

Journal für

Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie

www.kup.at/
JNeurolNeurochirPsychiatr

Zeitschrift für Erkrankungen des Nervensystems

**Verhaltenstherapie von
Zwangsstörungen: Praktische
Ansatzpunkte und Vorgehensweisen**

Osen B

Journal für Neurologie

Neurochirurgie und Psychiatrie

2008; 9 (4), 52-59

Homepage:

www.kup.at/
JNeurolNeurochirPsychiatr

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche

Indexed in
EMBASE/Excerpta Medica/BIOBASE/SCOPUS

Krause & Pachernegg GmbH • Verlag für Medizin und Wirtschaft • A-3003 Gablitz

P.b.b. 02Z031117M,

Verlagsort: 3003 Gablitz, Linzerstraße 177A/21

Preis: EUR 10,-

Häufig Migräne?

Führen Sie ein Migränetagebuch und sprechen Sie mit Ihrem Neurologen.

Für das Migränetagebuch
Scan mich!



KOPF
KLAR

Verhaltenstherapie von Zwangsstörungen: Praktische Ansatzpunkte und Vorgehensweisen

B. Osen

Kurzfassung: Zwangsstörungen gehören zu den häufigsten psychischen Erkrankungen im Erwachsenenalter. Sie nehmen nicht selten einen chronischen Verlauf und gehen mit massiven psychosozialen Beeinträchtigungen einher. Zwangserkrankte erkennen die Unsinnigkeit oder Übertriebenheit ihrer Handlungen, können sich aber nicht dagegen wehren. Häufig schämen sie sich wegen ihrer Zwänge und suchen erst nach Jahren professionelle Unterstützung. Hinzu kommt, dass derzeit immer noch zu wenige Behandlungsplätze bei entsprechenden Spezialisten zur Verfügung stehen. Seit den 1970er Jahren sind wirkungsvolle verhaltenstherapeutische Verfahren entwickelt und evaluiert wor-

den, mit denen Zwangserkrankungen gut behandelt werden können. In dieser Arbeit sollen die wichtigsten Elemente einer multimodalen Behandlung von Zwangsstörungen dargestellt werden. Der Schwerpunkt liegt dabei auf besonderen praktischen Aspekten bei der konkreten Durchführung der Therapie.

Abstract: Behavioral Therapy of Obsessive-Compulsive Disorder: Practical Aspects and Strategies. Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) is one of the most frequent psychiatric disorders in adults. Often, the course is

chronic and results in extensive psychosocial impairment. OCD patients recognize their compulsions as unreasonable or exaggerated but can not resist them. Many of them feel ashamed because of their symptoms and seek professional care only after years of impairment. In addition, there still are not enough specialists available. Since the 1970s, effective cognitive behavioural therapies (CBT) have been developed. In this article, the main strategies of a multimodal cognitive behavioural treatment for OCD are presented. The emphasis lies on practical aspects, which are of importance in carrying out these strategies. **J Neurol Neurochir Psychiatr** 2008; 9 (4): 52–9.

■ Einleitung

Zwangsstörungen gehören zu den häufigsten psychischen Störungen in der Bevölkerung. In der Münchener Follow-up-Studie [1], bei der eine repräsentative Bevölkerungsstichprobe untersucht wurde, beträgt die Prävalenz von Zwangsstörungen 2,03 % und die 6-Monats-Prävalenz, ähnlich wie in der ECA-Studie 1,79 %. Karno et al. [2] fanden eine Lebenszeitprävalenz zwischen 1,94 und 3,29 %. Insgesamt geht man von einer Häufigkeit der Zwangsstörungen in der Gesamtbevölkerung von 2–3 % aus. Sie zählt somit zu den fünf häufigsten psychischen Störungen bei Erwachsenen. Meist beginnt die Störung im frühen Erwachsenenalter, wobei Männer im Durchschnitt fünf Jahre früher erkranken als Frauen (20 vs. 25 Jahre) [3]. Drei Viertel aller Zwangspatienten erkranken vor ihrem 30. Lebensjahr. Jenseits des 40. Lebensjahres kommen Neuerkrankungen nur noch sehr selten vor [4].

Jüngste Untersuchungen legen nahe, dass die Gruppe der Zwangsstörungen eine sehr heterogene Störungsgruppe ist. Hinsichtlich des Erkrankungsbegins, des Verlaufs und der Komorbidität erscheint es sinnvoll, zwei Gruppen von Zwangsstörungen zu unterscheiden. Mehrere Autoren der letzten Jahre [5–7] beschrieben eine so genannte Early-onset-Gruppe, die eine Untergruppe der Zwangsstörungen darzustellen scheint. Sie ist durch den Beginn vor dem 12.–15. Lebensjahr gekennzeichnet. In dieser Gruppe finden sich häufiger familiäre Vorbelastungen und komorbide motorische und vokale Tic-Störungen. Sie ist ebenso gekennzeichnet durch eine größere Symptomvielfalt, und auch durch häufig massive Zwangssymptome. In der Prognose weist diese Untergruppe ein höheres Chronifizierungsrisiko auf. Hinzu kommt ein schlechteres Ansprechen auf Serotonin-Wiederaufnahm-

hemmer. Diese Patienten haben häufig große Schwierigkeiten in der emotionalen Wahrnehmung und im Emotionsausdruck. Daraus entwickeln sich Kontaktsschwierigkeiten und soziale Konflikte. Diese Aspekte sollten in der Therapie dieses Subtyps besondere Berücksichtigung finden [8].

Zwangssymptome werden in der Regel als ich-dyston erlebt, das heißt, die Patienten erleben ihre Gedanken oder Handlungen als unsinnig oder übertrieben. Dies führt häufig dazu, dass die Patienten aus Scham oder Furcht vor Ablehnung ihre Symptome zu verheimlichen suchen. So dauert es im Durchschnitt sieben Jahre, bis sich ein Zwangspatient in adäquate Behandlung begibt [9]. Ohne adäquate Behandlung nimmt die Zwangsstörung einen prognostisch ungünstigen Verlauf. Sie verläuft meist chronisch stabil, progredient oder schwankend. Symptomfreiheit oder spontane Remissionen kommen unbehandelt nur selten vor [10–12].

■ ICD-10-Definition

Die ICD-10 [13] teilt die Zwangserkrankungen in drei Subtypen ein:

- Zwangsstörung mit überwiegend Zwangsgedanken (F42.0)
- Zwangsstörungen mit überwiegend Zwangshandlungen (F42.1)
- Zwangsgedanken und Zwangshandlungen gemischt (F42.2)

Nach der ICD-10 muss die Zwangsstörung zwei Wochen lang bestanden haben (Kriterium A). Die Zwangsgedanken und -handlungen werden als eigene Gedanken und Handlungen erlebt, dabei aber von den Betroffenen selbst als unangenehm und übertrieben oder unsinnig wahrgenommen. Sie wiederholen sich andauernd und die Betroffenen versuchen Widerstand zu leisten (Kriterium B). Die Zwangsgedanken und Handlungen führen zu einer massiven psychosozialen Beeinträchtigung (Kriterium C). Die Störung ist nicht bedingt durch eine

Aus der Medizinisch-Psychosomatischen Klinik Bad Bramstedt
Korrespondenzadresse: Dr. med. Bernhard Osen, Medizinisch-Psychosomatische Klinik Bad Bramstedt, D-24576 Bad Bramstedt, Birkenweg 10; E-Mail: bosen@schoen-kliniken.de

andere psychische Störung, wie Schizophrenie und verwandte Störungen oder affektive Störungen und nicht bedingt durch eine organische Erkrankung (Kriterium D).

