

# **Neuere Entwicklungen in der Verhaltenstherapie der Zwangsstörung**

## Gliederung

- Versorgungsrealität
- Emotional Processing Theory
- Inhibitory Learning Theory
- Exposition als Verhaltensexperiment in der kognitiven Therapie
- Exposition in der Acceptance & Commitment Therapy (ACT)
- Exposition mit Anleitung zur Subjektkonstituierung
- Exposition mit biografischer Exploration
- Unterschiede je nach dominanter Motivdimension (Schadensvermeidung, Unvollständigkeit, Ekel)
- praktische Umsetzung bei verschiedenen symptom-basierten Subtypen (Waschzwänge, Kontrollzwänge, Zwangsgedanken)
- Inferenzbasierter Ansatz („Zweifeltherapie“)
- therapeutische Beziehungsgestaltung

## Versorgungsrealität I

- Bei Verhaltenstherapien berichten 70,7 % der Zwangserkrankten, dass keine Konfrontationsverfahren umgesetzt wurden.
- Nur 55,1 % der VerhaltenstherapeutInnen geben an, Exposition mit Reaktionsverhinderung bei Zwangsstörungen anzuwenden.
- Nur 1/3 der VerhaltenstherapeutInnen geben eine Realisierung in der natürlichen Umgebung der PatientInnen an.

## Versorgungsrealität II

- 40 % der Zwangserkrankten geben an, in Vorbehandlungen nie Exposition erhalten zu haben.
- 63 % erhielten keine Exposition als Erstbehandlung.
- 54 % erhielten nie therapeutenbegleitete Exposition.

# **Emotional Processing Theory**

## Wirkprinzip Habituation

- Patienten werden ermutigt, Angst/Anspannung/Ekel etc. auslösende Reizbedingungen wiederholt für einen längeren Zeitraum aufzusuchen und hierbei Drang zum Ausführen offener oder kognitiver Rituale zu widerstehen.
- lernen, dass entgegen ihrer Erwartung Angst nach anfänglichem Anstieg Plateau erreicht, sich allmählich erschöpft und auch ohne Abwehrmaßnahmen (z.B. Handwaschritual) abklingt (Habituation)
- erforderliche Expositionsdauer vom Habituationsverlauf abhängig (ggf. Einplanung längerer Behandlungsblöcke)
- neben Habituation in der Sitzung auch Habituation zwischen den Sitzungen, d.h. bei wiederholter Exposition zum gleichen Stimulus liegt das anfängliche Angstniveau i.d.R. etwas niedriger als beim ersten Übungsdurchgang

## Emotional Processing Theory (EPT)

- Effektivität von Exposition resultiert aus anfänglicher Aktivierung von Angst und Aufrechterhaltung der Exposition bis zur Erzielung von Angstreduktion (Habituation) innerhalb der und zwischen den Expositionsdurchgängen bei gleichzeitigem Verzicht auf Zwangsrituale, sonstige angstreduzierende Neutralisierungen und Vermeidungsverhalten.
- Kritik:
- Erfolgreiche Habituation ist kein verlässlicher Prädiktor des Langzeiterfolgs
- Es sind erfolgreiche Langzeitergebnisse trotz mangelnder Habituation möglich.
- „Return of fear“ trotz Habituation wird von EPT nicht erklärt.

# **Inhibitory Learning Theory**



## Inhibitory Learning Theory (ILT)

- Durch Exposition wird die ursprüngliche Bedeutung des gefürchteten Stimulus *nicht verlernt*, sondern es bilden sich konkurrierende, nicht gefahrenbasierte Assoziationen.
- Nach der Exposition ist der gefürchtete Stimulus sowohl mit der ursprünglichen Bedeutung (Gefahr) als auch mit einer neuen Bedeutung (Sicherheit) assoziiert.
- Ziel der Exposition ist die möglichst starke Hemmung älterer, angstbasierter Assoziationen durch neue, *inhibitorische* Sicherheitsassoziationen.
- Der Therapieerfolg ist abhängig von der Stärke inhibitorischen Lernens über die Zeit und über Kontexte hinweg, nicht vom während der Exposition erlebten Angstlevel.
- Evidenz für die ILT stammt bisher aus tierexperimenteller Forschung und Forschung bei anderen Angststörungen.

## Ziel der Exposition im Sinne der Inhibitory Learning Theory (ILT)

- Maximierung der Wahrscheinlichkeit, dass nicht-bedrohliche Bedeutungen die Zugänglichkeit und Abrufbarkeit bedrohlicher Bedeutungen hemmen.
- „Zwangsgedanken und Ungewissheit sind aushaltbar“ *hemmt*  
„Zwangsgedanken und Ungewissheit sind unerträglich“
- „Ich habe (in der Expositionssituation) meinen Zwangsgedanken, meinen Ehemann umzubringen, nicht umgesetzt“ *hemmt* „Ich werde meinen Zwangsgedanken, meinen Ehemann umzubringen, in die Tat umsetzen“
- „Ich bin nach Anfassen von fremden Türklinden nicht krank geworden“ *hemmt* „Nach Berühren fremder Türklinden werde ich krank werden“

## Prozedurale Modifikationen auf der Basis der ILT I

- keine gestufte, sondern variable Exposition mit wechselndem Schwierigkeitsniveau in so vielen unterschiedlichen Kontexten wie möglich zur Reduktion der Rückfallgefahr, wenn Angststimuli später in neuen Kontexten auftauchen, d.h. möglichst breite Generalisierung des inhibitorischen Lernens
- Variabilität des Angsterlebens fördern, d.h. wiederholte Angst- und Arousalspitzen sind o.k.! Ungeplante Expositionen im Alltag sind Gelegenheiten, um „Exposition als Lebensstil“ einzuüben.
- Fokus auf Förderung der *Angsttoleranz*, da Betonung von *Angstreduktion* „return of fear“ fördern könnte (Überlappung mit ACT)

## Prozedurale Modifikationen auf der Basis der ILT II

- zunächst getrennte, dann kombinierte Exposition, z.B. Kombination von imaginaler und in vivo Exposition (sich vorstellen, vom Teufel besessen zu sein + Film über Serienmörder anschauen)
- Exposition bis zur Entkräftung der Anfangserwartung bezüglich des befürchteten Ergebnisses, z.B. bezüglich der Fähigkeit, Ungewissheit+Angst auszuhalten (Überlappung mit kognitiver Therapie) ---> je mehr Angst auftritt und ausgehalten wird, desto besser wird die Anfangserwartung entkräftet!

## Prozedurale Modifikationen auf der Basis der ILT III

- beste Konsolidierung des Langzeitlernens, wenn Zeitabstände zwischen Sitzungen variabel und zunehmend erhöht (auch wenn in diesem Modus kurzfristiges Lernen schwieriger)
- IL wird verbessert durch „affect labeling“, d.h. lautes Aussprechen der negativen während der Exposition auftretenden Gefühle
- Abrufbarkeit/Verfügbarkeit des IL wird verbessert durch mentale Vergegenwärtigung dessen, was während der Exposition gelernt wurde und wo, zwischen den Sitzungen

# **Exposition als Verhaltens- experiment in der kognitiven Therapie**

## Exposition als Verhaltensexperiment in der kognitiven Therapie

- Exposition als Verhaltensexperiment zur Überprüfung von Hypothesen zu befürchteten Konsequenzen (Pat. als Wissenschaftler)
- Habituation nicht entscheidend für Expositionsdauer: Verbleib in Expositionssituation, bis hinreichend viele Daten zur Überprüfung der Hypothesen zu befürchteten Konsequenzen gesammelt wurden

## Kognitives Grundmodell und Ableitung des Verhaltensexperiments

- intrusive Gedanken normal, Problem ist Bedeutungszuschreibung als gefährlich/abscheulich/bedeutsam, die zu Angst führt, die dann durch Zwangshandlungen/kognitive Rituale/Vermeidungsverhalten reduziert oder vermieden wird (C-\-)
- Entkräftung dysfunktionaler Interpretation der Gedanken auch ohne Gegenmaßnahmen wird so verunmöglicht
- spezifische Vorhersagen herausarbeiten, z.B. „wenn ich dieses potenziell toxische, nicht-biologische Lebensmittel esse, werde ich mich innerhalb von 24 Stunden übergeben“
- bei weit in die Zukunft reichenden und daher nicht unmittelbar überprüfbareren Befürchtungen („in 20 Jahren Krebs“, „nach meinem Tod in die Hölle“) Überprüfung der Hypothese, dass das Aushalten von Ungewissheit unerträglich ist



