

Kognitive Verhaltenstherapie bei Zwangsstörungen

Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg

Psychologisches Institut

WS 2007/2008

„Zwangsstörungen: Diagnose, Ätiologie, Behandlung“

Dozent: Dr. M. Backenstraß

Datum: 07.01.2008

Referentinnen: Kristina Dieterich & Romina Montini

Gliederung

- Therapie:
 - Beziehungsgestaltung
 - Motivations- und Zielklärung
 - Informationserfassung und Verhaltensanalyse
 - Zwänge unter funktionaler Perspektive
 - Durchführung spezieller Techniken
 - Stabilisierung der Erfolge/Rückfallprophylaxe
- Stand der Therapieforschung

Therapie der Zwangsstörung

- allgemeine Informationen -

Zielführende Behandlung wird durchschnittlich nach 7-10 Jahren nach dem Beginn der Zwangsstörung wahrgenommen.

Verlauf der Zwangserkrankung:
geringe Spontanremissionsrate, lange Störungsdauer

Unbehandelt sind Zwänge von dauerhaftem Charakter;
Phasen längerer Symptombefreiheit sind selten.

Nichtbehandlung → unnötige Verlängerung des Leidens
→ ungünstige Auswirkung auf die
Prognose

Beziehungsgestaltung

- Gliederung -

- Kontaktaufnahme im Erstgespräch
- Mögliche Schwierigkeiten beim Erstkontakt
- Beziehungsgestaltung im weiteren Verlauf





Beziehungsgestaltung

- Kontaktaufnahme im Erstgespräch -

- Therapeut muss Vertrautheit mit Phänomenen demonstrieren → Verhalten logisch nachvollziehbar
- Bedeutung für Aufbau von Vertrauen und Kompetenzzuschreibung
- Sachkenntnis zeigen durch: sachkundiges Nachfragen, Ergänzung der berichteten Sachverhalte
- Therapeut gibt viel Input: Einwürfe, explizit ermutigende Äußerungen, Infos über Störung





Beziehungsgestaltung

- Mögliche Schwierigkeiten beim Erstkontakt -

- Gesprächsverhalten: anstrengend, problematisch, weitschweifige Schilderungen der Symptome
- → Beziehungsaufbau wichtiger als Inhalt
- Atmosphäre der Wertschätzung





Beziehungsgestaltung

- Beziehungsgestaltung im weiteren Verlauf -

- Anfangsphase: Gemeinsames Erforschen des Zwangs; Einstellung des Therapeuten als Modell
- → Umbenennen des Problems; größere innere Distanz
- Therapeut als Verbündeter und Gegengewicht
- Intensivphase: Zwang dient emotionaler Stabilität
- Exposition nie vor Beginn einer sicheren Beziehung!
- Problematische Interaktionsmuster: 50% erfüllen Kriterien einer/mehrerer Persönlichkeitsstörungen

Motivations- und Zielklärung

- Gliederung -

- motivationale Ausgangslage
- Zielklärung
 - Aufgabe der Therapeutin:
 1. Klärung der Ziele der Veränderung
 2. Aufbau von Veränderungsmotivation/
Therapiemotivation

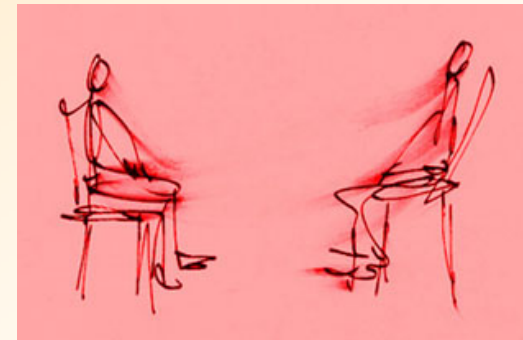
Motivations- und Zielklärung

- motivationale Ausgangslage -

Patienten mit Zwängen stehen der Behandlung oft ambivalent gegenüber.

- Vielzahl vorangegangener Behandlungsversuche
→ Demoralisierung, Verzweiflung, Skepsis

Therapeut muss diese Hoffnungslosigkeit überwinden/
Zuversicht wecken.



Motivations- und Zielklärung

- motivationale Ausgangslage -

Ambivalente Ausgangslage ist auch als Aspekt des Zwang-problems zu sehen:

Patienten kommen oft nicht, weil sie erkennen, dass die Zwänge nicht notwendig sind, sondern aufgrund des hohen zeitlichen/emotionalen Aufwandes der Zwänge: Sie beurteilen ihr Verhalten als übertrieben, die Gefahr jedoch als gegeben.

→ Sie sind sich unsicher, was sie in der Therapie wollen. Die Patienten halten an zwanghaftem Gedankengut fest.

Therapeut sollte Verständnis zeigen/vom Patienten keine sofortige Distanzierung von dessen Zwangssystem erwarten.

Motivations- und Zielklärung

- Zielklärung: Klärung der Ziele der Veränderung -

Welche Erwartungen/Ziele verbinden die Patienten mit einer Veränderung?

Patienten mit Zwängen haben oftmals nur negative Zielvorstellungen und keine Ideen, wie ihr Leben ohne Zwänge aussehen könnte.

Zeitlicher Aufwand der Zwänge

- Aufgeben wichtiger Dinge
- Reduktion der Zwänge bringt viel Zeit mit sich
- schon während der Exposition alternatives/sinnvolles Verhalten aufbauen (wichtige Motivationsquelle)!

Motivations- und Zielklärung

- Zielklärung: Klärung der Ziele der Veränderung -

Positive Zielvorstellungen
schriftlich fixieren und
auf Verhaltensebene
präzisieren.

8. Zielerreichungsskala (GAS)¹

Die folgende Skala dient dazu, die individuellen Therapieziele festzuhalten und zu überprüfen, inwieweit diese Ziele erreicht wurden.