Zwangsgedanken kreisen am häufigsten um die Themen Verschmutzung (45 %) und durch Unaufmerksamkeit sich oder anderen Schaden zugefügt zu haben (42 %). Daneben kommen Gedanken, die den eigenen Körper betreffen (36 %), Symmetrie und Genauigkeit (31 %) sowie aggressive Gedanken (28 %), wie z. B. Befürchtungen jemanden zu überfahren, vor. Sexuelle Gedanken, wie z. B. anderen Personen durch sexuelle Handlungen zu schaden, finden sich bei 26 % der Betroffenen. In 60 % der Fälle werden mehrere Inhalte gleichzeitig berichtet. Bei den Zwangshandlungen sind Kontroll- (63 %) und Waschzwänge (50 %) am häufigsten, gefolgt von Zähzwängen (36 %), Frage- und Beichtzwängen (31 %), Ordnungzwängen (28 %) und Hort- und Sammelzwängen (18 %). Eine Kombination von mehreren Zwängen kommt bei 48 % der Betroffenen vor [14].

■ Therapie

Grundsätzliche Vorüberlegungen

Die kognitive Verhaltenstherapie (KVT) hat sich in zahlreichen Studien als das wirksamste psychotherapeutische Behandlungsverfahren erwiesen [15–17]. Die KVT beinhaltet sowohl kognitive Strategien als auch Expositionenverfahren mit Reaktionsmanagement. Bei genauerer Betrachtung fällt auf, dass die Vorgehensweise in den als KVT bezeichneten Verfahren recht unterschiedlich ist. Insbesondere die Dauer und der Stellenwert der Expositionenverfahren variiert dabei erheblich. Auch der Bearbeitung von Hintergrundbedingungen, die für die Entstehung bzw. Aufrechterhaltung der Symptomatik relevant erscheinen, wird eine unterschiedliche Bedeutung beigemessen.

Im deutschsprachigen Raum haben sich verhaltenstherapeutische Strategien vor allem auf dem Boden der frühen multimodalen Verhaltenstherapie entwickelt. Hand [18] hat darauf hingewiesen, dass die Behandlung von Zwangspatienten eine strategisch-systemische multimodale Strategie erfordert, um der komplexen Problematik gerecht zu werden. Da die Zwangsstörung eine Erkrankung des jungen Erwachsenenalters darstellt und mit starken Einschränkungen im Alltag einhergeht, werden viele junge Menschen in ihrer psychosozialen Entwicklung massiv beeinträchtigt. Soziale Fertigkeiten, die in diesem Alter normalerweise entwickelt werden, können nicht angemessen erworben werden. Schamgefühle aufgrund der als unsinnig erlebten Gedanken und Handlungen und starke innere Unsicherheit führen häufig zu sozialem Rückzug und verstärken das ohnehin schon durch die Zwangssymptomatik bedingte Vermeidungsverhalten. Im Rahmen dieser Entwicklung kann die Zwangssymptomatik zur unbewussten Strategie werden, mit deren Hilfe Defizite der sozialen oder emotionalen Kompetenz kompensiert oder verdeckt werden sollen.

Ausgeprägte Zwangssymptome gekoppelt mit Defiziten in der sozialen Interaktion führen darüber hinaus zu ausgeprägten Problemen im unmittelbaren sozialen Umfeld. Nicht selten wird von den Patienten erheblicher Druck auf die Angehö-

igen ausgeübt, sie bei der Ausübung der Zwänge (z. B. Kontrollen) oder der Neutralisierung von Zwangsgedanken (z. B. durch ständiges Rückversichern) zu entlasten.

Angehörige sind oft unsicher, wie sie sich verhalten sollen. Aus dem Bedürfnis heraus, dem Betroffenen zu helfen, lassen sie sich in die Zwangssymptomatik einbinden. Hinzu kommen Schuldgefühle, da sie vermuten, durch Fehler in der Erziehung die Erkrankung verursacht zu haben. Calvocoressi et al. [19] fanden bei einer Befragung von 34 Zwangspatienten und ihrer Angehörigen bei 88 % der Angehörigen eine Anpassung an die Zwangssymptomatik des Patienten. Andererseits wird Zwangssymptomatik häufig von Angehörigen nicht als Erkrankung bewertet. Es besteht Unsicherheit, inwieweit der Patient Einfluss auf seine Zwänge hat. Deshalb wird sehr viel Druck auf den Patienten ausgeübt, die Zwangshandlungen zu unterlassen. Amir et al. [20] zeigten an einer Stichprobe von 73 Patienten, dass das Stressniveau der Familie, ihre Anpassung an die Zwangssymptomatik und ihre Kritik gegenüber dem Patienten mit der Ausprägung von Angst und Depression bei den Angehörigen korrelierte, nicht jedoch mit der Schwere der Zwangssymptomatik. Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass Ablehnung und kritische Kommentare von Seiten der Angehörigen die Zwangshandlungen des Patienten verstärken. Steketee et al. [21] fanden eine positive Korrelation zwischen Kritik und Ärger gegenüber den Patienten und der Rückfallwahrscheinlichkeit. Andererseits scheint sich ein kritischer Umgang der Angehörigen, solange er nicht feindselig, sondern konstruktiv ist, positiv auf den Therapieverlauf auszuwirken [22]. Diese Ergebnisse unterstreichen die Bedeutung einer systemischen Perspektive.

Eine multimodale Behandlungsstrategie berücksichtigt sowohl die Symptomebene als auch die inneren und äußeren Hintergrundbedingungen der Symptomatik. Wie Hand [23] ausgeführt hat, spielen intrapsychische und interaktionelle Faktoren bei der Aufrechterhaltung der Zwänge oft eine besondere Rolle. So können Zwänge z. B. die Funktion erhalten, sich aus Angst vor Verantwortungsübernahme von anstehenden Lebensentscheidungen abzulenken oder in einem Partnerkonflikt Zuwendung zu erzwingen oder aber auch Grenzen zu setzen. In der Therapie müssen diese Funktionen ausreichend Berücksichtigung finden. Ziel ist es, Strategien und Fertigkeiten zu entwickeln, die es ermöglichen, sich den Herausforderungen des alltäglichen Lebens zu stellen. Auf dem Boden dieses Verständnisses wird deutlich, dass eine Therapie, die ausschließlich auf Symptomreduktion abzielt, für viele Patienten als nicht ausreichend gelten muss. Andererseits ist eine Arbeit, die die Symptomatik völlig außer Acht lässt und darauf setzt, dass durch die Arbeit an den auslösenden und aufrechterhaltenden Hintergrundbedingungen die Zwänge überflüssig werden und vom Patienten einfach aufgegeben werden können, meist nicht erfolgreich. Das Zwangsverhalten ist in der Regel so automatisiert, dass ein intensiver Trainingsanteil unerlässlich ist. Untermauert wird dies durch neurobiologische Befunde, die zeigen, dass durch intensives Training Funktionsstörungen in bestimmten Gehirnregionen günstig beeinflusst werden können [24, 25]. Eine verhaltenstherapeutische Behandlung sollte daher nicht nur symptomspezifische Elemente beinhalten sondern zusätzliche Therapieelemente umfassen, die den Patienten in seinen sozialen Lebenswelten

mit seinen inneren und interaktionellen Defiziten aber auch Ressourcen begreifen.

