Alternativ können Zweiergruppen gebildet werden,

die sich gegenseitig befragen und sich anschließend gegenseitig der Gruppe vorstellen. Um generell einer zwanghaften Rigidität vorzubeugen, wäre es sinnvoll, von vornherein den Teilnehmern vorzuschlagen, erst einmal im Kreis zu sitzen.

**Kommunikation in der Gruppe.** Um die Kommunikation in der Gruppe zu fördern und um einer gewissen Zwanghaftigkeit vorzubeugen, ist es empfehlenswert, dass die Teilnehmer im Kreis sitzen und von Sitzung zu Sitzung jeweils einen Platz weiter-rücken. Dadurch haben sie zunächst einen vertrauten und einen neuen Teilnehmer neben sich sitzen.

**Offenheit braucht Zeit.** Der Therapeut muss sich dessen bewusst sein, dass die Patienten in dieser ersten Vorstellungsrunde nicht gleich über alle Einzelheiten ihrer Zwänge reden werden. Das kann in der ersten Sitzung so stehen bleiben. Im Verlauf der weiteren Sitzungen sollten die Patienten jedoch an ein immer größeres Maß an Offenheit herangeführt werden. Damit soll weiterer Tabuisierung vorgebeugt werden, was für Motivation und Therapieerfolg notwendig ist. Die Patientin im Fallbeispiel (vgl. Kap. 1) berichtete erst in der siebten Sitzung über ihre Befürchtungen, überall mit männlichem Sperma in Berührung zu kommen!

### **Organisatorisches und Vorstellung der Gruppenregeln**

Nach der Vorstellungsrunde können organisatorische Informationen zum Ablauf des Gruppenprogramms gegeben und ein Therapieplan ausgeteilt werden, dem z. B. Ort und Zeitpunkt sowie die Anzahl der Sitzungen zu entnehmen sind.

Es hat sich bewährt, für die Patienten einen Ordner bereitzustellen, in welchem sie die Unterlagen aus der Therapie abheften können. Dieser Ordner sollte zu den einzelnen Therapiesitzungen mitgebracht werden. Durch diese kompakte, ständig verfügbare Form der Informationen werden die einzelnen Therapieschritte transparenter. Darüber hinaus wird durch diese Maßnahme die Selbstständigkeit der Patienten gefördert, da sie bei Rückfällen immer wieder auf relevante Informationen zurückgreifen können.

Nachdem die Formalien geklärt sind, werden die Gruppenregeln vorgestellt. Hierzu präsentiert der Therapeut Arbeitsblatt Z-1 »Therapievertrag – Gruppenregeln« in einer PowerPoint-Präsentation, liest die Regeln vor und stellt sicher, dass sie von allen verstanden wurden. In den Gruppenregeln ist aufgeführt, wie die Teilnehmer einen unterstützenden, konstruktiven Umgang miteinander pflegen können. Nachdem er sie auch ausgeteilt hat, lässt der Therapeut die Gruppenregeln im Rahmen eines Therapievertrags von den Teilnehmern entweder direkt oder bis zur nächsten Sitzung unterschreiben. In diesem Zusammenhang ist nochmals auf die regelmäßige Teilnahme als eine wichtige Voraussetzung für den Therapieerfolg hinzuweisen.

AB  
Z-1

### **Psychoedukation**

Wir möchten die Patienten im Laufe der Therapie zu Experten bezüglich ihrer Krankheit machen. Nur auf diese Weise können wir sicherstellen, dass sie verstanden haben, wie die Störung funktioniert, warum sie ohne Therapie aufrechterhalten bliebe und warum gerade die Verhaltenstherapie helfen kann, sie zu beseitigen.

Wir gehen davon aus, dass viele der Patienten bereits einige mehr oder weniger erfolgreiche Therapieversuche hinter sich haben. Aus diesem Grund sehen wir es als besonders wichtig an, den Patienten ein Höchstmaß an Aufklärung über ihr Krankheitsbild Zwangsstörung zu vermitteln, um somit die Transparenz für die eigene Krankheit zu erhöhen. Es hat sich erwiesen, dass eine ausführliche Psychoedukation die Motivation zur Therapie steigert und ebenso die beste Prophylaxe gegen Rückfälle darstellt.