Ziel 1: _____
 Ausgangszustand: _____
 Gewünschter Endzustand: _____

Grad der Zielerreichung (1-6): _____ (Klient/in)
 _____ (Therapeut/in)

Ziel 2: _____
 Ausgangszustand: _____
 Gewünschter Endzustand: _____

Grad der Zielerreichung (1-6): _____ (Klient/in)
 _____ (Therapeut/in)

Ziel 3: _____
 Ausgangszustand: _____
 Gewünschter Endzustand: _____

Grad der Zielerreichung (1-6): _____ (Klient/in)
 _____ (Therapeut/in)

Ziel 4: _____
 Ausgangszustand: _____
 Gewünschter Endzustand: _____

Grad der Zielerreichung (1-6): _____ (Klient/in)
 _____ (Therapeut/in)

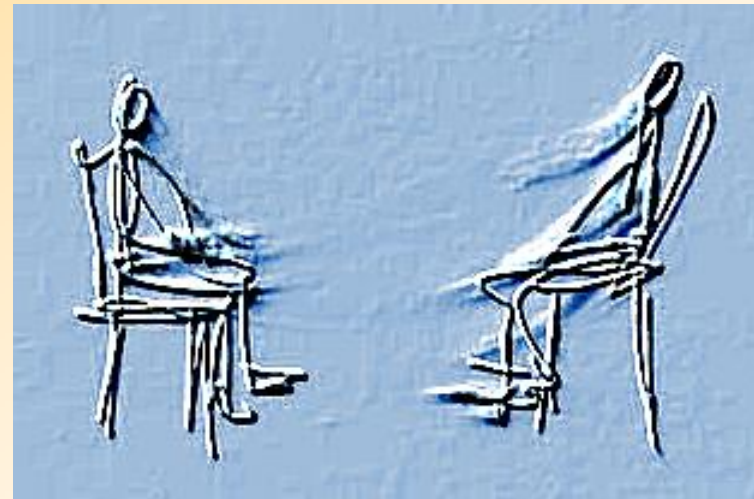
6 = Ziel 100 % erreicht
 5 = Ziel 75 % erreicht
 4 = Ziel 50 % erreicht
 3 = Ziel 25 % erreicht
 2 = Ausgangszustand beibehalten
 1 = Verschlechterung

¹nach Margraf & Schneider, 1990

Motivations- und Zielklärung

- Zielklärung: Aufbau von Veränderungs-/Therapiemotivation -

Unterstützung seitens des Therapeuten für kleine und kleinste Schritte zur Veränderung des Problems seitens des Patienten.



Informationserfassung

- Gliederung -

- Methoden zur Erfassung
- Diagnostik der familiären Eingebundenheit

Informationserfassung

- Methoden zur Erfassung -

- Zwänge sehr vielgestaltig → Effektive Exposition erfordert präzise Identifikation aller Determinanten
- Wichtigste Infoquelle: klinisches Interview → Ziel: Präzisierung der Detailmerkmale
- Ergänzend Selbst- & Fremdbeurteilungsinstrumente, Verhaltensbeobachtung
- Hervorragende Infoquelle: Selbstbeobachtung
- Besonders hilfreich: Beschreibung eines typischen Tages

Informationserfassung

- Diagnostik der familiären Eingebundenheit -

- Familienangehörige oft in Zwänge eingebunden
- Wichtig: Erfassung der Eingebundenheit der Angehörigen
- Angehörige sollen Hilfestellungen schrittweise abbauen
- frühzeitig Einzelsitzungen
- zumindest Stillhalteabkommen



Zwänge unter funktionaler Perspektive

- Gliederung -

- funktionale Bedingungsanalyse
- typische Funktionalitäten der Zwänge
 - intrapsychische Funktionalitäten
 - interpersonelle Funktionalitäten
- Therapieplanung auf dem Boden der funktionalen Analyse

Zwänge unter funktionaler Perspektive

- funktionale Bedingungsanalyse -

Herzstück jeder VT:

Funktionale Bedingungsanalyse:

Ausfindigmachen der zentralen Bedingungen, die zur Aufrechterhaltung der Probleme beitragen und deshalb Ansatzpunkt für eine Veränderung im therapeutischen Prozess bieten können.

Störungstheoretische Sichtweise:

Angstreduzierende Funktion = zentrales Element der Aufrechterhaltung bei Zwangsstörungen.

Zwänge unter funktionaler Perspektive

- typische Funktionalitäten der Zwänge -

Zwänge = missglückter Lösungsversuch für Schwierigkeiten, die primär in der Person, und/oder primär in ihrem sozialen Bezugssystem liegen.

Intrapsychische Funktionalität:

Funktion der Zwänge für das Erleben/Verhalten der betroffenen Person selbst.

Interpersonelle Funktionalität:

Zwänge als Regulierung der Beziehungen zu relevanten Bezugspersonen.

Zwänge unter funktionaler Perspektive

- intrapsychische Funktionalitäten -

- Zwänge als Schutz vor dem Erleben starker aversiver Emotionen.
- Zwänge als Coping-Versuch für verschiedene Defizite:

1. Zwänge als missglückter Kompensationsversuch für eine generelle tiefgehende Verunsicherung/Selbstwertproblematik

Funktion der Zwänge: Bewahrung sozialer Anerkennung

Zwänge als Lösungsversuch, um mit der Unsicherheit in Bezug auf die eigene Person und in sozialen Kontakten umzugehen.

Zwänge unter funktionaler Perspektive

- intrapsychische Funktionalitäten -

2. Zwänge als Schutz vor Depression

Zwänge nehmen die Person derart gefangen, dass sie völlig von ihrer innerlichen Befindlichkeit und ihren Bedürfnissen abgelenkt sind.

3. Zwänge als dysfunktionale Regulationsmechanismen bei sozialen Defiziten

Die Zwänge als Grund, sich sozial zurückziehen und sich nicht dem Erleben des sozialen Versagens aussetzen zu müssen.



Zwänge unter funktionaler Perspektive

- interpersonelle Funktionalität -

1. Zwänge können dazu dienen, nahe Bezugspersonen auf Abstand zu halten, um die Respektierung der persönlichen Integrität zu erzwingen.
2. Zwänge als Ventil für unterdrückte Aggressionen.



Zwänge unter funktionaler Perspektive

- Therapieplanung auf dem Boden der funktionalen Analyse -



Neben störungsspezifischen Maßnahmen sind häufig noch andere Interventionen (z.B. soziales Kompetenztraining,...) notwendig.

Therapie mit störungsspezifischen Interventionen beginnen.

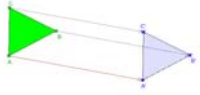
→ Reduktion der Zwänge

→ Welche funktionalen Zusammenhänge bestehen zwischen den Zwängen und anderen Problem-bereichen?