Multimodale Verhaltenstherapie

Eine multimodale Verhaltenstherapie sollte folgende Elemente beinhalten:

- Beziehungsaufbau
- Motivationsaufbau
- Verhaltensanalyse inklusive Funktionsanalyse und Modellentwicklung
- Psychoedukation
- Symptomtherapie
- Ausbau von Fertigkeiten unter Nutzung von Ressourcen
- Integration der neu gewonnenen Freiheitsgrade und Fertigkeiten in den Alltag
- Neuorientierung der sozialen Interaktion mit wichtigen Bezugspersonen

Beziehungsaufbau

Dem Beziehungsaufbau kommt bei der Behandlung von Zwangspatienten besondere Bedeutung zu. Zwangserkrankte gelten oft als schwierige Patienten. Der Einstieg in die Therapie ist nicht selten geprägt von ausufernden Schilderungen mit häufigen Wiederholungen, einem Bedürfnis die Dinge ganz genau und exakt zu beschreiben und die Einzigartigkeit der Symptomatik herauszustellen. Die Patienten lassen sich nur schwer unterbrechen und wollen alles genau wissen. Sie fragen bis ins Detail und äußern nicht selten Zweifel, ob der Untersucher oder die Behandlungsinstitution kompetent genug ist, die Störung zu behandeln. Diese Verhaltensweisen basieren auf einem sehr hohen Bedürfnis nach Autonomie und Kontrolle. Nicht selten erleben die Patienten ihre Umwelt als feindlich nach dem Motto: „Wenn ich mich schon selbst so seltsam finde, wie sehr müssen mich erst andere ablehnen“. Aufgrund ihrer Zwänge können sie in sich selbst keine Sicherheit finden und entwickeln somit auch Misstrauen nach außen. Über ein Übermaß an Autonomie und Kontrolle wird versucht, die verlorene Sicherheit wieder herzustellen. Damit eine positive Beziehung aufgebaut werden kann, sollte während der Therapie und ganz besonders beim Einstieg in die Therapie diesem Bedürfnis Rechnung getragen werden. Information, Geduld bei klarer Struktur und Transparenz sind wichtige Faktoren, die Zwangspatienten den Einstieg in eine Therapie erleichtern.

Motivation

Für Zwangspatienten, die sich in eine Therapie begeben, bedeutet dies in der Regel nicht nur einen Zugewinn an Freiheit und neuen Möglichkeiten, sondern auch einen drohenden Verlust an Sicherheit und Struktur. Die Vorstellung, Kontrolle aufzugeben und sich mit als nicht bewältigbar erscheinenden Gefühlszuständen zu konfrontieren, ist für viele Patienten mit starken Ängsten verbunden. Sie sehen sich darüber hinaus zunächst mit den eigenen Defiziten konfrontiert, ohne dafür alternative Handlungsmöglichkeiten zur Verfügung zu haben. Hand [17] hat die intrapsychische Funktion, sich durch die Zwänge vorübergehend Erleichterung zu verschaffen, mit einer Selbstmedikation verglichen. Sich nach Aufgabe von Schutzmechanismen bei hohem Autonomie- und Kontrollbedürfnis einem Therapeuten anzuvertrauen, bedeutet für viele Patienten ein hohes Maß an Risikobereitschaft, auf das sie

sich zu Beginn der Therapie nur schwer einlassen können. Zudem kommen viele Patienten mit Vorinformationen über Expositionstherapien in die Behandlung, die für sie bedrohlich klingen. Es ist daher nicht verwunderlich, dass zu Beginn der Therapie eine hohe Ambivalenz besteht, sich auf die Therapie einzulassen. Dem Therapeuten kommt in dieser Situation die Aufgabe zu, einerseits Verständnis, Wärme und Akzeptanz entgegen zu bringen, anderseits ein Gegengewicht gegen das ängstliche Zögern und Zaudern zu bilden und dem Patienten genügend Ermutigung, Struktur und klare Aufforderung zur Verfügung zu stellen. Es ist daher äußerst wichtig, sich vor der Therapie über eine Motivationsanalyse ein Bild von den Motiven des Patienten zu verschaffen. Aufgrund der für Zwänge oft typischen interaktionellen Funktionen ist es sinnvoll, bei dieser Analyse das engere soziale Umfeld des Patienten einzubeziehen. „Wer möchte, dass sich wer wie ändert?“ ist eine entscheidende Frage bei der Analyse dieser Kontextfaktoren. Gleichzeitig darf eine ambivalente Motivation des Patienten nicht zu schnell als unüberwindbares Therapiehindernis betrachtet werden. Auch hier gilt der von Kanfer geprägte Satz: „Join the client where he is.“ Die Ambivalenz des Patienten sollte durch einen gezielten Motivationsaufbau in Richtung Veränderungsmotivation verschoben werden.

Hierbei haben sich Strategien bewährt, die Vor- und Nachteile des Beibehaltens oder der Aufgabe des Zwanges deutlich machen. So kann z. B. ein Brief verfasst werden, der einmal den Zwang als besten Freund oder als stärksten Feind adressiert. Eine intensive Phantasieübung mit der Instruktion, sich einen Tagesablauf ohne Zwänge vorzustellen (Schalterfrage) und der Frage, wer es als erster merken würde, dass keine Zwänge mehr vorhanden sind, kann viel Aufschluss über motivationale Aspekte geben. Diese Strategien können Informationen liefern über fehlende Zielsetzungen, Vermeidung von Auseinandersetzungen und/oder Entscheidungen etc. In der anschließenden Disputation der Ergebnisse können dann die Voraussetzungen besprochen werden, die den Patienten in die Lage versetzen, eine positive Motivation aufzubauen und Bedenken und Ängste im Hinblick auf die Therapie zu reduzieren.

Die Leitfragen lauten hierbei: Welche Fertigkeiten braucht der Patient und welche Veränderungen im sozialen Kontext sind nötig, damit er in der Lage ist, seine Zwänge aufzugeben? Auf welche Ressourcen kann der Patient zurückgreifen? Welche therapeutischen Strategien sind dabei sinnvoll?

