

KOGNITIVE VERHALTENSTHERAPIE BEI ZWÄNGEN

Angelika Lakatos & Hans Reinecker

Zusammenfassung

In folgenden Beitrag wird zunächst der Stand der Forschung zur verhaltenstherapeutischen Behandlung von Zwängen kurz skizziert, dann werden die neueren Erklärungsmodelle, die insbesondere auch die kognitiven Komponenten der Störung berücksichtigen, beschrieben.

Der Hauptteil des Artikels ist der Darstellung einiger neuer, spezifisch auf Zwänge ausgerichteter, kognitiver Techniken gewidmet, die in Kombination mit der klassischen Technik der Exposition und Reaktionsverhinderung eingesetzt werden. Sie verbessern die Behandlungschancen deutlich, insbesondere bei reinen Zwangsgedanken und gleichzeitiger Depression. Am Schluß steht ein ausführliches Fallbeispiel.

Schlüsselwörter Kognitive Besonderheiten von Zwängen - Kognitiv-behaviorales Erklärungsmodell - Spezifische kognitive Interventionstechniken - Therapie reiner Zwangsgedanken

Summary

This article provides an overview of the current state of the art in the behavior therapy for OCD. Newer cognitive-behavioral models which stress the key role of appraisal of untrusive thoughts are being described. Furthermore some new, specific cognitive interventions which can be used in addition to exposure techniques are presented and illustrated in detail. Finally a comprehensive case example is given.

Keywords Cognitiv-behavioral approach to OCD - Specific cognitive techniques - Treatment of pure obsessions

Einleitung

Die meisten Artikel zur Darstellung der verhaltenstherapeutischen Behandlung von Zwängen beginnen sinngemäß mit einem Satz, der folgendermaßen lautet:

„Die Verhaltenstherapie gilt als Methode der Wahl bei Zwängen.....“.

Dieser Satz ist zugleich richtig und falsch. Richtig ist er insofern als die verhaltenstherapeutische Technik der Exposition und Reaktionsverhinderung sich tatsächlich in zahlreichen Studien als die effektivste Interventionstechnik zur Veränderung von Zwängen erwiesen hat und diesbezüglich seit mehr als 30 Jahren quasi konkurrenzlos dasteht. Falsch ist die Aussage deshalb, weil eine **Technik** mit der **Verhaltenstherapie als solcher** gleichgesetzt wird. Die Verhaltenstherapie zeichnet sich in erster Linie durch die funktionale Betrachtungsweise von Problemen aus. Hierbei wird versucht, der Komplexität menschlichen Erlebens und Verhaltens gerecht zu werden, indem man die Probleme auf mehreren Ebenen und aus unterschiedlichen Perspektiven beschreibt (aus individuell-psychologischer Sicht ebenso wie mit Blick auf die Vernetzung der Probleme im sozialen Lebenskontext der Person). Sinn dieser Analyse ist es, die zentralen Bedingungen, die zur Aufrechterhaltung der Probleme beitragen und deshalb Ansatzpunkt für eine Veränderung im therapeutischen Prozeß bieten können, ausfindig zu machen. Eine Zuordnung der Probleme zu einer diagnostischen Kategorie „Zwangs-

störung“ kann die funktionale Analyse keinesfalls ersetzen, aber sie kann den Suchprozeß wesentlich erleichtern, weil das in der Forschung angereicherte Wissen um störungsspezifische Bedingungszusammenhänge und Behandlungsmöglichkeiten den Blick auf zentrale Faktoren und erprobte therapeutische Zugänge lenkt. Nicht vergessen sollte man dabei allerdings, daß nach dem gegenwärtigen Forschungsstand unter der Bezeichnung „Zwangsstörung“ wahrscheinlich eine relativ heterogene Gruppe von Phänomenen verschiedener Genese zusammengefaßt ist. Auch können selbst sehr detailliert ausgearbeitete Störungsmodelle und Behandlungskonzepte natürlich immer nur einen Teilbereich der relevanten Bedingungen des Problems erfassen, nicht berücksichtigt werden klarerweise diejenigen Faktoren, die im individuellen Lebenskontext der Person begründet liegen, etwa die funktionale Bedeutung des Zwangs in der sozialen Umwelt der Person (wenn der Zwang beispielsweise, wie häufig bei Jugendlichen mit Ordnungszwängen, stellvertretend dem Austragen von Autonomiekämpfen in der Familie dient). Die Bearbeitung dieser Funktionalität ist nach verhaltenstherapeutischem Verständnis ein zentraler Bestandteil der Therapie, dennoch erübrigt sich deshalb die direkte Behandlung der Zwangshandlungen und/oder -gedanken so gut wie nie. Die Erfahrung zeigt sogar, daß es bei Zwangsstörungen generell am günstigsten ist, mit den störungsspezifischen Interventionen zu beginnen und sich gegebenenfalls erst anschließend mit der Bearbeitung der

Funktionalität zu befassen. Denn Zwänge haben, wenn sie sich erst einmal etabliert haben, eine hohe funktionale Autonomie; sie werden gewissermaßen aus sich selbst heraus noch viel stärker aufrechterhalten, als dies bei anderen Problemen der Fall ist, und bedürfen daher immer auch einer direkten Intervention (die Gründe hierfür sind in den Erklärungsmodellen im dritten Abschnitt genauer erläutert). Das Vorantreiben der symptombezogenen Maßnahmen in der Therapie hat sich auch aus mehreren Gründen als vorteilhaft erwiesen. Zum einen sind die Betroffenen in der Regel dazu anfangs am meisten motiviert und Fortschritte bei der Überwindung der Zwangssymptome erhöhen die Zuversicht und auch die Bereitschaft, sich mit anderen Problembereichen auseinanderzusetzen; dies ist immer auch mit einer gewissen Destabilisierung verbunden und insofern für Zwangspatienten eine besondere Schwierigkeit. Zum anderen läßt sich im Zuge der Reduktion der Zwänge auch deutlicher differenzieren, welche funktionalen Zusammenhänge zwischen den Zwängen und den anderen Problembereichen bestehen. So läßt sich beispielsweise zu Beginn der Therapie oft schwer ermitteln, ob die zu Tage tretenden familiären Konflikte lediglich eine Folge der massiven Belastung der Familie durch die Zwänge sind oder ob hierin ein funktionaler Faktor in dem Sinne zu sehen ist, daß andere zugrundeliegende Defizite in der Bewältigung von Konflikten innerhalb der Familie eine Rolle spielen, die bisher mit Hilfe der Zwänge kompensiert wurden. Wenn dies über eine sehr lange Zeit hinweg bei parallel bestehender schwerer Symptomatik der Fall war, so muß man sich auch ganz klar der Grenzen der therapeutischen Machbarkeit bewußt sein. Nicht selten ist dann zwar eine gewisse Besserung der Problematik möglich, jedoch nur bis zu dem Punkt, an dem die Nachteile in Form einer Destabilisierung des sozialen Bezugssystems die Vorteile einer weiteren Reduktion der Zwänge nicht mehr aufwiegen. Zumindest läßt sich jedoch auch für das Gros dieser Klienten eine relative (und aus der Perspektive der Klienten höchst relevante) Verbesserung erreichen, wenn man mit den symptomorientierten Maßnahmen beginnt und diese Grenze der "sozialen Verträglichkeit" dann ausloten kann. Tatsächlich bleiben in sehr vielen Fällen die direkt auf die Zwänge ausgerichteten Maßnahmen auch der Schwerpunkt der Therapie, denn die Bearbeitung der Funktionalität geschieht, wenn, dann eher mittelbar als direkt.

Daher haben in der Therapie von Zwängen die störungsspezifischen Interventionstechniken immer einen sehr hohen Stellenwert, höher als bei den meisten anderen Störungen. Und in der Zwischenzeit gibt es auf diesem Gebiet auch eine Reihe von Ergänzungen bzw. Weiterentwicklungen, die in Kombination mit der klassischen Methode der Exposition mit Reaktionsverhinderung angewandt werden.

Dabei handelt es sich um Interventionen, die speziell auf die kognitiven Besonderheiten bei Zwängen ausgerichtet sind und durch deren Hinzunahme sich die Effektivität der verhaltenstherapeutischen Standardtechnik noch weiter verbessern läßt. Der ausführlichen Beschreibung dieser Techniken ist der Hauptteil dieses Artikels gewidmet. Vorab wird kurz der Stand der Forschung zur Behandlung von Zwängen skizziert, außerdem werden die neueren Überlegungen zur den kogniti-

ven Aspekten der Störung beschrieben, die das theoretische Fundament der vorgestellten Interventionen bilden. Im Anschluß an die Darstellung der speziellen Techniken wird dann noch ein Fallbeispiel gegeben.

Stand der Therapieforschung zur Behandlung von Zwängen

An der Wirksamkeit der verhaltenstherapeutischen Technik der Exposition und Reaktionsverhinderung bei Zwängen besteht angesichts der Vielzahl von kontrollierten Studien, die im Laufe von drei Jahrzehnten Forschung dazu gemacht wurden, kein Zweifel. Die berichteten Besserungsraten betragen zwischen 50 und 85%, was im Lichte der schlechten Prognose, die Zwänge hinsichtlich des Spontanverlaufs zeigen, beeindruckende Resultate sind. (Eine Übersicht der wichtigsten Effektivitäts-Studien findet man bei Foa, Steketee & Ozarow, 1985; Marks, 1987; Baer & Minichiello, 1990; Abel, 1993; Reinecker, 1994 sowie Lakatos, 1997). Eine gute Möglichkeit einer zusammenfassenden Interpretation all dieser Studien liefern auch die Metaanalysen von v. Balkom et al. (1994) und jüngst auch von Abramowitz (1997), in denen die differentiellen Effekte unterschiedlicher Behandlungsformen errechnet wurden. Die Verhaltenstherapie schnitt hierbei jeweils am besten ab (mit Effektstärken zwischen 1,18 und 1,84).

Besonders wichtig ist natürlich, daß die erzielten Effekte auch von Dauer sind. In den Katamnesestudien zeigte sich, daß im Schnitt etwa 70-80% der Behandlungserfolge auch über längere Zeiträume stabil bleiben (3 Monate bis 6 Jahre nach Therapieende). (Übersichten speziell der Katamnesen finden sich bei Marks, 1987; Rasmussen & Tsuang, 1986 und Hand, 1992).

