

Frank Petrak · Ralf Nickel · Martin Bassler · Sven Olaf Hoffmann

Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

Stationäre verhaltenstherapeutisch-psychodynamische Kombinationsbehandlung

Fallbericht einer Patientin mit Zwangsstörung

Zusammenfassung

Dargestellt wird das modellhaft durchgeführte Konzept einer stationären verhaltenstherapeutisch-psychodynamischen Kombinationsbehandlung für Angst- und Zwangsstörungen am Beispiel einer Patientin mit ausgeprägter Zwangsstörung. Die Konzeption dieser Kombinationsbehandlung resultiert vor allem aus der Hypothese, daß es eine noch zu identifizierende Subgruppe von Patienten gibt, die von einer aufeinander bezogenen Kombination beider Therapieansätze profitieren könnten, mehr als von einer Verhaltenstherapie alleine, dem nach dem aktuellen Forschungsstand effektivsten Verfahren bei der Behandlung von Angst- und Zwangsstörungen. Die 12wöchige Kombinationsbehandlung umfaßt von psychodynamischer Seite im wesentlichen eine hochfrequente tiefenpsychologisch orientierte Gruppentherapie mit definiertem Behandlungsfokus. Die Verhaltenstherapie wird im Einzelsetting mit kotherapeutischer Unterstützung durchgeführt und beinhaltet als zentrales Behandlungselement eine massierte Reizkonfrontation mit Reaktionsverhinderung. Im Behandlungsverlauf konnte bei der Patientin eine signifikante und anhaltende Verbesserung der Zwangssymptomatik erreicht werden. Neben einer konkreten Beschreibung der therapeutischen Vorgehensweisen werden psychometrische Evaluationsdaten, einschließlich einer 6-Monats-Katamnese, dargestellt.

Schlüsselwörter

Zwangsstörung · verhaltenstherapeutisch-psychodynamische Kombinationsbehandlung · Psychotherapieforschung

Der vorliegende Beitrag ist der erste von zwei Fallberichten, mit denen ein neu entwickeltes Behandlungskonzept einer stationären verhaltenstherapeutisch-psychodynamischen Kombinationsbehandlung für Angst- und Zwangsstörungen exemplarisch vorgestellt werden soll. In dieser Kasuistik wird dabei schwerpunktmäßig die verhaltenstherapeutische Perspektive dargestellt, während im folgenden Artikel – in einer späteren *Psychotherapeut*-Ausgabe – die Akzente umgekehrt gesetzt werden (als Orientierungshilfe für den Leser wurden die Anmerkungen aus psychodynamischer Sicht kursiv gedruckt).

Nach dem derzeitigen Forschungsstand stellt die Verhaltenstherapie das am besten evaluierte und effektivste Psychotherapieverfahren bei Angst- und Zwangsstörungen dar (z.B. van Balkom et al. 1994, 1995). Als Kehrseite der Medaille beinhalten Effektivitätsquoten von 60–70% deutlicher Verbesserung bei Zwängen (z.B. Salkovskis 1989) und 60–78% bei Agoraphobien

mit Panikstörungen (z.B. Fiegenbaum 1988; O’Sullivan u. Marks 1990), jedoch auch bei etwa 20–40% der behandelten Patienten therapeutische Mißerfolge. Nicht zuletzt aus dem Bemühen heraus, für diese Subpopulation effektive Behandlungsformen zu entwickeln, wurden an der Mainzer Psychosomatischen Universitätsklinik Überlegungen zur Kombination von Verhaltenstherapie und tiefenpsychologisch fundierter Gruppentherapie praktisch umgesetzt und werden derzeit fortlaufend evaluiert. Besonders für schwerste Angst- und Zwangsstörungen bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen wurde die Hypothese aufgestellt, daß eine aufeinander bezogene Kombination beider Therapieansätze effektiver sein könnte als jedes der beiden Verfahren für sich. Insbesondere könnte eine Kombination beider Verfahren zu einer verbesserten Stabilität der langfristigen Behandlungserfolge beitragen. Dabei muß festgehalten werden, daß der Anspruch des Behandlungskonzepts sich im derzeitigen Stadium auf eine *Kombination* statt eine *Integration* beider Therapiemethoden bezieht, da für eine Integration zuvor eine begleitende *integrative Theorie* zu entwickeln wäre.

Dipl.-Psych. F. Petrak

Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Untere Zahlbacher Straße 8, D-55131 Mainz

F. Petrak · R. Nickel · M. Bassler
S.O. Hoffmann

Combined behavioral-psychodynamic in-patient treatment. Case study of a patient with obsessive-compulsive disorder

Summary

The paper describes the concept for a form of in-patient treatment for anxiety disorders and obsessive compulsive disorders based on a combination of cognitive-behavioral and psychodynamic therapy which is currently still being applied as a model. We present the case of a female patient with a severe obsessive compulsive disorder as an example of this combined therapy. The idea for a form of treatment based on a combination of behavioral and psychodynamic therapy is based primarily on the hypothesis that there is a subgroup of patients, still to be identified, who benefit more from an interrelated combination of both therapeutic approaches than from behavioral therapy alone – the latter being the most effective technique in the treatment of anxiety and obsessive compulsive disorders. As far as the psychodynamic component is concerned, the 12-week combination treatment essentially comprises a high-frequency group therapy with a psychodynamic orientation and a defined focus of treatment. The behavioral therapy is conducted in an individual setting with co-therapeutic support and consists of an exposure and response prevention as the central component of treatment. A significant and steady improvement in the obsessive compulsive symptoms was achieved in the patient in the course of treatment. In addition to a concrete description of the therapeutic approach, the paper provides psychometric evaluation data, including a six-month catamnesis.

Key words

Obsessive compulsive disorder · Combination behavioral therapy-psychodynamic treatment · Psychotherapeutic research

Die einzelnen Bestandteile der 12wöchigen Kombinationstherapie werden jeweils von einem analytisch orientierten Therapeuten (R.N.) und einem Verhaltenstherapeuten (F.P.) durchgeführt. Von psychodynamischer Seite liegt der Behandlungsschwerpunkt auf einer tiefenpsychologisch orientierten Gruppentherapie (z.B. König u. Lindner 1992; Yalom 1996) mit drei 1,5stündigen Sitzungen in der Woche und einem definierten Behandlungsfokus. Die Verhaltenstherapie wird im Einzelsetting mit kotherapeutischer Unterstützung durch supervidiertes Krankenpflegepersonal durchgeführt und beinhaltet als zentrales Behandlungselement eine massierte Reizkonfrontation mit Reaktionsverhinderung (z.B. Bartling et al. 1980).