Biographische Analyse

Bei der Behandlung von Zwangspatienten erscheint die Kenntnis der lebensgeschichtlichen kognitiv-emotionalen Hintergrundbedingungen in ganz besonderer Weise relevant. Wie weiter unten noch ausgeführt wird, werden durch Expositionen oft intensive Gefühlsreaktionen ausgelöst. Im Rahmen dieser Gefühlsaktivierung kommt es nicht selten zur Aktivierung biographisch relevanter emotionaler Schemata, die durch das Zwangssystem in zwangsspezifische emotionale Schemata verschlüsselt worden sind. Während der Exposition können sie in ihrem ursprünglichen Bedeutungsgehalt wieder erlebt werden. Für Therapeuten ist die Kenntnis der biographisch relevanten emotional-kognitiven Schemata von großer Bedeutung, damit sie die bei der Exposition gezeigten Ge-

fühlsreaktionen richtig einordnen und gegebenenfalls in der Situation nutzen können.

Die Erhebung entwicklungsgeschichtlicher Faktoren erscheint aber auch wichtig, um Hypothesen über die Funktionen der Symptomatik zu untermauern und daraus Therapiestrategien ableiten zu können.

Die Forschung hat keine eindeutigen zwangsspezifischen lebensgeschichtlichen Entstehungsbedingungen gefunden.

In der Biographie von Zwangspatienten findet man allerdings (wie bei anderen psychischen Störungen auch) häufig dysfunktionale kognitiv-emotionale Schemata, die Themen beinhalten wie z. B. Kampf um Anerkennung über Perfektionismus oder Unsicherheit vor dem Hintergrund eines ängstlich-überfürsorglichen Erziehungsstils mit hohen rigidten Normen. Es finden sich darüber hinaus Defizite im Umgang mit aggressiven Impulsen oder Emotionen (oder auch anderer, so genannter negativer Emotionen) auf dem Boden eines (emotional) vernachlässigenden oder dominanten, wenig Raum gebenden und invalidierenden Erziehungsstils [26, 27].

Funktionsanalyse

Im Rahmen der biographischen und Motivationsanalyse ergeben sich häufig bereits Bezüge zu den Funktionen, die der Zwang erhalten hat. Nach Hand [23] können häufig folgende intrapsychische und interaktionelle Funktionalitäten gefunden werden:

Intrapsychische Funktionalitäten:

- Zwänge als Bewältigungsversuch für spezifische oder auch ungerichtete Lebensängste
- Streben nach Überlegenheit oder Ausgleich von Selbstwertdefiziten durch den Versuch perfekt zu sein
- Versuch „hundertprozentige Sicherheit“ herzustellen, oft als Kompensation von innerer Unsicherheit
- Zwänge als eine Art „Beschäftigungstherapie“ oder Bewältigungsversuch primärer Depression

Interaktionelle Funktionalitäten:

- Zwang als „Waffe“ in sozialen Machtkämpfen z. B. in der Familie oder am Arbeitsplatz. Der Zwang kann als Rechtfertigung für Verweigerung oder ausgeübten Druck dienen
- „Erzwängelung“ von Zuwendung
- Vermeidung von Leistungsan- oder -überforderungen

Eine der wohl wichtigsten Funktionen des Zwangs hat Hoffmann [28] den „Rückfall in eine externe Regulationsform“ genannt. An sich harmlose Situationen wie z. B. öffentliche Toiletten werden in einer Krisensituation zum Symbol für nicht bewältigbar erscheinende „Gefühlskonfusionen“ aus dem Alltagsleben. Diese als bedrohlich erlebten Gefühlszustände werden auf konkrete äußerliche Situationen verschoben, die an deren Stelle nun bedrohlich erscheinen und in den Vordergrund rücken. Die äußerlichen Situationen haben den Vorteil, dass sie vermieden oder über Zwangsrituale scheinbar bewältigt werden können. Die zugrundeliegenden „Gefühlskonfusionen“ in der Therapie herauszuarbeiten und angemessene Bewältigungsformen zu erarbeiten gehört zu den spannenden Herausforderungen in der Arbeit mit

Zwangspatienten. Wie unten beschrieben, können in bestimmten Fällen Expositionsverfahren für diese Aufgabe kreativ genutzt werden.

Expositions-Reaktions-Management als Hauptstrategie der symptomorientierten Behandlung

Das Verfahren der Exposition und Reaktionsverhinderung gilt heute als der zentrale Therapiebaustein in der symptomorientierten Behandlung von Zwangsstörungen. Es wurde wiederholt argumentiert, dass der Begriff „Reaktionsverhinderung“ die klinische Realität nicht ausreichend abbildet [9, 29]. „Reaktionsverhinderung“ impliziert, dass bei Verhinderung der Reaktion die gesamte Reaktion mit ihren motorischen, physiologischen, emotionalen und kognitiven Anteilen allein durch die Dauer der Exposition gelöscht wird. Im klinischen Alltag wird der Patient aber in der Regel bei der Bewältigung der während der Exposition auftretenden Reaktionen therapeutisch unterstützt. Es wurde daher der Begriff „Expositions-Reaktions-Management“ vorgeschlagen. Bei diesem Verfahren soll der Patient ermutigt werden, Situationen aufzusuchen, die zwangsvolle, als negativ erlebte Gefühlszustände provozieren. Anschließend soll er dem Drang, neutralisierende Zwangshandlungen auszuüben widerstehen. Das Ziel für den Patienten ist, zu erleben, dass die während der Konfrontation auftretenden unangenehmen Gefühle wie z. B. Anspannung, Angst, Ekel, Zweifel u. ä. ohne Vermeidungsrituale zu bewältigen sind. Diesem Verfahren liegt die Zwei-Faktoren-Theorie nach Mowrer [30] zugrunde, wonach Zwangsstörungen durch zwei aufeinanderfolgende Schritte entstehen bzw. aufrechterhalten werden. Im ersten Schritt wird ein ursprünglich neutraler Reiz, z. B. Schmutz, an einen aversiven Reiz, z. B. Trennungskonflikt, gekoppelt (klassische Konditionierung). Die ursprünglich neutrale Situation wird nun zum Gefahrensignal und im zweiten Schritt konsequent gemieden. Durch die Vermeidung wird das Gefühl der Gefahr reduziert (C-) (instrumentelle Konditionierung) und gleichzeitig die Erfahrung verhindert, dass die unangenehmen Gefühle auf andere Art und Weise bewältigbar sind. Durch zusätzliche dysfunktionale kognitive Bewertungsprozesse werden die Zwangsbefürchtungen auf immer weitere Situationen ausgeweitet und der Handlungsspielraum der Betroffenen mehr und mehr eingeschränkt.

Im Rahmen der Konfrontationsbehandlung soll das Vermeidungsverhalten aufgegeben werden. Durch die Erfahrung der Habituation soll die Bewältigung und schließlich Entkopplung des aversiven Reizes vom Zwangsstimulus erfolgen. Das Prinzip der Konfrontation und Habituation lässt sich durch Abbildung 1 verdeutlichen.