Durchführung spezieller Techniken

- Gliederung -

- Verschiebung der Problemdefinition
- Vermittlung eines plausiblen Erklärungsmodells
- Exposition mit Reaktionsverhinderung
- kognitive Interventionen
- spezielle Techniken für Zwangsgedanken
 - Assoziationsspaltung



Verschiebung der Problemdefinition

- Zwangsklientin selbst nicht sicher, was Problem ist
- Patient schwankt zw. objektiver & subjektiver Problemdefinition
- Problemdefinitionsverschiebung: weg vom Inhalt der befürchteten Konsequenzen hin zur Überlegung, dass Problem aufdringlichen Gedanken & Angst sind
- Exposition → anders mit Angst umgehen
- Hinweis, dass Zwangsverhalten Problem nicht löst
- Kriterium für Beendigung der Zwangshandlungen erfragen



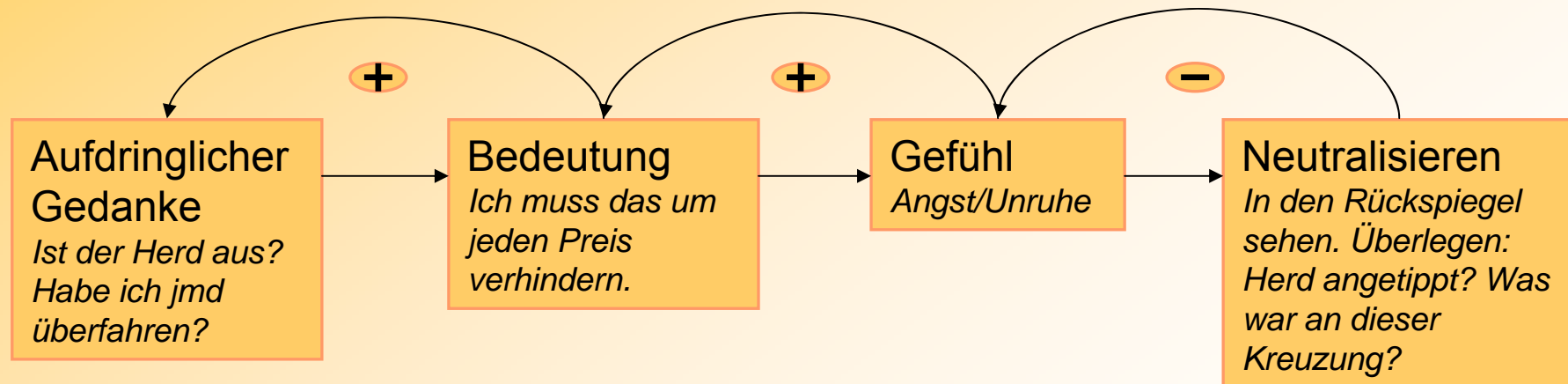
Vermittlung eines plausiblen Erklärungsmodells

- Bedürfnis nach Erklärung: Warum ich?
- 2 Modelle:
 - plausibles Erklärungsmodell für Aufrechterhaltung der Zwänge
 - plausibles Modell für Genese der Störung
- Grundlage für Erklärungsmodell: kognitiv-behaviorales Modell
- Gesprächsablauf möglichst interaktiv: eigene Beispiele → je aktiver, desto besser



Vermittlung eines plausiblen Erklärungsmodells

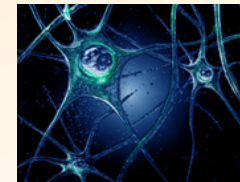
- Ausgangspunkt : Gedanke, der in Kopf schießt
- Ausschlaggebend: wie Gedanke erlebt wird. Wichtig?
- Angst unangenehm → neutralisieren → Sicherheit
- Gedanken mehr Bedeutung → immer häufiger
- in Therapie alle Mechanismen umkehren, Exposition, Gewöhnung





Vermittlung eines plausiblen Erklärungsmodells

- Modell geeignet für Zwangsgedanken & -handlungen
- Abwehrversuche eigentlicher Grund, warum sich normaler Gedanke zu aufdringlichem entwickelt
- Erklärungsmodell umso plausibler, je besser es mit eigenem Krankheitskonzept vereinbar ist
- häufige Wdh. von Handlungen & Gedanken → neuronale Bahnungen → Exposition reduziert diese
- Patient Entscheidungsfreiheit über Exposition geben
- Modell klärt nicht WARUM → Genese; jedes Modell individuell



Exposition mit Reaktionsverhinderung

- Gliederung -

- allgemeine Informationen
- Planung der Exposition
- Durchführung/Ablauf der Exposition
 - Aufgaben des Therapeuten
- Realisierung der Reaktionsverhinderung
- Besonderheiten bei der Behandlung verschiedener Zwänge
- Schwierigkeiten/Fehler bei der Durchführung
- optimale Nutzung der Erfahrungen aus der Exposition

Exposition mit Reaktionsverhinderung

- allgemeine Informationen -

Schmutz,... = vage Stimuli, niemals völlig vermeidbar
→ Betroffene setzen aktive Strategien zu Angstreduktion
(Zwänge) ein.

Zwänge galten lange Zeit als unbehandelbar.

60er Jahre: Entwicklung der Technik der Exposition mit
Reaktionsverhinderung (ERP).

ERP: wichtigstes Element in der Therapie von Zwängen,
doch muss sie durch spezifische kognitive Techniken
ergänzt werden.

Exposition mit Reaktionsverhinderung

- Zweck der Exposition -

Patient soll weniger lernen, eine bestimmte Situation als ungefährlich zu erleben, sondern vielmehr in einer Situation, von der er weiß, dass sie objektiv gesehen ungefährlich ist, anders mit seiner Angst umzugehen zu.

→ Patient muss vor der Exposition sicher sein, dass die Situation objektiv gesehen ungefährlich ist, und sein Problem ein Angst-Problem ist.

Patient hat die Chance, zu lernen, dass er sich auch in schwieriger und verletzlicher Lage auf einen anderen Menschen voll verlassen kann.