Die Indikation zu einer stationären Behandlung erfolgte bei der hier vorgestellten Patientin vor allem aufgrund des Schweregrads der Zwangsstörung und ungünstiger Prognosekriterien. So war sie zuvor mehrmals erfolglos psychopharmakologisch und psychotherapeutisch behandelt worden und litt unter sog. atypischen Zwängen. Als „atypisch“ werden Zwangspatienten in der neueren Literatur bezeichnet, die beispielsweise das Kriterium von der Einsicht in die Absurdität ihrer Vorstellung nicht erfüllen. Sie nehmen an, daß ihre Zwangshandlungen und -gedanken im Grunde auf zutreffenden Befürchtungen basieren. Aus diesem Grunde sind sie nur unter größten Vorbehalten zu einer Verhaltensänderung zu motivieren und gelten als schwer behandelbar (Kozak u. Foa 1990).

Kasuistik

Symptomatik

Frau S., eine 30jährige Chemielaborantin, berichtete zu Beginn der Behandlung über ihre Befürchtung, andere könnten durch ihr Vaginalsekret infiziert werden und erkranken. Das Ausmaß der Angstphantasien war dabei ausgeprägt, bis hin zur Besorgnis, Epidemien auslösen zu können. Zudem werde sie von der Vorstellung verfolgt, versehentlich „in die Hose zu urinieren“ bzw. sei sie sich unsicher, ob sie „ohne es zu merken“ inkontinent gewesen sei. Von der Irrationalität ihrer Befürchtungen war sie dabei nur mäßig überzeugt. Auf der Ebene der Zwangshandlungen berichtete sie vor allem über Waschwänge beim Duschen und Händewaschen und Kontrollzwänge bezüglich ihrer Kleidung, die durch Urinspuren verunrei-

nigt sein könnte. Sie vergewissere sich außerdem zwanghaft bei anderen, daß eine Kontamination nicht stattgefunden habe. Die Störung bedinge dabei eine erhebliche Beeinträchtigung ihrer beruflichen und sozialen Leistungsfähigkeit. So sei sie unter anderem seit fast zwei Jahren aufgrund der Zwangsstörung arbeitsunfähig und in ihrem Tagesablauf durch den Zwang so beschäftigt und eingeschränkt, daß sie „kaum noch Zeit für anderes“ finde. Anlaß für die jetzige Behandlung sei die anhaltende Belastung durch die Störung und ihre Hoffnung auf eine Besserung, nachdem bereits mehrere psychotherapeutische Behandlungen erfolglos geblieben seien.

Im Erstkontakt fiel auf, daß die Patientin einen erheblichen Leidensdruck hatte, daß sie alles mitmachen wolle, wenn es nur helfe, zugleich aber auch auf Sonderregelungen bestand und eine Maximalbehandlung forderte. Es entstand der Eindruck, daß sie einerseits Hilfe sucht, sich formal unterwirft, andererseits sehr druckvoll ihre „Bedingungen“ aufstellt. Es geht ihr sichtlich schlecht, aber sie läßt sich nicht um jeden Preis helfen.

Zur Vorgeschichte

Die Patientin wurde als zweites Kind eines heute 61jährigen selbständigen Elektroinstallateurs und einer heute 59jährigen Hausfrau geboren. Sie hat noch einen Bruder (+1), ebenfalls Elektroinstallateur von Beruf, zu dem sie ein „sehr gutes Verhältnis“ beschreibt. Er ist zum Aufnahmezeitpunkt der Patientin seit drei Jahren verheiratet, wohnt bei den Eltern und übernimmt zunehmend mehr Verantwortung im elterlichen Betrieb. Die familiäre Atmosphäre in ihrer Kindheit und Jugend charakterisiert sie als relativ konfliktarm, behütet und vertrauensvoll, aber auch mit wenig Raum zur Entwicklung autonomer Bedürfnisse. Im Familienbetrieb habe die Mutter sehr aktiv mitgearbeitet. Es bestand eine enge räumliche Verzahnung von Betrieb und Wohnung. Sie habe als einzige aus der Familie nach ihrer Ausbildung das Elternhaus verlassen müssen und gab an, daß sie sich während der Schulzeit „zuhause, am wohlsten“ gefühlt habe. Ihr Vater sei ihr gegenüber seit dem Jugendalter recht fordernd. So betone er stets ihre Stärke und seine daraus abgeleitete Erwartung, sie müsse „mit dem Zwang fertig werden“. Ihre Mutter hingegen sei sehr besorgt und um sie bemüht. Sie habe „schon immer in der Familie helfen wollen und ihre Bedürfnisse dabei stets in den Hintergrund gestellt“.

Im Alter von 15 bis 16 Jahren habe sie eine Anorexie mit einer ausgeprägten Gewichtsabnahme entwickelt, die sich jedoch unbehandelt nach zwei Jahren bis zur vollständigen Remission gebessert habe. In diesem Lebensalter seien auch erste Zwangshandlungen aufgetreten, die sich beispielsweise darin äußerten, daß sie sich habe waschen müssen, nachdem sie „etwas Ekliges