Angesichts dieser Zahlen könnte man als Kliniker, der um die oft mühsame und harte Arbeit mit Zwangspatienten weiß, in ungläubiges Erstaunen verfallen. Doch relativiert sich dies recht schnell, wenn man sich die Schwierigkeiten bzw. Grenzen der Übertragbarkeit von Forschungsergebnissen auf die Praxis vor Augen hält. Kontrollierte Therapiestudien müssen naturgemäß der internen Validität die höchste Priorität einräumen, der Vergleichbarkeit wegen müssen also u.a. sehr enge Selektionskriterien angelegt werden, damit die Gruppen homogen sind. So werden diejenigen Patienten, die uns in der Praxis am meisten beschäftigen, weil sie z.B. mehrere miteinander verwobene Störungen aufweisen (Komorbidität), in den Studien in der Regel a priori ausgeschlossen werden. Auch die Aussagekraft der Katamnesedaten ist wesentlich davon abhängig, wieviele Patienten für die Nachbefragung überhaupt zur Verfügung standen, denn die Bereitschaft der Patienten zur Teilnahme an einem Follow-up hängt erfahrungsgemäß eng damit zusammen, wie gut es den Betroffenen geht bzw. wie zufrieden sie mit der Behandlung waren. Je nach Beteiligung werden die Rückfallquoten bei kontrollierten Studien deshalb immer mehr oder minder stark unterschätzt. Im allgemeinen geht man von etwa 20-30 % Rückfallwahrscheinlichkeit aus.

Neben den Besserungsraten ist ebenfalls die nicht unbeträchtliche Zahl an Behandlungssuchenden zu erwähnen, die die Exposition nach Erläuterung des Vorwegehens verweigern oder währenddessen abbrechen. Die Angaben hierzu schwanken sehr stark von Studie zu Studie, doch geht man gemeinhin von ca. 12 bis 15 % aus. Berücksichtigt man ferner die echten Behandlungsmißerfolge (die Prozentanteile, die von den angegebenen Besserungsquoten aus jeweils auf 100% fehlen), so wird deutlich, daß etwa die Hälfte aller Behandlungssuchenden langfristig von der klassischen Methode der Exposition mit Reaktionsverhinderung nicht profitiert. Dies geht auch konform mit den Daten aus einer sehr umfangreichen Studie (N=148) zu den Langzeiteffekten verhaltenstherapeutischer Behandlung im stationären Bereich, der Windach-Follow-up-Studie. Hier zeigte sich, daß vom Beginn der Behandlung bis zum FU-Zeitpunkt insgesamt etwas über 50% der Patienten eine dauerhafte Verbesserung ihrer Problematik berichten konnten (Reinecker, Zaudig et al., 1995).

In der Zwischenzeit hat man auch eine ganze Reihe von Prädiktoren identifiziert, die mit dem Therapieerfolg bei der Anwendung von Exposition und Reaktionsverhinderung in Zusammenhang stehen.

Der Inhalt des Zwangs ist in prognostischer Hinsicht irrelevant, nicht jedoch die Art des Zwangs insofern, als Waschzwänge in der Regel besser zu behandeln sind als Kontrollzwänge (Rachman, 1971 nach Rachman & Hodgson, 1980; Basoglu et al., 1988; Boulougouris et al., 1977 nach Emmelkamp et al., 1993).

Hinsichtlich der störungsspezifischen Variablen wird das Vorliegen überwertiger Ideen oder eine schlechte prämorbidie Anpassung als prognostisch ungünstig bewertet, wohingegen ein episodischer Verlauf der Störung oder sogenannte atypische Zwänge mit einem besseren Therapieergebnis korreliert sind (Foa, Steketee et al. 1983; Foa, Grayson et al., 1983; Basoglu et al., 1988). Ein hohes Maß an Depressivität zu Beginn der Therapie geht mit einem geringeren Therapieerfolg einher, hohe Ängstlichkeit ist hingegen prognostisch günstig. (Marks et al., 1980; Foa, Grayson et al., 1983; Foa, Steketee et al., 1983; Hoogduin & Duivenvoorden 1988 nach Hoogduin et al. 1989).

Die schlechtesten Behandlungsprognosen haben diejenigen Patienten, die unter reinen Zwangsgedanken leiden, denn diese sind durch die klassische Technik der Exposition und Reaktionsverhinderung kaum zu beeinflussen (vgl. Foa et al.; 1983a, Rachman, 1983; Salkovskis & Westbrook, 1989). Sie werden deshalb zumeist von vornherein von den Therapiestudien ausgeschlossen. Gleiches gilt für die Patienten, die gleichzeitig eine schwere depressive Symptomatik aufweisen.

Gemeinsames Merkmal beider Gruppen ist, daß es sich weitgehend um Probleme kognitiver Natur handelt. Das grundsätzliche Problem des klassischen Expositionsverfahrens liegt also darin, daß es auf der Handlungsebene zwar sehr gut greift, hingegen die kognitiven Komponenten der Zwangsstörung weitgehend unberührt läßt. Kognitive Prozesse spielen jedoch bei allen Zwängen eine herausragende Rolle (vgl. Punkt 3.),

was sicherlich in engem Zusammenhang mit den Behandlungsproblemen (Verweigerungs- und Mißerfolgsrate) bei den Handlungszwängen zu sehen ist.

Unter den führenden Experten auf dem Gebiet der Behandlung von Zwängen besteht denn auch wenig Zweifel darüber, daß der Weg zur Verbesserung dieses Mangels in der Ergänzung der klassischen Expositionstechnik durch kognitive Techniken liegt.

Erst jüngst wurden in den USA sogenannte "Experten-Richtlinien" herausgegeben, in denen die konglomerierte Meinung einiger Dutzend ausgewiesener Experten auf diesem Feld zusammengefaßt wurde (March et al., 1997). Hierbei wurde mit großer Einhelligkeit die kognitive Verhaltenstherapie, gegebenenfalls ergänzt durch die Gabe von Serotonin-Reuptake-Hemmern, als beste Therapiemöglichkeit bei Zwängen benannt. Das ist insofern nicht weiter erstaunlich, als die Verhaltenstherapie so, wie sie heute praktiziert wird, immer ein kognitive Verhaltenstherapie ist und in der Praxis wohl kaum eine Therapie, gleich welcher Störung, ohne kognitive Umstrukturierungen ablaufen wird. Doch aus Forschungsperspektive gibt es bisher nur sehr wenige Studien, die den Nutzen kognitiver Therapien bei Zwängen untermauern könnten (Emmelkamp, Visser & Hoekstra, 1988; Emmelkamp & Beens, 1991; van Oppen et al., 1995). In allen drei Studien wurde jeweils die klassische verhaltenstherapeutische Technik der ERP mit einer der kognitiven Standardverfahren, also der kognitiven Therapie nach Beck beziehungsweise der Rational-Emotiven Therapie nach Ellis verglichen. Übereinstimmend zeigte sich dabei, daß es vermeintlich egal ist, ob man nun klassisch-verhaltenstherapeutisch oder kognitiv behandelt, beide Strategien erwiesen sich als nahezu gleich effektiv. In der letztgenannten Studie legten die Daten sogar ein gewisse Überlegenheit der kognitiven Therapie nach Beck gegenüber der ERP nahe, die sich allerdings statistisch nicht nachweisen ließ. Wie kann man sich dieses erstaunliche Ergebnis erklären?

Zunächst scheint es weder aus theoretischer noch aus praktischer Sicht besonders sinnvoll, die ERP und kognitive Techniken als Alternativen gegenüberzustellen, da die Wirkvariablen einen hohen Grad an Überschneidung aufweisen. Es ist bekannt, daß die Wirkung der Exposition nicht nur in der physiologischen Habituation besteht, sondern wesentlich auch in einer kognitiven Umstrukturierung im Sinne eines "reappraisal". In der zuletzt genannten Studie beinhalteten die kognitiven Therapiebedingungen denn auch explizit "Verhaltensexperimente", die der Realitätstestung der dysfunktionalen Überzeugungen dienen. So setzen sich die Betroffenen in dieser kognitiven Gruppe ebenso den für sie problematischen Stimuli aus wie in der ERP-Gruppe.

Ein weiterer Schwachpunkt der zitierten Studien (mit Ausnahme der letzten) ist darin zu sehen, daß jeweils Standardverfahren für kognitive Therapie eingesetzt wurden, ungeachtet unseres inzwischen vorhandenen Wissens um die kognitiven Besonderheiten bei Zwängen. Tatsächlich ist die Zwangsstörung eine der letzten Störungen, für die es noch keine spe-

zifische kognitiv-behaviorale Therapie (im Sinne einer Kombination spezieller ätiologiebegründeter, verhaltensbezogener und kognitiver Maßnahmen) gibt. Dies ist um so erstaunlicher, als es sich bei Zwängen ja an sich in weiten Teilen um ein kognitives Problem handelt.

Die entscheidende Kritik an allen drei Studien aber ist, daß wie üblich die Patienten mit reinen Zwangsgedanken und diejenigen mit gleichzeitiger schwerer depressiver Symptomatik ausgeschlossen wurden. Mithin läßt sich also gerade die interessanteste Fragestellung nicht beantworten, nämlich inwiefern es mittels kognitiver Techniken möglich wäre, denjenigen Betroffenen zu helfen, die von der Standardbehandlung nicht oder kaum profitieren können.

Aus dem Bemühen heraus, in diesem Sinne zu einer Verbesserung der Behandlungsmöglichkeiten beizutragen, haben wir an der Universität in Bamberg eine Therapievergleichsstudie durchgeführt, in der ganz spezifische, auf die kognitiven Besonderheiten der Zwangsstörung ausgerichtete Techniken evaluiert wurden (Lakatos, 1997). Ausgangspunkt der Überlegungen war, daß es nach dem aktuellen Stand der Therapiefor- schung und den neueren kognitiven Modellvorstellungen für Zwänge am erfolversprechendsten sein müßte,

- wenn die klassische Expositionsmethode mit kognitiven Techniken kombiniert wird
- wenn keine Standardmethode für kognitive Therapie eingesetzt wird, sondern spezifische auf die kognitiven Besonderheiten bei Zwängen zugeschnittene Elemente, die aus den einschlägigen kognitiven Modellvorstellungen für Zwänge heraus entwickelt wurden
- wenn insbesondere diejenigen Patientengruppen, bei denen die klassische Exposition nicht wirkt, ausdrücklich in die Untersuchung mit einbezogen werden
- wenn nicht nur isolierte Techniken miteinander verglichen werden, sondern komplette Verhaltenstherapien *lege artis*, allerdings mit unterschiedlichen Technikelementen, so daß eine möglichst gute Übertragbarkeit der Ergebnisse auf die Praxis gewährleistet ist.

Die Details der Studie sind an anderer Stelle nachzulesen, zum besseren Verständnis der Ergebnisse seien nur einige wenige Grundzüge ausgeführt:

In der Studie wurden insgesamt 28 Patienten per Zufall auf zwei Behandlungsbedingungen verteilt. In beiden Bedingungen wurden jeweils komplette Therapien durchgeführt mit ausführlicher Verhaltens- und Bedingungsanalyse, Bearbeitung der Funktionalität, Aufbau alternativer Verhaltensweisen etc. An spezifischen Techniken wurden jedoch in der ersten Gruppe nur ERP eingesetzt, wohingegen die zweite Gruppe ein Kombination aus ERP und spezifischen kognitiven Techniken (s. unten) erhielt. Die zeitliche Dauer der Therapien erstreckte sich jeweils über einen Zeitraum von einem halben bis zu zwei Jahren. Die Anzahl der Sitzungen orientierte sich an den jeweiligen Bedürfnissen des Klienten, war jedoch im Schnitt in beiden Gruppen vergleichbar.