# **Exposition aus der Perspektive der Acceptance & Commitment Therapy (ACT)**

## ACT: 6 Kernprozesse

- **radikale Akzeptanz** ungewollter innerer Ereignisse ohne Versuch, sie zu verändern
- **kognitive Defusion**: distanzierender Umgang mit inneren Ereignissen, z.B. Zwangsgedanken und Angst als Wortketten oder vorübergehende körperliche Empfindungen betrachten (Metaphern, z.B. „wie Wolken am Himmel“)
- **Bewusstheit des gegenwärtigen Moments**: nicht-wertendes Gewahrsein dessen, was gerade ist, ohne Abdriften in Vergangenheit oder Zukunft (überlappt sich mit achtsamkeitsbasierten Ansätzen)
- **Selbst als Kontext**: Perspektive des Selbst als Ort innerer Erfahrungen, der aber nicht durch diese definiert wird (z.B. Schachbrettmetapher)
- **Werte**: für das Individuum bedeutsame Lebensbereiche; Lebensrichtungen, nicht: erreichbare Ziele
- **„committed action“**: spezifische Handlungen, die eine auf Werte hin gerichtete Bewegung beinhalten

## Exposition aus der ACT-Perspektive

- Ziel: Förderung der Fähigkeit, im gegenwärtigen Moment zu sein und innere Erfahrungen nur wahrzunehmen, während man gleichzeitig engagiert auf selbstbestimmte Werte und Ziele hin handelt, d.h. auch, Entscheidungen nicht mehr am „emotionalen Wetter“ orientiert; nicht: Reduktion von Angst, Zwangsgedanken, Ekel etc.
- Voraussetzung: Sozialisierung der Patienten ins ACT-Modell: nicht die inneren Erfahrungen selbst haben negative Effekte auf die Lebensqualität, sondern Versuche, sie zu kontrollieren (durch Neutralisierungen oder Vermeidungsverhalten)
- Bereitwilligkeit=Gegenteil von Erlebensvermeidung („experiential avoidance“) = Angst und Zwangsgedanken erlauben, da zu sein, ohne sie zu bekämpfen oder sich in sie zu „verheddern“ (z.B. Busmetapher)
- Auswahl der Expositionsaufgaben orientiert an den Werten der Person, nicht am Ausmaß der Angst

# **Exposition mit Anleitung zur Subjektkonstituierung**

## Exposition mit Anleitung zur Subjektkonstituierung

- aus langjähriger klinischer Erfahrung und orientiert an der Phänomenologie der Zwangsstörung entwickelter Ansatz
- Betroffene befinden sich in zwangsrelevanten Situationen häufig in einer leicht dissoziativen „Unvollständigkeitstrance“
- „subjektkonstituierende Hilfen“, damit die Betroffenen in der Expositionssituation wieder „voll da“ sind
- Förderung einer inneren Experimentierhaltung und Aufbau von Selbstwirksamkeit in der Bewältigung der Zwänge, keine passiv zu ertragenden Mutproben mit „Verteufelung“ von Vermeidung
- Da dissoziative Prozesse Habituation beeinträchtigen und die subjektkonstituierenden Hilfen aus dissoziativ getöntem Unvollständigkeitserleben herausführen, werden Habituationserfahrungen gefördert.

## „le sentiment d'incomplétude“

- Unvollständigkeitsgefühl als schwer zu „versprachlichende“ innere Verfassung
- Gefühl, dass seelische Aktivitäten und Verhalten unvollständig
- fehlende Sicherheit, dass Handlungen „vollendet“/ abgeschlossen
- Handlungen erscheinen fremd und wie losgelöst von der Person
- Handlungen „zählen“ dann nicht und müssen oftmals wiederholt werden
- zwei unterscheidbare und gleichermaßen klinisch relevante „Varianten“: selbstbezogenes Unvollständigkeitserleben und „Nicht-genau-richtig-Erleben“

Janet, 1903; Hoffmann, 1998; Hoffmann & Hofmann, 2010, 2018; Ecker et al., 2011, 2013; Ecker, 2014

## Beispielaussagen zum selbstbezogenen Unvollständigkeitserleben

- „Ich habe den Knopf auf ‚aus‘ gestellt, weiß es auch, habe aber trotzdem nicht das Gefühl, dass ich es getan habe.“
- „Ich saß im Dunkeln und weinte bitterlich, weil ich nicht das Gefühl bekam, dass ich die Lampe auch wirklich ausgeknipst hatte.“
- „In Wirklichkeit drehe ich nicht an den Hähnen, sondern an etwas in mir selber. Ich sehe ja, dass die Hähne in Ordnung sind, aber mein Gefühl sagt mir, dass etwas nicht in Ordnung ist, und so fange ich eben wieder mit den Hähnen an, denn an ihnen kann man ja wirklich drehen.“

## Selbstbezogenes Unvollständigkeitserleben

- Während bzw. unmittelbar vor/nach einer Zwangshandlung....
- habe ich das Gefühl, nicht richtig da zu sein (Depersonalisationserleben).
- führe ich die Handlung irgendwie mechanisch aus (Selbsterleben als automatenhaft).
- kann ich mich nicht richtig spüren (Fehlen lebendiger Gefühle).
- erscheint mir meine Umgebung unreal (Derealisationserleben).



## Auswirkungen auf die unmittelbare Handlungserinnerung

- mangelnde persönliche Färbung der Handlungserinnerung, fehlender „persönlicher Stempel“
- „unvollständige“ Erinnerungsspur, fehlende Integration des Selbst in die Gedächtnisrepräsentation der Handlung
- Kenntnis des Handlungsergebnisses (z.B. Herd auf aus gestellt, es ist dunkel) löst das Problem gerade nicht!
- bei Handlungswiederholung erneut „unvollständige“ Enkodierung ohne „persönlichen Stempel“ – es fällt daher schwer, „ein Ende zu finden“

## biografische Entwicklung selbstbezogenen Unvollständigkeitserlebens

selbstbezogenes Unvollständigkeitserleben als zwangsspezifische Ausprägungsform von Depersonalisations- und Derealisationserleben entsteht häufig im Kontext emotional erschütternder Erfahrungen, wobei es sich nicht um Traumata im engeren Sinne handeln muss

biografisch häufig unmittelbare Folge starker, verwirrender, „stecken bleibender“, nicht vollständig ausgedrückter Gefühle

## Beispiel: Unvollständigkeitserleben zu Beginn des Zwangs

„Ich verstand lange Zeit nicht, was mir widerfahren war. Ich war so gedemütigt und verletzt worden, konnte aber keine innere Energie mobilisieren, um mich zur Wehr zu setzen oder um mich wieder selbst zu finden. Alles war so anders geworden, auch die Dinge des täglichen Lebens. Mein Zustand war ungefähr so: Ich war wie eine Hülle, die herumläuft, ein Roboter; mein Selbst war so klein, ich spürte mich gar nicht richtig. Mir war so, als würde ein großes Stück von mir fehlen.“

## typische Auslösekonstellationen

existentielle, zutiefst verunsichernde Ereignisse, verbunden mit Gefühlen von Ohnmacht, Ausgeliefertsein, Versagen, Schuld

angemessener Ausdruck entsprechender Gefühle und lösungsorientierte Verarbeitung nicht möglich (fehlende soziale Unterstützung, defizitäre innere Regulationsmechanismen)

Ereignisse am Beginn der Zwänge oft nicht erwähnt oder auch nicht erinnert, da mit ihnen verbundene negative Emotionen gemieden

nicht selten wurde das Ereignis primär nicht sprachfähig gemacht

## Beispiel: Zwangsentwicklung als Reaktion auf Unvollständigkeitserleben

ausgelöst durch plötzliche, extrem demütigende fristlose Entlassung nach langjähriger Betriebszugehörigkeit:

„Ich fühlte mich plötzlich so losgerissen, ein schreckliches Schweben über dem Boden, ein Verlorensein in der Welt ohne Halt und Sicherheit. Es kam mir alles wie verschwommen vor.“

kompensatorische Suche nach Halt: Details der Außenwelt rücken ins Zentrum der Aufmerksamkeit und ermöglichen eine „Pseudokontrolle der Innenwelt“, des inneren Gefühlschaos auf einer externen „Nebenbühne“:

„Als ich dann mich kaum noch aufrecht haltend unsicheren Schrittes vor die Garagentür unseres Hauses lief, sah ich eine Fuge und dann begann der Zwang so richtig.“

Patient entwickelt Vorstellung, Fugen/andersfarbige Gehplatten/ Kanaldeckel nicht überqueren zu dürfen.