Tabelle 1
Psychometrische Evaluation der Behandlung

Tests/Interviews	Therapiebeginn	Therapieende	6-Monats-Katamnese
Hamburger-Zwangsinventar, HZI (Zaworka et al. 1983)			
HZI ¹ -Gesamtwert (Staninewerte, bezogen auf Zwangspatienten)	–	1	1
A: Kontrollieren, wiederholen, denken nach einer Handlung	–	4	1
B: Waschen, reinigen	–	1	5
C: Ordnen	–	1	1
D: Zählen, berühren, sprechen	–	2	1
E: Denken v. Worten, Bildern, Gedanken vor einer Handlung	–	2	1
F: Gedanken, sich selbst oder anderen ein Leid zuzufügen	–	4	2
Yale Brown Obsessive Compulsive Scale, YBOCS (dt. Version Büttner-Westphal und Hand, 1991)			
YBOCS-Gesamtwert	22	11	13
Zwangsgedanken (Summenwert)	11	6	7
Zwangshandlungen (Summenwert)	11	5	6
Beck-Depressions-Inventar, BDI (Summenwert) (dt. Version Hautzinger et al. 1995)			
BDI-Gesamtwert	11	10	5
Fragebogen irrationaler Einstellungen, FIE (T-Werte) (Klages 1989)			
1. Negative Selbstbewertung	60	56	50
2. Abhängigkeit	46	38	41
3. Internalisierung von Mißerfolgen	46	41	38
4. Irritierbarkeit	55	46	52

* Die Testauswertung des HZI vor Beginn der Therapie war aufgrund einer zwangsbedingten Unfähigkeit der Patientin, sich bei über 20 Items festzulegen, nicht möglich

gedacht habe“. Es sei nach der mittleren Reife eine schwierige Phase gewesen, in der sie sich widerstrebend habe beruflich orientieren müssen. Zunächst habe sie den Beruf der technischen Zeichnerin erlernt und sich später für eine Ausbildung als Chemielaborantin entschieden. In dieser Arbeitsstelle habe sie sich meist „aufgrund der hohen Verantwortung“ und der Möglichkeiten, „Fehler zu begehen“, unwohl gefühlt. Die Zwänge hätten sich im Kontext der beruflichen Unsicherheiten seit dem 28. Lebensjahr zunehmend intensiviert, bis hin zu einer massiven Überforderung. Mittlerweile sei sie seit 18 Monaten krankgeschrieben und könne sich nicht vorstellen, jemals wieder in ihrem Beruf zu arbeiten. Zu Behandlungsbeginn bestehe seit neun Jahren eine „Wochenendbeziehung“ zu einem 35-jährigen Elektroinstallateur. Bisher habe sie große Schwierigkeiten, sich zu entscheiden, ob sie mit ihm zusammen leben möchte, so daß sie derzeit noch bei ihren Eltern wohne. Beide hätten die Absicht zu heiraten, dies sei jedoch erst realisierbar, wenn die „Zwänge weg“ seien.

Zu den Vorbehandlungen der Zwangsstörung berichtet sie über eine sechsmonatige ambulante Gesprächstherapie und zwei mehrmonatige stationäre Behandlungen in psychotherapeutischen Fachkliniken in den vergangenen drei Jahren. Dort seien auch medikamentöse Behandlungen mit Neuroleptika (Pimozid) und Antidepressiva (Flu-

voxamin und Clomipramin) erfolglos versucht worden. In den Entlassungsberichten wurde die Zwangsstörung wiederholt als deutlich progredient, mit äußerst ungünstigem Verlauf beschrieben. Teilweise intensivierte sich ihr Zwangsverhalten nach den Behandlungen erheblich.

Psychischer Befund und Interaktionsverhalten bei Aufnahme

In der Therapeut-Patient-Interaktion wirkte die Patientin zunächst sehr vorsichtig und durch die Details der Zwangsstörung sehr beschämt. Im Verlauf der Behandlung zeigte sie sich zunehmend offener und bereit, neben ihrer aktiven Mitarbeit auch ihre Zweifel an der Therapie klar anzusprechen. Ihre intellektuelle Leistungsfähigkeit ist, ohne weitere psychometrische Testung, als durchschnittlich bis überdurchschnittlich einzustufen. Im psychopathologischen Befund zeigte sich inhaltlich eine deutliche Fixierung auf die oben genannten Zwangsgedanken, wobei alle anderen Qualitäten unauffällig und regelrecht waren. Insbesondere ergaben sich keine Anhaltspunkte für eine nennenswerte depressive Verstimmung bzw. für eine Eigen- oder Fremdgefährdung.

Psychometrische Untersuchung

Diagnostische Interviews und Testverfahren, die neben dem routinemäßig eingesetz-

ten jedoch hier nicht dargestellten Standardinventar durchgeführt wurden, sind in Tabelle 1 angegeben. Es erfolgte eine Messung vor Behandlungsbeginn, eine zweite am Ende der stationären Behandlung und eine Katamneseuntersuchung nach 6 Monaten (die Ergebnisse sind in Tabelle 1 zusammengefaßt).

Diagnosen nach ICD-10

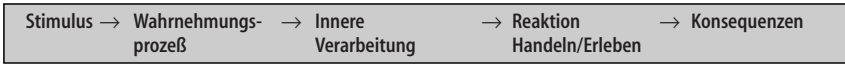
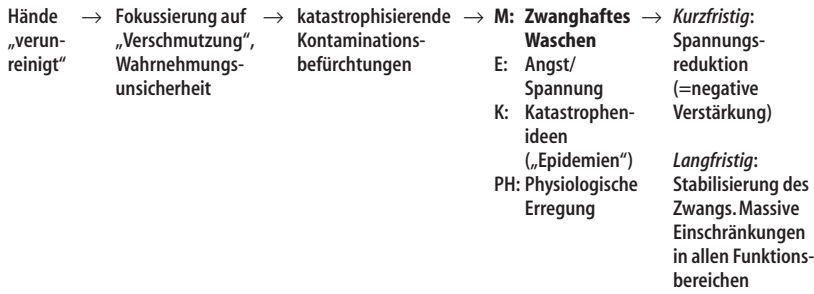
- Zwangsstörung, Zwangsgedanken und -handlungen gemischt (ICD-10: F 42.2).
- In der Vorgeschichte: Anorexia nervosa (ICD-10: F 50.0) mit einem damaligen Body-Mass-Index von 14,5 (!), ggw. remittiert.