**Umsetzung der Psychoedukation.** Wie und in welchem Rahmen die Psychoedukation umgesetzt wird, ist in unterschiedlicher Weise möglich. Unser Vorschlag der Therapiegestaltung sieht die Psychoedukation innerhalb der Sitzungen vor, wobei es unserer Erfahrung nach wichtig ist, immer wieder einen Eigenbezug der Patienten zu den einzelnen theoretischen Modellen herzustellen. Die hier vorgeschlagenen Übungen und Hausaufgaben unterstützen eine solche Herangehensweise, indem gezielt Beispiele eigener Zwangsverhaltensweisen der Gruppenteilnehmer herangezogen werden.

**Patienteninformationen.** Für jede psychoedukative Sitzung gibt es eine Textversion für die Patienten, die alle wesentlichen Sitzungsinhalte zusammenfasst. Wenn die Inhalte in der Sitzung besprochen werden, sollte im Anschluss die jeweilige Patienteninformation ausgeteilt werden. Die Patienten werden dazu angehalten, diese zu Hause noch einmal durchzuarbeiten und evtl. Fragen zu notieren, sodass in der nächsten Sitzung noch einmal auf diese eingegangen werden kann. Ebenso könnten die Patienteninformationen und die zugehörigen Arbeitsblätter zwischen den einzelnen Sitzungen via E-Mail an die Patienten versandt werden, sodass sie von ihnen im Vorfeld bearbeitet werden können. In der nachfolgenden Sitzung könnte dann noch einmal auf Fragen oder auf besondere Inhalte eingegangen werden.

Da die Patienten in der Regel, vor allem in den Gruppentherapien, relativ offen miteinander kommunizieren, kann davon ausgegangen werden, dass bei Unsicherheiten Fragen auf jeden Fall gestellt werden. Es kann natürlich auch Zwangspatienten geben, die sehr zurückhaltend und schüchtern sind. Daher sollte der Therapeut auf jeden Fall darauf achten, dass durch ein freundlich zugewandtes und verstärkendes Verhalten auch zurückhaltende Patienten zu Äußerungen motiviert werden.

**Wissensstand und therapeutische Vorerfahrungen.** Die Vorgehensweise hinsichtlich der Psychoedukation hängt auch davon ab, wie groß der Wissensstand der Patienten hinsichtlich ihrer Störung ist, welche Therapieerfahrungen sie bereits gemacht haben und wie sie der Verhaltenstherapie, insbesondere dem Schlagwort »Exposition«, gegenüberstehen. Herrscht hier ein großes Misstrauen, ist es sinnvoll, die Psychoedukation aus den bereits genannten Gründen der Aufklärung und Transparenz ausführlicher zu gestalten. Da die Exposition eine für die Patienten belastende und möglicherweise angstbesetzte Erfahrung darstellt, ist es wichtig, dass sie genau verstanden haben, warum gerade diese Methode besonders wirksam ist.

**Therapeut:** »Wir werden Sie im Laufe dieser und der nächsten Sitzungen über Ihre Krankheit umfassend informieren, sodass Sie zu Experten auf dem Gebiet der Zwangsstörung werden. Wenn man ein Problem lösen will, sollte man es vorher genau kennen, man sollte wissen, wie es funktioniert und warum man es bisher nicht bewältigen konnte. Sie brauchen sich hierzu keine Notizen zu machen, am Ende der Sitzung bekommen Sie die besprochenen Inhalte ausgeteilt.«

**Was kennzeichnet die Zwangsstörung?** Zunächst wird ein Einblick in die Phänomenologie der Zwangsstörung gegeben. Hier bieten sich die von den Patienten geschilderten eigenen Symptome an, die in der Vorstellungsrunde umrissen wurden. Der Therapeut schlägt dann vor, Begriffe zu sammeln, die charakteristisch für die Zwangsstörung sind. Alternativ kann eine kurze »Symptomrunde« durchgeführt werden: Jeder Patient soll nun in wenigen Sätzen beschreiben, was er an seiner Problematik für ein Zwangssymptom hält. Der Therapeut schreibt die jeweiligen Schlagworte an die Tafel. Diese sollten durch den Therapeuten bereits danach gegliedert werden, ob es sich um Zwangsgedanken oder Zwangshandlungen (auch kognitive Zwangshandlungen) handelt. Im nächsten Schritt wird den Patienten die Unterscheidung in angstauslösende Zwangsgedanken und beruhigende Zwangshandlungen erläutert.



Zu diesem frühen Zeitpunkt des gegenseitigen Kennenlernens können aggressive oder blasphemische Zwangsgedanken peinlich und angstauslösend sein. Deswegen ist es besonders wichtig, dass der Therapeut diese Befürchtungen anspricht.