Hoffmann & Hofmann, 2002, 2010, 2018

## Zwei-Bühnen-Modell

Selbstbezogenes Unvollständigkeitserleben tritt im Kontext der mangelnden emotionalen Verarbeitung schwieriger biografischer Ereignisse auf.

Es wird dadurch bewältigt, dass das Problem symbolisch in der Außenwelt „dingfest gemacht“ wird

In der Folge gelingt es, durch Einhalten einfacher Zwangsregeln auf einer „Nebenbühne“ bzw. einem „Nebenkriegsschauplatz“ (z.B. Vermeiden des Tretens auf Fugen) kurzfristig ein subjektives Kontrollgefühl wiederzuerlangen.

## Subjektkonstituierende Hilfen I

- Übungen zum "Abschütteln" der mit Unvollständigkeitsgefühlen verbundenen "Depersonalisationstrance" und zum Aufbau einer angemessenen mentalen Spannkraft
- Ziel: "Subjektkonstituierung", es geht darum, wieder eine vollständige Präsenz des eigenen Ich als oberster Steuerinstanz des Handelns in der Situation zu erreichen, z.B. durch:
  - Förderung vollen emotionalen Erlebens, etwa sich intensiv über Zeitverlust durch Zwänge ärgern, sich intensiv über Unternehmung nach Verlassen des Hauses ohne Kontrollen freuen
  - Stärkung volitionaler Handlungssteuerung durch klare Selbstinstruktionen, die vom Zwang bislang "verschüttete" Bedürfnisse betonen
  - Aufbau konzentrativer Wachheit („wie ein Sportler, der seine gesamte Konzentration auf den anstehenden Wettkampf ausrichtet“)

## Subjektkonstituierende Hilfen II

- sich Situationsüberblick verschaffen (Einüben der Freeze-Funktion: Halt - was ist los?), statt an Details kleben zu bleiben
- Körperübungen zur "Erdung" und zum Erleben der Körperintegrität (Bodenkontakt, Sichaufrichten etc.), z.B. mit beiden Beinen fest auf dem Boden stehen, Kontakt zur Erde bewusst wahrnehmen, Konzentration auf den eigenen Körper in Bewegung, um ihn wieder als lebendig und zu sich gehörig zu erleben
- ergänzend: Fokussierung auf motorisch-kinästhetische Rückmeldungen, d.h. auf Körpergefühl während der Handlungsausführung (zunächst mit geschlossenen Augen und in Zeitlupe)
- Einüben zügiger, flüssiger, energischer Handlungsdurchführung
- **Ergebnis:** verbesserte Informationsverarbeitung der ersten Handlungsdurchführung im Hinblick auf das Selbst als Subjekt der Handlung, damit es ihr wieder in konzentrativer Wachheit, emotional, volitional und vom leiblichen Erleben her "den Stempel aufdrückt" → vollständigere Enkodierung führt (auch gedächtnisbezogen) zu größerer Handlungssicherheit



# **Exposition mit biografischer Exploration**

## Exposition mit biografischer Exploration

- während Exposition unter hoher emotionaler Erregung Zugang zu bislang nicht erinnerten, traumatischen oder zumindest sehr belastenden biografischen Episoden möglich, die für die Entwicklung der Zwänge eine wichtige Rolle gespielt haben
- Betroffene haben gelernt, sehr automatisiert und schnell durch Initiierung von offenen oder kognitiven Ritualen aus aversiven emotionalen Erfahrungen zu flüchten oder diese vollständig zu vermeiden
- verhindert nicht nur Habituationserfahrungen, sondern auch differenzierte und bewusste Wahrnehmung der emotionalen Qualität dieser aversiven Erfahrungen
- Drang, unmittelbare Kontrolle über ein gegebenes Phänomen auszuüben, um es zu unterdrücken, unvereinbar mit Fähigkeit, dieses Phänomen sorgsam zu explorieren

## Exposition mit biografischer Exploration: Schritt 1

- Fördern einer bewussten, differenzierten Wahrnehmung des durch die Expositionsaufgabe ausgelösten emotionalen Zustands
- Fokus auf emotionaler *Qualität*, nicht *Quantität* im Sinne eines „Discomfort Ratings“ von 0-10
- erhöhte Alexithymiescores bei Zwangserkrankten
- positive Korrelation von Alexithymie und Schwere der Zwänge
- kein vorschnelles Ausgehen von Angst!

## Exposition mit biografischer Exploration: Schritt 2

- ist explorierte emotionale Qualität (z.B. Angst, Ekel, Unvollständigkeitserleben, Gefühlskonglomerate, etwa Mischung aus Angst und Wut) aus einem biografischen Kontext vertraut? „Woher kennen Sie genau dieses Gefühl?“
- Frage ermöglicht häufig „emotionale Brücke“ in die Vergangenheit und führt zur Abrufbarkeit (sich manchmal geradezu intrusiv aufdrängender) hoch emotionaler biografischer Schlüssepisoden, die in engem zeitlichem Zusammenhang mit dem Beginn der Zwänge stehen
- keine „Tricks“ notwendig, es genügt, ausgehend von genau explorierter emotionaler Selbstwahrnehmung direkt zu fragen!

## Exposition mit biografischer Exploration: Fallbeispiele

- Kontaminationsangst – Ekel – Trauer
- Angst/Wut
- Angst bezogen auf einen Zwangsgedanken
- Kontaminationangst – Ekel/Übelkeit – Wut
- selbstbezogenes Unvollständigkeitserleben

## Exposition mit biografischer Exploration: Schritt 2, Fortsetzung

- erhöhte Zugänglichkeit biografischer Gedächtnisinhalte als Beispiel zustandsabhängiger Abrufbarkeit von Erinnerungen
- expositionsinduzierter emotionaler Zustand als Erinnerungsfragment, welches als „Abrufhilfe“ für die Erinnerung der vollständigen biografischen Episode fungiert
- Wiedererinnern mit hoher emotionaler Beteiligung („kathartische Entblockung“)

## Exposition mit biografischer Exploration: Schritt 3

- Wechsel der Interventionsebene
- Unterstützung bei vollständigem Ausdruck und Integration der mit der biografischen Episode verbundenen Emotionen
- es geht nicht immer um Traumata i.e.S., aber i.d.R. um existenzielle, zutiefst verunsichernde, mit Ohnmacht, Ausgeliefertsein, Versagen, Schuld, Angst, Trauer, Scham oder Wut assoziierte Ereignisse
- angemessener Ausdruck und lösungsorientierte Verarbeitung waren nicht möglich (z.B. fehlende soziale Unterstützung, defizitäre innere Regulationsmechanismen, Ereignis wurde primär nicht sprachfähig gemacht)
- Nachbearbeitung mit individualisierten, zusätzlichen Interventionen erforderlich (z.B. EMDR bei wieder erinnerten Traumata, Familiengespräche, wenn durch die Wiedererinnerung Familiengeheimnisse aufgedeckt wurden etc.)