Verhaltensanalyse

Zur Genese und Aufrechterhaltung der Störung ist neben einer grundsätzlich anzunehmenden somatischen Komponente von einer, lerngeschichtlich betrachtet, erworbenen Disposition (vgl. Anamnese) auszugehen:

In der vertikalen Verhaltensanalyse lassen sich dominante Überzeugungen erschließen, die vor allem die Vermeidung von Risiken zum Inhalt haben. Diese lassen sich teilweise aus der familiären Interaktion lerngeschichtlich ver-

Dominante Überzeugung („Oberplan“)
 „Vermeide Risiken/
 Unsicherheiten/Fehler“



Erläuterung: M: Motorische Modalität
 E: Emotionale Modalität
 K: Kognitive Modalität
 PH: Physiologische Modalität

Abb. 1 ▲ Vereinfachte Verhaltensanalyse: Ablauf von Zwangshandlungen bei Frau S.

stehen, in der es der Patientin nicht möglich war, ihre Autonomie zu entwickeln.

In der horizontalen Verhaltensanalyse (vgl. Abb. 1) lassen sich als Auslöser der Zwangshandlungen Situationen wie z.B. beim Duschen feststellen, in denen die Patientin unsicher ist, inwieweit sie mit Urin oder Vaginalsekret „verschmutzt“ ist. Weitere häufige Auslösesituationen betreffen das Wechseln und Waschen von Kleidung oder aber soziale Situationen, in denen sie mit Personen konfrontiert ist, von denen sie sich eine beruhigende Einschätzung bezüglich möglicher „Kontaminationsrisiken“ erhofft. Auf der kognitiven Ebene beschäftigt sie sich mit katastrophisierenden Befürchtungen bezüglich der Gefahr, andere Menschen durch ihre Körpersekrete mit Krankheiten zu infizieren. Dies geht mit einer starken physiologischen Erregung und ausgeprägten Angst- und Spannungsgefühlen einher. Die Patientin reagiert darauf mit, je nach Situation, unterschiedlichen Zwangshandlungen. Meist mit übermäßigem Waschen bzw. Kontrollieren bezüglich der vermuteten Verunreinigungen. Kurzfristig reduzieren sich dadurch die aversiven Emotionen. Langfristig steigt die Belastung durch diese Abläufe kontinuierlich, da die Patientin durch die zunehmenden negativ verstärkten Zwänge kaum noch fähig ist, die erforderlichen Dinge des Alltags zu bewältigen.

Auf einer allgemeineren Ebene der Problemanalyse (vgl. Abb. 2) treten bzw.

traten die Zwänge in Situationen auf, in denen die Patientin mit der eigenen oder der Erwartung anderer konfrontiert wurde, eine „Erwachsenenrolle“ zu übernehmen. Obwohl sie auf der Ebene der sozialen „Fertigkeiten“ eine ausreichende Kompetenz für diese Rollenübernahme erwerben konnte, gelang es ihr nicht, diese adäquat umzusetzen. Erstmals deutlicher wurde dies in der Pubertät, später massiv während der aversiv erlebten Berufstätigkeit, aber auch in der aktuellen Lebenssituation, in der sie sich entscheiden müßte, ob sie von ihrem Elternhaus auszieht und mit ihrem Freund zusammen lebt. Eine massive Ambivalenz bezüglich der möglichen Autonomie vs. ihren abhängigen (Versorgungs)bedürfnissen kann dabei angenommen werden. Wesentliche Entscheidungen macht sie dabei explizit von einer zunächst zu erreichenden Verbesserung ihrer Zwangsproblematik abhängig (z.B. heiraten). Kurzfristig reduzieren die anhaltenden Zwänge durch die „Vertagung“ der Entscheidungen die aversiven Emotionen. Langfristig bleibt der Konflikt ungelöst, während die Patientin zunehmend in allen sozialen, familiären und beruflichen Funktionen beeinträchtigt ist.

Hypothesen zur Psychodynamik

Im Vordergrund des psychodynamischen Zugangs standen zwei zentrale Aspekte.

1. Die Autonomie-Abhängigkeitsthematik und die damit verwobenen, überwiegend unbewußten Versorgungswünsche (Versorgung und Unterstützung durch die Eltern). Dieser Konflikt wird durch eine „regressive Lösung entschieden“, die Patientin begibt sich auf die Seite der Abhängigkeit unter Verleugnung und Verdrängung eigener Kompetenzen und der Aufgabe eigener Entwicklungsmöglichkeiten.
2. Die Rivalität mit dem Bruder. Hier geht es neben der Frage der Rollenübernahme und der Entwicklung zu einer kompetenten und eigenständigen Frau, wiederum um die Versorgungswünsche und die Angst vor deren drohendem Verlust. Aggressive Affekte werden hier sehr spürbar und richteten sich gegen das Gefühl gegenüber dem Bruder zu kurzgekommen zu sein, nicht ausreichend versorgt zu werden.

Im Erstkontakt zeigt sich dies etwa im Bemühen der Patientin, die erlebte Ungleichheit (Konkurrenz mit dem Bruder) zu beseitigen und für „bessere Ausgangsbedingungen“ zu sorgen. Sie weist darauf hin, daß sie Privatpatientin ist (einen Anspruch auf besondere Versorgung hat) und versucht die Bedingungen für die notwendige Hilfe zu bestimmen.

Das Symptom hat die Funktion, anstehende Entscheidungen zu vermeiden und verhindert eine Weiterentwicklung. Sowohl die aggressiven Impulse (Infizieren) als auch deren Hemmung/Wiedergutmachung in der Reaktionsbildung (Kontrollen, Waschen) finden sich im Symptom. Die Auseinandersetzung mit den eigenen Wünschen und Kompetenzen wird ebenso vermieden wie die Auseinandersetzung mit gegebenen Realitäten (biologische und/ oder lebensgeschichtliche).

Sie ist weiterhin unbewußt in den „Konkurrenzkampf“ mit dem Bruder um die vorhandenen Familienressourcen verstrickt. Sie fühlte sich in der Schulzeit am wohlsten, konnte zu dieser Zeit mit dem Bruder „gut mithalten“, erst zur Zeit der Ausbildung und der damit zeitlich verbundenen weiteren Reifung (zur Frau), destabilisierte sich dieses „Gleichgewicht“. Der Bruder übernahm immer mehr Funktionen innerhalb der „Firma-Familie“, während sie

Originalien

als einzige das Elternhaus verlassen mußte. Sie erlebte dies als Wegfall der Unterstützung, „kam zu kurz“. Ein Zugewinn an Autonomie ist für sie offensichtlich aufgrund des engen und entwicklungs hemmenden Familienmilieus wenig attraktiv.