Exposition mit Reaktionsverhinderung

- theoretische Möglichkeiten -

- **Exposition *in vivo*/in sensu**
- **Graduierte/massierte Expositionen**
weitestgehend vergleichbare Effektivität
massierte Konfrontation: rascher; belastender
graduierte Exposition: längere Dauer; schonungsvoller
→ geringere Abbruchgefahr
- **Therapeutengeleitete/selbstkontrollierte Exposition**
Therapeutengeleitet: erste Expositionsübungen
Selbstkontrollierte Exposition: die Patienten sollten die Planung/Durchführung der Expositionsübungen sukzessive im Selbstmanagement übernehmen.

Exposition mit Reaktionsverhinderung

- Filmausschnitt -



Beziehung Motivation/Ziele Infoerfassung funktion. Perspektive Techniken R-Prophylaxe Forschung

Exposition mit Reaktionsverhinderung

- gemeinsame Planung der Übungen mit dem Patienten -

- Einführen einer Angstsкала von 0 - 100%.
- Suchen einer mittelschweren Situation (50%)

Situation sollte:

- Angst auslösen
- gut kontrollierbar sein
- im Therapiesetting herstellbar sein
- hinsichtlich ihrer Bewältigung für den Patienten die höchste praktische Relevanz haben.

Die erste Planung umfasst 5 oder 6 Situationen.

Schwierigkeit verbleibender Situationen verändert sich durch vorangegangene Erfolge!

Exposition mit Reaktionsverhinderung

- Einbeziehung von Angehörigen -

Sind Angehörige in die Zwänge miteinbezogen?

→ Einladung der Angehörigen zu Anfang der Expositionstherapie.

→ Informationen über das Prinzip der Exposition sowie über hilfreiches Verhalten geben.

Wann und in welchen Schritten können die Angehörigen die Rituale einstellen?

Die Einbeziehung der Angehörigen als Co-Therapeuten ist nicht mehr üblich!

Exposition mit Reaktionsverhinderung

- Durchführung/Ablauf der Exposition -

Grober Ablauf der Expositionssitzungen:

Beginn der Expositionssitzungen:

Therapeut erkundigt sich nach dem Befinden des Patienten.

→Einstimmung des Patienten auf die Übung

Deutlich machen, dass es keine Überraschungen geben wird, dass Patient auch während der Übungen die Freiheit hat zu entscheiden, was er tun möchte und was nicht.

Während der Übungen:

Erfragen der Angst (ca. alle 10 Minuten).

Exposition mit Reaktionsverhinderung

- Durchführung/Ablauf der Exposition -

Nachlassen der Anspannung/Bereitschaft des Patienten, sich dem nächsten schwierigeren Item auszusetzen, ist wichtig für den Übergang von einem zum nächsten Item.

Beenden der Expositionssitzung:

Anspannung sollte sich auf einem moderaten und stabilen Niveau befinden. Patienten müssen mit diesem Gefühl gut zurecht kommen können.

Vereinbaren, welche Übungen alleine zu Hause ausgeführt werden sollen. Patienten sollten sich dazu Notizen machen.

→ Besprechen der Schwierigkeiten/Erfolge möglich.

Exposition mit Reaktionsverhinderung

- Durchführung/Ablauf der Exposition -

9. Protokollbogen für die eigenständigen Expositionsübungen

Datum der Übung: _____

Übungssituation beschreiben: _____

Gesamtdauer der Übung: _____

Angstverlauf während der Übung in Prozent:

Zu Beginn:	Am Ende:
Nach 10 min: _____	Nach 40 min: _____
Nach 20 min: _____	Nach 50 min: _____
Nach 30 min: _____	Nach 60 min: _____

Besonderheiten/Schwierigkeiten: _____

Exposition mit Reaktionsverhinderung

- Beenden der therapeutischen Begleitung -

Wie kann man die therapeutische Begleitung beenden und den Patienten die Übungen im Selbstmanagement überlassen?

Patienten sollten von Anfang an selbst entscheiden, was sie tun möchten.

Therapeut sollte sich schrittweise zurücknehmen; den Patienten auffordern die Verantwortung für die Durchführung der Exposition zu übernehmen.

Zu dem Zeitpunkt, an dem man die Übungen in Eigenregie gibt, sollte man mindestens eine der am stärksten angstausslösenden Situationen bewältigt haben.

Exposition mit Reaktionsverhinderung

- Aufgaben des Therapeuten -

- **Verstärkung und Ermutigung**

Verbales/nonverbales Lob für Erfolge,
nicht sofort nächste Steigerungsmöglichkeit aufsuchen.

- **Konzentration auf die Angstkomponente, Unterstützen emotionaler Prozesse**

Patient soll Gedanken/Empfindungen laut äußern
→ Therapeut kann ihm helfen, alle Aspekte der Angst
so komplett wie möglich zu durchleben.

Exposition mit Reaktionsverhinderung

- Aufgaben des Therapeuten -

- **Modell geben**

Therapeut soll korrigierend eingreifen, um Verhalten Richtung Normalität zu lenken.

- **Optimale Nutzung der Erfahrungen aus der Exposition zur Erreichung kognitiver Veränderungen**

Therapeut soll Vorgänge so kommentieren/interpretieren, dass der Patient einen maximalen Lerngewinn daraus ziehen kann (betrifft z.B. Veränderung der Bedrohlichkeitseinschätzung).

Exposition mit Reaktionsverhinderung

- Realisierung der Reaktionsverhinderung -

Reaktionsverhinderung umfasst die aktive Unterstützung des Patienten durch den Therapeuten in zwei Prozessen:

- Unterlassen der Neutralisierungen



- Bewältigung der dabei auftretenden Emotionen



Exposition mit Reaktionsverhinderung

- Realisierung der Reaktionsverhinderung -

Unterlassen der Neutralisierungen

Anwesenheit des Therapeuten

→ Patient fällt i.d.R. nicht in sein altes Zwangsverhalten zurück/entflieht nicht der Situation.

Möchte der Patient jedoch kontrollieren/die Situation verlassen

→ Therapeut sollte den Patienten stützen/eine Ablenkungsstrategie einschlagen,
keinen psychischen/körperlichen Druck ausüben!

Exposition mit Reaktionsverhinderung

- Realisierung der Reaktionsverhinderung -

Emotionsbewältigung

Ein Ziel der Exposition:

Patienten sollen erleben, wie sich ihre Angst auch ohne die Ausführung der Zwänge auf ein erträgliches Maß reduziert, indem sich willentlich/wiederholt mit den gefürchteten Reizen auseinandersetzen.