## Exposition mit biografischer Exploration: Schritt 4

- Nutzung bereits erinnertes biografischer Szenen in Folgeexpositionen
- Anleitung Betroffener, in Expositionssituationen die „passenden“ biografischen Szenen zu assoziieren und den Affekt dorthin einzuordnen, wo er seinen Ursprung hat und in Wirklichkeit hingehört
- Vorgehen = kompatibel mit ILT: biografische Exploration generiert nach ihrer Integration *nicht mehr bedrohliche* lebensgeschichtliche Assoziationen, deren Zugänglichkeit/Abrufbarkeit verstärkt wird durch wiederholte Imagination des biografischen Kontexts in Folgeexpositionen
- auch sprachliche Verarbeitung und Affektbenennung zur Förderung assoziativer inhibitorischer Prozesse: biografischer Kontext explizit verbalisiert, Assoziation des auslösenden Stimulus mit nachvollziehbaren Aspekten der eigenen Lebensgeschichte wird verfügbarer gemacht, relativ hierzu Assoziation mit irrationalen zukünftigen Bedrohungen geschwächt/inhibiert



## Wichtige klinische Aspekte der Exposition mit biografischer Exploration

- unabhängig von expositionsinduzierter emotionaler Qualität einsetzbar
- genaue Exploration erforderlich, damit „passende“ Abrufhilfe
- abrupte Affektwechsel möglich, z.B. Angst-Ekel-Trauer
- man ist immer nur „auf gleicher Höhe“ mit den PatientInnen, voreilige Hypothesen ungünstig
- erinnerte biografische Episode oft nur Beispiel für chronisch schwierige Erziehungsatmosphären oder Lebensbedingungen mit kumulativem Effekt

## Wichtige klinische Aspekte der Exposition mit biografischer Exploration

- schwierig, wenn direkte therapeutische Begleitung ungünstig (z.B. bei Kontrollzwängen mit Delegation von Verantwortung)
- manchmal biografische Erinnerungen erst nach mehreren Expositionsdurchgängen
- besseres Verständnis biografischer Entwicklung/aktueller Funktion der Zwänge, verbesserte Fähigkeit zu Distanzierung von Zwängen, erhöhte Motivation zu Folgeexpositionen, wenn Plausibilität der Symptome in ursprünglichem Kontext erkannt
- nach “kathartischer Entblockung” und möglichst vollständigem Gefühlsausdruck hat initialer Stimulus der Expositionsaufgabe oft vorübergehend emotionale Bedeutung verloren – wird im Rückblick als „Meilenstein“ erlebt
- dennoch kontinuierliche Fortführung von auch ohne therapeutische Begleitung durchgeführten Expositionsübungen erforderlich, um die “überlernten” neuronalen Kreisläufe zu destabilisieren, die zur Aufrechterhaltung chronifizierter Zwänge beitragen

# **Unterschiede je nach dominanter Motivdimension**

## Motivationale Heterogenität der Zwangsstörung

- Zwänge nicht immer angstmotiviert
- dienen auch der Reduktion oder Vermeidung anderer für die Betroffenen aversiver emotionaler Befindlichkeiten, z.B. Ekel (v.a. bei Waschwängen), Trauerdurchbrüchen (bei Sammelzwängen), Wut, diffusem, schwer zu beschreibendem Unbehagen, Mischungen unangenehmer Gefühle (z.B. Angst/Wut), Schuldgefühlen oder Varianten von Unvollständigkeitserleben (selbstbezogenes Unvollständigkeitserleben, Nicht-genau-richtig-Erleben)
- empirische Forschung: selbstbezogenes Unvollständigkeitserleben und Nicht-genau-richtig-Erleben liefern unabhängige Vorhersagebeiträge zur Schwere der Zwänge
- Fokus englischsprachiger Forschung bisher Nicht-genau-richtig-Erleben, da dezent dissoziative Komponenten bislang „unterbelichtet“ aufgrund bis 2013 fehlender vollständiger Janet-Übersetzung

## Unvollständigkeitserleben im Sinne von „Nicht-genau-richtig-Erleben“

- „Nicht-genau-richtig-Erleben“ im Hinblick auf konkrete Handlungen oder Wahrnehmungen mit Gefühl der „Noch-nicht-Abschließbarkeit“ („not just right experiences“, „NJREs“)
- quälende innere Unzufriedenheit mit der Unfähigkeit, ein Gefühl der Abgeschlossenheit/Vollständigkeit zu erreichen, führt zum kompensatorischen „just right“-Drang, der Handlungswiederholungen motiviert
- in verschiedenen Modalitäten möglich: visuell (Haar nicht genau richtig in der Mitte gescheitelt), auditiv/sprachlich (Gebetsritual hört sich noch nicht genau richtig an), handlungsbezogen (beide Schnürsenkel noch nicht mit genau identischer Spannung gebunden)
- „sensorischer“/“empfindungsbasierter“ Perfektionismus

## „Nicht-genau-richtig-Erleben“ I

- „Nicht-genau-richtig-Erleben“ auf der Ebene der Wahrnehmungen und Empfindungen:
  - Mich stört das Gefühl, dass Dinge unvollkommen sind (z.B. Besitztümer, Gedanken oder zu erledigende Aufgaben).
  - Ich habe ganz bestimmte Vorstellungen davon, wie Dinge aussehen oder gemacht werden müssen.

## „Nicht-genau-richtig-Erleben“ II

- Drang, Handlungen durchzuführen, um ein „just right-Gefühl“ zu erreichen:
- Ich muss Dinge auf eine bestimmte Art und Weise machen, sonst fühle ich mich nicht richtig wohl.
- Ich verspüre einen Drang, Tätigkeiten oder Arbeiten zu wiederholen oder in die Länge zu ziehen, bis sie sich „genau richtig“ anfühlen.
- Routinetätigkeiten dauern bei mir länger als sie sollten, weil ich nicht das Gefühl bekomme, dass sie vollkommen beendet sind.
- Ich vergeude viel Zeit damit, zu versuchen, Dinge „genau richtig“ hinzukriegen.

## Empirische Befunde zum Nicht-genau-richtig-Erleben („NJREs“)

- mehr als die Hälfte bis 80 % aller Zwangskranken leidet darunter
- bei stärkerem „just right“-Bedürfnis höhere Symptomschwere
- bei Zwängen + komorbidem Tourette-Syndrom sind NJREs noch einmal erheblich häufiger als bei Zwängen ohne Tic-Komorbidität
- NJRE-motivierte Betroffene sind im Trend perfektionistischer und weisen vermehrt zwanghafte Persönlichkeitszüge auf



## Unvollständigkeit+Schadensvermeidung: Motivationale Kerndimensionen

- Zwänge dienen entweder mehr der Abwehr von Gefahren und Angst (Schadensvermeidung) oder mehr der Reduktion von Unvollständigkeit im Sinne von „Nicht-genau-Richtig-Erleben“
- unterschiedliche Motivation bei gleichem beobachtbarem Zwangsverhalten möglich:
- z.B. Waschwänge zur Reduktion von Kontaminationsbefürchtungen vs. Waschwänge zum Abbau von „Nicht-genau-richtig-Erleben“
- Symmetriewänge zum Erzielen eines „just right“-Gefühls vs. Symmetriewänge auf der Grundlage magischen Denkens

## „kombiniertes“ Vorkommen von Unvollständigkeit+Schadensvermeidung

- beide Zwangsmotive können bei einer Person kombiniert vorkommen (z.B. häufig bei Kontrollzwängen), aber auch als einziges Motiv (z.B. nur Unvollständigkeit häufig bei Ordnungs-/Symmetriezwängen, nur Schadensvermeidung bei Zwangsgedanken)
- Hypothese: Schadensvermeidung spielt vorwiegend bei der Initiierung von Zwangshandlungen eine Rolle (z.B. Beginn von Kontrollzwängen am Herd aufgrund der Angst vor einem Wohnungsbrand), während NJREs dafür verantwortlich sind, dass Zwangserkrankte ihre Rituale nur schwer „zum Abschluss bringen“

## Expositionsprocedere bei unvollständigkeitsbetonten Zwängen

- bei fehlendem Schadensvermeidungsmotiv flankierende kognitive Methoden sinnlos
- bei „Nicht-genau-richtig-Erleben“ „Immunisierung“ per Habituation, dadurch allmählicher Abbau des „sensorischen Perfektionismus“; zusätzlich Distanzierung von NJREs als neurobiologischem „falschem Alarm“; biografische Exploration funktioniert seltener
- bei NJREs absolute Reaktionsverhinderung oft nicht sinnvoll, stattdessen z.B. unvollständig/nicht genau richtig waschen
- bei selbstbezogenem Unvollständigkeitserleben: Exposition mit Anleitung zur Subjektkonstituierung + biografische Exploration während der Exposition

## je nach Motivschwerpunkt unterschiedliche Expositionsvarianten

Beispiel: bei schadensvermeidendem Waschzwang vollständiger Verzicht auf Waschen für mehrere Tage (Reaktionsverhinderung) + Exposition (z.B. „bazillenverseuchte“ Türklinken anfassen); Ziel = Habituation (allmähliches Abklingen der Angst) + Entkräftung von Katastrophenbefürchtungen (z.B. Betroffener wird trotzdem nicht krank) bei unvollständigkeitsbetontem Waschzwang maximale NJREs oft nicht durch vollständigen Verzicht auf Waschritual provoziert: z.B. Patient duscht wochenlang nicht und toleriert dies notgedrungen so lange, um aufgrund von NJREs quälend langwieriges, nur schwer abschließbares Duschritual aufzuschieben

indiziert: häufigeres Duschen, normale Dushdauer, Durchführung abweichend von „genau richtigen“ Regeln (z.B. Wasserstrahl trifft nicht im „genau richtigen“ Winkel auf den Arm).