Eine Heirat (Autonomieschritt) würde in ihrem Erleben demnach einen weiteren Verlust bedeuten. Während ihr Bruder alles hat, steht sie ohne Unterstützung da. Für die Patientin ist eine Heirat zudem eng mit einem Kinderwunsch/Schwangerschaftserwartung verknüpft und somit wiederum mit der Frustration und einem Zuwachs an Verantwortung. Die „Lösung“ besteht in der Verhinderung des anstehenden Autonomie- und Entwicklungsschritts. Im psychodynamischen Verständnis hat das Symptom letztlich die Funktion, den Status quo zu erhalten.

Die Aufgabe der Behandlung (Therapiefokus) liegt im Bewußtmachen der Autonomie-Abhängigkeits-Thematik und der verleugneten Versorgungswünsche. Darüber sollen neue (reifere) Möglichkeiten der Befriedigung der Versorgungswünsche gefunden und der Blick für andere Befriedigungsmöglichkeiten geöffnet werden. Einen weiteren Aspekt stellen die zwar nicht verbalisierten, aber aus der Symptomatik (Befürchtung gegenüber „Verschmutzung“) zu unterstellenden Triebkonflikte dar, die jedoch gezielt nicht aufgegriffen wurden. Das Bearbeiten dieser Thematik bedarf darüber hinaus anderer Rahmenbedingungen und therapeutischer Zielsetzungen.

Verhaltenstherapeutisch-psychodynamisches Therapiekonzept

Verhaltenstherapie

In der ersten Phase, vor Beginn der Expositionsbearbeitung, werden zwei bis drei einstündige Sitzungstermine in der Woche angeboten. In dieser Therapiephase stehen Problemanalysen und die umfassende kognitive Vorbereitung auf die geplante Behandlung im Vordergrund. Die Expositionsübungen werden zunächst in Begleitung einer kotherapeutisch arbeitenden Krankenschwester, unter kontinuierlicher Supervision durch den Verhaltenstherapeuten, durchgeführt. Am ersten Tag

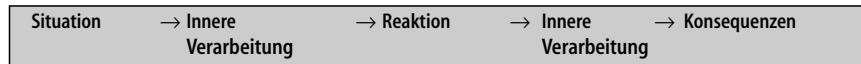
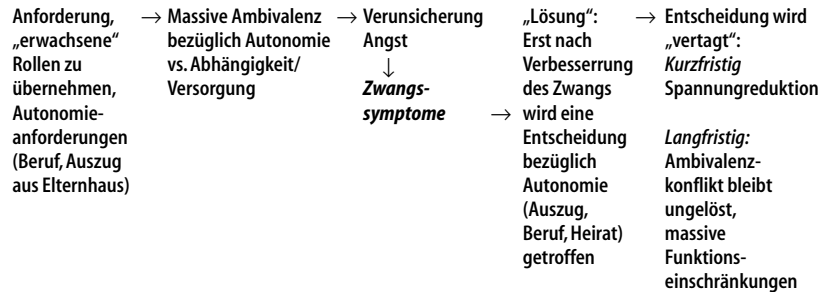


Abb. 2 ▲ Vereinfachte Problemanalyse: Aufrechterhaltung der Zwangsstörung bei Frau S.

der Reizkonfrontation mit Reaktionsverhinderung führt der Verhaltenstherapeut – als Modell für die Kotherapeutin, aber auch, um diagnostische Informationen über die Reaktionen der Patientin aus erster Hand zu erhalten – die meist ganztägigen Expositionsübungen durch. Die weitere kotherapeutische Behandlung soll möglichst selbständig durch die Krankenschwester erfolgen, die auch täglich ein Kurzgespräch (ca. 10–15 min) nach den Expositionsübungen mit sehr eingegrenzter Fragestellung (Rückmeldung, positive Verstärkung, „technische“ Probleme usw.) mit der Patientin durchführt. Mit einer Frequenz von einer Sitzung pro Woche wird die weitere Behandlung durch den Therapeuten durchgeführt. Des Weiteren soll im Regelfall eine ambulante verhaltenstherapeutische Behandlung am Wohnort schon während der stationären Behandlung in die Wege geleitet werden. Die Gesamtdauer der Behandlung beträgt 12 Wochen.

Behandlungsverlauf

Verhaltenstherapie

Der Behandlungsverlauf erfolgte im wesentlichen analog zum beschriebenen Therapiekonzept. Die persönlichen Therapieziele der Patientin sind in Tabelle 2 beschrieben. Sie betonte sehr ihr Bedürfnis nach einem „Konzept“, mit dem sie „gegen neu auftretende Zwangssymptome gewappnet“ sein könnte. Es ließ sich relativ schnell ein guter Rapport herstellen. Zu Beginn der Therapie versuchte sie wiederholt erfolglos, Sonderregelungen zur Vermeidung „gefährlicher“ Situationen, in denen sie „in die Hose machen“ könnte, auszuhan-

deln. In der Anfangsphase drohte sie außerdem häufig mit einem Therapieabbruch aufgrund ihrer subjektiv erlebten Überforderung, sich auf das Kliniksetting einzulassen. Nachdem sie dabei stets auf ihre Berechtigung verwiesen wurde, die Behandlung tatsächlich abzubrechen, verringerten sich diese Gedanken relativ rasch.