Angst nimmt i.d.R. innerhalb kurzer Zeit automatisch ab.

Exposition mit Reaktionsverhinderung

- Realisierung der Reaktionsverhinderung -

Außer Angst/Anspannung können auch andere negative Emotionen aufkommen.

→ Zulassen dieser Emotionen in voller Intensität

→ Patienten lernen,

- dass auch diese Emotionen nicht so schlimm sind, dass sie nicht ausgehalten werden könnten
- mit diesen Emotionen adäquat umzugehen.

Exposition mit Reaktionsverhinderung

- Besonderheiten bei Kontroll- und Wiederholungszwängen -

Durchführung der Exposition:

Anwesenheit des Therapeuten

→ Abgabe der Verantwortung an den Therapeuten.

→ kritische Situationen sind nicht mehr angstauslösend

Therapeut muss darauf achten, dass diese Möglichkeit nicht gegeben ist.

Unterlassen der Neutralisierungen:

Trennung zwischen erforderlichem und zwanghaftem Verhalten bisweilen nicht leicht zu ziehen.

→ Handlungen sind dann unproblematisch, wenn sie nicht absichtlich als Beruhigungsstrategien eingesetzt werden.

Exposition mit Reaktionsverhinderung

- Besonderheiten bei Waschwängen/Kontaminierungsängsten -

Besondere Aufgabe des Therapeuten bei der Exposition:

- **Modell geben**

Patienten dazu ermutigen, mehr Kontakt mit dem subjektiv gefährlichen Stoff aufzunehmen.

- **Irreversibilität sicherstellen**

Patient sollte keine Möglichkeit haben, die bewusst hergestellten Kontaminierungen wieder rückgängig zu machen (keine Möglichkeit → keine Versuchung).

- **Aufbrechen der Aufteilung in „sauber“ und „schmutzig“**

Gestalten der Vermischung so komplett und unumkehrbar wie möglich.

Exposition mit Reaktionsverhinderung

- Besonderheiten bei Waschwängen/Kontaminierungsängsten -

Unterlassen der Neutralisierungen bei extremen Wasch-, Dusch-, oder Reinigungszwängen:

Foa et al. forderten von ihren Patienten eine vorübergehende nahezu vollständige Unterlassung der Handlungen.

→ sehr gute Erfolge

Es ist jedoch unwahrscheinlich, dass sich Patienten auf derart restriktive Arrangements einlassen.

→ Striktestes, gerade noch tolerierbares Vorgehen wählen.

Klare Regeln vorgeben, an die sich die Patienten unabhängig von situativen Merkmalen zu halten haben.

Exposition mit Reaktionsverhinderung

- Besonderheiten bei Zwangsgedanken -

Möglichkeiten der Exposition bei Zwangsgedanken:

Patienten müssen den Unterschied zwischen den *aufdringlichen Gedanken* und den *Neutralisierungsgedanken* verstanden haben und wissen, dass erstere provoziert und zweitere unterlassen werden müssen.

Niederschreiben/Aufnehmen der als unkontrollierbar erlebten Gedanken.

→ Wiederholtes Anhören, besonders in den für den Patienten schwierigen Situationen.

Exposition mit Reaktionsverhinderung

- Besonderheiten bei Zwangsgedanken -

Unterlassen der Neutralisierungsgedanken:

Mentale Neutralisationen sind schwieriger zu unterlassen, als Zwangshandlungen.

→ mentale Zwänge müssen blockiert werden.

Methode: konstante Exposition z.B. mit Hilfe einer Kassettenaufnahme

→ Patient wird am Neutralisieren gehindert.

Exposition mit Reaktionsverhinderung

- Exposition in sensu -

Indikationsgründe für die Exposition in sensu:

- bildhafte Katastrophenvorstellungen, die nicht mit externen Auslösern gekoppelt sind oder über diese nicht in entsprechender Authentizität provoziert werden können.
- Exposition in der Realität gestaltet sich schwierig.

Ziel der Exposition in sensu:

Patient soll lernen, dass die Angst zwar unangenehm ist, aber aushaltbar und umso eher verschwindet, je weniger er sie zu unterdrücken versucht.

Exposition mit Reaktionsverhinderung

- Exposition in sensu -

Durchführung der Exposition in sensu:

- Ansprechen aller Sinneskanäle.
- Patient sollte eine aktive Rolle einnehmen.
- Aufmerksamkeit auch auf innere physiologische Prozesse lenken.
- Erfragen der Angst.
- Vorstellungsübung erst beenden, wenn sich die Angst auf einem moderaten und stabilem Level eingependelt hat.
- Aufnahme der Vorstellungsübung auf Kassette.
 - Selbständiges Üben solange möglich, bis die Vorstellung nur noch moderate Gefühle auslöst.

Exposition mit Reaktionsverhinderung

- Schwierigkeiten und Fehler bei der Durchführung -

Beispiele:

- **Ausbleiben der Angst**

→ Exposition wurde nicht richtig durchgeführt.

Angstauslösende Stimuli liegen v.a. in den Gedanken, die während/nach der Situation auftreten.

- **kein Eintreten der Habituation**

Angstverlauf ist für eine erfolgreiche Exposition nicht entscheidend.

Begreift der Patient die Exposition als *mutige Auseinandersetzung*/erlebt sich selbst als *fähig zum Aushalten negativer Gefühle* → erfolgreiche Exposition möglich.

Exposition mit Reaktionsverhinderung

- Schwierigkeiten und Fehler bei der Durchführung -

- Schwierigkeiten beim Transfer von einer Situation auf die andere

Selbst bei inhaltlich gleichen Befürchtungen bedeutet das Bewältigen eines Auslösers nicht, dass damit auch andere Situationen als weniger gefährlich eingeschätzt werden.

→ Transfer von einer Situation auf die andere unterstützen.



Exposition mit Reaktionsverhinderung

- Optimale Nutzung der Erfahrungen -

Herausarbeiten folgender Aspekte zwischen den einzelnen Übungen/am Ende jeder Expositionssitzung:

- Welche Schlüsse ziehen Sie aus den eben gemachten Erfahrungen?
- Wie schätzen Sie die Gefährlichkeit der Stimuli jetzt generell ein?
- Wie möchten Sie sich in Zukunft in ähnlichen Situationen verhalten?
- ...