## zusätzliche Besonderheiten bei NJRE-motivierten Zwängen

- häufig als ich-syton erlebt, da Extremvarianten „pathologisch perfektionistischer Persönlichkeitszüge“
- Notwendigkeit, zunächst Bewusstsein für Kosten der Symptome schärfen, um Veränderungsmotivation zu fördern
- Zwänge durchdringen Alltag so stark, dass Exposition keine situationsspezifische Behandlungsstrategie mehr, sondern umfassende Veränderung des Lebensstils
- Habituation bezogen auf einen konkreten Stimulus (z.B. nicht „gleichgerichtete“ Teppichfransen) zwar möglich, dann aber Entscheidung für/gegen umfassende Lebensstilveränderung nötig: sich gegen NJREs „immunisieren“ oder sich weiter durch sie „versklaven“ lassen

## Beginn der Symptomliste einer NJRE-motivierten Patientin

- „genau richtiges“ Aufschütteln der Bettdecke nach speziellem System
- Bettbezug „genau richtig“ glattziehen
- Bettvorleger nach speziellem System schütteln
- Schlafanzüge der Kinder „genau richtig“ aufhängen
- Bettlaken des Mannes 100%ig von Körperhaaren befreien
- Teppichfransen 100%ig ausrichten
- etc. etc....

## Besonderheiten bei ekelbezogenen Zwängen

- es geht bei Ekel um Eindringen/Grenzverletzungen (seelische Intimgrenzen, Körpergrenzen, Ich-Grenzen), Ansetzen bei Ansteckungswahrscheinlichkeiten sinnlos
- Mensch als Überträger von „Ekelmaterie“ im Vordergrund, auch „ideelle“ Substanzen möglich (z.B. „Onkelmaterie“, „Verwormung“)
- Arbeit mit isolierten Substanzen und künstlichen Situationen ineffektiv, stattdessen biografische und/oder systemische Einordnung des Ekelaffekts
- Ekel habituiert langsamer und zeigt erhöhte Extinktionsresistenz
- Hinweise auf Erniedrigung der Pulsfrequenz und erhöhten „vagal tonus“ während der Exposition zu individualisierten Ekelstimuli
- wenn keine adrenerge Aktivierung wie bei Angst, Anpassung von Psychoedukation erforderlich

Hoffmann & Hofmann, 2012; Duncko & Veale, 2016; Adams Jr et al., 2011; Olatunji et al., 2009; Mason & Richardson, 2010; McKay & Moretz, 2009

# **Exposition/Reaktionsverhinderung bei Waschzwängen**



## Besonderheiten der Exposition bei Waschzwängen

- häufig territorial, daher nicht selten Heimexposition erforderlich
- „Stufen der Reinheit“ beachten!
- Betroffene auf möglicherweise lange andauernde Kontaminationsgefühle trotz Habituation in der Sitzung vorbereiten!
- Wichtigkeit von „Neuverschmutzungsübungen“ über einen längeren Zeitraum hinweg (wenigsten 3 Monate), eigenständiges Weiterüben nach therapeutenbegleiteter Intensivphase essentiell
- Übungen sollten idealerweise alltagsnah sein und Zwänge auf dem Weg hin zu positiven Annäherungszielen überwinden.
- Sie dürfen übers „normale Maß“ hinausgehen, wenn dies notwendig ist, um das Ausbleiben befürchteter Konsequenzen zu erleben.
- Nichts üben, was man nicht selbst vormachen kann! Nur gesetzlich erlaubte, medizinisch vertretbare Handlungen. Entscheidend bleibt Beurteilung der Zumutbarkeit durch die Betroffenen.

# **Exposition/Reaktionsverhinderung bei Kontrollzwängen**

## Besonderheiten der Exposition bei Kontrollzwängen

- Delegation von Verantwortung verhindern, z.B. durch Unterstützung am Telefon, Markieren und/oder Nichtbeantwortung von Rückversicherungsfragen, spezielle Übungsarrangements (z.B. bei Kontrollzwängen beim Autofahren)
- Erkennen „geheimer“ Verantwortungsdelegation (Gegenwart des Therapeuten/ Aufgabenstellung durch ihn)
- telefonische Unterstützung zu ungewöhnlichen Zeiten (vielfach z.B. Kontrollzwänge bei morgendlichem Verlassen des Hauses oder vor dem abendlichen Zubettgehen)
- Exposition zu Ungewissheit
- Nichtbenutztes gar nicht kontrollieren!

## Umgang mit Rückversicherungszwängen

- Rückversicherungsfragen als Zusatzproblem, z.B. bei Wasch- und Kontrollzwängen, versus Rückversicherung als eigenständiger Problembereich
- Position 1: Beantworten von Rückversicherungsfrage ist a) stets stellvertretende Durchführung eines Rituals für den Pat. und b) daher unbedingt zu vermeiden
- Position 2: a) ist zwar richtig, b) jedoch zu Beginn der Therapie für viele Betroffene eine Überforderung, daher: Rückversicherung stets als solche markieren, dann Ziel einer allmählichen Reduktion

## Gedächtnispsychologischer Erklärungsversuch der Kontrollneigung I

- selbstbezogene Unvollständigkeitsgefühle beim Enkodieren der Handlung führen zu Erinnerungsbildern mit mangelnder persönlicher Färbung, Erinnerung fehlt der „persönliche Stempel“
- fehlende Integration des Selbst in Gedächtnisrepräsentation der Handlung motiviert Handlungswiederholungen, um Erinnerung doch noch organisch mit der eigenen Person zu verbinden
- diese scheitern, da Erinnerungsspuren ebenso „unvollständig“ wie nach 1. Durchgang („spiral confusion effect“)

## Gedächtnispsychologischer Erklärungsversuch der Kontrollneigung II

- bei nichtklinischen Probanden verschlechtert sich Vertrauen ins eigene Gedächtnis durch wiederholtes Kontrollieren
- Grund: verminderte Lebendigkeit/Detailliertheit der Erinnerung bei zunehmender Vertrautheit mit zu erinnerndem Ereignis
- Zwangskranke beginnen mit Kontrollen aufgrund ihres starken Bedürfnisses, sich ihrer Erinnerung sicher zu sein (exzessives Verantwortungsgefühl), und fallen dann dem „normalpsychologischen“ Prozess zunehmender Verunsicherung durch Kontrollieren zum Opfer

## „Starren“ als aufrechterhaltender Faktor bei Kontrollzwängen

- längeres Starren auf Herd etc. führt bei Gesunden zu Wahrnehmungsverunsicherung und Dissoziation
- Effekt stellt sich schon frühzeitig ein, d.h. 50 % des maximalen Anstiegs der Wahrnehmungsverunsicherung/ Dissoziation bereits zw. 7,5 und 15 Sekunden
- Patienten aufklären, dass sie beim Starren einem normalpsychologischen Prozess zum Opfer fallen!