Ein bedeutsames Ergebnis der Studie war, daß sich durch die Hinzunahme der kognitiven Elemente die Rate der Patienten, die die Therapie verweigern oder während der Exposition abbrechen, deutlich verringern läßt. Das bedeutet, daß eines der größten Probleme der klassischen verhaltenstherapeutischen Technik gelöst werden kann, nämlich die Akzeptanz der für die Klienten sehr anstrengenden Expositionsverfahren.

Darüber hinaus erwies sich die Kombinationstherapie aber auch als eindeutig effektiver, vor allem was die Behandlung von reinen Zwangsgedanken und Patienten mit gleichzeitiger depressiver Symptomatik angeht. Mit den dargestellten Verfahren scheint also erstmals auch ein wirksamer Ansatzpunkt für diese Probleme gefunden zu sein. Dies wiederum unterstreicht die Validität der neueren kognitiven Modellvorstellungen, welche die theoretische Basis dazu bilden.

Kognitive Erklärungsmodelle und Charakteristiken der Zwänge

Grundsätzlich sind alle Handlungen, die zwanghaften Charakter annehmen können, Bestandteil unseres normalen Verhaltensrepertoires, ebenso wie aufdringliche Gedankeninhalte nahezu von allen Menschen erlebt werden (Gibbs, 1996). Daher ist leicht nachvollziehbar, warum sich die Ätiologiemodelle in erster Linie mit den Aufrechterhaltungsmechanismen des Phänomens beschäftigen. Es stellt sich kaum die Frage: "Wieso konnte es passieren, daß jemand mit einem solchen Verhalten beginnt?", sondern vielmehr: "Was führt dazu, daß jemand nicht mehr aufhören kann mit dem Waschen?"

Das klassische Zwei-Faktoren-Modell liefert hierfür eine sehr gute Begründung, indem es die Zwänge als aktives Vermeidungsverhalten beschreibt, das der Angstreduktion dient und mithin über negative Verstärkung aufrechterhalten wird. Das Modell ist wohl hinreichend bekannt und in seiner Wichtigkeit zur Erklärung der Zwänge nach wie vor unbestritten, vor allem als theoretische Begründung für die Technik der Exposition und Reaktionsverhinderung. Allerdings hat die Theorie ein entscheidendes Manko: Zwangsgedanken (insbesondere, wenn sie ohne Verhaltenskomponenten auftreten) lassen sich darüber nicht erklären, denn sie wirken ja nicht angstreduzierend, sondern zumindest größtenteils angst- erhöhend.

Aus dem Bemühen heraus, auch für diesen Aspekt des Problems einen Erklärungsansatz zu liefern hat Salkovskis ein kognitiv-behaviorales Modell entwickelt, das in Analogie zu den Ätiologiemodellen für andere Störungen, dysfunktionale Beliefs in den Mittelpunkt stellt.

Ausgangspunkt seiner Überlegungen ist, daß man bei Zwängen **zwei Komponenten** mit unterschiedlicher Funktion unterscheiden muß. Da sind zunächst die Gedanken, die **Stimulus**-Charakter haben (z.B. "Ist der Herd aus" oder "Habe ich jemanden verletzt"?). Sie drängen sich dem Betreffenden gegen seinen Willen auf und werden daher als Intrusions =auf-

dringliche Gedanken bezeichnet. Daneben gibt es die Anteile des Zwangsproblems, die **Reaktionscharakter** besitzen, also diejenigen Strategien, die absichtlich ausgeführt werden. Sie können sowohl auf der Handlungsebene als auch auf der kognitiven Ebene stattfinden und werden als Neutralisieren bezeichnet, weil ihre Funktion im Ungeschehenmachen der Konsequenzen aufdringlicher Gedanken liegt.

Die entscheidende Annahme der Theorie besagt nun, daß das Auftreten aufdringlicher Gedanken zunächst einmal ein völlig normales Ereignis darstellt. Der Schlüssel zum Verständnis des Problems liegt in der Art und Weise, wie auf diese Gedanken reagiert wird, nämlich mit speziellen Bedeutungszuschreibungen.

Die Gedanken werden aufgrund dysfunktionaler Beliefs als höchst relevant, negativ und (im Falle tabuisierter Inhalte) als nicht zulässig erlebt.

Die eigentlichen pathologischen Prozesse liegen also in den inadäquaten Bewertungsprozessen und sind vor allem durch zwei ganz charakteristische Merkmale geprägt:

- Die Wahrnehmung einer Bedrohung, d.h. die Überschätzung der Wahrscheinlichkeit eines negativen Ereignisses. (Dies ist eine Gemeinsamkeit zwischen den Zwängen und den anderen Angststörungen.)
- Die Überschätzung der persönlichen Verantwortung d.h. der Konsequenzen eines negativen Ereignisses. (Dies wiederum haben Zwänge mit den Depressionen gemeinsam.)

Beide Überzeugungen interagieren miteinander und potenzieren sich gewissermaßen in ihrer negativen Wirkung, denn die von uns subjektiv empfundene Gefahr hängt zum einen von der angenommenen Wahrscheinlichkeit eines Ereignisses ab, zum anderen von den damit verbundenen Konsequenzen, wie die nachstehende allgemeine Formel verdeutlicht:

Gefahr = Wahrscheinlichkeit x Konsequenzen des Ereignisses

Selbst wenn die Chancen minimal sind, die möglichen Konsequenzen aber katastrophal, wird das Risiko sehr hoch eingeschätzt, was für jeden am Beispiel der Diskussion um die Atomenergie leicht nachvollziehbar ist.

Erst durch den Prozeß der Selektion und Bewertung erlangen also die aufdringlichen Gedanken eine affektive Bedeutung und lösen Angst bzw. Unruhe aus. Das Bedürfnis, diesen unangenehmen Erregungszustand wieder zu beenden, führt zur Ausführung des Neutralisierens, dem eigentlichen Zwang also. Dabei ist unerheblich, ob der Neutralisierungsversuch auf der Verhaltensebene oder in gedanklicher Form stattfindet. In jedem Fall besteht der Effekt des Neutralisierens darin, daß die Angst oder Unruhe zwar kurzfristig reduziert wird, gleichzeitig jedoch wird damit auch ein weiteres Signal für die Relevanz des Gedankens und die Richtigkeit der dysfunktionalen Annahmen geliefert und der Zwang stabilisiert, wie die Abbildung 1 veranschaulicht.

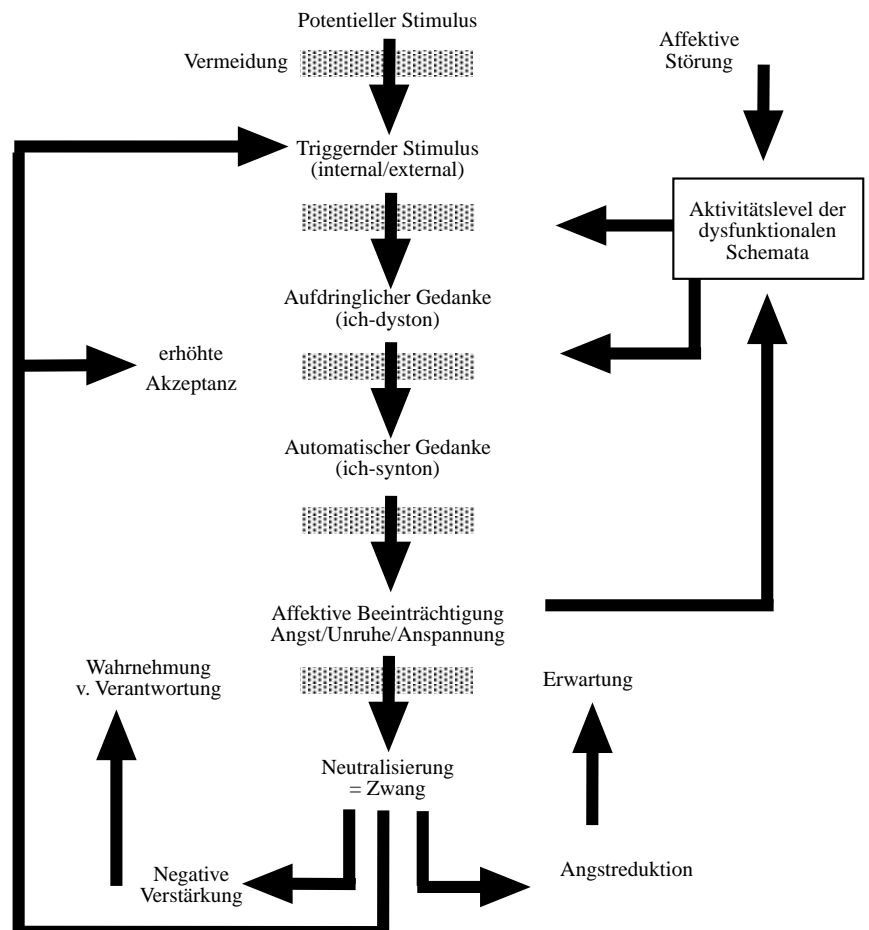


Abb. 1: Ein kognitives Modell für Zwänge (nach Salkovskis, 1988)

Das Modell stellt die Zwei-Faktoren-Theorie nicht in Frage, sondern schließt diese mit ein, allerdings um wesentliche kognitive Elemente angereichert. So wird hinsichtlich der Rückkopplungsprozesse deutlich gemacht, daß das Neutralisieren nicht nur angstreduzierend wirkt, sondern auch dazu führt, daß der Betreffende in dem Glauben bestärkt wird, es wäre tatsächlich zu einer Katastrophe gekommen, wenn er sich nicht so verhalten hätte.

Auf dieselbe Art und Weise wird der Betreffende in seiner dysfunktionalen Annahme darüber verstärkt, welche Einflußmöglichkeiten und damit Verantwortung er für das Nichteintreten der Katastrophe trägt (auf dem linken Rückkopplungsast dargestellt). Zwangspatienten handeln nach dem Motto: Wenn ich die Möglichkeit habe, etwas Schlimmes zu verhindern, dann muß ich es auch tun, denn sonst mache ich mich genauso schuldig, als hätte ich selbst das Unheil verursacht". Diesbezüglich unterscheiden sie sich klar von Normalpersonen, die hinsichtlich ihrer Verantwortlichkeitsüberzeugung immer einen sogenannten "omission bias" haben, d.h., sich für negative Folgen ihres Tuns, wenn sie etwas unterlassen haben, weniger verantwortlich fühlen, als wenn sie eine aktive Handlung vollzogen haben (vgl. Salkovskis, 1996). Durch das aktives Vermeidungsverhalten in Form des Zwangs wird die Korrektur dieser dysfunktionalen Annahmen auch ständig verhindert (im Sinne eines "reappraisal" nach Beck).