Da Konfrontationen für die Patienten sehr unangenehm sein können und starke Erwartungsängste auslösen, ist eine gute kognitive Vorbereitung eine unabdingbare Voraussetzung für die Expositionsbehandlung. Der Patient muss vor Beginn der Expositionsbehandlung ein für ihn plausibles Modell über die Entstehung und Behandlung seiner Symptomatik entwickeln. Da viele Rituale sehr automatisiert durchgeführt werden, ist Patienten der Zusammenhang zwischen Zwangsgedanken, unangenehmen Gefühlen und Zwangshandlungen oft gar nicht mehr bewusst. Es empfiehlt sich daher, zu Beginn der Behandlung mit den Patienten Zwangsprotokolle zu führen.

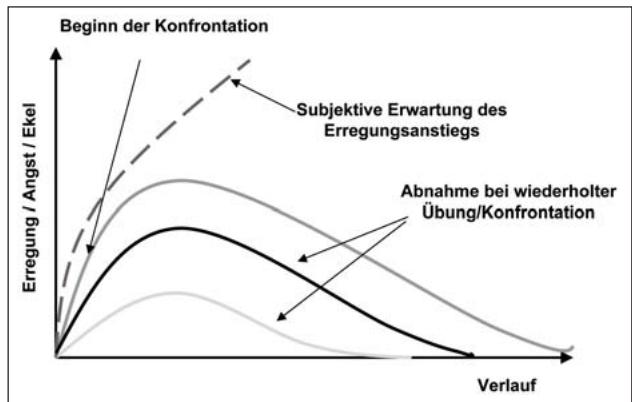


Abbildung 1: Anspannungskurve

In diesen Protokollen werden die auslösenden Situationen, die dabei auftretenden Zwangsgedanken und daraus resultierenden Gefühle erfasst. Die Patienten geben dabei auch an, in welchem Ausmaß Zwangshandlungen die unangenehmen Gefühle kurzfristig reduzieren. Durch die Protokollierung lernen die Patienten die Auslöser ihrer Symptomatik präzise zu erfassen und bekommen ein besseres Verständnis für die „Mechanik“ der Zwangserkrankung. Sie erkennen, dass die ansonsten so sinnlos erscheinende Symptomatik, mikroanalytisch betrachtet durchaus einen Sinn ergibt.

Haben die Patienten diesen Schritt vollzogen, kann das Expositionsrationale erklärt werden. Die Erklärung des Expositionskonzepts geschieht am besten anhand der oben dargestellten Expositionskurve. Hilfreich sind in dieser Phase für Patienten abgefasste psychoedukative Texte, wie sie beispielsweise in Therapiemanualen verwendet werden [31].

Hat der Patient das Therapierationale erfasst und kann einer Expositionsbefehlung zustimmen, erfolgt die Erarbeitung von Expositionssituationen, die hierarchisch nach Schwierigkeitsgrad geordnet werden. Es empfiehlt sich, mit einer Situation zu beginnen, die der Patient mit einem Schwierigkeitsgrad zwischen 30 und 50 % eingeordnet hat. Als Faustregel kann gelten: Wenn der Patient die Übung so einschätzt, dass er sie mit 80%iger Wahrscheinlichkeit schaffen wird, ist dies eine gute Übung für den Einstieg in die Expositionsbefehlung.

Damit der Patient die Erfahrung machen kann, dass seine unangenehmen Gefühle tatsächlich abnehmen, ist es äußerst wichtig, auf alle Vermeidungsrituale zu verzichten. Eine diagnostische Exposition, bei der der Patient seine Zwangs- und Vermeidungsrituale demonstriert und benennt, kann hierbei sehr aufschlussreich sein. Vor jeder Expositionsbefehlung wird mit dem Patienten das genaue Vorgehen festgelegt. Der Therapeut exploriert das Zwangs- und Meidungsverhalten für diese Situation möglichst genau und bietet dem Patienten seine Hilfestellung an. Er handelt nach dem Prinzip: „Sie sind der Experte in Ihrem persönlichen Zwangssystem, bitte sagen Sie mir, worauf ich achten soll.“ Danach wird der Ablauf der Exposition besprochen. Vor Beginn der Exposition ist es wichtig, sich noch einmal das Einverständnis des Patienten für diese Übung einzuholen und ihm zu versichern, dass es seitens des Therapeuten keine unvorhergesehenen Aufgaben geben wird. Der Patient beginnt dann, sich mit dem auslösen-

den Reiz zu konfrontieren. Er soll sich dabei ganz auf die Situation einlassen und sich bewusst vor Augen führen, was er macht und welche Befürchtungen und Gefühlswahrnehmungen die Situation in ihm aktiviert. Der Therapeut nimmt dabei eine begleitende und fördernde Rolle ein, die den Patienten in seiner genauen Wahrnehmung unterstützt. Er fragt hin und wieder nach der Intensität der unangenehmen Empfindungen, sollte aber auch nicht zu häufig intervenieren, um den Patienten nicht abzulenken. Er sollte während der Exposition keine Ratschläge oder Rückversicherungen geben. Auf die Frage des Patienten, ob denn wirklich nichts passieren könne oder ob er jetzt nicht lieber noch einmal kontrollieren könne, kann die Gegenfrage gestellt werden: „Ist es Ihr Zwang, der Ihnen dies suggeriert oder sind Sie es selbst, der das möchte?“ Der Patient sollte dann so lange in der Situation bleiben, bis das unangenehme Gefühl von alleine deutlich abnimmt.

Hat der Patient das Prinzip der Konfrontation verstanden und in ausreichendem Maße die Erfahrung gemacht, dass das bedrohliche Gefühl auch ohne Ausübung von Zwangsrätschen abnimmt, sollte er dazu übergehen, in Absprache mit dem Therapeuten möglichst häufig und intensiv selbstständig Expositionsbefehlungen durchzuführen. Ziel ist dabei, die Zwangssymptomatik ganz oder zumindest soweit zu reduzieren, bis eine Bewältigung der Alltagsaufgaben wieder ohne größere Beeinträchtigung möglich ist.

Zeitweise kann es vorkommen, dass während der Exposition heftige Gefühlsreaktionen ausgelöst werden, die nicht unmittelbar mit den Zwangsbefürchtungen in Zusammenhang stehen. Häufig handelt es sich dabei um biographisch relevante emotionale Schemata, die um Themen wie Alleingelassensein, Schuld oder auch Enttäuschung, Wut und Ärger kreisen. Idealerweise sind im Rahmen der biographischen Verhaltensanalyse diese Themen schon vor der Exposition herausgearbeitet worden, so dass hierauf Bezug genommen werden kann. Da Zwangspatienten häufig Schwierigkeiten bei der Emotionswahrnehmung und dem Emotionsausdruck aufweisen [32, 33], bietet das emotionale Arousal während der Exposition eine gute Gelegenheit, diese emotionalen Schemata direkt zu bearbeiten [31]. Nicht immer ist allerdings die Expositionssituation der geeignete Zeitpunkt, auf diese Themen therapeutisch einzugehen. Sie sollten daher nicht unkritisch aufgegriffen werden. Zunächst sollte überprüft werden, welcher Bedeutungsgehalt ihnen im Gesamtzusammenhang zukommt. Entscheidet man sich, sie während der Expositionssituation zu bearbeiten, sollte auf jeden Fall durch eine anschließende erneute Konfrontation mit dem Zwangsstimulus überprüft werden, ob die Zwangsbefürchtungen noch einen Anspannungsanstieg verursachen oder nicht. Dadurch soll ausgeschlossen werden, dass solche intensiven Gefühlsreaktionen eine Vermeidung der Auseinandersetzung mit den Zwangsbefürchtungen darstellen.