# **Exposition/Reaktionsverhinderung bei Zwangsgedanken**



## Klassische Exposition in der Vorstellung bei Zwangsgedanken

- von der Anfangsintrusion ausgehend bis zur schlimmstmöglichen Konsequenz „zu Ende denken“
- verlängerte bildhafte Vorstellung von Katastrophenszenarien, Aufschreiben, Aufsprechen auf Tonträger, die bei Verzicht auf offene oder kognitive Neutralisierung wiederholt abgehört werden, 2mal täglich eine Stunde, mindestens aber, bis Angst um 50 % reduziert
- Ziel: Zwangsgedanken beginnen zu langweilen, werden unwichtiger, nicht: Intrusionshäufigkeit 0, da aufdringliche Gedanken normal!
- spontan noch außerhalb der Übungszeit auftretende Intrusionen bewusst „einladen“ und möglichst lange im Bewusstsein halten
- im letzten Schritt während der „audiotaped exposure“ systematisch externe Auslösesituationen aufsuchen (z.B. in Gegenwart des Kindes mit Messern und spitzen Gegenständen hantieren, mit dem Kind allein sein)

## Wirkfaktoren bei der Exposition in der Vorstellung

- Habituation
- Erleichterung kognitiver Distanzierung sekundär zur Habituation (d.h. dadurch, dass der Gedanke habituationsbedingt weniger angstbesetzt ist, kann er als noch lästig, aber nicht mehr gefährlich eingeordnet werden)
- eigene Hypothese: Im Sinne eines Kontrasteffekts spüren Betroffene schon während der Exposition auf einer tieferen Ebene, dass z.B. bei Ängsten, sie könnten ihren Kindern etwas antun, gar keine entsprechende Motivation vorhanden ist, so dass eine zentrale Grundannahme zur „befürchteten Identität“ (hier: Kindsmörder) widerlegt wird durch ein klares „Bauchgefühl“ („Ich liebe mein Kind“).

## Eingeschränkte Alltagstauglichkeit der Exposition in der Vorstellung

- Trotz belegter Wirksamkeit berücksichtigt die Exposition in der Vorstellung nicht das Bedürfnis der Betroffenen, auch außerhalb der Übungszeit im Alltag Strategien für den Umgang mit ihren Zwangsgedanken an die Hand zu bekommen.
- ergänzende Hilfen zur Distanzierung von Zwangsgedanken, die durch den gleichzeitigen Verzicht auf Neutralisierung im Sinne der Reaktionsverhinderung indirekt auch Expositionsaspekte beinhalten:
  - Zwangsgedanken als Krankheitsphänomen etikettieren
  - sie nach Aufklärung über (reversible) neurophysiologische Anomalien bei Zwangsstörungen als „falsche Alarmer“ des Gehirns einordnen
  - Metaphern aus ACT
  - Instruktion: Lassen Sie sich vom Zwang nicht dazu verführen, mit ihm zu diskutieren!

## Hilfen zur Distanzierung von Zwangsgedanken

- „Der Gedanke, der eben aufgetreten ist, ist ein Zwangsgedanke. Er ist lediglich ein Anzeichen dafür, dass ich noch an einer Zwangserkrankung leide. Er ist kein Zeichen dafür, dass ich selbst in irgendeiner Weise gefährdet bin oder andere gefährden könnte. Es gibt also nichts, was ich dagegen unternehmen müsste oder wegen des Gedankens vermeiden müsste.“
- „Das Gefühl, ich könnte unwissentlich meinem Kind etwas angetan haben, ist ein „falscher Alarm“, den mein Gehirn mir gibt, weil es in bestimmten Bereichen überaktiv ist. Ich muss lernen, diesen falschen Alarm zu ignorieren. Ich kann mein Gehirn wieder umprogrammieren und diese Überaktivität wieder normalisieren, indem ich mir immer wieder klar mache, dass dieses falsche Alarm-Signal mein Handeln nicht mehr bestimmen darf.“

## Hilfen zur Distanzierung von Zwangsgedanken

„radikale Akzeptanz“ der Zwangsgedanken und unbeirrtes Festhalten an der Verfolgung selbstbestimmter Werte und Ziele (ACT):

„Busmetapher“: Für das Bewusstsein wird das Bild eines Busses verwendet, in dessen Fahrgastraum ab und zu „unliebsame Gäste“ (Zwangsgedanken) mit schlechtem Benehmen einsteigen. Der Betroffene soll dies radikal akzeptieren (irgendwann steigen die unliebsamen Gäste von selbst wieder aus) und die Gäste ignorieren, während er gleichzeitig den Bus weiter dahin steuert, wohin er will.

## Diskutieren Sie nicht mit dem Zwang!

- „Der Zwang wird Sie immer dazu verführen wollen, von ihm aufgeworfene Pseudoprobleme als echte Probleme anzusehen.“
- „Es ist zwar nützlich, sich generell zu verdeutlichen, dass Sie die Eintrittswahrscheinlichkeit von Katastrophen und Ihre Verantwortung für solche Katastrophen überschätzen, aber es ist schädlich, mit dem Zwang hierüber zu diskutieren!
- Erklärung über „Zeugen Jehovas“- oder „Staubsaugervertreter“-Metapher

# **Der inferenzbasierte Ansatz („Zweifeltherapie“)**

## Der Inferenzbasierte Ansatz (IBA) bei Zwangsstörungen

- Zwänge beginnen meist mit einem Zweifel (z.B. „vielleicht sind meine Hände mit tödlichen Bakterien verseucht“; „was, wenn ich einen Fußgänger angefahren habe?“).
- Zwangskranke konstruieren diesen Zweifel selbst, indem sie sich eine Möglichkeit vorstellen.
- Kann der primäre Zweifel beseitigt werden, verschwinden auch alle sekundären Konsequenzen („dann würde ich meine Familie und andere Menschen anstecken und sie würden sterben“; „dann würde ich ins Gefängnis kommen und alle Freunde verlieren“) und Verhaltensweisen (Waschzwänge, Kontrollzwänge). Die Behandlung sollte daher am Zweifel ansetzen.

O'Connor et al., 2012; O'Connor & Aardema, 2012; Julien et al., 2016



## Der Inferenzbasierte Ansatz (IBA): Narrative

- Zwangszweifel unterscheidet sich von Alltagszweifeln („ist die Tür zu?“), die leicht auflösbar sind, indem per Sinneswahrnehmung oder gesundem Menschenverstand eingeholte Information als gültig akzeptiert wird. Zwangszweifel führt weg von der Realität/Sinneswahrnehmung in einen ausschließlich vorgestellten „inneren Film“.
- “Plot“ dieses Films ist eine „Vielleicht-Geschichte“ („Vielleicht ist ja Staub im Schloss. Oder ich habe die Tür versehentlich angeschrammt. Vielleicht hat sich der Schlüssel im Schloss nicht vollständig gedreht. Ein Freund von mir dachte, er hätte die Tür abgeschlossen, aber dann entdeckte er, dass er sie nicht abgeschlossen hatte“), auch als Narrativ bezeichnet.
- „Vielleicht-Geschichte“ übertrumpft Sinneswahrnehmung, „sticht sie aus“; in sich wiederholenden Zwangssituationen wird sie immer wieder „eintrainiert“ und gewinnt mehr und mehr suggestive Macht

## Der Inferenzbasierte Ansatz (IBA): Narrative

Die Vielleicht-Geschichte (das Narrativ) verfestigt sich und fühlt sich immer realer an, da der Zwangserkrankte in den darauf folgenden Zwangsritualen unentwegt so tut, als ob es sich um ein reales und nicht um ein „Pseudoproblem“ handelt

## Beispiel 1

- Innerer oder äußerer Reiz: Türklinke anfassen.
- Zweifel: Vielleicht sind meine Hände kontaminiert.
- Vorgestellte Konsequenz: Wenn meine Hände kontaminiert sind, werde ich krank werden.
- Angst: Es wäre schrecklich, mich zu infizieren.
- Zwangshandlung: Ich wasche mir lieber die Hände.