Schließlich werden durch das Neutralisieren auch die Bedeutsamkeit und damit die Auftretenshäufigkeit der aufdringlichen Gedanken erhöht. Diese erhalten eine noch negativere Qualität, erzeugen mehr Unruhe, und die Wahrscheinlichkeit für weitere Neutralisierungen steigt. Damit ist der Kreislauf geschlossen und der Zwang stabilisiert.

Bei der Entstehung von klinischen **Zwangsgedanken** spielt neben dem Neutralisieren auch der Versuch, die Gedanken zu unterdrücken, eine wesentliche Rolle. Aufdringliche Gedanken erhalten erst dann die Qualität von Zwangsgedanken, wenn die Betroffenen nicht nur durch deren Inhalt, sondern auch durch das Auftreten der Gedanken per se beunruhigt werden und diese als nicht zulässig bewerten. Der Versuch der Unterdrückung ist ein weiteres Signal für die Bedeutsamkeit des Gedankens und hat daher einen paradoxen Effekt, d.h., er führt zu einem vermehrten Auftreten der Gedanken, wodurch der beschriebene Kreislauf in Gang gesetzt wird.

Auch der Einfluß affektiver Störungen, etwa einer Depression, auf Zwänge ist im Rahmen des Modells gut erklärbar. Stimmungsbeeinträchtigungen erhöhen die Zugänglichkeit und Akzeptanz negativer Schemata, die mit Bedrohungen, Verlust oder Schuld assoziiert sind. Diese interagieren mit der übertriebenen Verantwortlichkeitsüberzeugung der Zwangspatienten, so daß die Relevanz und damit auch die Frequenz der aufdringlichen Gedanken nochmals ungünstig beeinflusst werden. Die Stimmungsbeeinträchtigungen können dabei sowohl zwangsimmanent sein als auch von einer parallel vorhandenen affektiven Störung herrühren (Salkovskis 1985, 1989). So wird auch klar, wieso Zwänge eine so hohe allgemeine Komorbidität mit anderen Störungen aufweisen und regelmäßig parallel mit oder im Rahmen anderer affektiver

Störungen auftreten. Dies gilt insbesondere für die Angststörungen und die Depressionen, denn vor dem Hintergrund der kognitiven Sichtweise der Zwänge wird deutlich, daß auf inhaltlicher Ebene wesentliche Gemeinsamkeiten zwischen diesen drei diagnostischen Kategorien zu finden sind. Die relevanten Merkmale lassen sich am besten in einem Vierfelderschema darstellen:

	Katastrophe in der	
	Vergangenheit	Zukunft
viel Verantw.	Depression	Zwänge
wenig Verantw.		Phobien

Abb. 2: Einteilung der Zwänge, Depressionen und Phobien hinsichtlich der subjektiv wahrgenommenen persönlichen Verantwortung und der zeitlichen Perspektive des negativen Ereignisses (nach Arntz, 1992)

Phobien sind gekennzeichnet durch die Erwartung einer Katastrophe in der Zukunft, auf die der Betreffende allerdings keinen Einfluß zu haben glaubt. Depressionen dagegen beruhen auf einer hohen wahrgenommenen Verantwortung für ein äußerst negativ bewertetes Ereignis, welches in der Vergangenheit stattgefunden hat. Zwänge schließlich zeichnen sich durch eine subjektiv empfundene große Verantwortung für eine antizipierte Katastrophe aus. Demnach könnte man Zwänge als einen Zustand interpretieren, in dem der Betroffene beständig versucht, sich nicht schuldig und depressiv fühlen zu müssen, weil er einen Fehler begangen hat.

Für die Therapie ergeben sich daraus folgende Implikationen:

Weil bei Zwängen die befürchteten Katastrophen in der Zukunft liegen, hat die Exposition in weiten Teilen eine andere Funktion als bei Phobien. Ein Patient mit Waschzwängen beispielsweise, der in der Exposition dazu angeleitet wird, Schmutz anzufassen, kann sich selbst dadurch schwerlich beweisen, daß er nicht in fünf oder zehn Jahren an Aids sterben wird. Folglich ist die Exposition bei Zwängen, im Gegensatz zur Konfrontation bei Ängsten, nicht notwendigerweise mit einer Korrektur der überhöhten Gefahreinschätzung verbunden. Dies erklärt auch, warum sich in den Übungssituationen selbst manchmal keine Abnahme der Unruhe (Habituation) beobachten läßt.

Die subjektive Bedrohlichkeit der Situation ändert sich für die Patienten dennoch, höchstwahrscheinlich dadurch, daß sie mittels Exposition wieder eine Bewältigungsüberzeugung aufbauen können. Dementsprechend ist auch der Zweck der Exposition in erster Linie das Erleben der Patienten, wie sie ihre Angst auf andere Art und Weise bewältigen können als durch Ausführung ihres Zwanges. Primäres Ziel der Exposition ist mithin nicht die **Angstreduktion** durch Aushalten, sondern die Veränderung der Wichtigkeit der aufdringlichen Gedanken für den Patienten (und dies wird dem Klienten auch so vermittelt). Letzlich wird natürlich dadurch auch

die Angstreduktion angestrebt, jedoch erst sekundär. Voraussetzung für die Wirksamkeit der Exposition in diesem Sinne ist allerdings, daß die übertriebene Gefahreinschätzung des Patienten auf anderen Wegen modifiziert wird, und dies größtenteils schon im Vorfeld der Exposition, damit er diese nicht verweigert oder abbricht, wenn keine Habituation eintritt. Es bedarf also der Ergänzung der ERP durch entsprechende (kognitive) Techniken. (Diese werden im nächsten Abschnitt unter dem Punkten a bis c erläutert.) Gezielte Strategien zum Motivationsaufbau sind selbstredend Bestandteil jeder umfassenden Verhaltenstherapie, doch bereitet den Zwangspatienten das Abgehen von ihren gewohnten und stabilen Verhaltensmustern natürlich besondere Schwierigkeiten. Erforderlich wäre also eine Erweiterung des diesbezüglichen Methodenrepertoires im Spektrum zwischen den störungsunspezifischen und den störungsspezifischen Maßnahmen vor dem Hintergrund des oben erläuterten kognitiven Modells.

Ein zweiter wichtiger Aspekt, der bei der Standardbehandlung mit ERP ebenfalls nicht hinreichend berücksichtigt wird, sind diejenigen dysfunktionalen Einstellungen, allen voran die extreme Verantwortlichkeitsüberzeugung, die in Form automatischer Gedanken überhaupt erst zu den problematischen Bewertungen führen. Gerade bei Kontrollzwängen läßt sich typischerweise immer wieder feststellen, daß die katastrophale Qualität der Konsequenzen weniger in dem Ereignis selbst (z.B. dem Einbruch, dem Hausbrand etc.) besteht, als vielmehr darin, daß man es hätte verhindern können und deshalb dafür verantwortlich ist (siehe oben "omission error").

Eine Patientin, die fürchtete, beim Autofahren versehentlich jemanden verletzt zu haben, deshalb vielfache Kontrollen ausführte und das Autofahren schließlich ganz vermied, drückte dies einmal so aus: "Wissen Sie, wenn ich wüßte, daß ich jemanden angefahren habe, dann wäre es gar nicht so schlimm, denn dann würde ich aussteigen, die Verantwortung übernehmen und irgend etwas tun können. Das, was mich so quält, ist, daß ich es nicht weiß".

Was hinter den Bedrohlichkeitsgefühlen und damit auch den Zwängen steht, sind also letztlich dysfunktionale Überzeugungen, die sich um die Themen der Wertlosigkeit, Schuld und Ablehnung durch andere drehen und die den depressogenen Grundannahmen sehr ähnlich sind.

Solange diese Annahmen für den Patienten Gültigkeit besitzen, ist der Einsatz von Strategien, die diese Gefahr bannen sollen oder zumindest seine Verantwortung für die Katastrophe schmälern, nur folgerichtig und logisch. Demnach ist hier ein mindestens ebenso wichtiger und erfolgversprechender Ansatzpunkt für therapeutische Interventionen zu sehen wie auf der Ebene des Zwanges selbst.

Für diese Interpretation spricht auch, daß die Exposition und Reaktionsverhinderung um so weniger wirksam ist, je depressiver die Patienten sind, d.h., je mehr die Verantwortlichkeitsüberzeugung (auch bei wiederholter Erfahrung der geringen Wahrscheinlichkeit mittels der Exposition) die Konsequenzen inakzeptabel und damit das Risiko für den Betroffenen zu hoch erscheinen läßt. Demzufolge wäre eine Veränderung

der dysfunktionalen Annahmen, die dem Zwangsverhalten vorgeschaltet sind, insbesondere der Überschätzung der Gefahr und der persönlichen Verantwortung, wichtige Aspekte einer (kognitiven) Therapie für Zwänge.

Therapietechniken und -inhalte

Verschiebung der Problemsicht

Ein Phobiker, der sich in Behandlung begibt, weiß daß sein Problem in seiner übertriebenen Furcht und in der daraus resultierenden Vermeidung besteht. Er würde also der Aussage "Sie haben Angst, obwohl es keinen Grund dazu gibt" relativ leicht zustimmen.

Ein Zwangspatient hingegen ist sich nicht sicher, was eigentlich sein Problem ist. Er beurteilt zwar sein Verhalten als übertrieben, die Bedrohung jedoch als realistisch. Daher schwankt er beständig hin und her zwischen einer eher objektiven Problemsicht ("Ich bin in Gefahr, mich anzustecken") und einer subjektiven Problemsicht ("Mein Problem ist: Ich wasche mich zuviel"). Zwar spricht auch der Zwangspatient explizit davon, daß er Angst hat, sich anzustecken, er begreift aber nicht das **Angsthaben** als sein Problem, sondern einerseits das **Sichansteckenkönnen**, andererseits sein übertriebenes Verhalten. Er würde, wenn er in Therapie kommt, der Feststellung: "*Sie haben Angst, obwohl es keinen Grund dazu gibt*" kaum zustimmen können.