Ein Beispiel für einen Tafelanschrieb findet sich in Abbildung 6.1. Zur Erarbeitung dieser Begriffe kann nach Gemeinsamkeiten der von den Patienten angegebenen Symptome gefragt werden. Das Ziel ist hierbei, Folgendes deutlich zu machen: Es gibt Zwangsgedanken, die Angst auslösen, und Zwangshandlungen, mit denen versucht wird, diese Angst zu reduzieren, d. h. sich zu beruhigen.

Zwangsgedanken	Zwangshandlungen	Kognitive Zwangshandlungen
»Wenn ich einen Passanten auf der Straße anrempele, erschreckt er sich dermaßen, dass er einen Herzinfarkt bekommt.«	<ul style="list-style-type: none"><li>▶ Vermeidung belebter Straßen.</li><li>▶ Vermeidung des Berührens vorbeigehender Passanten.</li></ul>	Den zurückgelegten Weg gedanklich noch einmal genau Revue passieren lassen.

**Abbildung 6.1** Der Therapeut notiert ein Beispiel an die Tafel und differenziert zwischen Zwangsgedanken, Zwangshandlungen und kognitiven Zwangshandlungen. Es ist wichtig, dass die Patienten die Unterschiede verstehen

**Therapeut:** »Anhand unserer vielen Beispiele wird deutlich, dass sich die Zwangsstörung aus zwei Anteilen zusammensetzt: einem Gedanken, der Angst macht (Zwangsgedanke), und Handlungen, die Sie ausführen, um diese Angst zu reduzieren (Zwangshandlungen). Zwangshandlungen können auch gedanklich stattfinden, wie z. B. im Fall von Herrn S.«

AB  
Z-2

Zur Illustration wird Arbeitsblatt Z-2 »Zwangsgedanken und Zwangshandlungen« präsentiert. Anschließend werden weitere Merkmale der Zwangsstörung kurz dargestellt: Informationen zur Häufigkeit, zum Verlauf, zu Verheimlichungstendenzen und (eventuell) therapeutischen Irrwegen. Ebenso kann auf typische komorbide Erkrankungen hingewiesen werden. All diese Informationen befinden sich in der Patienteninformation, sie müssen daher nicht zu ausführlich in der Sitzung besprochen werden.

**Einstieg in die Kognitive Verhaltenstherapie.** Es ist besonders wichtig, den Patienten zu verdeutlichen, wie Verhalten stattfindet und wie es modifiziert werden kann. Im Rahmen der Kognitiven Verhaltenstherapie ist es die Aufgabe des Therapeuten, symptomatisches Verhalten zu verändern. Derartiges Verhalten zeigt sich immer auf den vier Ebenen Gedanken, Gefühle, Verhalten und physiologische Reaktionen. Der Therapeut benennt kurz diese vier Ebenen und schließt daran eine Übung an.

**Therapeut:** »Die hier durchgeführte Gruppentherapie ist auf der Grundlage der kognitiven Verhaltenstherapie erstellt. Die kognitive Verhaltenstherapie ist das effektivste Verfahren, das es zur Behandlung der Zwangsstörung gibt. Sie haben nun bereits gesehen, dass sich die von Ihnen beschriebenen Symptome in drei Kategorien einteilen lassen: Gedanken (die Zwangsgedanken oder die »Gegengedanken«), Gefühle (Angst oder Erleichterung), Verhalten (Zwangshandlungen). Eine vierte Ebene sind die körperlichen Reaktionen. Typische körperliche Reaktionen sind z. B. körperliche Anspannung, Schwitzen, Zittern oder Herzklopfen. Alle diese Ebenen hängen miteinander zusammen und können sich gegenseitig beeinflussen. Wir werden hierzu jetzt eine kleine Übung machen.«

AB  
Z-3

Für diese Übung wird Arbeitsblatt Z-3 »Zusammenhang zwischen Gedanken, Gefühlen, Verhalten und körperlichen Reaktionen – Übung 1« ausgeteilt. Die Patienten sollen beschreiben, welche Gefühle, Gedanken, Verhalten und körperliche Reaktionen sie in diesem Moment bei sich wahrnehmen. Dann wird das Verhalten verändert. Die Gruppenmitglieder sollen aufstehen und 10 Kniebeugen machen. Gibt es einen Gruppenteilnehmer mit Herz-Kreislauf-Problemen, dann sollte die Übung entsprechend angepasst werden. Anschließend sollen die Gruppenteilnehmer den zweiten Teil des Arbeitsblatts ausfüllen: Sie sollen notieren, welche Gefühle, Gedanken, welches Verhalten und welche körperlichen Reaktionen sie jetzt bei sich wahrnehmen. Danach erläutert der Therapeut die Aussage des Experiments.