## Beispiel 2

- Innerer oder äußerer Reiz: Ich habe gelesen, dass Menschen plötzlich durchdrehen und ihre Kinder verletzen.
- Zweifel: Was, wenn ich einer dieser Menschen bin?
- Vorgestellte Konsequenzen: Wenn ich einer dieser Menschen bin, könnte ich meine Kinder verletzen.
- Angst: Ich könnte nicht mehr leben, wenn ich ein Kind verletzt hätte.
- Zwangshandlung: Ich treffe lieber Vorsichtsmaßnahmen, um sicher zu gehen, dass ich niemanden verletze (z.B. nie mit Kindern allein sein, Wegräumen spitzer Gegenstände)

## Unterschied zwischen IBA und traditionellen kognitiven Ansätzen

- Traditionelle kognitive Ansätze setzen an den sekundären Konsequenzen an, die in aller Regel Katastrophenbefürchtungen beinhalten, und versuchen u.a., die mit diesen verknüpfte Überschätzung der Wahrscheinlichkeit (1) und Überschätzung der Verantwortung (2) zu modifizieren:
- „Wenn ich jemandem nach Anfassen einer Türklinke ohne vorheriges Händewaschen die Hand gebe, könnte ich ihn mit einer schlimmen Krankheit anstecken (1) und ich wäre daran Schuld (2)“.
- IBA setzt dagegen an dem zeitlich vorausgehenden, primären Zweifel an („meine Hände könnten mit potentiell tödlichen Bakterien verseucht sein“) – ist dieser beseitigt, sind (1) + (2) irrelevant.

## „Narrative“ zur Rechtfertigung des zwanghaften Zweifels

- Schilderungen der PatientInnen (Narrative) sind gekennzeichnet durch das Gewicht, dass sie „Vielleichts“ zuschreiben, d.h. hypothetischen Möglichkeiten (z.B. „was, wenn ...“; „könnte es sein, dass...“).
- Narrative ersetzen Vertrauen in die „sieben Sinne“ und den gesunden Menschenverstand

## „Narrativ“, Beispiel 1

- Therapeut: “Sie sind seit 10 Jahren verheiratet, haben drei Kinder, hatten nie eine homosexuelle Affäre und haben sich nie zu einer gleichgeschlechtlichen Beziehung hingezogen gefühlt. Was lässt Sie daran zweifeln, dass Sie heterosexuell sind?”
- Klientin: “Nun, ich hatte eine enge Freundin, als ich 14 war, und manchmal, wenn ich bei ihr übernachtete, schliefen wir im selben Bett, und bald danach sah ich einen Film, in dem ein Mann sein ganzes Leben verheiratet war und dann sein Coming out als Schwuler hatte, und dann hab ich diese Live-Show mit all diesen Paaren gesehen, die noch spät im Leben ihr Coming out hatten, und dem Einfluss, den das auf ihre Familien und Kinder hatte, und dann, weil ich ja jung geheiratet habe, frage ich mich, ob ich vielleicht meine Sexualität nicht wirklich kannte und vielleicht verleugne...”

## inverse Inferenz (umgekehrte Schlussfolgerung)

- normale Inferenz: „Auf dieser Stange (in der Straßenbahn) sind Fingerabdrücke, also haben sie vielleicht viele Leute angefasst.“
- Zwangskranke erschließen Realität auf entgegen gesetzte Weise (inverse Inferenz): “Weil diese Stange von vielen Leuten angefasst worden sein könnte, ist sie höchstwahrscheinlich schmutzig, auch wenn ich nichts sehe.“
- ‘inverse Inferenz’ (Stange höchstwahrscheinlich schmutzig) “übertrumpft” Sinneswahrnehmung und schließt Möglichkeit einer Realitätsüberprüfung aus (die Schlussfolgerung kann aufrecht erhalten werden, obwohl die Beobachtung nahe legt, dass Stange in Wirklichkeit sauber).



## weitere zwangstypische Denkmuster

- Kategorienfehler (unzulässige “Fusionierung” von Kategorien von Objekten oder Menschen, “Dieser Tisch könnte schmutzig sein, weil der andere Tisch schmutzig war”)
- anscheinend vergleichbare Ereignisse (irrtümliche Einordnung zweier unterschiedlicher unabhängiger Ereignisse als vergleichbar, “Die Garagentür meines Freundes sprang auf, also könnte meine auch aufspringen“)
- aus dem Zusammenhang gerissene Fakten (Verwendung abstrakter Fakten, ohne sie an Situation anzupassen, “Ich könnte mich angesteckt haben, weil es eine Tatsache ist, dass es Bakterien gibt“)
- Argumentieren auf der Basis rein imaginärer Ereignisse (Aneinanderkettung von Sequenzen zu einer imaginären Geschichte, “Ich sah den roten Fleck und stellte mir vor, dass es Blut war und dass das Blut auf mich tropfte, und ich daher kontaminiert sein könnte“).

## Inferentielle Konfusion

- Aus Sichverlassen auf eine vorgestellte Möglichkeit in Kombination mit Misstrauen gegenüber den Sinnen entsteht eine „Verwirrung beim Schlussfolgern“ (inferentielle Konfusion).
- Person wird absorbiert durch ein Narrativ (eine überzeugende Geschichte), welches sie an ihrer ursprünglichen (adäquaten) Sinneswahrnehmung zweifeln lässt und zu Verwechslungen von Möglichkeit mit Realität und Misstrauen gegenüber den Sinnen führt.
- Diese Narrative werden im Zwang zunehmend „eintrainiert“.
- Durch Zwangshandlungen wird versucht, diese vorgestellten Möglichkeiten durch Modifikation der Realität zu verändern.

## Überbrückendes Narrativ, Beispiel 2

- *Sinnesinformation:*

Meine Hände sehen völlig sauber aus ... aber ...vielleicht...

- *Geschichte (Narrativ):*

Auf der Stange, die ich angefasst habe, waren unsichtbare Keime, und die unsichtbaren Keime könnten auf meine Haut gesprungen sein, weil Bakterien existieren, und ich bin nicht geschützt, weil die Bakterien in der Lage sein könnten, in meine Haut einzudringen.

- *Inferenz:*

Also sind meine Hände vielleicht kontaminiert, auch wenn ich nichts sehe.

## Überbrückendes Narrativ, Beispiel 3

- *Sinnesinformation:*

Die Tür scheint abgeschlossen zu sein ... aber ... vielleicht...

- *Geschichte ( Narrativ):*

Als ich die Tür schloss, habe ich sie versehentlich angeschrammt, und vielleicht hat sich der Schlüssel im Schloss nicht vollständig gedreht. Die Tür scheint nie mit dem Türrahmen bündig zu stehen. Vielleicht bedeutet das, dass sie nicht geschlossen ist. Ich habe was über Türen gelesen, die auf rätselhafte Weise aufgingen. Ein Freund von mir dachte, er hätte die Tür abgeschlossen, aber entdeckte dann, dass er sie nicht abgeschlossen hatte.

- *Inferenz:*

Also ist die Tür vielleicht nicht abgeschlossen.

## Inferential Confusion Questionnaire-Extended Version

- erfasst übermäßiges Sichverlassen auf Möglichkeiten, übermäßiges Absorbiertwerden durch imaginäre Sequenzen auf Kosten der Realität, irrelevante Assoziationen und Kategorienfehler, z.B.
- “Ich reagiere auf ein Szenario, das passieren könnte, häufig so, als ob es tatsächlich gerade passiert.”
- “Ich bin manchmal überzeugter von etwas, das da sein könnte, als von etwas, was ich wirklich sehe.”
- “Manchmal erfinde ich Geschichten über etwas, das da sein könnte, ohne meiner Sinneswahrnehmung Aufmerksamkeit zu schenken.“
- “Ich kann mir etwas vorstellen und am Ende darin aufgehen.”

## IBA-Erklärung dissoziativer Phänomene im Rahmen von Zwängen

- Inferenzen gehen in Zwangsgedanken über, wenn die Person die Grenze von der realen Welt der Wahrnehmung zur Welt der Imagination/Vorstellung überschreitet. „Grenzübertritt“ ist identifizierbar und wird als von Losgelöstheits- und Unwirklichkeitsgefühlen unterschiedlichen Ausmaßes begleiteter Übergang von Wirklichkeit zu Nicht-Wirklichkeit beschrieben
- ICQ bei Zwängen wichtiger Prädiktor für dissoziatives Erleben
- möglicherweise tauchen Menschen mit Zwangsstörung mehr und mehr in eine „Zwangsblase“ ein, wenn sie ihr imaginäres Narrativ immer wieder wiederholen, und werden so vom Imaginären absorbiert, dass sie manchmal unfähig sind, sich daraus zu lösen und zur Realität zurückzukehren.