Dies gilt in ganz ähnlicher Weise auch für die hypochondrische Störung. Ein hypochondrischer Patient kommt in die Behandlung mit der Überzeugung, sein Problem sei, daß er **krank ist**, aber die Ärzte unfähig seien, dies festzustellen. In der Therapie muß mehr oder minder ein Konsens darüber erreicht werden, daß sein Problem nicht das **Kranksein** ist, sondern die **Angst davor, krank zu sein**, und ihm daher psychotherapeutische Maßnahmen, die ihm helfen sollen, mit dieser Angst zurechtzukommen, nutzen können. An dieser Analogie läßt sich auch gut verdeutlichen, daß die Verschiebung der Problemdefinition nicht etwas ist, was einmal durchgeführt wird und dann gewissermaßen erledigt ist, sondern etwas, was sich wie ein roter Faden durch die gesamte Therapie zieht. Auch ist die Problemsicht des Patienten natürlich nicht konstant, sondern hängt davon ab, in welchem emotionalen Zustand sich der Betreffende gerade befindet bzw. ob er in der für ihn bedrohlichen Situation ist oder nicht. Allerdings ist auch im ruhigen Zustand das spontane Verständnis des Zwangspatienten von seinem Problem keineswegs das einer "grundlosen Angst".

Demzufolge besteht der erste Schritt in der Behandlung von Zwängen in einer Veränderung der Problemsicht des Klienten im Sinne einer Verschiebung der Problemsicht weg vom Inhalt der befürchteten Konsequenzen hin zu der Überzeugung, daß das Problem darin besteht, einen unsinnigen, aufdringlichen Gedanken und Angst zu haben:

Verschiebung der Problemauffassung auf dem Kontinuum

Objektives Problem	Subjektives Problem
I	I
Inhalt der Befürchtungen z.B. Gefahr der Kontamination	einen aufdringlichen Gedanken und ein Gefühl der Unruhe oder Angst haben

Dies geschieht, indem man bereits vom ersten Gespräch an Äußerungen des Patienten in Richtung einer solchen "Einsicht" verstärkt und dementsprechend kommentiert.

Formulierungsbeispiel:

P: Wenn ich dann morgens in die Küche komme, kontrolliere ich als erstes, ob die Papierstückchen noch auf dem Brotmesser liegen, damit ich weiß, daß ich nachts nicht unterwegs gewesen bin und jemanden damit ermordet habe. Es ist eigentlich ganz absurd, weil ich ja bestimmt auffallen würde, wenn ich mit dem Schlafanzug draußen rumlaufen würde...

Th: Aha, von Ihrem Verstand her wissen Sie also, daß es Unsinn ist, aber Ihr Gefühl stimmt damit nicht überein, und das ist Ihr Problem etc.

Auch der Hinweis darauf, daß das Zwangsverhalten das Problem offensichtlich nicht löst, oder der Vergleich mit anderen Menschen, kann das Gleichgewicht zugunsten der subjektiven Problemsicht verschieben.

Besonders hilfreich ist es, den Patienten nach seinem Kriterium für die **Beendigung** seiner Zwangshandlungen bzw. Neutralisierungsgedanken zu fragen, denn das Kriterium ist immer subjektiver Natur. Entweder beenden die Patienten ihre Zwänge, weil sie ruhiger werden oder bestimmte Sicherheitssignale erreichen. So legen viele Patienten von vorneherein eine bestimmte Reihenfolge oder eine Anzahl an Wiederholungen fest, die dann nach einer Alles-oder-nichts-Regel eingehalten werden müssen. Objektiv läßt sich jedoch beim Waschen an den Händen keinerlei Unterschied zwischen der 29. und der 30. Wiederholung bemerken, so daß dem Patienten darüber sehr eindrücklich vor Augen geführt werden kann, daß sein Problem subjektiver, d.h. emotionaler Natur ist.

Die Polarisierung zwischen "Verstand und Gefühl" macht es dem Patienten erheblich leichter, Distanz zum Inhalt seiner Befürchtungen zu bekommen, und je besser dies gelingt, desto weniger läuft man in der Therapie auch Gefahr, sich in unfruchtbare inhaltliche Diskussionen über die Sinnhaftigkeit des zwanghaften Verhaltens oder die Gefährlichkeit der befürchteten Ereignisse zu verwickeln. Man kann dann nämlich darauf verweisen, daß es um die Klärung dieser Fragen ja eigentlich nicht geht, weil der Patient vom Verstand her im Grunde ja ganz gut weiß, wie er sich verhalten möchte und was er selbst als vernünftig und normal ansieht.

Manchmal verlieren die Patienten im Laufe der Zeit allerdings tatsächlich die Standards dafür, was ein normales Ausmaß des betreffenden Verhaltens ist, besonders wenn es sich um lange dauernde Putz- oder Waschwänge handelt. Hier kann umgekehrt die Angst dazu dienen festzustellen, wie sich

die Patienten wirklich verhalten möchten bzw. wieweit sie noch von der Angst bestimmt sind.

Natürlich läßt sich die Problemsicht nie ganz an das rechte Ende der Skala verschieben, denn ein Patient, der überzeugt davon ist, daß seine Befürchtungen völlig grundlos sind, würde keine Zwänge mehr haben. Doch zumindest eine Verschiebung des Gleichgewichtes in Richtung einer Angst-Problemsicht ist möglich und notwendig, damit die Exposition gewinnbringend eingesetzt werden kann. Je besser die Problemverschiebung gelingt, desto günstiger sind die Voraussetzungen dafür, daß die Exposition beim Patienten auch tatsächlich zu Veränderungen führt.

Exposition und Reaktionsverhinderung

Dreh- und Angelpunkt der Therapie bei Zwängen ist nach wie vor die Exposition mit Reaktionsverhinderung. Das Vorgehen besteht darin, daß der Patient mit den von ihm gefürchteten gedanklichen und situativen Auslösern konfrontiert wird, während gleichzeitig die Ausführung der üblichen Zwangsrouten unterlassen werden soll.

Ganz zentral für die Akzeptanz und die Wirksamkeit der Exposition ist im Vorfeld die Vermittlung eines plausiblen Erklärungsmodells für die Störung, aus dem sich das therapeutische Prinzip logisch ergibt. Grundlage der Erläuterungen ist das bereits weiter vorne dargestellte kognitiv-behaviorale Modell, das es dem Patienten ermöglicht, ein Verständnis von der Entstehung und Aufrechterhaltung seines Zwangsproblems zu entwickeln und die verschiedenen Komponenten seines Problems hinsichtlich ihrer Funktion zu unterscheiden. Die Bedeutung dieser sogenannten "kognitiven Vorbereitung" kann nicht hoch genug eingeschätzt werden, denn das Modell dient nicht nur dazu, das Expositionsrationale davon abzuleiten, sondern auch als Begründung aller weiteren Behandlungsmaßnahmen. Für die Vermittlung des Erklärungsmodells wird eine vereinfachte graphische Darstellung verwendet, deren einzelne Komponenten Schritt für Schritt gemeinsam mit dem Patienten entwickelt werden (vgl. Abb. 3). Einzelheiten zur Durchführung sind in Lakatos & Reinecker, 1998 nachzulesen.

Das dargestellte kognitiv-behaviorale Modell hat zwei ganz entscheidende Vorzüge:

Erstens läßt sich im Unterschied zu anderen Ätiologie-Modellen, wie etwa dem Teufelskreismodell für Panikattacken, mit diesem Modell auch der „Ursprung“ des Verstärkerkreislaufts gut plausibel machen. Da die zwanghaften Befürchtungen in der Regel ja einen realistischen Kern besitzen, stellt

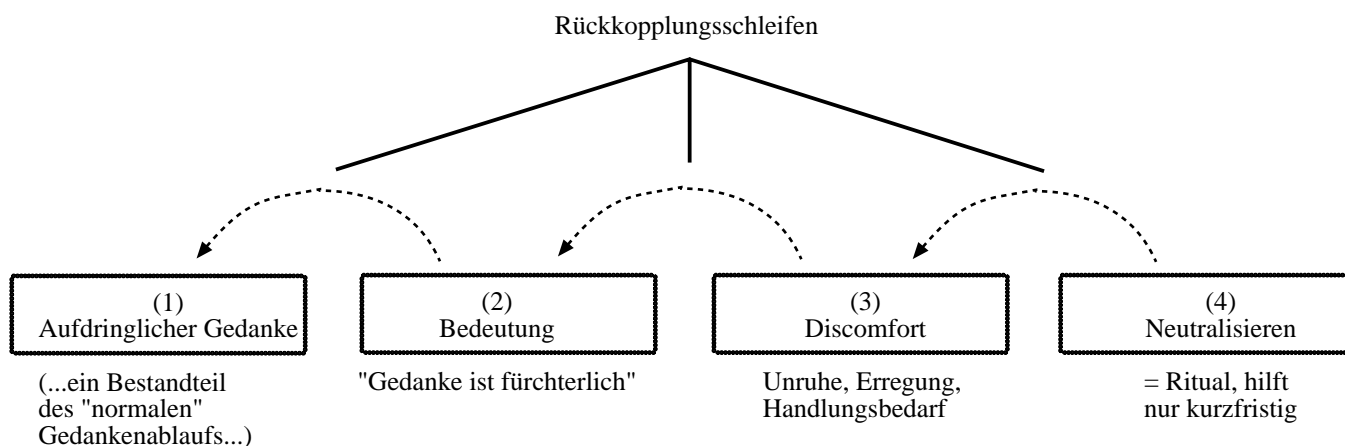


Abbildung 3: Vereinfachtes Erklärungsmodell für die Klienten (nach Reinecker 1994)

sich für die Patienten meist gar nicht die Frage, wieso der ursprüngliche Gedanke z.B. an eine Aidsinfektion überhaupt aufgetaucht ist und Unruhe ausgelöst hat. Der zweite wesentliche Vorzug liegt darin, daß das Modell ebensogut zur Erklärung von Zwangsgedanken geeignet ist wie zur Erklärung von Zwangshandlungen. In beiden Fällen wird dem Klienten anhand des Schemas die essentielle Bedeutung des Bewertungsaspektes für die Entstehung und Aufrechterhaltung der Zwangsgedanken verdeutlicht und seine bisherige Logik umgekehrt, indem seine Neutralisierungsversuche als Grund dafür entlarvt werden, daß sich der ursprüngliche Gedanke überhaupt zu einem aufdringlichen Gedanken entwickeln konnte.

Allerdings gibt es einen wichtigen Unterschied zwischen den aufdringlichen Gedanken, die ein Zwangshandlung triggern, und den reinen Zwangsgedanken, z.B. aggressiven oder religiösen Zwangsgedanken. Der Betreffende ist nicht nur über den Inhalt der Befürchtungen, sondern auch über das Auftreten der Gedanken an sich höchst beunruhigt. Deshalb ist es hier besonders wichtig, die subjektive Bedeutung, die die Gedanken für den Patienten haben, herabzusetzen und die Aufmerksamkeit zu reduzieren, die er ihnen schenkt. Die Vermittlung des Erklärungsschemas ist ein wichtiges Hilfsmittel hierfür. Allein durch die Übernahme dieses Denkmodells und der entsprechenden Terminologie (z.B. der Bezeichnung "aufdringliche Gedanken") wird die Distanz des Patienten zu diesen Gedanken deutlich erhöht und damit auch die subjektive Wichtigkeit derselben verändert. Darüber hinaus gibt es jedoch noch einige weitere spezielle Strategien hierfür.