Zweck der Fragen:

- bewusste Reflexion/Einordnung der Erfahrungen und des eigenen Verhaltens
- kognitive Umstrukturierung
- Vernetzen der Erfahrungen → Erleichterung des Transfers

Die kognitiven Interventionen

- Gliederung -

- kognitive Umstrukturierung in Bezug auf Überschätzung der Gefahr
- Umstrukturierung der dysfunktionalen Grundannahmen
- Verhaltensexperimente zur Veränderung kritischer Grundannahmen





Die kognitiven Interventionen

- Überschätzung der Gefahr -

kognitive Umstrukturierung in Bezug auf Überschätzung der Gefahr

- Paradoxe Überlegungen
- Kleine Gedankenexperimente
- Wahrscheinlichkeitsschätzungen relativieren
- Analyse der einzelnen Handlungssequenzen





Die kognitiven Interventionen

- Umstrukturierung dysfunktionaler Grundannahmen -

- Bearbeitung der Grundannahmen über Disputation → sokratischer Dialog
- Übertriebene Verantwortlichkeitsüberzeugungen korrigieren → transparent machen, in Frage stellen
- Fehleinschätzung: Einfluss haben = Verantwortung
- Doppelte Standards offen legen
- Verantwortung über- und Fähigkeiten unterschätzen
- Angst vor Ablehnung, perfekt sein wollen → jeder Mensch fehlbar, Wunsch nach absoluter Sicherheit
- Häufiger Fehler: zu belehrend, Beziehungsfaktoren

Die kognitiven Interventionen

- Verhaltensexperimente zur Veränderung -

- Veränderung der Gefahreneinschätzung & der Verantwortlichkeitsüberzeugung
- Veränderung der Grundannahmen
- Ziel: erleben, wie man sich bewusst entgegen früheren Einstellungen verhalten kann
- Ungefährliche Risikoübungen





Spezielle Techniken für Zwangsgedanken



- Aufdringlicher Gedanke nichts Unnormales; erst durch Bewertung Beeinträchtigung
- Wichtigstes Ziel: subjektive Bedeutung reduzieren
- Zwangsgedanken sollen nicht verschwinden, Umgang damit anders
- Infos geben: Problem auf gedanklicher, nicht auf Handlungsebene
- Gezielte Strategien: Angst positiv konnotieren
- Paradoxe Effekt des Unterdrückens von Gedanken



Spezielle Techniken für Zwangsgedanken

- 2 irrige Überzeugungen korrigieren:
 1. Unerwünschte Gedanken nicht kontrollierbar, nur möglich, sich zu distanzieren
 2. „Gedanken nicht schlecht“ → Gedanken sind frei
- Unterschied zw. Gedanken und Handlungen wichtig!
- Negative Gedanken realistischer eingeschätzt → über positive diskutieren
- Befürchtungen von real negativen Konsequenzen durch Aufklärung ausräumen

Spezielle Techniken für Zwangsgedanken

- Assoziationsspaltung -

Gliederung:

- Assoziationen
- Assoziationsspaltung
- Reduktion von Zwangsgedanken durch Assoziationsspaltung



Spezielle Techniken für Zwangsgedanken

- Assoziationsspaltung: allgemeine Informationen -

Ansatz von Moritz et al.

Ziel:

- Verminderung der Intensität/Auftretenshäufigkeit von Zwangsgedanken
- Schwächen der Verknüpfungen (Assoziationen) von quälenden Gedanken, welche Zwänge zur Folge haben

Wirksamkeit:

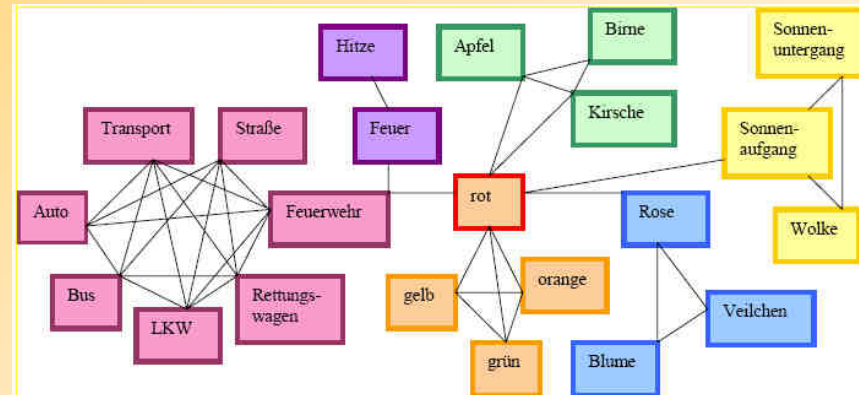
Pilotstudie (30 Vpn): Nach Ablauf von drei Wochen, in der die Technik ausprobiert wurde, zeigten 33-42% der Vpn einen Symptommrückgang von mindestens 35%.

→ erfolgversprechende Behandlungsstrategie

Spezielle Techniken für Zwangsgedanken

- Assoziationsspaltung: Assoziationen -

Assoziationen
= Verknüpfungen
zwischen Kognitionen



- **Assoziationen sind größtenteils gelernt/erfahrungsabhängig**

Bei Zwangspatienten: häufig individuelle Verknüpfungen.

Messer → Kinder (Zwangsgedanke) anstelle von

Messer → Löffel, Zubereitung eines leckeren Essens,...

Neutrale Assoziationen bestehen, sind jedoch verschüttet bzw. die Assoziationsbahnung ist sehr viel schwächer.

Spezielle Techniken für Zwangsgedanken

- Assoziationsspaltung: Assoziationen -

- „Denken ist lenkbar ... und wiederum auch nicht“
- Assoziationen können wechselseitig unterschiedlich sein

Truthahn → Vogel

Vogel → Amsel, Drossel, Star,... Truthahn

Bei Zwangspatienten: häufig wechselseitig unterschiedlich starke/einseitige Assoziationen.

Assoziationen hin zu Zwangskognitionen sind meist sehr viel stärker ausgeprägt als andersherum.