Nach einer genauen Analyse der Zwänge und der Einbindung anderer in die Rituale wurden die Auslösebedingungen und aufrechterhaltenden Bedingungen der Zwänge analysiert. Im Erklärungsmodell der Störung und der abgeleiteten Expositionsbehandlung wurde vor allem auf die Konsequenzen ihres bisherigen Vermeidungsverhaltens geachtet. Von zentraler Bedeutung zeigte sich dabei ihre geringe Toleranz für aversive emotionale Zustände. Es wurde erarbeitet, daß es für eine Veränderung nötig sei, das Bedürfnis nach 100% Sicherheit aufzugeben und die Zwangshandlungen zu unterbinden. Gleichzeitig müsse sie die angstausslösenden Zwangsgedanken zulassen. Durch das ständige „Vor-Augen-halten“ dessen, was passieren könnte, und den Versuch, dabei eine maximale Angst zuzulassen bis diese allmählich abnimmt, werde sie sich an den Gedanken bzw. die dadurch ausgelöste Angst gewöhnen (Habituation) und allmählich die Kopplung der angstausslösenden Situationen mit zwanghaftem Verhalten auflösen. Zudem könne sie zumindest teilweise im Sinne einer Realitätsüberprüfung feststellen, ob ihre katastrophisierenden Befürchtungen einträten. Nachdem Fragen und Einwände zum Erklärungsmodell und der daraus abgeleiteten Behandlung – teilweise mit zähem „Feilschen“ der Patientin um die Vorgehensweise – beant-

wortet wurden, erfolgte eine Phase der Motivationsklärung durch die Erarbeitung der Vor- und Nachteile einer Aufgabe des Zwangs. Schließlich wurde eine mehrtägige Therapiepause eingelegt, damit die Patientin angemessen Zeit hatte, sich zu entscheiden.

Exposition

Die anschließend begonnene Expositionsbehandlung beinhaltete eine genaue Festlegung der Wasch- und Duschzeiten und der erlaubten Seifenmenge. Zu Beginn wurde die Einhaltung der Vereinbarung durch die Kotherapeutin überprüft. Im Rahmen weiterer Übungen wurde die Patientin angehalten, durch eine kurze Berührung der Vagina ihre Hände mit ihren gefürchteten Körpersekreten zu „kontaminieren“ und sich nur kurz die Hände ohne Seife zu waschen. Danach berührte sie mit ihren subjektiv „hochinfektiösen“ Händen alle möglichen Gegenstände im Stationsbereich. Die dadurch ausgelöste Angst und Anspannung wurde dabei durch eine Fokussierung auf ihre Befürchtung maximal erhöht, um „kognitives Vermeiden“, z.B. durch gedankliche Ablenkung, nach Möglichkeit zu erschweren. Es folgten im Verlauf der Behandlung tägliche „Kontaminationsübungen“ verschiedener Art, wobei darauf geachtet wurde, daß keine Kontroll- oder Neutralisationshandlungen nachträglich ausgeführt wurden. Zur gezielten Behandlung der Zwangsgedanken sprach die Patientin vorher erarbeitete „Katastrophenszenarien“, die den Kontaminationen folgten, auf ein Endlosband und hörte diese wiederholt mit einem Walkman bis zur Habituation. Im Verlauf der folgenden drei Wochen folgte eine Vielzahl mehrstündiger täglicher Übungen im stationären und häuslichen Umfeld der Patientin.

Um eine Unterstützung der Behandlungsziele durch die Angehörigen der Patientin zu erreichen, wurden sowohl Gespräche mit den Eltern als auch mit dem Freund der Patientin jeweils in ihrer Anwesenheit durchgeführt. Dabei wurde versucht, die Vorgehensweise nachvollziehbar zu erklären, um Widerstände seitens der Familie möglichst zu vermeiden. Teilweise wurden sehr konkrete Handlungsanleitungen bezüglich der Beendigung der „Unterstützung“ bei der Durchführung der Zwänge an die Angehörigen gegeben.

Insgesamt gelang es ihr, zunächst mit wechselndem Erfolg, aber zunehmend sicherer, sich den Übungen in der vereinbarten Art auszusetzen und eine deutliche Reduktion der Zwänge zu erreichen. Problematisch blieb ihre Tendenz zur „kognitiven Vermeidung“ und eigenständigen Abmilderung der geplanten Übungen. Die Bearbeitung der mit den Zwängen funktional verbundenen sozialen Ablösungsprobleme sowie weiterer ambivalenter Themen bezüglich ihrer Lebensplanung erfolgte im Verlauf der stationären Verhaltenstherapie nur ansatzweise. Es wurde mit der Patientin explizit vereinbart, daß dies wichtige Themen der weiteren ambulanten Behandlung sein könnten, es jedoch nötig sei, im stationären Setting eine Priorität bezüglich der konkreten Veränderung der mittlerweile hochautomatisiert ablaufenden Zwangsproblematik einzuhalten. Während des stationären Aufenthalts konnte eine ambulante Psychotherapie bei einer mit der Behandlung von Zwangsstörung erfahrenen Verhaltenstherapeutin vorbereitet werden.

Im Hinblick auf eine Verstärkung der Autonomie der Patientin, und um möglichst rasch einen Transfer des neu erlernten Umgangs mit dem Zwang in ihrem Alltag zu fördern, wurde die Behandlungsdauer um vier Wochen verkürzt. Insgesamt wurde die Patientin nur knapp acht Wochen, statt der für dieses Setting üblichen 12 Wochen, stationär behandelt.

Psychodynamische Therapie

Therapieziele

Besserung der Beschwerdesymptomatik.

Behandlungsfokus

Aufhalten der regressiven Entwicklung, Fördern ihrer Autonomieentwicklung und Einsicht in die Unumkehrbarkeiten der eigenen (lebensgeschichtlichen und biologischen) Entwicklung und Notwendigkeit der Rollenübernahme.

Umsetzung des Behandlungsfokus

Die Versorgungserwartung und ihre unbewußte Entscheidung des Autonomie-Abhängigkeitskonflikts zugunsten der Abhängigkeit sollten forciert themati-

siert werden. Die Patientin hatte im Erstgespräch dezidiert den Wunsch, „ausführlich“ über ihre Lebensgeschichte zu reden und alles verstehen zu wollen (sie erinnerte dabei an ein Kind, das die Eltern mit unterschiedlichen Argumenten, Wünschen und Bedürfnissen beschäftigt, um noch etwas länger wach bleiben zu dürfen).

Ihre Versorgungswünsche wurden gezielt dadurch aktualisiert, daß die Behandlungsdauer von 12 auf 8 Wochen verkürzt wurde. Dies war auch der Grund, daß sie nur zu Beginn und am Ende der Behandlung Einzelgespräche beim Gruppentherapeuten erhielt. Im Regelfall sind kontinuierliche und auf die Gruppe fokussierte, kürzere Gespräche vorgesehen.