Reduktion der subjektiven Bedeutung der aufdringlichen Gedanken

Für Menschen, die unter Zwangsgedanken leiden, also befürchten, sie könnten etwas sehr Peinliches oder Gefährliches tun, ist es (ebenso wie für die Therapeuten, die damit erstmals konfrontiert sind) oft ungeheuer wichtig und beruhigend zu erfahren, daß zwanghafte Impulse so gut wie nie ausagiert werden. Diese Information allein und die Auseinandersetzung

mit den aversiv besetzten Inhalten im Gespräch mit der Therapeutin bieten bereits die Möglichkeit für einen ersten Schritt hin zu einer weniger abwehrenden Haltung den Zwangsgedanken gegenüber. Eine ebenfalls sehr hilfreiche Strategie auf diesem Weg besteht darin, die Angst und Bestürzung positiv zu konnotieren, indem man sie als Beweis dafür interpretiert, was für ein friedfertiger bzw. religiöser Mensch der Betreffende ist und damit seine bisherige Logik umkehrt. Das folgende Beispiel einer Mutter mit aggressiven Gedanken gegenüber ihrem Kind soll dies verdeutlichen:

P: Wieso habe ich denn diese Gedanken überhaupt. Es ist doch nicht normal, daß man auf die Idee kommt, sein Kind zu töten, oder?

Th: Es ist wichtig für Sie zu wissen, daß gerade diejenigen Menschen, die von solchen Gedanken geplagt werden, dies am allerwenigsten tun würden. Ich möchte es Ihnen an einem Beispiel verdeutlichen: Denken Sie bitte einmal an jemanden, der sich gerne herumprügelt. Glauben Sie, daß so einem Menschen aggressive Gedanken Angst einjagen?

P: Nein. Dem würden solche Gedanken wahrscheinlich eher Spaß machen.

Th: Genau. Umgekehrt handelt es sich bei jemandem, der es als sehr schlimm ansieht, blasphemische Gedanken zu haben, wohl eher um einen sehr religiösen Menschen als um einen Atheisten.

P: Ja ich verstehe was Sie meinen, aber wenn Sie nun von jemanden erfahren, daß er ständig daran denkt, seinem Kind etwas anzutun. Würden Sie ihm das Kind dann nicht wegnehmen?

Th: Das hängt ganz davon ab, wie derjenige auf diese Gedanken reagiert. Wenn ich jemanden vor mir habe, der allein schon durch den Gedanken daran sehr erschreckt wird, dann würde ich es für äußerst unwahrscheinlich halten, daß er dies tun würde.

Ich möchte es Ihnen einmal demonstrieren: Versuchen Sie doch einmal in der nächsten Minute nicht an einen Elefanten zu denken.

P: Nicht zu denken? (Lacht). Das geht nicht.

Th: Was ist passiert.

P: Ich habe einen Eefanten vor mir gesehen.

Th: Das passiert, wenn Sie versuchen einen Gedanken nicht zu denken, der Sie nicht beunruhigt. Um so schwieriger bzw. unmöglich ist es, einen Gedanken zu unterdrücken, der Sie ängstigt. Um nun auf Ihre Frage zurückzukommen. Würden Sie jemandem sein Kind wegnehmen, der versucht, nicht einmal daran zu denken, daß er ihm etwas antun könnte, und deshalb Probleme hat.

P: Ich glaube nicht. Das ist ja auch, was ich ständig versuche. Ich möchte die Gedanken wegdrängen, aber es gelingt mir nicht.

Auch als Ziel der Therapie wird konsequenterweise nicht das Verschwinden der aufdringlichen Gedanken definiert, sondern ein veränderter Umgang mit den Gedanken. Dem Patienten wird vermittelt, daß man Gedanken prinzipiell nicht kontrollieren kann, sondern die einzig wirksame Strategie darin besteht darin, sich von den Gedanken zu distanzieren. Der Zwangsgedanke soll so nebensächlich für den Patienten werden als würde er denken "das Gras ist grün".

Formulierungsbeispiel:

"Stellen Sie sich Ihren Gedankenstrom wie einen Verkehrsfluß vor. Da gibt es Gedanken, die Ihnen nicht weiter auffallen, die wie normale PKWs sind. Daneben gibt es aber auch LKW's, die Sie je nach Größe und Gewicht sicherlich registrieren werden. Wenn Sie sich nun auf die Straße stellen und versuchen, so einen LKW zu stoppen, dann werden Sie höchstwahrscheinlich überfahren. Was Sie aber tun können, ist, sich auf den Straßenrand zu stellen und zu sagen: Aha, da war mal wieder ein LKW. Also sich von den Gedanken zu distanzieren, anstatt sich ihnen entgegenzustellen."

Eine weitere Möglichkeit, die Aufmerksamkeit zu reduzieren, die der Patient seinen aufdringlichen Gedanken schenkt, besteht darin, immer wieder auf den Unterschied zwischen Gedanken und Taten hinzuweisen, indem die befürchtete Tat in allen Einzelheiten und erforderlichen Voraussetzungen gedanklich durchgesprochen wird.

Bsp. *"Stellen Sie sich vor, Sie würden eine Mord planen. Was müßten Sie vorab alles bedenken und bereithalten und dann schließlich tun, um mit 100% Sicherheit jemanden umzubringen?"*

(Ein Messer besorgen, ein Opfer finden, das Opfer dürfte sich nicht wehren, niemand dürfte dem Opfer helfen, der erste Stich müßte tödlich sein etc.)

Es ist klar, daß derartige mentale Konfrontationen eine sehr sensible, gleichzeitig aber auch beharrliche Gesprächsführung erfordern. Doch lohnt es sich, da es eine gute Chance für eine Umstrukturierung auch in bezug auf die Überschätzung der Wahrscheinlichkeit der befürchteten Katastrophe darstellt.

Die kognitive Umstrukturierung in bezug auf die Überschätzung der Gefahr

Für Zwangspatienten ist es charakteristisch, daß sie die Wahrscheinlichkeit bestimmter Ereignisse überschätzen. Dies gilt jedoch nur für negative Vorkommnisse, nicht für positive. Daher hat es sich als nützlich erwiesen hier Parallelen herzustellen und gemeinsam mit den Patienten einen vergleichbar unwahrscheinlichen, jedoch positiv oder neutral bewerteten Gedanken, hinsichtlich seines Realitätsgehaltes zu erörtern bzw. ihn um eine Wahrscheinlichkeitseinschätzung zu bitten. Bei magischem Denken beispielsweise kann man mit den Patienten diskutieren, ob sie sich auch in der Lage sehen, die Lottozahlen vorherzubestimmen. Bei aggressiven Zwangsgedanken kann man mit den Patienten besprechen, wie sie es anstellen würden, jemanden gegen ihren Willen zu küssen. Bei Aidsängsten könnte man die Möglichkeiten diskutieren, ohne Geschlechtsverkehr schwanger zu werden etc.

Während die meisten Menschen denken, daß beim Fehlen von Anzeichen der Gefahr die Situation als sicher anzusehen ist, haben Zwangspatienten genau die umgekehrte Denkweise. Sie wollen absolute Sicherheit, die nie zu erreichen ist, was man ihnen sehr schön anhand paradoxer Überlegungen vermitteln kann, z.B.:

„Stellen Sie sich doch mal vor, Sie würden die Sache einmal umgekehrt betrachten, und Sie wollten sich mit Bakterien selber umbringen, z.B. weil Sie eine Lebensversicherung abgeschlossen haben, die Ihre Kinder erhalten sollen, es also weder Selbstmord noch Fahrlässigkeit sein darf. Wie würden Sie das anstellen?“

Eine weitere, allerdings sehr formale Möglichkeit, eine Veränderung der Wahrscheinlichkeitseinschätzung zu erzielen, besteht darin, eine Analyse der einzelnen Handlungssequenzen zu machen, die zu der Katastrophe führen würden (Abb. 4).

Zu diesem Zweck wird der Patient zunächst befragt, wie häufig er mit der Situation, die das zwanghafte Verhalten triggert, konfrontiert ist. Dann muß der Betreffende einschätzen, wie häufig seiner Meinung nach eine Katastrophe passieren würde, wenn er sein Zwangsverhalten nicht ausführen würde. Anschließend wird eine detaillierte Analyse der einzelnen Sequenzen, die zu der Katastrophe führen würden, durchgeführt. Bei jeder Handlungssequenz muß der Patient erneut einschätzen, wie hoch die Wahrscheinlichkeit dieses Ereignisses ist. Schließlich wird die kumulierte Chance mit der ursprünglichen Wahrscheinlichkeitseinschätzung des Patienten verglichen, um diese zu korrigieren.

In Abbildung 4 ist diese Technik am Beispiel eines Installateurs verdeutlicht, der fürchtete, bei einem von ihm reparierten Gasboiler könnte eine Leitung undicht sein, so daß Gas entweichen und jemand durch eine Explosion ums Leben kommen könnte.

Was müßte alles passieren, damit es zu der befürchteten Katastrophe kommt?

Handlungssequenz	Chance	kumulierte Chance
1. Ich habe die Schrauben nicht fest genug angezogen	1:1000	1:1000
2. Routinekontrolle mit Seife zeigt kein Loch	1:1000	1:1 000 000
3. Ich habe das Loch weder gerochen noch gehört	1:1000	1:1 000 000 000
4. Trotz (2) und (3) und der obligatorischen Ventilation entweicht das Gas schnell genug für eine explosive Konzentration	1:1000	1:1 000 000 000 000
5. Niemand riecht das Gas und reagiert	1:1000	1:10 ⁻¹⁴
6. Offenes Feuer oder elektrischer Funke	1:100	1:10 ⁻¹⁶
Es ist jemand zu Hause, der das Gas aber nicht riecht oder reagiert	1:1000	1:10 ⁻¹⁰

Abb. 4: Analyse einzelner Handlungssequenzen zur Veränderung der Gefahreneinschätzung

Die Umstrukturierung in bezug auf die Überschätzung der persönlichen Verantwortung

Ein ganz wesentliches Charakteristikum der Zwangsstörung ist die Überschätzung der persönlichen Verantwortung. Die Betroffenen übernehmen Verantwortung für Dinge, auf die sie keinen oder wenig Einfluß haben, und/oder haben sehr dysfunktionale Kognitionen, was ihre Fähigkeiten angeht, mit Verantwortung für negative Ereignisse, d.h. Schuld umzugehen.