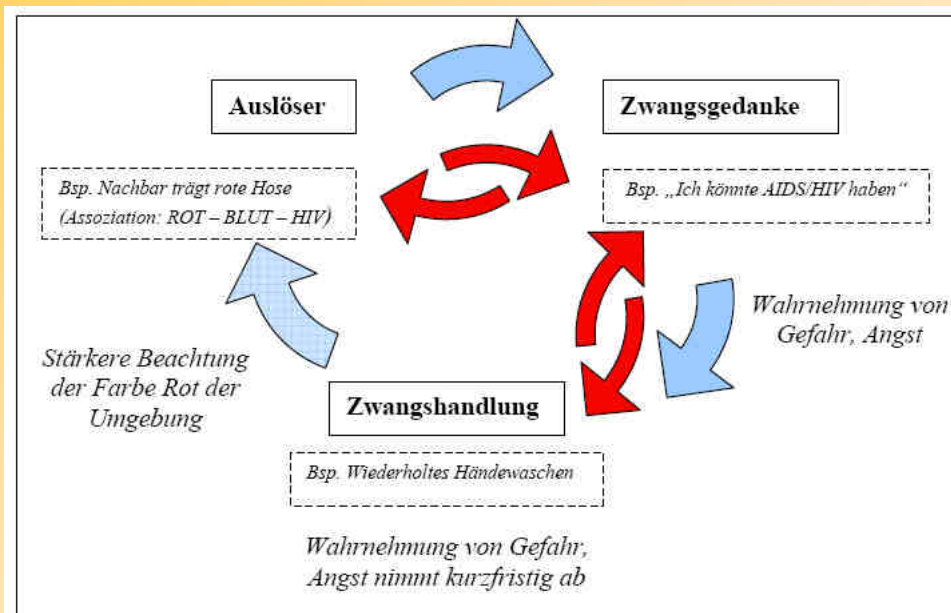
(z.B. stärkere Verknüpfung von *Stier* zu *Krebs* als umgekehrt).

Spezielle Techniken für Zwangsgedanken

- Assoziationsspaltung: Assoziationen -

Moritz et al.:

Zwangsgedanken sind feste Verbände von Assoziationen, die sich gegenseitig in Form eines Teufelskreises verstärken.



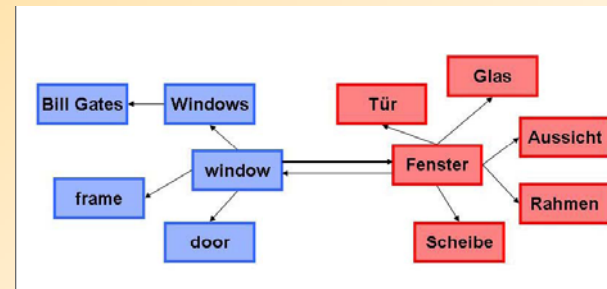
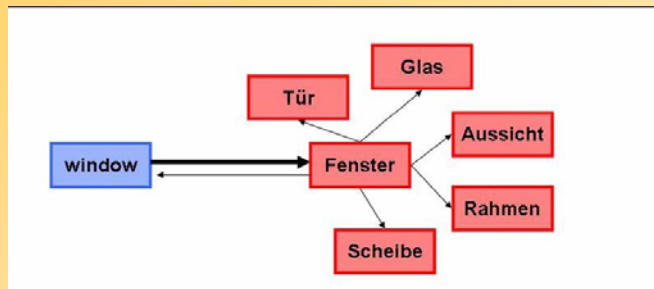
Stärkung der Assoziation
Rot – HIV / AIDS

Abschwächen anderer
Assoziationen
Rot – Liebe, ...

Spezielle Techniken für Zwangsgedanken

- Assoziationsspaltung -

Je mehr Assoziationen bestehen, desto geringer ist die jeweilige Wahrscheinlichkeit eine spezifische Assoziation aufzurufen.



Bei Zwangspatienten: einseitige Verbindungen (Herd → Gefahr)
 Neuverknüpfungen/Stärkung ehemals schwächerer
 Assoziationen zu neutralen Kognitionen
 → Verteilung assoziativer Erregung auf mehrere Kognitionen
 → Zwangsspirale wird ein Teil der *Energie* entzogen.

Spezielle Techniken für Zwangsgedanken

- Reduktion der Zwangsgedanken durch Assoziationspaltung -

Vorgehen:

1. Wörter aufschreiben, die einen Aspekt des Zwangsgedankensystems darstellen
2. Auswahl zweier Wörter
3. Notieren von 3 Assoziationen, die mit diesen Begriffen verbunden werden können, die aber gleichzeitig:
 - a. neutral oder positiv sind
 - b. Sinn machen

Spezielle Techniken für Zwangsgedanken

- Reduktion der Zwangsgedanken durch Assoziationsspaltung -

Zwangsform	Beispiel für Zwangsgedanken	Kernkognitionen	Übungen (mehrmals am Tag - auch in zwangsfreien Zeiten - unter Beteiligung vieler Sinne innerlich aufsagen)
1. Kontrollzwang	eigene Kinder mit Messer in der Küche umbringen	Kinder Messer Küche	<p>Vorsprechen und bildlich vorstellen (siehe auch Abbildungen 5a und 5b):</p> <p>Messer – Gabel Messer – Löffel Messer – Messe</p> <p>Messer – Mackie Messer [Gestalt bei Brecht] Messer – besser [Reim!] Messer – Schaf [wegen: scharf] Messer – schmidt (Flugzeugbauer)</p> <p>Küche – Gerüche Küche – Restaurant Küche – kochen Küche – lecker Küche – Kuchen</p> <p>Bei <i>Kindern</i> könnte der Betroffene sich Situationen vergegenwärtigen, bei denen beide Kinder fröhlich waren etc.</p>