Kognitive Strategien

Die verhaltensbasierten Interventionen der Exposition mit Reaktionsmanagement (ERM) sind im Laufe der Jahre zunehmend um kognitive Interventionen ergänzt worden. In verschiedenen Untersuchungen wurde versucht, die Effektivität von kognitiven Interventionen einer reinen ERM gegenüberzustellen. Eine saubere Trennung beider Verfahren ist jedoch

schwierig, da Expositionenverfahren im Rahmen der kognitiven Vorbereitung regelhaft auch kognitive Distanzierungssätze enthalten. Umgekehrt enthalten viele kognitive Verfahren Expositionselemente. Bei einigen Studien war der zusätzliche Effekt von kognitiven Techniken zur ERM Gegenstand der Untersuchung. Es zeigten sich dabei uneinheitliche Ergebnisse [16].

In der klinischen Praxis werden heutzutage regelhaft Expositionenverfahren mit kognitiven Strategien kombiniert. Letzteren liegt die Annahme zugrunde, dass die Bewertung der intrusiven Zwangsgedanken für deren subjektive Bedrohlichkeit verantwortlich ist und für die Aufrechterhaltung der Störung sorgt. Aufdringliche Gedanken, auch mit seltsamen Inhalten, sind demnach normale Ereignisse und können auf Nachfrage von fast allen Menschen berichtet werden [34]. Während Menschen ohne Zwänge Gedanken wie „Ich könnte mein Kind verletzen“ als bedeutungslos, als Gedankenmüll oder „Betriebsgeräusch des Gehirns“ einstufen und beiseite legen, bewerten Zwangspatienten solche Gedanken als bedrohlich. Dabei spielen nach Salkovskis [35] folgende für Zwangspatienten typische Grundannahmen eine Rolle:

- An etwas zu denken ist dasselbe, wie etwas zu tun.
- Versagt man dabei, einen Schaden seiner selbst oder einer anderen Person zu verhindern, ist das genau so, als wenn man den Schaden von vornherein verursacht hätte.
- Was ich denke, will ich auch.
- Man sollte (und kann) seine Gedanken kontrollieren.
- Man ist für jeden Gedanken verantwortlich, der einem in den Sinn kommt.

Denkt ein Zwangsbetroffener bei dem intrusiven Gedanken „ich könnte mein Kind verletzen“, z. B. „wenn ich so etwas denke, mache ich es vielleicht auch“, wird er sehr verunsichert sein und Unbehagen oder Angst erleben. Die Tatsache, dass der Gedanke eine so intensive Gefühlsreaktion auslöst, wird zusätzlich als Beweis gewertet, dass er tatsächlich gefährlich ist (emotionale Beweisführung). Es entsteht der Impuls, die Katastrophe durch Neutralisierungen oder Vermeidung zu verhindern. Der Betroffene richtet seine Aufmerksamkeit mehr und mehr auf die intrusiven Gedanken und findet dabei immer häufiger Gedanken, die er als gefährlich interpretiert. In der Folge weiten sich Neutralisierungs- und Vermeidungsrituale zunehmend aus.

In der kognitiven Therapie werden die dysfunktionalen Bewertungsprozesse bewusst gemacht und durch kognitive Techniken verändert. Der Patient soll lernen und erfahren, dass es nicht darum geht, die Wahrscheinlichkeit des Auftretens einer Katastrophe zu reduzieren, sondern das vom Zwang suggerierte Gefühl, es könne etwas Schlimmes geschehen. Letztendlich soll der Patient zu der Auffassung gelangen, die Hoffmann [36] folgendermaßen formuliert hat: „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 Indiz dafür, dass ich selbst in irgendeiner Weise gefährdet bin oder andere gefährden könnte. Es gibt also nichts, was ich dagegen unternehmen müsste.“

Die einzelnen Grundannahmen können im Sokratischen Dialog diskutiert und hinterfragt werden. So kann die Annahme

„Was ich denke, will ich auch“ anhand des Beispiels eines Mörders diskutiert werden. Würde jemand, der ernsthaft plant, jemanden umzubringen sagen „Ich darf so etwas nicht denken?“ „Sind also Ihre Zweifel ein Zeichen dafür, dass Sie jemanden umbringen könnten oder eher dafür, dass Sie ein besonders verantwortungsvoller Mensch mit hohen moralischen Ansprüchen sind?“ Der Grundsatz „Man sollte und kann seine Gedanken kontrollieren“ kann durch ein Gedankenexperiment leicht widerlegt werden [26]: „Stellen Sie sich vor, Sie bekommen das Angebot, auf einen Berg zu steigen und € 50.000,- zu gewinnen, wenn Sie am Gipfel nicht an ein Eichhörnchen denken. Würde Ihnen dies gelingen?“ Ein übersteigertes Verantwortungsgefühl mit der Annahme „Versagt man dabei, einen Schaden zu verhindern, ist das genauso schlimm als wenn man ihn selbst verursacht hätte“ kann hinterfragt werden, indem man den Patienten bittet, sich vorzustellen, er habe die Haustüre nicht abgeschlossen und es sei eingebrochen worden: „Der Einbrecher ist nun gefasst und vor Gericht gestellt. In der Verhandlung erfährt der Richter, dass Sie nicht abgeschlossen haben. Er lässt daraufhin den Einbrecher laufen und verurteilt Sie zu 6 Monaten Gefängnis. Finden Sie das angemessen?“ Bei der Grundannahme „Was ich denke, tue ich auch“ kann die Frage „Denken Sie, dass Autoren von Kriminalromanen schlechte Menschen sind und tun, was sie denken?“ die Unangemessenheit der Überzeugung verdeutlichen. Solche und ähnliche Interventionen helfen den Patienten, ihre ideosynkratischen Bewertungen zu erkennen und zu relativieren.

Behandlung von Zwangsgedanken

Die Behandlung von Zwangsgedanken geschieht durch Konfrontationstechniken einerseits und durch Veränderung der Bewertung der Gedanken andererseits. Den kognitiven Strategien kommt dabei allerdings eine größere Bedeutung zu als bei der Behandlung von gemischten Zwangsstörungen.