Um ersteres anzugehen, eignet sich besonders die „pie-chart-Technik“. Hierbei werden zunächst alle möglichen Einflußfaktoren aufgelistet und entsprechend ihrer Bedeutung als Segmente in einem Kreis dargestellt. Erst am Schluß wird der Verantwortungsanteil des Patienten eingefügt, für den erfahrungsgemäß dann nur noch wenig Raum bleibt. Dies führt dann in der Regel zu einer deutlichen Veränderung der Verantwortlichkeitsüberzeugung.

Eine weitere Methode besteht darin, externe Beurteilungsinstanzen zum Vergleich heranzuziehen. Zwangspatienten, die einen Einbruch in ihr Haus fürchten, geben dem Einbrecher bezeichnenderweise in der Regel überhaupt keine Schuld. Fragt man sie aber, wie ein Gericht die Schuldfrage hier beurteilen würde, sieht ihre Einschätzung der Verantwortlichkeit völlig anders aus.

Die Bearbeitung derartiger doppelter Standards führt schnell zu den dysfunktionalen Kernannahmen über Schuld und Wertlosigkeit etc., die den zweiten Teil des Problems bilden. In der Therapie werden diese Annahmen explizit gemacht und modifiziert, wobei nach den Grundregeln der kognitiven Therapie vorgegangen wird. Es kann beispielsweise die Zweispaltentechnik (nach Beck) angewendet werden, um Belege für und wider die problematischen Annahmen zu sammeln.

Der bevorzugte Gesprächsstil ist hierbei der sokratische Dialog. Im Unterschied zu der kognitiven Standardtherapie für Depressionen sollten aber dem Patienten gegenüber seine Gedanken nie als dysfunktional oder zu verändernd bezeichnet werden, weil dies mit der Reduktion der subjektiven Wichtigkeit von Gedanken im Widerspruch stehen würde. Demzufolge sollten auch keine Tagebücher oder auf die Veränderung der dysfunktionalen Annahmen bezogene Hausaufgaben eingesetzt werden.

Der Einsatz von Verhaltensexperimenten

Verhaltensexperimente sind eine sehr gute Ergänzung zu den kognitiven Techniken und lassen sich sowohl im Hinblick auf eine Veränderung der Gefahreneinschätzung und der Verantwortlichkeitsüberzeugung als auch generell zur Veränderung des Belief-Systems der Zwangspatienten einsetzen.

Anhand von Risikoübungen, die objektiv gesehen ungefährlich sind, soll der Klient hierbei zu einer Lockerung und Korrektur seiner Standards gelangen. Die Patienten werden also ermutigt, kleine Risiken im Alltag einzugehen, z.B. den Kofferraum unversperrt zu lassen oder sich darin zu üben, Verantwortung zu tragen, indem sie freiwillig Babysitting übernehmen o.ä. Prinzipiell eignen sich viele Übungen aus dem ATP ebenso für diese Zwecke, denn letztlich geht es auch für Zwangspatienten darum, im konkreten Erleben zu lernen mit Unsicherheit umzugehen, in der Öffentlichkeit aufzufallen, die Mißbilligung anderer auszuhalten etc.

Ein Fallbeispiel

Bei dem Patienten handelte es sich um einen 24jährigen Studenten, der unter aggressiven Zwangsgedanken und Kontrollzwängen litt. Inhalt der Zwangsgedanken war die Befürchtung

tung, jemanden mit einem Messer oder den Händen ermordet zu haben oder auch durch die Übertragung gefährlicher Stoffe an den Händen den Tod eines anderen Menschen verschuldet zu haben. Um diese Gefahr zu bannen, vermied der Patient jeglichen Kontakt mit scharfen Gegenständen, vor allem mit Messern, und führte diesbezüglich auch umfangreiche Kontrollen seiner Taschen, seines Zimmer etc. durch. Ferner wusch er sich die Finger nach Berührung "gefährlicher Stoffe" (z.B. Benzin, Schimmel, Rost etc.) exzessiv. Daneben gab es noch ein ganze Reihe anderer Kontrollzwänge, die mit dem aggressiven Zwangsgedanken zusammenhingen. Zudem zeigte der Patient zu Beginn der Therapie auch eine deutliche depressive Symptomatik mit starker Niedergeschlagenheit, körperlichen Beschwerden und Suizidideen.

Lebensgeschichtlicher Hintergrund

Der Klient hat eine spezifische Lerngeschichte dahingehend, daß Aggressionen sehr schlecht und intolerabel sind (unerbittlich strenge Mutter, fehlender Ausgleich durch den anderen Elternteil). Dies führte zur Ausbildung entsprechender kognitiver Oberpläne und rigider Bewertungsmaßstäbe. Zum Ausbruch der Zwangssymptomatik kam es im Pubertätsalter durch den Einzug eines neuen Freundes der Mutter, der den Patienten in einen massiven Konflikt zwischen seinen aggressiven Tendenzen dem Rivalen gegenüber und seinen Überlebensregeln brachte. Die Bestätigung dieser Beliefs über eine negative Verstärkung durch Spannungsreduktion (s. Modell v. Salkovskis) führte zu einer Stabilisierung der Zwangssymptomatik, die aber durch die nachfolgenden Schwellensituationen (Eintritt in die Armee und Aufnahme des Studiums) erneut ausbrach.

Zur krisenhaften Zuspitzung der Lage kam es durch den mit der Examensphase verbundenen sozialen Rückzug und insbesondere den eingeschränkten Kontakt zur Mutter. Die Mutter war bestrebt, den Sohn in ihrer Obhut zu belassen. Die Symptomatik verhinderte eine Ablösung von der Mutter und den Aufbau einer eigenen Partnerschaft, bewahrte jedoch gleichzeitig emotionale Sicherheit für den Klienten.

Therapieziele

Die Therapieziele beinhalteten den Abbau der Zwangssymptomatik und des Vermeidungsverhaltens, die Unterstützung der Ablösung von der Mutter sowie den Aufbau sozialer Kompetenzen, vor allem in bezug auf die Durchsetzung eigener Interessen und selbstsicheren Verhaltens.

Zusammenfassung des Therapieverlaufs

Zu Beginn der Therapie stand neben der Erhebung der anamnestischen Daten vor allem eine rasche Reduktion der depressiven Symptomatik im Vordergrund. Zur Entlastung wurde dem Patienten zunächst erläutert, daß das Auftreten aggressiver Zwangsgedanken keineswegs bedeute, daß er eine solche Tat ausführen würde, sondern im Gegenteil ein Beweis dafür

sei, wie wenig er dazu in der Lage wäre, da ihn ja bereits der Gedanke daran zutiefst erschrecke. Diese Umkehrung seiner bisherigen Logik bedeutete für den Patienten eine ungemein große Erleichterung. Weiterhin wurde bereits während der anamnestischen Phase eine Wiederaufnahme angenehmer Freizeitaktivitäten vereinbart. Die Stimmung des Patienten besserte sich daraufhin deutlich, so daß als explizites therapeutisches Ziel direkt die Bearbeitung der Zwangssymptomatik vereinbart werden konnte. Ferner wollte er gerne seine Selbstsicherheit erhöhen und Unterstützung beim Finden einer klaren Lebensperspektive erhalten. Zum Abbau der Zwangssymptomatik wurden in der Vorbereitung der Exposition und Reaktionsverhinderung zunächst einige kognitive Interventionen durchgeführt (Verschiebung der Problemsicht, Herausarbeiten des Unterschiedes zwischen Gedanken und Taten etc.). Dann wurde dem Patienten ein plausibles Erklärungsmodell zur Genese der Störung vor dem Hintergrund seiner Lerngeschichte vermittelt und das Therapierational anhand des kognitiven Modells von Salkovskis erläutert. Bei der Durchführung der Expositionsübungen (Anfassen von Rost und Schimmel, Umhergehen mit einem langen Brotmesser) erlebte der Patient zwar weit weniger Angst als erwartet, konnte sich aber dennoch nur sehr schwer von seinen kognitiven Vermeidungsstrategien lösen, weil er befürchtete, die Zwangsgedanken und die Angst würden ihn nach Beendigung der Sitzung übermannen. Auch die als Hausaufgabe vereinbarte Selbstexposition führte er nicht durch, weil er es nicht riskieren wollte, die Zwangsgedanken bewußt zu provozieren und dann eventuell völlig die Kontrolle über sie zu verlieren. Dies, so berichtete er, sei ihm schon einmal passiert. Er wäre dabei über zwei Wochen hinweg in einem Zustand gewesen, der qualitativ völlig verschieden von „normaler“ Angst gewesen sei und den er als so unerträglich erlebt habe, daß er meinte, verrückt zu werden oder Selbstmord begehen zu müssen. Diese Befürchtungen wurden aufgegriffen und durch Wiederholung des Erklärungsschemas v. Salkovskis reattribuiert: Das Auftreten des als unerträglich erlebten Zustandes trotz der intensivsten Neutralisierungsmaßnahmen ist der Beweis dafür, daß diese nicht wirksam sind und demzufolge auch keine Gewähr für das Nichtauftreten eines solchen Zustandes bieten. Da man Gedanken prinzipiell nicht kontrollieren kann (Experiment mit dem Elefanten), läßt sich durch das Neutralisieren (z.B. auch der Bemühung diese gar nicht erst zu provozieren) zwar die Angst kurzfristig reduzieren, das Auftreten der Zwangsgedanken ist dadurch aber nicht zu unterbinden, sondern wird eher wahrscheinlicher. Der Patient konnte dies prinzipiell gut nachvollziehen, zog jedoch keine handlungsrelevanten Konsequenzen daraus. Statt dessen erging er sich immer wieder in weitschweifigen Schilderungen seiner „schlimmsten Phase“, so daß sich sein Gesprächsverhalten zunehmend zu einem Therapiehemmnis entwickelte und thematisiert werden mußte. Nachdem mit ihm besprochen worden war, daß es in der Therapie nicht um das Erzählen, sondern um die konstruktive Erörterung von Problemen gehe und seine mangelnde Bereitschaft zur Selbstexposition den Erfolg der Therapie gefährden würde, verpflichtete sich der Patient zu einer Änderung seines Verhaltens. Er übte daraufhin, selbständig mit dem „Therapiemesser“