Behandlungsverlauf

In der Gruppe mußte sich die Patientin einerseits der Konkurrenz um die begrenzten Ressourcen stellen, andererseits sich mit der Sonderposition (zwei Therapeuten, besonderes Training und Aufmerksamkeit auf der Station) auseinandersetzen. Hier wechselten der Neid der Mitpatienten mit deren Sorge und Unterstützung wegen der verkürzten Aufenthaltsdauer („bei einer so schweren Erkrankung“). Die Patientin durchlebte unterschiedliche Stadien des Trotzes („bin so mit dem Training beschäftigt“, „ich kann mich in der Gruppe nicht konzentrieren“, „das Training ist viel intensiver“, „ich weiß gar nicht, was das hier eigentlich soll“), des Triumphs (die Aufmerksamkeit und Zuwendung während der Exposition auf der Station) und der aggressiven, vehementen Anklage gegenüber dem Gruppentherapeuten wegen dessen mangelnder Zuwendung und Versorgung. Sie kontrastierte sein Verhalten vorwurfsvoll und gezielt mit der direkten Einlassung des Verhaltenstherapeuten.

Auf der Station kam es damit zu einer – durchaus produktiven – Reinszenierung familiärer Konflikte mit für die Patientin neu aufscheinenden Lösungsansätzen. Der Umgang mit der „Konkurrenz“ zwischen den beiden Therapeuten, die Zusammenarbeit und das Zutrauen in die Arbeit des jeweils anderen spielten vermutlich (modellhaft) eine Rolle bei der unbewußten Auseinandersetzung der Patientin mit dem Konkurrenzthema und der Frage, ob es auch

andere Unterstützungs-, Lösungs- und Versorgungsmöglichkeiten jenseits des bekannten (der Familie) geben könnte (auf Station des „üblichen“ Behandlungssettings). Durch den Austausch und das Erleben in der Gruppe war es der Patientin besser möglich, wieder mehr mit ihren originären Wünschen und Erwartungen in Kontakt zu kommen und sich damit auseinanderzusetzen. Hierzu trug das Benennen möglicher Gefühle und Wünsche stellvertretend durch andere Gruppenmitglieder bei, andererseits konnte sie, wenn andere Gruppenmitglieder über ähnliche Probleme sprachen, selbst entsprechende Emotionen (etwa Ärger bei Zurückweisungen, Hilflosigkeit) wahrnehmen. Hinsichtlich der Expositionsbehandlung war die Patientin fraglos, gerade zu Beginn, real belastet und involviert; dies wirkte sich wahrscheinlich hemmend auf ihre Entwicklung in der Gruppentherapie aus und „erleichterte“ ihr einen zeitweiligen regressiven Rückzug.

Schließlich kann angenommen werden, daß das Erleben und der Austausch der Patientin in der Gruppe die Auseinandersetzung mit ihren eigenen Versorgungswünschen und der anstehenden Übernahme größerer Eigenverantwortung förderte.

Therapieevaluation

Zum Ende der Behandlung und in der 6-Monats-Katamnese zeigte die Patientin eine deutliche Reduktion der Zwänge in allen angegebenen Zielbereichen (vgl. Tabellen 1 u. 2), so daß zusammenfassend der Behandlungserfolg als gut eingeschätzt wird.

Im Katamnesegespräch berichtete Frau S., daß sie direkt nach dem Klinikaufenthalt endgültig zu ihrem Freund gezogen sei. Die Beziehung sei durchaus konfliktreich, habe sich jedoch in den letzten sechs Wochen stabilisiert. Von ihren Eltern habe sie sich, vor allem aufgrund der größeren Entfernung, mehr zurückgezogen. Sie sei, wie geplant, in einer ambulanten verhaltenstherapeutischen Behandlung und erlebe diese als hilfreich. In Bezug auf den Zwang berichtet sie von einer anhaltenden Problemminderung, wenn auch eine Beeinträchtigung durch die verbleibenden Zwänge noch eindeutig vorhanden sei.

In einem weiteren informellen Gespräch ohne zusätzliche psychometri-

Tabelle 2
Evaluation der wichtigsten Zielsymptome (Patienteneinschätzung)

Zwangssymptome	Grad der Zielerreichung in %	
	Therapieende	6-Monats-Katamnese
Zwangsgedanken		
1. Kontaminationsbezogene Gedanken (Fokus: Andere Menschen erkranken)	70%	99%
2. Kontaminationsbezogene Gedanken (Fokus: Verschmutzung von Objekten)	70%	70%
3. Befürchtungen, in die Hose zu urinieren	95%	95%
4. Wahrnehmungsunsicherheit darüber, ob sie in die Hose uriniert hat	95%	95%
Zwangshandlungen		
1. Waschwänge (Duschen, Hände waschen)	75%	65%
2. Reinigen und Kontrollieren von Kleidung bezüglich Urinreste und Verschmutzungen	40%	65%
3. Zwanghaftes Nachfragen bei anderen	55%	80%

sche Untersuchung, sechs Monate nach der Katamneseuntersuchung, berichtete die Patientin von einer seit einigen Monaten begonnenen Umschulung, der regulären Beendigung der ambulanten Verhaltenstherapie und einer weiteren Verbesserung der Zwangsstörung.