Von großer Wichtigkeit ist die Unterscheidung von Zwangsgedanken, die unkontrolliert auftreten und Angst oder Unbehagen auslösen, und von Gedankenwängen in Form von willentlichen Gedanken, die dazu dienen, die Anspannung zu reduzieren und somit Neutralisierungscharakter haben. Aufgrund des hohen Automatisierungsgrades sind sie am Anfang für viele Patienten schwer auseinander zu halten. Hilfreich sind hierbei differenzierte Selbstbeobachtungsprotokolle. Ziel der Therapie ist, die Neutralisierungsgedanken bewusst zu unterlassen und den Bedeutungsgehalt der Zwangsgedanken zu verändern. Dies kann dadurch geschehen, dass Neutralisierungen unterlassen und Zwangsgedanken bewusst ausgesprochen und so oft wiederholt werden, bis eine Habituation eintritt. Dabei können Endlostionbänder oder Computerprogramme mit Wiederholungsfunktion verwendet werden. Der Betroffene spricht dabei den Zwangsgedanken auf Band und hört ihn sich solange immer wieder an, bis die Anspannung deutlich sinkt. Der Vorteil von tragbaren Tonbandgeräten liegt darin, dass die Zwangsgedanken über Kopfhörer angehört werden können. Es können damit Situationen aufgesucht werden, die das Auftreten von Zwangsgedanken auslösen. Von großer Wichtigkeit ist dabei, zwischen der Bewertung und dem Inhalt der Gedanken zu unterscheiden. Es geht nicht darum, sich an den Inhalt der Gedanken (z. B. sein Kind zu töten) zu gewöhnen. Neben der direkten Konfrontation mit

den Zwangsgedanken können auch Situationen aufgesucht werden, die aus der Angst heraus, Zwangsgedanken könnten in die Tat umgesetzt werden, gemieden werden. Ein Patient, der den Gedanken hat, er könne Kindern etwas antun, könnte sich z. B. ganz bewusst in der Nähe eines Kinderspielplatzes auf eine Bank setzen und mit einem Messer einen Apfel schälen. Um den Prozess der Neubewertung von Zwangsgedanken zu vertiefen, werden zusätzlich die oben beschriebenen kognitiven Techniken angewandt.

Gruppenbehandlung vs. Einzeltherapie

Die oben beschriebenen Strategien können sowohl in Einzeltherapie als auch in Form von Gruppentherapien durchgeführt werden. Ideal erscheint eine Kombination aus in Einzeltherapie durchgeführten Expositionen und gruppentherapeutischen Interventionen. Expositionsverfahren erfordern in der Regel, vor allem zu Beginn eine enge individuelle therapeutische Begleitung und Unterstützung. Allerdings sollte schon frühzeitig begonnen werden, den Patienten zu eigenständigen Expositionen ohne Therapeutenbegleitung anzuleiten, um die Selbstwirksamkeitsüberzeugungen zu fördern. Emmelkamp et al. [37] haben in einer Untersuchung gezeigt, dass selbstkontrollierte Expositionen genauso effektiv sein können wie Expositionen in Anwesenheit von Therapeuten. Längere Expositionen *in vivo* waren dabei effektiver als kürzere. Spezifische Gruppentherapien bieten den großen Vorteil der gegenseitigen Motivationsförderung. In der Gruppe mit gleichermaßen Betroffenen erleben Zwangspatienten, dass die von ihnen selbst als abstrus erlebte Symptomatik bei anderen Menschen ebenfalls vorkommt. Sie fühlen sich oft erstmals verstanden und können dadurch ihre Scham ablegen und offener über ihre Zwänge sprechen. In einer konstruktiven Gruppenatmosphäre können die Teilnehmer andere Patienten bei der Bewältigung ihrer Zwänge unterstützen. Sie ermutigen Mitpatienten Strategien auszuprobieren, die bei ihnen selbst erfolgreich waren und helfen Vermeidungsverhalten abzubauen. Aufgrund ihrer eigenen Erfahrungen erkennen sie oft sehr genau die verdeckten Vermeidungsstrategien ihrer Mitpatienten und weisen diese wohlwollend darauf hin. Erfolgreich durchgeführte Expositionen werden durch viel Lob und Anerkennung verstärkt.

■ Relevanz für die Praxis

Zwangserkrankungen gehören zu den häufigsten psychischen Erkrankungen im Erwachsenenalter. Mit verhaltenstherapeutischen Methoden können Zwangsstörungen heute gut behandelt werden. Es kommen dabei Konfrontations-techniken und kognitive Strategien zum Einsatz. Eine reine Symptomtherapie reicht jedoch in der Regel nicht aus, um eine Zwangserkrankung erfolgreich behandeln zu können. Es sollten zusätzlich die auslösenden und aufrechterhaltenden Hintergrundbedingungen in der Therapie bearbeitet werden. Dabei spielt die Berücksichtigung der Funktionalität der Symptomatik eine besondere Rolle.

Da Zwangssymptome aufgrund der Einsicht in die Unnützheit des Verhaltens oft sehr schambesetzt sind, ist es wichtig, zu Beginn der Therapie besonderes Augenmerk auf den Aufbau einer vertrauensvollen und tragfähigen Beziehung zu legen. Im Hinblick auf die Konfrontation, in

deren Rahmen die Patienten sich sehr unangenehmen Gefühlen und Empfindungen stellen müssen, ist die Förderung einer positiven Einstellung zur Therapie und den zu erwartenden Veränderungen von zentraler Bedeutung.

Literatur:

1. Wittchen HU, Zerssen DV. Verläufe behandelter und unbehandelter Depressionen und Angststörungen. Springer-Verlag, Berlin, 1988.
2. Karno M, Golding JM. Obsessive compulsive disorder. In: Robins LN, Regier DA (eds). *Psychiatric Disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area Study*. The Free Press, New York, 1991; 204–19.
3. Minichiello WE, Baer L, Jenike MA, Holland A. Age of onset of major subtypes of obsessive-compulsive disorder. *J Anxiety Disord* 1990; 4: 147–50.
4. Skoog G, Skoog I. A 40-year follow-up of patients with obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56: 121–7.
5. Rosario-Campos M, Leckmann J. Adults with early-onset obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychother* 2001; 158: 1899–903.
6. Fontanelle LF, Mendlowicz M, Marques C, Versiani M. Early- and late-onset obsessive-compulsive disorder in adult patients: An exploratory clinical and therapeutic study. *J Psychiatr Res* 2003; 37: 127–33.
7. Tukel R, Ertekin E, Batmaz S, Alyanak F, Sozen A, Aslantas B, Atli H, Ozyildirim I. Influence of age of onset on clinical features in obsessive-compulsive disorder. *Depress Anxiety* 2005; 21: 112–7.
8. Jänsch P, Zaudig M, Röper G, Hauke W, Piesbergen C, Butollo W. Der frühe Beginn der Zwangsstörung: Einfluss auf Symptomatik und Schweregrad. *Verhaltenstherapie* 2007; 17: 37–43.
9. Zaudig M, Hauke W, Hegerl U. Die Zwangsstörung. Diagnostik und Therapie. Schattauer, Stuttgart, 1998.
10. Reinecker H, Zaudig M. Langzeiteffekte bei der Behandlung von Zwangsstörungen. Pabst Science Publishers, Lengerich, 1995.
11. Mataix-Cols D, Rauch SL, Baer L, Eisen JL, Shera DM, Goodman WK, Rasmussen STA, Jenike MA. Symptom stability in adult obsessive-compulsive disorder: data from a naturalistic two-year follow-up study. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 263–8.
12. Eisen JL, Goodman WK, Keller MB, Warshaw MG, DeMarco LM, Luce DD, Rasmussen SA. Patterns of remission and relapse in obsessive-compulsive disorder: a 2-year prospective study. *Clin Psychiatry* 1999; 60: 346–51.
13. Dilling H, Mombour W, Schmidt MH. Internationale Klassifikation psychischer Störungen. Verlag Hans Huber, Bern, 1993.
14. Rasmussen SA, Eisen JE. The epidemiology and differential diagnosis of obsessive-compulsive disorder. In: Hand I, Goodman WK, Evers U (Hrsg). *Zwangsstörungen: Neue Forschungsergebnisse*. Bd 5. Springer, Berlin, 1992; 1–14.
15. Abramowitz JS. The psychological treatment of obsessive-compulsive disorder. *Can J Psychiatry* 2006; 51: 407–16.
16. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder. American Psychiatric Association, Arlington, VA, 2007. Available online at http://www.psych.org/psych_pract/treat/pg/prac_guide.cfm.
17. Gava I, Barbui C, Aguglia E, Carlino D, Churchill R, Vanna M, McGuire HF. Psychological treatments versus treatment as usual for obsessive-compulsive disorder (OCD). *Cochrane Database Syst Rev* 2007; (2): CD005333.
18. Hand I. Das Spektrum der Verhaltenstherapie bei Zwangsstörungen. In: Fricke S, Rufer M, Hand I (Hrsg). *Verhaltenstherapie bei Zwangsstörungen – Fallbasierte Therapiekonzepte*. Urban & Fischer Verlag, München, 2006; 1–21.
19. Calvocoressi L, Lewis B, Harris M, Trufan S, Goodman W, McDougle CJ, Price LH. Family accommodation in obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 441–3.
20. Amir N, Freshman M, Foa EB. Family distress and involvement in relatives of obsessive-compulsive disorder patients. *J Anxiety Disord* 2000; 14: 209–17.
21. Staketee G, van Noppen B, Lam J, Shapiro L. Expressed emotion in families and the treatment of obsessive compulsive disorder. *Psychotherapy in Practice* 1998; 4: 73–91.
22. Staketee G, van Noppen B. Family approaches to treatment for obsessive compulsive disorder. *Rev Brazilian Psychiatry* 2003; 25: 43–50.
23. Hand I. Verhaltenstherapie für Zwangskranke und deren Angehörige. In: Möller HJ (Hrsg). *Therapie psychiatrischer Erkrankungen*. 2., völlig überarb. Aufl. Thieme, Stuttgart, 2000; 752–72.
24. Baxter LR, Schwartz JM, Bergman KS, Szuba MP, Guze BH, Mazziotti JC, Alazraki A, Selin CE, Ferng HK, Munford P, Phelps ME. Caudate glucose metabolic rate changes with both drug and behavior therapy for obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49: 681–9.
25. Saxena S, Brody AL, Maidment KM, Dunkin JJ, Colgan M, Alborzian S, Phelps ME, Baxter LR Jr. Localized orbitofrontal and subcortical metabolic changes and predictors of response to paroxetine treatment in obsessive-compulsive disorder. *Neuropsychopharmacology* 1999; 21: 683–93.
26. Reinecker H. Zwänge – Diagnose, Theorien und Behandlung. 1. Aufl. Huber, Bern, 1991.
27. Beck N. Familiäre und psychosoziale Aspekte der Zwangsstörung im Kindes- und Jugendalter. In: Wewetzer C (Hrsg). *Zwänge bei Kindern und Jugendlichen*. Hogrefe Verlag, Göttingen, 2004; 84–96.
28. Hoffmann N, Hofmann B. Expositionen bei Ängsten und Zwängen. 2., vollständig überarb. Aufl. Beltz Verlag, Weinheim, 2008.
29. Hand I. Exposition-Reaktionen-Management (ERM) in der strategisch-systemischen Verhaltenstherapie. *Prax Klin Verhaltensmed Rehab* 1994; 26: 64–9.
30. Mowrer OH. On the dual nature of learning. A reinterpretation of "conditioning" and "problem solving". *Harvard Educ Rev* 1947; 17: 102–48.
31. Oelkers C, Hautzinger M, Bleibl M. Zwangsstörungen. Ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Behandlungsmanual. Beltz Verlag, Weinheim-Basel, 2007.
32. Whiteside SP, Abramowitz JS. The expression of anger and its relationship to symptoms and cognitions in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry* 2003; 66: 21–32.

- pulsive disorder. *Depress Anxiety* 2005; 21: 106–11.
33. Radomsky AS, Ashbaugh AR, Gelfand LA. Relationships between anger, symptoms and cognitive factors in OCD checkers. *Behav Res Ther* 2007; 45: 2712–25.
34. Rachman S, DeSilva P. Abnormal and normal obsessions. *Behav Res Ther* 1978; 16: 233–48.
35. Salkovskis PM. Cognitive-behavioural factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behav Res Ther* 1989; 27: 677–84.
36. Hoffmann N. Zwangsstörungen. In: Linden M, Hautzinger M (Hrsg). *Verhaltenstherapie-manual*, 4., überarb. u. erw. Aufl. Springer-Verlag, Berlin, 2000; 147–75.
37. Emmelkamp PMG, Visser S, Hoekstra R.J. Cognitive therapy vs. exposure in vivo in the treatment of obsessive-compulsives. *Cognit Ther Res* 1988; 12: 103–14.

Dr. med. Bernhard Osen

Geboren 1957. Studium der Medizin in Tübingen. 1993–1998 wissenschaftlicher Mitarbeiter am Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf. 1999 Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie. 1999–2006 Oberarzt an der Medizinisch-Psychosomatischen Klinik Roseneck, Prien. 2006 Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Seit 2006 Chefarzt an der Medizinisch-Psychosomatischen Klinik Bad Bramstedt.



4. Gemeinsamer Österreichisch-Deutscher Geriatriekongress

Alter Mensch – neue Technologien

7.–9. Mai 2009, Wien

Veranstalter:

- Österreichische Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie
- Deutsche Gesellschaft für Geriatrie
- Ludwig-Boltzmann-Institut für angewandte Gerontologie
- Forschungsinstitut des Roten Kreuzes

Tagungsort: Congress Center, Messe Wien, A-1020 Wien, Messeplatz 1

Kongressbüro:

Ludwig-Boltzmann-Institut für angewandte Gerontologie

Ilse Howanietz

A-1070 Wien, Apollogasse 19

Tel.: +43/1/521 03-5770 • Fax: +43/1/521 03-5779

E-Mail: ilse.howanietz@wienkav.at

www.geriatrie-online.at • www.wrk.at/geriatriekongress

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere
zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)