**Therapeut:** »Wie Sie vermutlich selbst festgestellt haben, hat die Veränderung des Verhaltens eine Veränderung der anderen Faktoren bewirkt. Durch die motorische Betätigung (Verhalten) kommt es zum Anstieg der Herzfrequenz (körperliche Reaktion). Ebenso kann eine Veränderung der Gedanken alle anderen Faktoren beeinflussen. Dies ist ein grundlegendes Konzept, welches sich die kognitive Verhaltenstherapie zu Nutzen macht. Durch die Veränderung des Verhaltens und der Gedanken soll ein Einfluss auf Ihre Gefühle und Ihre körperlichen Reaktionen genommen werden. Ziel ist es, damit Ihre Angst und Unruhe zu reduzieren.«

### Hausaufgaben

Das Arbeitsblatt Z-4 »Patienteninformation zur ersten Sitzung« wird ausgeteilt, sie soll zu Hause durchgearbeitet werden. Wenn die Patienten Fragen dazu haben, sollen sie diese notieren, sie werden dann in der nächsten Sitzung besprochen. Für die zweite Hausaufgabe wird Arbeitsblatt Z-5 »Zusammenhang zwischen Gedanken, Gefühlen, Verhalten und körperlichen Reaktionen – Übung 2« ausgeteilt. Darauf soll ein Protokoll zur Wahrnehmung von Gedanken, Gefühlen, Verhalten und körperlichen Reaktionen für eine Alltagssituation (ohne Zwänge) erstellt werden. Das Ziel dabei ist, die Patienten für den Zusammenhang zwischen Gedanken, Gefühlen, Verhalten und Körperreaktionen weitergehend zu sensibilisieren.

AB  
Z-4

AB  
Z-5

**Therapeut:** »Wir möchten Sie bitten, nun selbst ein Protokoll über ihre Gedanken, Gefühle, ihr Verhalten und Ihre körperlichen Reaktionen für eine Alltagssituation anzufertigen. Es soll keine Situation sein, in der Zwänge auftreten. Es könnten z. B. folgende Situationen sein: Ihre Kinder kommen aus der Schule nach Hause; Sie begrüßen Ihren Partner oder Ihre Partnerin; Sie sind mit dem Auto auf dem Weg zur Arbeit.«

Die Sitzung endet mit einer Abschlussrunde, in der noch Fragen geklärt werden können. Dann erfolgt ein Blitzlicht: Die Teilnehmer äußern kurz ihr momentanes Befinden. Es ist wichtig, von Vornherein ein festes Zeitfenster für jeden Einzelnen festzulegen. Die Äußerungen der Patienten sollen weder von den Therapeuten noch von Mitpatienten kommentiert werden. Dieses Blitzlicht sollte von nun an zu Beginn und am Ende einer jeden Gruppensitzung erfolgen.

### Umsetzung in der Einzeltherapie

Bis auf wenige Ausnahmen bleiben die Inhalte der Sitzung 1 konstant. Es ist selbstverständlich, dass die Erarbeitung der Zwangssymptomatik bei einem einzelnen Patienten angepasst werden muss und z. B. die Nutzung eines Flipcharts günstig wäre. Explizit ändert sich in der ersten Sitzung nur der Therapievertrag (vgl. Arbeitsblatt Z-1-E).

AB  
Z-1-E



**Therapievertrag.** Im Rahmen der Einzeltherapie kann es ebenso sinnvoll sein, mit dem Patienten einen Therapievertrag abzuschließen, der sich jedoch in einigen Punkten von dem der Gruppentherapie unterscheiden würde. Dieser wäre persönlich zwischen dem Therapeuten und dem besagten Patienten zu formulieren. Wichtige Punkte wären hier Pünktlichkeit, regelmäßige Teilnahme, konstruktive Mitarbeit und Bereitschaft an Expositionen teilzunehmen. Ein Muster hierfür bietet Arbeitsblatt Z-1-E »Therapievertrag – Einzeltherapie«.



AB  
Z-1-E