Diskussion

Zusammenfassend kann von einer deutlichen Verbesserung der Zwangsproblematik und der funktional zusammenhängenden Problembereichen der Patientin nach Beendigung der stationären Therapie ausgegangen werden. Eine Weiterentwicklung und Stabilisierung der ersten Erfolge sind zum Zeitpunkt der Katamneseuntersuchung deutlich erkennbar und auch psychometrisch nachzuvollziehen (vgl. Tabellen 1 u. 2). Die Patientin erfüllt jedoch noch immer die Kriterien einer leichten Zwangsstörung. Es wird erwartet, daß der Behandlungserfolg sich bei konsequenter und vor allem selbständiger Durchführung der massierten Expositionsbehandlung mit Reaktionsverhinderung noch verbessern könnte. In dem von der Patientin eingeschlagenen abgemilderten therapeutischen „Weg“ (s. oben), wird die funktionale Einbindung des Zwangs in der Gestaltung ihrer bedeutsamen Interaktionen bzw. im Ausmaß ihrer Verantwortungsübernahme für ein eigenständiges Leben deutlich. Prognostisch günstig erscheint – neben der einschneidenden Lebensveränderung durch den Auszug aus dem Elternhaus

– die nun fast vollständige Einsicht in die Irrationalität des Zwangs und die Erfahrung bzw. Erwartung, daß das Ausmaß des Zwangs auch durch situative Kontextbedingungen (z.B. ausgefüllter Tagesablauf, Arbeitstätigkeit) weiter veränderbar ist. Hinsichtlich der Beurteilung der kombinierten Behandlung wirkte sich die Kooperation in dem vorliegenden Fall nach der subjektiven Einschätzung der beteiligten Therapeuten positiv für den Behandlungsverlauf aus. Es spricht einiges dafür, daß durch die starke Fokussierung auf den Autonomie-Abhängigkeitskonflikt der Patientin Veränderungen der funktionalen Zusammenhänge des Zwangsverhaltens auf der interaktionellen Ebene unterstützt wurden.

Das hier beispielhaft vorgestellte Konzept einer stationären verhaltenstherapeutisch-psychodynamischen Kombinationsbehandlung für Angst- und Zwangsstörungen befindet sich derzeit noch in einer experimentellen Phase und wurde bisher mit 16 Patienten durchgeführt. In den meisten Fällen wurde die Kombination nach Einschätzung der Therapeuten als hilfreich erlebt. Empirisch abgesicherte Aussagen zur Überlegenheit der dargestellten Kombinationsbehandlung lassen sich daraus natürlich nicht ableiten. Geplant ist eine Evaluation der Kombinationsbehandlung im Vergleich zur reinen Verhaltenstherapie bzw. zum psychodynamischen Behandlungskonzept. Aufgrund des „naturalistischen“ Designs in der laufenden Patientenversorgung

sind jedoch auch hierbei nur begrenzte Aussagen möglich, so daß eindeutige Schlußfolgerungen zur Effektivität des Konzepts erst nach einer Überprüfung in kontrollierten, randomisierten Studien gezogen werden könnten. Hinsichtlich der Wirkung der Kombinationstherapie sind grundsätzlich sowohl synergistische als auch kontraproduktive Effekte denkbar (s. dazu auch Hoffmann et al. 1997). Beispielhaft sei hier auf eine mögliche Verwirrung der Patienten durch widersprüchliche implizite oder explizite Erklärungsmodelle ihrer Probleme hingewiesen. Auch eine Verminderung der Stringenz der einzelnen Therapieanteile durch die gleichzeitige intensive Bearbeitung mehrerer Problembereiche ist nicht auszuschließen. Positive Effekte werden unter anderem durch eine bessere Möglichkeit, interaktionelle Probleme, die funktional mit der psychischen Störung verbunden sind, zu bearbeiten, erwartet. Zum möglichen Stellenwert der eher aufwendigen Kombinationsbehandlung wird

angenommen, daß diese – wie eingangs erwähnt – für eine eher kleine Subpopulation von Patienten eine effektivere Alternative zu herkömmlichen Behandlungen sein könnte.

Literatur

- Bartling G, Fiegenbaum W, Krause R (1980) Reizüberflutung. Theorie und Praxis. Kohlhammer, Stuttgart
- Büttner-Westphal H, Hand I (1991) Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS), dt. Übersetzung und Bearbeitung, Verhaltenstherapie 1: 226–233
- Hautzinger M, Bailer M, Worall H, Keller F (1995) Beck-Depressions-Inventar BDI. Huber, Bern
- Fiegenbaum W (1988) Longterm efficacy of graded and massed exposure treatment of agoraphobics. In: Hand I, Wittchen HU (eds) Panic and phobias, 2. Springer, Berlin Heidelberg New York, pp 83–88
- Hautzinger M, Bailer M, Worall H, Keller F (1995) Beck-Depressions-Inventar BDI. Huber, Bern
- Hoffmann SO, Bassler M, Egle UT, Nickel R, Petrak F (1997) Differentielle Therapieteile innerhalb eines psychodynamisch orientierten stationären Therapieprogramms. Vortrag anlässlich des Symposiums „Stationäre Psychotherapie“ 28.6.1997, Westfälisches Zentrum für Psychiatrie, Dortmund
- Klages U (1989) Fragebogen irrationaler Einstellungen. Hogrefe, Göttingen
- König K, Lindner WV (1992) Psychoanalytische Gruppentherapie, 2. Aufl. Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen
- Kozak MJ, Foa EB (1990) Obsessions, overvalued ideas, and delusions in OCD. Paper presented at the 20th Congress of the EABT, Paris
- Margraf J, Schneider S, Ehlers A, DiNardo P, Barlow D (1991) Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen. Springer, Berlin Heidelberg New York
- O'Sullivan G, Marks IM (1990) Long-term outcome of phobic and obsessive-compulsive disorders after treatment. In: Roth M, Burrows MD, Noyes (eds) Handbook of anxiety, vol IV. Elsevier, Amsterdam, pp 87–108
- Salkovskis PM (1989) Obsessions and compulsions. In: Scott J, Williams JMG, Beck AT (eds) Cognitive therapy in clinical practice. An illustrative base-book. Routledge, London
- van Balkom AJLM, van Oppen P, Vermeulen AWA, van Dyck R, Nauta MCE, Vorst HCM (1994) A meta-analysis on the treatment of obsessive compulsive disorder: a comparison of antidepressants, behavior, and cognitive therapy. Clin Psychol Rev 14: 359–382
- van Balkom AJLM, Nauta MCE, Bakker A (1995) Meta-analysis on the treatment of panic disorder with agoraphobia: Review and re-examination. Clin Psychol Psychother 2: 1–14
- Yalom ID (1996) Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie: Ein Lehrbuch (4. überarb. Aufl.). Pfeiffer, München
- Zaworka W, Hand I, Lünenschloß K, Jauernig G (1983) Das Hamburger Zwangsinventar. Beltz, Weinheim