Spezielle Techniken für Zwangsgedanken

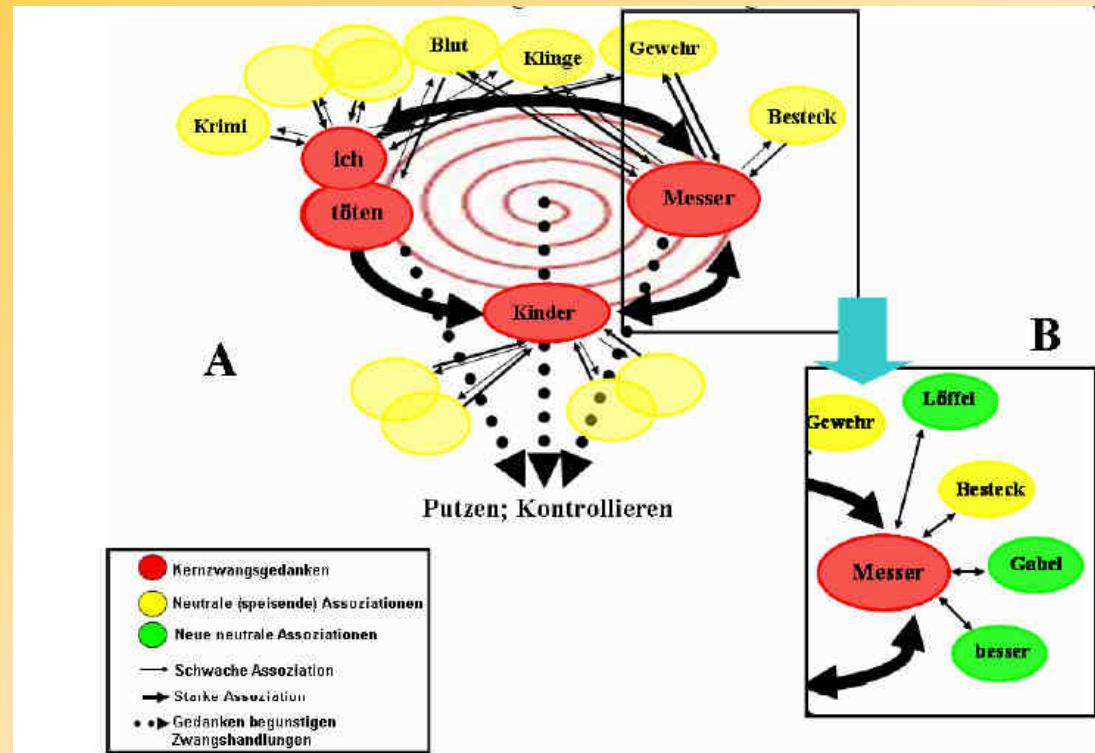
- Reduktion der Zwangsgedanken durch Assoziationspaltung -

4. Assoziationen einprägen:
z.B. *Messer – Gabel; Messer – Löffel; Messer – besser*
5. Vergegenwärtigen der neuen/ehemals brachliegenden Assoziationen mit möglichst vielen Sinnen.

Übung mehrmals täglich maximal 10 Minuten durchführen.

Spezielle Techniken für Zwangsgedanken

- Reduktion der Zwangsgedanken durch Assoziationspaltung -



Bahnung neuer Kognitionen/Stärkung der Assoziation von den Zwangsgedanken weg in Richtung neutraler Kognitionen → assoziative Erregung wird auf mehr Kognitionen verteilt → Zwangsspirale wird ein Teil der *Energie* entzogen.

Rückfallprophylaxe

- Gliederung -

- gezielte Maßnahmen zur Rückfallprophylaxe
- weitere Faktoren zur Stabilisierung der Erfolge

Rückfallprophylaxe

- gezielte Maßnahmen zur Rückfallprophylaxe -

Gefahr eines Rückfalls bei Zwängen ist beträchtlich.

Maßnahmen für eine gezielte Rückfallprophylaxe:

- Aufklärung über die Gefahr eines Rückfalls in Belastungssituationen
- Identifikation potentieller Rückfallsituationen
- Antizipieren des effektiven Umgangs damit
- Rekapitulation der in der Therapie erlernten Strategien zur Bewältigung der Zwänge
- Erlernen gezielter Strategien zum Umgang mit Stress
- Nutzen sozialer Ressourcen
- Auffrischsitzungen beim Therapeuten

Rückfallprophylaxe

- weitere Faktoren zur Stabilisierung der Erfolge -

Selbstmanagement-Ansatz:

- Aktive Rolle der Patienten während der Therapie
 - Therapieprozess ist für die Patienten sehr durchschaubar/transparent
- Patienten erfahren/lernen
- wie sie mit den Zwängen umgehen können
 - effektiveres Vorgehen beim Lösen von Problemen

Rückfallprophylaxe

- weitere Faktoren zur Stabilisierung der Erfolge -

Zu diesem Zweck werden die Schritte der Therapie aus der Metaperspektive mit Hilfe folgender Fragen beleuchtet:

- Wie sind wir vorgegangen?
- Woran haben Sie gemerkt, dass Sie auf dem richtigen Weg waren?
- Nach welchen Kriterien haben Sie entschieden, wie Sie weiter vorgehen wollen?
- Gibt es andere Situationen, in denen Ihnen diese Strategien eventuell nützlich sein könnten?

→ Patienten müssten bei einer Verschlechterung die erlernten Strategie weiter systematisch einsetzen.

Rückfallprophylaxe

- weitere Faktoren zur Stabilisierung der Erfolge -

Gezielte/allmähliche Zurücknahme der therapeutischen Unterstützung durch:

- Strecken der Intervalle zwischen den Therapiesitzungen
- Festlegen von Terminen nach z.B. 6 Monaten
- Angebot telefonischer Kurzkontakte
- Auffrischungssitzungen im Notfall
- ...



Stand der Therapieforschung

- Empfehlungen für die Praxis -

beste Therapiemöglichkeit nach aktuellem Forschungsstand:

Kognitive VT, ggf. ergänzt durch Gabe von SSRI (March et al (1997)).

Zusätzliche Pharmakotherapie v.a. sinnvoll bei Patienten mit Zwangsgedanken/depressiver Symptomatik.

Beginn der Pharmakotherapie mindestens zwei Monate vor Exposition. Andernfalls mit Therapieabbrüchen zu rechnen.

Wirksamkeit der ERP: 50-85%, 70-80% zeitlich stabil

Vielen Dank für die
Aufmerksamkeit!



Literatur

A. Lakatos, H. Reinecker. (2001)
*Kognitive Verhaltenstherapie bei
Zwangsstörungen. Ein Therapie-
manual. 2.unveränderte Auflage.*
Göttingen: Hogrefe



[http://www.uke.uni-hamburg.de/kliniken/
psychiatrie/index_31780.php](http://www.uke.uni-hamburg.de/kliniken/psychiatrie/index_31780.php)