umherzugehen, und gab eine ganze Reihe von Kontrollmechanismen (z.B. seine Taschen auf Messer hin kontrollieren) auf. Anhand kleiner Risikoübungen (jemanden in der Mensa anrempeeln) machte er die Erfahrung, daß es ihm nahezu unmöglich ist, sich absichtlich irgendwie aggressiv zu verhalten. Nach zwei vergeblichen Versuchen in dieser Richtung kam der Patient schließlich und berichtete, er habe bei einem Restaurantbesuch einen lauwarmen Kaffee zurückgehen lassen. Dieser Vorfall diene als Aufhänger, um dem Patienten den Unterschied zwischen aggressivem und selbstsicherem Verhalten zu erklären und um mit ihm am Beispiel eines aktuellen Konflikts mit seinem Mitbewohner das angemessene Äußern von Kritik und die Durchsetzung eigener Interessen zu üben. Die Übungen zur sozialen Kompetenz beurteilte der Patient als sehr hilfreich und nutzte jede Gelegenheit die neuen Fähigkeiten zu erproben. Auch bei den Konfrontationsübungen zeigte er sich in der Folge sehr engagiert. Die problematischen Gedanken wurden auf Kasette gesprochen und über Walkman beim Herumgehen in besonders gefährlichen Gebieten (z.B. einsame oder fremde Orte) abgehört, wobei der Patient mehrere Messer bei sich trug. In den Semesterferien machte der Patient erstmals seit mehreren Jahren wieder eine Auslandsreise, für die er sich ein „Päckchen“ aus verschiedenen Messern und Scheren packte. Im Urlaub selbst hatte er wider Erwarten überhaupt keine Probleme mit den Zwangsgedanken mehr. Zurückgekehrt, übernahm er die Expositionsübungen weitestgehend im Selbstmanagement (suchte sich beispielsweise mit Bedacht einen Ferienjob bei einem Maler, um mit Farben umgehen zu müssen). Die Zeit in den Therapiesitzungen selbst konnte dann für die kognitive Umstrukturierung bezüglich der dysfunktionalen Beliefs über Aggression, Kontrolle und Verantwortung verwendet werden. Die Zusammenhänge zwischen seiner individuellen Lerngeschichte und der Ausformung der entsprechenden Oberpläne waren für ihn gut nachvollziehbar. Bei den Expositionsübungen stellte sich ein Nachlassen der Stimuluswirksamkeit ein, d.h., der Patient konnte mit keiner Übung mehr Angst auslösen und stellte daraufhin fest, daß die ursprünglichen Zwangsgedanken keine beunruhigende Wirkung mehr auf ihn hatten.

Als Thema rückten dann die weitere Lebensplanung und die Ablösung von der Mutter in den Mittelpunkt der Therapie. Bedingungsanalytische Gespräche dienten dazu, den Zusammenhang zwischen der Reduktion der Zwangs-symptomatik und den gegensteuernden Bindungsbemühungen der Mutter zu verdeutlichen, dadurch wurde die Ablösung des Patienten von der Mutter unterstützt. Im Zuge seiner stärkeren „Außenorientierung“ fand er dann auch eine Freundin.

Nach 24 Sitzungen waren die Therapieziele so weit erreicht, daß die Behandlung im Einvernehmen mit dem Patienten beendet werden konnte.

Ein Follow-up nach neun Monaten ergab, daß der Therapieerfolg von Dauer war und der Patient sich durch die ursprünglichen Zwangsgedanken nicht mehr beeinträchtigt fühlte.

Zusammenfassung und Resümee

Die kognitiv-verhaltenstherapeutische Herangehensweise gilt heute als die beste Behandlungsmöglichkeit für Zwänge. Sie ist gut evaluiert und beinhaltet neben der Exposition mit Reaktionsverhinderung auch den Einsatz spezifischer kognitiver Techniken, die auf den neueren kognitiv-behavioralen Modellen für Zwänge basieren. Durch die Hinzunahme dieser kognitiven Techniken läßt sich die Akzeptanz der anstrengenden Expositionsverfahren, eines der größten Probleme der klassischen VT, durch die Patienten verbessern. Darüber hinaus kann man dadurch auch die Effektivität der Behandlung steigern, vor allem, was die Therapie von Patienten mit reinen Zwangsgedanken oder gleichzeitig vorhandenen schweren Depressionen angeht. Und dies ist insofern besonders erfreulich, als diese Patientengruppen nach wie vor eine der größten Herausforderungen in der Praxis für uns darstellen.

Literatur

- Abel JL: Exposure with response prevention and serotonergic antidepressants in the treatment of obsessive compulsive disorder: A review and implications for interdisciplinary treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 1993, 31, 463-478.
- Abramowitz J: Effectiveness of psychological and pharmacological treatments for obsessive-compulsive disorder: A quantitative review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1997, 65,44-521.
- Arntz A: Cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: A theoretical basis and practical application. Paper presented at the 2nd World Congress of Cognitive Therapy, Toronto, 1992.
- Baer L, Minichiello WE: Behavioral treatment for obsessive-compulsive disorder. In: R Noyes, M Roth, GD Burrows. *Handbook of Anxiety*, 1990, Vol. 4. The treatment of Anxiety. Amsterdam. Elsevier.
- Basoglu M; Lax T; Kasvikis Y, Marks IM :Predictors of improvement in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 1988, 2, 229-317.
- Emmelkamp PM & Beens H: Cognitive Therapy with obsessive-compulsive disorder: A comparative evaluation. *Behaviour Research and Therapy*, 1991, 29, 293-300.
- Emmelkamp PM; Bouman T; Scholing A.: Angst, Phobien und Zwang. Göttingen. Verlag für Angewandte Psychologie, 1993.
- Emmelkamp PM; Visser S ; Hoekstra RJ: Cognitive Therapy vs exposure in vivo in the treatment of obsessive-compulsives. *Cognitive Therapy and Research*, 1988, 103-114.
- Foa EB; Grayson JB; Steketee GS; Doppelt HG; Turner RM; Latimer PR: Success and Failure in the Behavioral Treatment of Obsessive-Compulsives. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1983, 51, 287-297.
- Foa EB; Steketee G; Grayson JB; Doppelt H G. Treatment of Obsessive-Compulsives: When do we fail? In: EB Foa; PM Emmelkamp (eds.). *Failures in Behavior Therapy*. New York. Wiley, 1983.
- Foa EB; Steketee GS; Ozarow BJ: Behavioral therapy with obsessive-compulsives: From theory to treatment. In: M Mavissakalian, SM Turner, L Michelson (eds.). *Obsessive Compulsive Disorders*. New York. Plenum Press, 1985b.
- Gibbs N: Nonclinical populations in research on obsessive-compulsive disorder. A critical review. *Clinical psychology Review*, 1996, 16, 729-773.

- Hand I: Verhaltenstherapie der Zwangsstörungen: Therapieverfahren und Ergebnisse. In: I Hand, WK Goodman; U Evers. Zwangsstörungen: Neue Forschungsergebnisse. Berlin. Springer, 1992.
- Hoogduin CA; Duivenvoorden H; Schaap C; de Haan E: Outpatient treatment of obsessive-compulsives: Outcome, prediction of outcome and follow-up. In: PM Emmelkamp; WT Everaerd; F Kraaimaat; MJ v. Son (eds.). Fresh Perspectives on Anxiety Disorders. Amsterdam. Swets & Zeitlinger, 1989.
- Lakatos A: Kognitiv-behaviorale Therapie für Zwangsstörungen. Eine Therapievergleichsstudie. Regensburg. Roderer-Verlag, 1997.
- Lakatos A, Reinecker H., 1998. Kognitive Verhaltenstherapie bei Zwangsstörungen. Ein Therapiemanual. Hogrefe.
- March J; Frances A; Carpenter D; Kahn D: The expert consensus guideline series: The treatment of obsessive-compulsive disorder. Journal of Clinical Psychiatry, 1997, 58, suppl. 4.
- Marks IM: Fears, Phobias and Rituals. Panic, Anxiety and their Disorders. New York. Oxford University Press, 1987.
- Marks IM; Stern RS; Mawson D; Cobb, J; McDonald R: Clomipramine and exposure for obsessive-compulsive rituals. British Journal of Psychiatry, 1980, 136, 1-25.
- Rachman SJ: Obstacles to the successful treatment of obsessions. In: EB Foa; PM Emmelkamp (eds.). Failures in behavior therapy. New York. Wiley, 1983.
- Rachman SJ; Hodgson RJ: Obsessions and Compulsions. Englewood Cliffs, New York. Prentice Hall, 1980.
- Rasmussen SA; Tsuang MT: Epidemiology and Clinical Features of Obsessive-Compulsive Disorder. In: MA Jenike; L Baer; WE Minichiello. Obsessive Compulsive Disorders. Theory and Management. Littleton, Massachusetts. PSG Publishing Company, 1986.
- Reinecker H: Die Behandlung von Zwängen. Eine Herausforderung für Theorie und Praxis. Verhaltensmodifikation und Verhaltensmedizin, 1992, 13, 97-113.
- Reinecker H: Zwänge. Diagnose, Theorien und Behandlung. Bern, Huber, 1994 (2. Auflage).
- Reinecker H; Zaudig M; Erlbeck R; Gockeler I; Hauke D; Klein S: Langzeiteffekte bei der Behandlung von Zwangsstörungen. Lengerich. Pabst-Verlag, 1994.
- Reinecker H: Zwangsstörungen. In: Senf, W. & Broda, M.: Praxis der Psychotherapie. Thieme. Stuttgart, 1998, (2. Auflage).
- Salkovskis PM: Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis. Behaviour Research and Therapy, 1985, 23, 571-583.
- Salkovskis PM: Obsessive and intrusive thoughts: Clinical and nonclinical aspects. In: PM Emmelkamp; WT Everaerd; F Kraaimaat; MJ van Son (eds.). Fresh Perspectives on Anxiety Disorders. Amsterdam. Swets & Zeitlinger, 1989.
- Salkovskis P: The cognitive approach to anxiety. Threat beliefs, safety-seeking behavior and the special case of health anxiety and obsessions. In: P Salkovskis. Frontiers of Cognitive Therapy. New York. Guilford Press, 1986.
- Salkovskis PM; Warwick HM: Cognitive therapy of obsessive-compulsive disorder. In: C Perris; IM Blackburn; H Perris (eds.). Cognitive Psychotherapy - Theory and Practice. Berlin. Springer, 1988.
- Salkovskis PM; Westbrook D: Behaviour therapy and obsessional ruminations: Can failure be turned into success. Behaviour Research and Therapy, 1989, 27, 149-160.
- Steketee G: Social support and treatment outcome of obsessive compulsive disorder at 9-month follow-up. Behavioural Psychotherapy, 1993, 21, 81-95.
- Van Balkom A; Van Oppen P; Vermeulen A; Nauta M; Vorst H; Van Dyck R: A metaanalysis on the treatment of obsessive-compulsive disorder: A comparison of antidepressants, behavior and cognitive therapy. Clinical Psychology Review, 1994, 14, 359-381.
- Van Oppen P; De Haan E; Van Balkom A; Spinhoven P; Hoogduin K, Van Dyck R: Cognitive therapy and exposure in vivo in the treatment of obsessivecompulsive disorder. Behaviour Research and Therapy, 1995, 33, 379-390.

Dr. Angelika Lakatos
Prof. Dr. Hans Reinecker
 Universität Bamberg
 Markusplatz 3, 96045 Bamberg