

# Zwangs- störungen

Resümee

## Wachsendes Verständnis bei erweiterten Handlungsmöglichkeiten

Für die meisten von uns Therapeuten fallen Zwangspatienten nach wie vor in die Kategorie der „Oh je“-Patienten. Dafür gibt es viele Gründe: Teilweise fällt uns der Umgang damit schwer, dass erwachsene Menschen die Sinnlosigkeit ihrer Handlungen oder Gedanken zwar oft ahnen, nichts aber dagegen zu tun imstande sind. Darüber hinaus „zwingen“ uns Zwangspatienten häufig zu spezifischen Rücksichtnahmen oder gar Veränderungen unseres Behandlungssettings. Häufiges Zu-spät-Kommen in die Sitzung wegen Kontrollritualen, Stehen in der Therapie wegen Kontaminationsängsten oder thematische Beschäftigung mit religiösen oder sexuellen Tabuthemen machen schon den Aufbau der therapeutischen Beziehung schwierig. Dazu kommt therapeutischerseits häufig eine wachsende Ungeduld und eine zunehmend subaggressive innere Haltung bei ausbleibenden Veränderungen und steigendem Ohnmachtserleben.

Ja – Zwangspatienten sind oft schwierig und in Klinik und Praxen eher unbeliebt.

Dennoch erscheint uns der Fortschritt der letzten Jahre unübersehbar – sowohl in der Theorie als auch bei der Behandlung der Zwangserkrankung.

Zunächst gibt es seit Mai 2013 die Leitlinien in der Behandlung der Zwangsstörung. Dies ist außerordentlich wichtig, weil darin ein schulen- und berufsgruppenübergreifender Konsens über wirksame Verfahren und Ansätze erzielt wurde und aufgrund der empirischen Belege in seiner Wirksamkeit als gesichert gelten kann. Ein Nicht-Berücksichtigen der Leitlinien kann ein Kunstfehler sein und versagt Patienten gesichertes Behandlungswissen. Patienten haben das Recht, nach den jeweils aktuellen wissenschaftlich-empirisch gesicherten Erkenntnissen behandelt zu werden. Die Leitlinien berücksichtigen dabei nicht nur empirische Evidenz, sondern auch „Kann-Empfehlungen“ sowie „Klinische Konsenspunkte“.

In der Theoriebildung der Zwangsstörung werden von Ecker unter den Stichworten „Unvollständigkeitserleben“, „Nicht-genau-richtig-Erleben“ oder „Selbstbezogenes Unvollständigkeitserleben“ Konzepte gefasst, die das Verständnis vom Geschehen erleichtern und helfen, den Explorations- und Behandlungsfokus weg von reiner Reaktionsverhinderung auf die emotionalen Grundthemen der Betroffenen zu richten. Dabei wird die Rolle der Emotionen und die Bedeutung biografisch wichtiger Triggersituationen deutlich. Spannend ist dabei die Tendenz, reine Expositionen ohne die Auseinandersetzung mit den zugrundeliegenden Emotionen eher kritisch zu betrachten und somit die Theorie der reinen Habituation als möglicherweise unvollständig zu klassifizieren.

Hier ergeben sich interessante Berührungspunkte mit der systemischen Genogrammarbeit (Tominschek), aber auch mit psychoanalytischen Konzepten (Lang). In einem gemeinsamen Beitrag von Lakatos und Schneider werden von einer Verhaltenstherapeutin und einem Psychoanalytiker (und so etwas gibt's nur in der PiD!) biografisch unerfüllte Grundbedürfnisse identifiziert, die in der Beziehungsgestaltung – aber nicht nur dort – berücksichtigt werden sollten. Das sind ja die biografischen und emotionsgeladenen Triggerthemen, die offensichtlich vielen Zwängen zugrunde liegen.

Das Zwei-Bühnen-Modell schlägt vor, dass ein biografisch unlösbar erscheinender Konflikt in der Außenwelt symbolisch „dingfest“ gemacht wird (Hoffmann & Hofmann), um so das subjektive Gefühl der Kontrollierbarkeit zu erlangen. Hier könnten sich spannende Diskussionen mit analytisch ausgebildeten Kollegen entwickeln – ebenso bezüglich der Arbeit mit Familiensystemen (Tominschek) und ihrem Herausarbeiten biografischer Triggerthemen.

Neuere Entwicklungen in der Theoriebildung scheinen uns auch die Betonung der „Einsicht“ und des „Willens“ im therapeutischen Konzept. Wie wichtig das Einsichtskonzept für Behandlungen ist, wird im Beitrag von Backenstrass deutlich, der die Bedeutung der Modifikation überwertiger Ideen vor einer Exposition/Habituatation betont. Wie man in dem Therapieprozess die Hemmung von Handlung und Willen im Rahmen der Exposition verändern kann, wird im Beitrag von Hoffmann und Hofmann beschrieben, die ein leidenschaftliches Plädoyer für die Technik der Exposition halten.

Neben der konzeptuellen Theoriebildung interessierte uns in diesem Heft aber auch die Versorgungspraxis:

Voderholzer et al. weisen auf die Kluft zwischen gesichertem Leitlinienwissen und der Versorgungspraxis hin. Schnittstellenübergänge zwischen Behandlungssettings (ambulant – teilstationär – stationär) werden von dem Windacher Team und der Tagesklinik München beschrieben.

Das im Zusammenhang mit Zwangserkrankungen häufig vernachlässigte Thema der Selbsthilfe wird von Moritz et al. aufgegriffen. Ihre Anregung, die Bibliothek als Vorbereitung und/oder Ergänzung/Begleitung der Psychotherapie einzubeziehen, sollte in der ambulanten Versorgung viel stärker aufgegriffen werden und als motivationale Unterstützung der hilfesuchenden Patientinnen und Patienten Eingang in die Behandlung finden.

Stengler et al. zeigen uns, dass eine solche Psychoedukation neben anderen psychosozialen Therapiebausteinen, wie Sozio- oder Ergotherapie, zentral für die Versorgung schwerst Zwangsgestörter ist und fordern die weitere Implementierung solcher Angebote, v. a. auch für therapieresistente Verläufe.

Und noch etwas Neues: Wer sich vor einigen Jahren mit dem Thema Zwangsstörung beschäftigte, kam um Neurobiologie und Bildgebung nicht herum. Inzwischen scheint die Strahlkraft dieser Ansätze etwas zu verblassen, wie die beiden Beiträge von Külz und Engellandt mit ihrer Betonung der hohen Komplexität der Regelkreise der Zwangsstörung erahnen lassen. Der Wert der Bildgebung scheint demnach eher im Evaluationsbereich psychotherapeutischer Interventionen als im Erklärungsbereich zu wachsen. Dennoch ist es wichtig, auch in psychotherapeutischen Prozessen immer wieder die stoffliche Gebundenheit in Hirnaktivitäten mit einzubeziehen – auch wenn die Hoffnung, neue Erklärungen und damit therapeutische Ansätze zu finden, nicht genährt wird.

Wir können resümieren, dass in diesem Heft eine interessante Diskussion um die Voraussetzungen gelungener Expositionen geführt wird, die die reine Technik zwar nicht in Frage stellt, aber mit Konzepten der Relationen, der Emotionen, der Einsicht und des Willens ergänzt. Wir werden darüber hinaus auf Versorgungsmängel und Möglichkeiten hingewiesen, die neue Ideen in der praktischen Versorgung von Zwangserkrankten entstehen lassen.

Die Fortschritte in den letzten 10 Jahren auf diesem Gebiet sind deutlich, und sie kommen aus unserem Fach: der Psychotherapie! Und es sind keine neuen Techniken, sondern ein Vorgehen nach den Prinzipien des „Erkennen – Verstehen – Behandeln“ – ganz schulenspezifisch-psychotherapeutisch.



Michael Broda



Maria Borcsa

Beitrag online zu finden unter  
<http://dx.doi.org/10.1055/s-0034-1376944>