## IBT als Serie kumulativer Stufen

- (1) Wesen zwanghaften Zweifels aufzeigen; Unterschied zwischen zwanghaftem und authentischem Zweifel vermitteln; zu den diesbezüglichen Kriterien gehören: Ursprung des Zweifels (subjektiv vs. realitätsbasiert), Auflösbarkeit, Gegensatz zur Sinnesinformation
- (2) subjektive “Geschichte” (Argumentation im “überbrückenden Narrativ“) hinter der primären Inferenz aufdecken; erkennen, dass nur diese den selbst erzeugten Zweifel rechtfertigt
- (3) veranschaulichen, wie Zweifel im Widerspruch zu Sinneswahrnehmung im Hier und Jetzt + gesundem Menschenverstand steht
- (4) zeigen, wie bestimmte Beweisführungsfehler zu willkürlicher, Zweifel induzierender Inferenz führen; erkennen, wie dem in der Vorstellung entstehenden Zwangszweifel ein realer Status durch die eigenen Handlungen eingeräumt wird
- (5) die Macht der Imagination bewusst machen

## IBT als Serie kumulativer Stufen

- (6) Techniken verwenden, die die Person in der Realität erden (z.B. alternatives, realistisches Narrativ konstruieren; Denken kurz vor dem Punkt „erwischen“, an dem es Realität verlässt und in Imagination überwechselt)
- (7) der Person dazu verhelfen, in die Welt der Sinne zurückzukehren und diesen sowie ihrem gesunden Menschenverstand zu vertrauen
- (8) am „wunden Punkt“ des für die Person spezifischen Selbst-themas („vulnerablen Selbst-Themas“) ansetzen, welches die Zweifel antreibt; es bezieht sich häufig auf das Selbst, welches die Person befürchtet sein oder werden zu können, und kann als ge-meinsamer Nenner verschiedenen Zwangsgedanken zugrunde liegen (z.B.: „Ich könnte keine gute Mutter sein“); der Person ihr echtes Selbst bewusst machen



## Konstruktion eines alternativen, realistischen Narrativs

- Zwangsgeschichte: Vielleicht ist was mit dem Schloss nicht in Ordnung. Ich hab was über Schlösser gelesen, die nicht funktionieren, und ich bin nicht so geschickt, es könnte etwas nicht einrasten. Ich hab mal eine Uhr kaputt gemacht beim Versuch, sie aufzuziehen. Wenn eingebrochen würde, wäre ich am Boden zerstört und beschämt.
- Gegengeschichte: Ich hab die Tür viele Male abgeschlossen und es hat nie ein Problem gegeben. Ich habe Türen, Autos und viele andere Dinge abgeschlossen und nie einen Fehler gemacht. Ich weiß genau, wie man ein Schloss benutzt, und meine Sinne geben mir Rückmeldung. Was Anderen passiert oder was ich mit einer Uhr gemacht habe, ist für ein Schloss irrelevant.
- Einfluss der “neuen” Geschichte anfangs minimal, mit Übung zunehmend stärker

## Rückkehr zum Vertrauen in die Sinne/den gesunden Menschenverstand

- Patienten verdeutlichen, dass sie in nicht zwangsbezogenen Situationen keine solchen „Vielleicht-Geschichten“ konstruieren: Beispiel Straßenüberquerung
- sie dabei unterstützen, den „Grenzübertritt“ von der Realität in die vorgestellte Geschichte, d.h. das „Eintauchen in die Zwangsblase“ frühzeitig zu identifizieren, z.B. anhand beginnender Losgelöstheits- und Unwirklichkeitsgefühle
- „Aussteigen statt Abdriften!“
- Distanzierung über „Busmetapher“ oder Etikettieren als Zwangsgedanke/Pseudoproblem
- Anwendung normaler Sinneswahrnehmungskriterien

## Beispiel für die Anwendung normaler Sinneswahrnehmungskriterien

- Wann würde ein zwangsfreier Mensch kontrollieren, ob er im Vorbeifahren einen Radfahrer angefahren hat?
- Wahrnehmung einer Erschütterung beim Zusammenprall + dazu passendes, gleichzeitiges Geräusch + visuelle Wahrnehmung einer sehr geringen Entfernung beim Überholen oder eines Aus-dem-Gleichgewicht-kommens des Radfahrers (konvergierende Sinneswahrnehmungskriterien)
- Wann nicht?
- nur Wahrnehmung einer Bewegung am Rande des Gesichtsfeldes ohne gleichzeitige Erschütterung und ohne gleichzeitiges Geräusch
- nur leichte Erschütterung beim Fahren über eine Unebenheit im Straßenbelag, ohne einen Radfahrer in unmittelbarer Nähe des Autos zu sehen

# **Therapeutische Beziehungsgestaltung**

## Erfahrungen in der Ursprungsfamilie

- Bindungsunsicherheit, Ohnmachtserleben
- formale Besorgtheit ohne Wärme (intensives Kümmern um Schule/ Ernährung/Gesundheit//materielle Versorgung, kaum Zuwendung über nonverbalen Gefühlsausdruck/Zärtlichkeit)--> Erleben von Verlustängsten/mangelnder Geborgenheit
- autoritäre Durchsetzung absoluter Normen/Unterdrückung von spontaner Emotionalität und motorischem Expansionsdrang, überkritischer/stark fordernder/perfektionistischer/überprotektiv-ängstlicher Stil ---> Erleben von Ohnmacht/Demütigung (Wille des Kindes „zu seinem Besten“ gebrochen)
- Mangel an Einfühlung, Respekt und Anerkennung der Selbständigkeit, der Bedürfnisse, der persönlichen Grenzen, aber auch der Ängste und Schutzbedürftigkeit des Kindes
- Zeigen belastender Affekte von primären Bindungspersonen oft zurückgewiesen

Crombach, 1994, 2002; Guidano & Liotti, 1983; Röper, 2001; Lakatos-Witt & Schneider, 2014

## mögliche Folgen

- keine „autonome Zugehörigkeit“, stattdessen „Ausschlusspanik“
- emotionale Selbstöffnung zunächst schwierig
- Blockierung aggressiver Impulse und Kanalisierung in die Zwänge
- wenig Zugang zu positiven Annäherungszielen
- Entwicklung eines ängstlich-anklammernden Bindungsstils zur Reduktion von Verlustängsten (z.B. bei Rückversicherungszwängen)
- Entwicklung eines vermeidenden Bindungsstils zum Schutz vor erneuter Ohnmacht/Demütigung (z.B. bei territorialen Zwängen)

## therapeutische Beziehungsgestaltung I

- Exposition nie vor Aufbau einer sicheren Beziehung
- machtsensible Beziehungsgestaltung vor dem Hintergrund einer übermäßiger Betonung von Dominanz/Unterwerfung in der Lerngeschichte
- Autonomierespekt, Widerspruchsermöglichung
- Akzeptanz von Ambivalenz, ohne ärgerlich zu werden
- Entscheidungsfreiheit und Bedenkzeit zubilligen
- Metakommunikation über lerngeschichtlich nachvollziehbares Dilemma (belastendes, auch direktives Verfahren + Empfindlichkeit gegenüber Fremdbestimmung, da frühe Ohnmachtsgefühle reaktiviert werden)
- pervertierte Exposition = den Willen des Patienten „zu seinem Besten“ brechen!

## therapeutische Beziehungsgestaltung II

- keine „Verteufelung“ von Vermeidung!
- es geht nicht um passiv zu ertragende Mutproben, sondern um Förderung einer inneren Experimentierhaltung!
- Beziehung vor Verfahren! Anspruch an Therapeut als Person höher als an technische Durchführung der Therapie!
- Machtkämpfe vermeiden bei „pseudoassertivem“ Verhalten mit aggressiven Komponenten zum Vermeiden gefühlsbetonterer/spontanerer/engerer Beziehung! Registrieren ohne Metakommunikation, meist gutartig + passager
- Detailkenntnisse der „Anatomie“ des Zwangs erwerben/durch hypothesengeleitete Fragen erkennen lassen
- Bestehen auf Therapieziel möglichst großer Annäherung an normales Leben



**Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit**