



Bachelorarbeit

Exposition mit Reaktionsmanagement (ERM) bei der Behandlung von Zwangsstörungen

Erfahrungen von Psychotherapierenden

Sabine Bleuler

Vertiefungsrichtung Klinische Psychologie

Referent: Tom Egli, lic. iur. et dipl. Psych. FH

Zürich, Mai 2012

Diese Arbeit wurde im Rahmen des Bachelorstudienganges am Departement P der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW verfasst. Eine Publikation bedarf der vorgängigen schriftlichen Bewilligung durch das Departement Angewandte Psychologie.

ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Departement Angewandte Psychologie, Minervastrasse 30, Postfach, 8032 Zürich.

Abstract

Das Verfahren der Exposition mit Reaktionsmanagement (ERM) stellt bei der Behandlung der Zwangsstörung heute das zentrale Element einer Kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) dar. Mittlerweile gibt es Leitlinien zur konkreten Durchführungsmodalität von ERM. Die Frage, ob diese von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in der ambulanten verhaltenstherapeutischen Praxis eingehalten werden und welche Gründe zu einer allfälligen Abweichung führen, stellte den Ausgangspunkt dieser empirischen Untersuchung dar. In einem zweiten Teil interessierten zudem die Erfahrungen von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Bezug auf wichtige Voraussetzungen für einen erfolgreichen Verlauf von ERM (Beziehungsgestaltung, Motivation, fundierte Vorbereitung).

Zur Erhebung der Daten wurden 8 (männliche) Psychotherapeuten aus dem Kanton Zürich befragt. Aus den Resultaten geht hervor, dass ERM vorwiegend den Leitlinien entsprechend eingesetzt wird. Die Gründe, die in einzelnen Fällen zu einer Abweichung führen, sind unterschiedlich. Einer davon stellen die Richtlinien des hiesigen Kassensystems dar. Es zeigte sich zudem, dass ein Mangel an Kenntnissen über den Einsatz von ERM bei reinen Zwangsgedanken besteht. Im Zusammenhang mit den wichtigen Voraussetzungen wurde die Bedeutung einer fundierten Vorbereitung ersichtlich. Zudem kann die Beziehungsgestaltung sowie die Motivation oftmals eine Herausforderung darstellen.

Inhalt

1	Einleitung	1
1.1	Ausgangslage und Fragestellung	1
1.2	Abgrenzung	2
1.3	Aufbau der Arbeit	2
I	THEORETISCHER TEIL	3
2	Theoretischer Hintergrund	3
2.1	Definition und diagnostische Kriterien	3
2.2	Symptomatik	4
2.2.1	Zwangsgedanken	4
2.2.2	Zwangshandlungen.....	5
2.3	Diagnosestellung	6
2.4	Differenzialdiagnose	7
2.5	Epidemiologie	9
2.6	Verlauf.....	10
2.7	Komorbidität	11
3	Ätiologie	12
3.1	Lerntheoretisches Modell.....	12
3.2	Kognitives Modell.....	13
4	Psychotherapie der Zwangsstörung	14
4.1	Kognitive Verhaltenstherapie	14
4.2	Kognitive Interventionen	15
4.3	Verhaltenstherapeutische Intervention: Exposition mit Reaktionsmanagement.....	16
4.3.1	Prinzip von Exposition mit Reaktionsmanagement	17
4.3.2	Durchführungsmodalitäten	18
4.3.3	Voraussetzungen für einen erfolgreichen Verlauf	20
4.4	Pharmakotherapie.....	21
5	Stand der Forschung	22
II	EMPIRISCHER TEIL	23
6	Forschungsgegenstand und methodisches Vorgehen	24
6.1	Ausgangslage und Fragestellung	24
6.2	Untersuchungsdesign	25
6.3	Stichprobe	25

6.4	Erhebungsinstrument und Datenerhebung.....	27
6.5	Datenaufbereitung.....	28
6.6	Datenauswertung	28
7	Ergebnisse.....	29
7.1	Einstellung gegenüber Exposition mit Reaktionsmanagement	29
7.2	Durchführungsmodalitäten von Exposition mit Reaktionsmanagement	30
7.3	Voraussetzungen für Exposition mit Reaktionsmanagement	38
7.4	Anforderungen an Therapierende	43
7.5	Pharmakotherapie	45
8	Diskussion	46
8.1	Interpretation der Ergebnisse	47
8.2	Methodenkritik.....	54
8.3	Fazit und weiterführende Überlegungen.....	55
	Literatur.....	56
	Anhang	60

Abbildungen

Abb. 1: Angstverlauf während einer Expositionsübung

Tabellen

Tab. 1: Sechs Bereiche kognitiver Verzerrungen bei Zwangserkrankten

Tab. 2: Wichtigste Merkmale der Stichprobe

Abkürzungen

ERM	Exposition mit Reaktionsmanagement
KVT	Kognitive Verhaltenstherapie
DSM-IV-TR	Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen
ICD-10	Internationale Klassifikation psychischer Störungen
SSRI	Selective Serotonin Reuptake Inhibitor
SGZ	Schweizerische Gesellschaft für Zwangsstörungen
SGVT	Schweizerische Gesellschaft für Verhaltens- und Kognitive Therapie

1 Einleitung

Bei der Zwangsstörung handelt es sich um eine komplexe, heterogene Erkrankung, die Betroffene in ihrem ganzen Denken, Handeln und sozialen Verhalten massiv beeinträchtigen kann. Die Krankheit tritt weitaus häufiger auf, als lange Zeit angenommen wurde. Mittlerweile geht man von einer Lebenszeitprävalenz von 2-3% aus, was die Störung zur vierthäufigsten psychischen Erkrankung macht (Zaudig, 2011a, S. 25). Unbehandelt nimmt sie in den meisten Fällen einen chronischen Verlauf und führt zu einer erheblichen Belastung und grossem Leiden.

Bis in die 1960er-Jahre galt die Zwangsstörung als weitgehend unbehandelbar. Dies änderte sich erst mit der Entwicklung und Ausdifferenzierung der Verhaltenstherapie und den kognitiven Methoden Mitte jenes Jahrzehnts. Heute gilt die Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) als die Psychotherapiemethode der ersten Wahl bei der Behandlung von Zwängen. Mit diesem Therapieansatz kann 60-70% der Betroffenen geholfen werden (Külz & Voderholzer, 2011, S. 308). Das zentrale Element stellt dabei auf technischer Ebene das Verfahren der Exposition mit Reaktionsmanagement (ERM) dar, zu dessen konkreter Durchführungsmodalität es heute Leitlinien gibt. Für einen erfolgreichen Verlauf von ERM ist allerdings nicht nur die korrekte Anwendung ausschlaggebend. Eine erste entscheidende Voraussetzung bildet der Aufbau einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung. Weiter spielt auch die Motivation der Patientinnen und Patienten eine wichtige Rolle sowie die fundierte Vorbereitung.

1.1 Ausgangslage und Fragestellung

Trotz der vorhandenen Leitlinien zur konkreten Durchführungsmodalität von ERM zeigte sich in verschiedenen Studien, dass das Verfahren von einem Grossteil der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten nicht den Leitlinien entsprechend eingesetzt wird. Die Gründe, die zu einer Abweichung führten, wurden nicht untersucht. Unter dieser Ausgangslage ergibt sich die folgende Hauptfragestellung:

Hauptfragestellung:

In welcher Durchführungsmodalität wenden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten das Verfahren der Exposition mit Reaktionsmanagement (ERM) in der ambulanten verhaltenstherapeutischen Praxis bei der Therapie von Zwangsstörungen an und welche Gründe liegen bei einer allfälligen Abweichung von den Leitlinien vor?

Neben der korrekten Durchführung tragen auch eine vertrauensvolle therapeutische Beziehung und die Motivation der Patientinnen und Patienten sowie die fundierte Vorbereitung zu einem erfolgreichen Verlauf von ERM bei. Aus der Literatur geht hervor, dass sich gerade die Beziehungsgestaltung und die Motivation in vielen Fällen schwierig gestalten können. Untersuchungen zu den Erfahrungen von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Bezug auf diese drei wichtigen Voraussetzungen fehlen bislang. Daraus ergibt sich die folgende zweite Nebenfragestellung:

Nebenfragestellung:

Welche Erfahrungen machen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Bezug auf wichtige Voraussetzungen für einen erfolgreichen Verlauf des Verfahrens der Exposition mit Reaktionsmanagement (ERM) in der ambulanten verhaltenstherapeutischen Praxis bei der Therapie von Zwangsstörungen?

Die vorliegende Arbeit hat zum Ziel, mittels Befragungen von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten einerseits Aufschluss darüber zu gewinnen, in welcher Form ERM in der ambulanten verhaltenstherapeutischen Praxis in der Schweiz eingesetzt wird und welche Gründe zu allfälligen Abweichungen von den Leitlinien führen. Andererseits sollen die Erfahrungen, die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Bezug auf die erwähnten wichtigen Voraussetzungen für einen erfolgreichen Verlauf von ERM machen, erfasst werden. Dabei interessieren vor allem die Aspekte der Beziehungsgestaltung und der Motivation der Patientinnen und Patienten.

1.2 Abgrenzung

Die vorliegende Arbeit befasst sich ausschliesslich mit der in den beiden Klassifikationssystemen DSM-IV-TR und ICD-10 definierten Zwangsstörung im Erwachsenenalter. Aufgrund der Fragestellungen werden nur das lerntheoretische und das kognitive Ätiologiemodell vorgestellt sowie der Psychotherapieansatz der Kognitiven Verhaltenstherapie. Andere Erklärungs- und Psychotherapieansätze bleiben unberücksichtigt.

1.3 Aufbau der Arbeit

Im ersten Teil der vorliegenden Arbeit werden unter Einbezug des aktuellen Forschungsstandes die theoretischen Grundlagen für die darauffolgende empirische Untersuchung geschaffen. Einleitend erfolgt die Beschreibung der Zwangsstörung mit der Definition und Symptomatik, der Diagnosestellung, Differenzialdiagnose und

Komorbidität sowie der Epidemiologie und dem Verlauf. Anschliessend wird auf zwei Ätiologiemodelle eingegangen, bevor im darauffolgenden Kapitel die Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) zur Behandlung der Zwänge erläutert wird.

Im zweiten Teil wird die im Rahmen dieser Arbeit durchgeführte empirische Untersuchung vorgestellt. Zunächst werden die Fragestellungen erläutert und das methodische Vorgehen von der Datenerhebung bis zur -auswertung beschrieben. Anschliessend folgt eine Darstellung der mittels der qualitativen Inhaltsanalyse gewonnenen Ergebnisse. In einem nächsten Kapitel werden die Resultate zusammengefasst und auf der Grundlage der Theorie diskutiert. Danach folgt eine kritische Überprüfung des methodischen Vorgehens sowie abschliessend ein Fazit mit weiterführenden Überlegungen.

I THEORETISCHER TEIL

2 Theoretischer Hintergrund

2.1 Definition und diagnostische Kriterien

Sass, Wittchen, Zaudig und Houben (2003) definieren die Zwangsstörung im DSM-IV-TR (S. 508-509) einerseits als wiederkehrende sich aufdrängende Zwangsgedanken (Ideen, Gedanken, Impulse oder Vorstellungen), die als unangemessen wahrgenommen werden und grosse Angst oder Leiden verursachen, wobei es sich dabei nicht nur um übertriebene Sorgen über reale Lebensprobleme handelt. Andererseits werden Zwangsstörungen auch definiert als sich wiederholende Verhaltensweisen (z. B. Händewaschen, Prüfen, Ordnen) und geistige Handlungen (z. B. Zählen, Beten, Wörter leise wiederholen), die ausgeführt werden, um die durch die Zwangsgedanken entstandene Angst und Unruhe zu reduzieren. Gemäss den diagnostischen Kriterien ist Zwangserkrankten zu irgendeinem Zeitpunkt im Verlauf der Störung bewusst, dass die Zwangsgedanken, die als ein Produkt des eigenen Geistes (nicht als von aussen auferlegt wie bei Gedankeneingebung) erkannt werden, unbegründet oder übertrieben sind. Sie leisten Widerstand, indem sie versuchen, diese zu ignorieren, zu unterdrücken oder mit Hilfe anderer Gedanken oder Tätigkeiten zu neutralisieren. Dies gilt auch für die Zwangshandlungen, die „in keinem realistischen Bezug zu dem, was sie zu neutralisieren oder zu verhindern versuchen“ stehen (S. 514). Weiter gilt als diagnostisches Kriterium, dass die Zwänge zeitaufwendig sind (mehr als 1

Stunde pro Tag) oder die normale Tagesroutine einer Person beeinträchtigen und erhebliche Belastung verursachen.

Die WHO führt die Zwangsstörung in der ICD-10 (2010) unter den neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen als eigenes Krankheitsbild auf (F42), während sie bei Sass et al. (2003) im DSM-IV-TR als Untergruppe der Angststörungen zu finden ist (300.3). Die Kriterien stimmen in beiden Klassifikationssystemen grundsätzlich überein, sind aber im DSM-IV-TR ausführlicher. Ein wesentlicher Unterschied besteht allerdings darin, dass neutralisierende Handlungen auf der gedanklichen Ebene im DSM-IV-TR im Gegensatz zur ICD-10 nicht als Zwangsgedanken, sondern als Zwangshandlungen definiert werden.

2.2 Symptomatik

Nach Rufer, Fricke, Moritz, Kloss und Hand (2006, S. 441) stellt die Zwangsstörung ein sehr heterogenes Krankheitsbild dar, welches sich in vielen unterschiedlichen Symptomen manifestiert. Sie werden nach der WHO in der ICD-10 (2010) und nach Sass et al. (2003) im DSM-IV-TR in die beiden Hauptsymptome Zwangsgedanken und Zwangshandlungen zusammengefasst. Diese Unterteilung widerspiegelt sich im englischen Sprachraum bereits in der Bezeichnung der Störung: „Obsessive (Zwangsgedanken) Compulsive (Zwangshandlungen) Disorder“, kurz OCD. Meistens treten beide Symptome kombiniert auf, wenige Betroffene leiden nur unter einer Form von Zwängen (Lakatos & Reinecker, 2007, S. 18). Nachfolgend werden die beiden Hauptsymptome näher beschrieben.

2.2.1 Zwangsgedanken

Sass et al. (2003) definieren Zwangsgedanken im DSM-IV-TR als „wiederkehrende und anhaltende Gedanken, Impulse oder Vorstellungen, die zeitweise während der Störung als aufdringlich und unangemessen empfunden werden“ (S. 514). Am häufigsten handelt es sich dabei gemäss einer Studie von Rufer et al. (2006, S. 443) um aggressive Zwangsgedanken (69%) sowie solche im Zusammenhang mit Verschmutzung/Kontamination (66%). Die Inhalte können sich aber (in absteigender Häufigkeit) auch auf Symmetrie, Religion, Horten von Gegenständen, somatische Aspekte oder Sexualität beziehen. Obwohl als Überbegriff die Bezeichnung „Zwangsgedanken“ verwendet wird, gehören wie bereits erwähnt neben Gedanken auch Impulse und Vorstellungen/Bilder dazu. Gemäss Lakatos und Reinecker (2007, S. 17) handelt es sich

bei den Impulsen in der Regel um die Befürchtung, gegen ein soziales Tabu zu verstossen oder sich unbeabsichtigt aggressiv zu verhalten, Schaden zu verursachen oder gegen sexuelle, religiöse oder sonstige Verhaltensnormen zu handeln. Unter normalen Umständen werden die Impulse aber praktisch nie in die Tat umgesetzt (S. 14). Bei den Bildern kann es sich zum Beispiel um Katastrophen oder Autounfälle handeln.

Nach Althaus, Niedermeier und Niescken (2008, S. 26) gehen Zwangsgedanken mit Angst und Unsicherheit oder auch Ekel einher und lösen eine sehr unangenehm empfundene körperliche Anspannung aus. Betroffene versuchen diese zu unterdrücken, zu ignorieren oder durch Zwangshandlungen auf der gedanklichen oder motorischen Ebene zu neutralisieren.

Fallbeispiel

Ein 24-jähriger Student kam wegen aggressiven Zwangsgedanken in Therapie. Inhalt der Gedanken war die Befürchtung, jemanden mit einem Messer oder seinen Händen ermordet zu haben, ohne dies bemerkt zu haben. Eine weitere Befürchtung war, durch die Übertragung gefährlicher Stoffe an seinen Händen einer anderen Person Schaden zuzufügen bzw. deren Tod verschuldet zu haben. Um diese Gefahren zu bannen, vermied der Klient jeglichen Kontakt mit spitzen und scharfen Gegenständen und den vermeintlich gefährlichen Substanzen (Benzin, Rost, Schimmel, Eiter usw.). Ausserdem hatte er eine Reihe von Gegengedanken und Gegenbildern, die er als kognitive Beruhigungsrituale einsetzte. Zum Beispiel versuchte er, den Gedanken an einen Mord dadurch „bei Seite zu legen“, indem er sich selbst immer wieder versicherte, er könne dies nicht getan haben, sonst müsste er sich zumindest an das Gesicht der Person erinnern können etc. Eine andere Gegenmassnahme war das ritualisierte Ablecken seiner Finger, um sicher zu gehen, dass es ihn zuerst erwischen würde, wenn gefährliche Partikel an seinen Fingern wären.

(Lakatos & Reinecker, 2007, S. 17)

2.2.2 Zwangshandlungen

Zwangshandlungen werden nach Sass et al. (2003) im DSM-IV-TR definiert als „wiederholte Verhaltensweisen (z. B. Händewaschen, Ordnen, Kontrollieren) oder gedankliche Handlungen (z. B. Beten, Zählen, Wörter leise Wiederholen), zu denen sich die Person als Reaktion auf einen Zwangsgedanken oder aufgrund von streng zu befolgenden Regeln gezwungen fühlt“ (S. 514). Sie dienen dazu, die mit den Zwangsgedanken einhergehende Angst und Anspannung abzubauen oder gefürchteten Ereignissen oder Situationen vorzubeugen. Laut der bereits unter den Zwangsgedanken erwähnten Studie von Rufer et al. (2006, S. 443) sind bei den Zwangshandlungen am häufigsten Kontroll- und Waschwänge anzutreffen (71% bzw. 64%). Es kann sich aber (in absteigender Häufigkeit) auch um Handlungen wie Wiederholen, Zählen, Ordnen oder Sammeln handeln. Wiederholungs-, Zähl- und Ordnungszwänge gehen dabei gemäss

Lakatos und Reinecker (2007, S. 16) häufig mit einer Art magischem Denken einher. Betroffene befürchten beispielsweise, dass ohne deren Ausführung einem Angehörigen ein Unglück zustossen könnte (z. B. wenn bestimmte Tätigkeiten nicht wiederholt werden oder die Dinge nicht am richtigen Platz stehen). Meist müssen Zwangshandlungen gemäss Zaudig (2011a, S. 7) in stereotyper, ritualisierter Form ablaufen. Althaus et al. (2008, S. 40) schreiben, dass Betroffene, die zum Beispiel unter einem Waschzwang leiden, genau festlegen, wie der Wasserhahn aufgedreht werden muss, wie oft auf den Seifenspender zu drücken ist, mit welcher Hand und welchem Finger begonnen wird, wie häufig dabei jedes Fingerglied einzeln eingeseift werden muss etc. Wird ein solcher Ablauf von aussen unterbrochen, führt dies dazu, dass mit dem gesamten Ritual von vorne begonnen werden muss. Betroffenen ist meist bewusst, dass die Zwangshandlungen letztendlich irrational sind, trotzdem fühlen sie sich immer wieder dazu gedrängt. Ein Grund liegt darin, dass die Handlungen kurzfristig tatsächlich eine Verringerung der Angst und Anspannung bewirken, auch wenn sich Betroffene nach deren Ausführung nicht wirklich gut und zufrieden fühlen (S. 30).

Fallbeispiel

Sonja G. benötigte bereits für das Waschen der Hände und Putzen der Zähne bis zu zwei Stunden Zeit. Duschen und Baden waren mehr oder weniger ganztägige Aktionen. Sonja G. fürchtete, andere Menschen könnten mit winzigen Spuren ihrer Ausscheidungen (Urin und Fäkalien) in Berührung kommen und auf diese Weise Schaden nehmen. Sie war im Laufe der Zeit von den ausgiebigen Zwangsritualen so erschöpft, dass sie mehr und mehr in eine starre Vermeidungshaltung geriet. Weil Waschen und Reinigen so anstrengend waren und fast nie zu einem wirklich befriedigenden Ergebnis führten, wusch sie sich nun gar nicht mehr, sondern beschränkte das Waschen auf das Allernotwendigste. [...] Ausser Haus ging sie gar nicht mehr, weil sie „unrein“ war und Angst hatte, andere zu schädigen.

(Althaus et al., 2008, S. 41)

2.3 Diagnosestellung

Nach Zaudig (2011a, S. 15) ist die Diagnose einer Zwangsstörung in vielen Fällen eindeutig zu klären, sofern die Kriterien des DSM-IV-TR bzw. der ICD-10 zutreffen und der Krankheitsverlauf sehr genau analysiert sowie eine ausführliche Anamnese erhoben wird. Reinecker (2009, S. 29) schreibt, dass Zwangssymptome in 90% der Fälle bereits mit einer der drei folgenden Fragen korrekt identifiziert werden können:

- a) *Müssen Sie Ihre Hände immer wieder waschen, obwohl sie sauber sind?*
- b) *Müssen Sie Dinge immer und immer wieder kontrollieren?*

c) Gehen Ihnen häufig unangenehme Gedanken durch den Kopf, die Sie nicht loswerden?

Für eine akkurate Diagnose und eine differenzielle Abgrenzung zu anderen psychischen Störungen ist aber ein strukturiertes Interview unerlässlich. Im deutschen Sprachraum werden vorwiegend das Strukturierte Klinische Interview (SKID-I) für das DSM-IV-TR, Achse I (Wittchen, Wunderlich, Gruschwitz & Zaudig, 1997) sowie das Diagnostische Interview bei Psychischen Störungen (DIPS) (Margraf, Schneider & Ehlers, 1994) eingesetzt (Reinecker, 2009, S. 32). Der Schweregrad und die Ausprägung der Zwangssymptome können zudem zum Beispiel durch die Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS) (Goodman, Price, Rasmussen, Mazure, Fleischmann, Hill et al., 1989) erfasst werden (Voderholzer & Hohagen, 2012, S. 241).

Obwohl die Erkrankung mit gezielten Fragen relativ rasch aufgedeckt werden könnte, blieb sie gemäss einer in Süddeutschland durchgeführten Studie von Wahl, Kordon, Kuelz, Voderholzer, Hohagen und Zurowski (2010, S. 376) in der ambulanten psychiatrischen Versorgung in mehr als 70% der Fälle von den behandelnden Psychiaterinnen und Psychiatern unerkannt, wodurch Betroffene keine adäquate Behandlung erhielten. Die Gründe sehen Wahl et al. (2010, S. 377) einerseits darin, dass Zwangserkrankte aufgrund des hohen Schamgefühls, das mit den Zwängen einhergeht, oft erst auf gezielte Nachfragen hin von ihren Symptomen berichten. Auch Althaus et al. (2008, S. 33-34) erwähnen, dass Betroffene aufgrund der Scham ihre Symptome zu verbergen versuchen und oftmals wegen Begleiterkrankungen wie zum Beispiel depressiven Symptomen professionelle Hilfe aufsuchen, nicht aber wegen der Zwänge an sich. Weiter erwähnen Wahl et al. (2010, S. 377), dass Fachpersonen häufig nicht genug geschult sind oder sich nicht die Zeit nehmen, um mit systematischen Fragen das Vorliegen einer Zwangsstörung aufzudecken.

2.4 Differenzialdiagnose

Wie bereits im Kapitel 2.3 zur Diagnosestellung erwähnt ist die Diagnose einer Zwangsstörung nach Zaudig (2011a, S. 15) in vielen Fällen eindeutig zu klären. Allerdings kommen Zwangsgedanken sowie Zwangshandlungen (oder eine Mischung aus beiden) auch im Rahmen anderer psychischer Erkrankungen vor. In den folgenden Fällen kann eine Abgrenzung besonders schwierig sein.

Zwangsstörung versus Depressionen

Depressive Symptomatik ist bei Zwangsstörungen so häufig, dass es oft schwierig ist zu unterscheiden, ob es sich um eine depressive Episode mit Zwangssymptomen handelt oder um eine Zwangsstörung mit ausgeprägter depressiver Symptomatik (Zaudig, 2011a, S. 17). Zur Abgrenzung kann das Merkmal der Ich-Syntonie herangezogen werden (Lakatos & Reinecker, 2007, S. 29). Depressive Grübeleien sind im Gegensatz zu Zwangsgedanken ich-synton und stimmungskongruent. Betroffene haben keine Distanz zu den Gedankeninhalten, sondern halten diese für begründet und leisten keinen Widerstand.

Zwangsstörung versus Phobien und Generalisierte Angststörung

Die grosse Nähe der Krankheitsbilder macht eine Abgrenzung im Einzelfall oft schwierig, insbesondere dann, wenn es sich um spezifische Phobien handelt wie zum Beispiel die Angst vor einer HIV-Infektion (Althaus et al., 2008, S. 70). Das daraus resultierende Vermeidungsverhalten kann grosse Ähnlichkeit mit Zwängen aufweisen. Als Abgrenzungsmerkmal gilt gemäss Reinecker (2009, S. 11), dass es bei Phobien zu einer passiven Vermeidung kommt (Betroffene suchen bestimmte Situationen nicht auf), während man bei Zwängen auch eine aktive Vermeidung (Beeinflussung einer Situation durch aktives Handeln) antrifft. Die Generalisierte Angststörung kann dadurch abgegrenzt werden, dass sich die Sorgen und Ängste immer um alltägliche Ereignisse wie Familie, Arbeit, Geld etc. drehen, während sich die Inhalte bei Zwangsstörungen oft auf Themen wie Verschmutzung, Religion, Sex oder Aggression beziehen. Zudem werden die Sorgen und Ängste im Gegensatz zu den Zwangsstörungen nicht als unakzeptabel betrachtet und als weniger aufdringlich und ausserhalb der persönlichen Kontrolle liegend erlebt.

Zwangsgedanken versus Wahngedanken

Auch die differenzialdiagnostische Abgrenzung der Zwangsgedanken von Wahngedanken ist nicht immer leicht, insbesondere bei besonders bizarren Zwängen (Zaudig, 2011a, S. 15). Als wesentliches Merkmal kann hier die Frage nach der Ich-Syntonie bzw. Ich-Dystonie herangezogen werden. Zwangsgedanken werden im Allgemeinen als ich-dyston erlebt, sie drängen sich dem Betroffenen unwillkürlich auf und werden als sinnlos und unsinnig betrachtet. Im Unterschied dazu werden Wahngedanken als ich-synton erlebt. Sie zeichnen sich häufig durch die Beziehungslosigkeit zur Realität aus, und der Betroffene ist von der Richtigkeit seiner Vorstellung überzeugt (Zaudig, 2011a, S. 16; Emmelkamp & van Oppen, 2000, S. 9). Selten gibt es gemäss Zaudig (2011a, S. 13) auch Zwangs-

störungen, bei denen die Handlungen oder Gedanken nicht als unsinnig oder fremd erlebt werden (Subtyp „Mangelnde Einsicht“ nach DSM-IV-TR) und eine Distanzierung nicht möglich ist, was eine Abgrenzung zum Wahn besonders schwierig macht.

Zwangsstörung versus Zwangs-Spektrums-Störung

Unter Zwangs-Spektrums-Störungen versteht man gemäss Reinecker (2009, S. 8) weitere psychische Störungen, die eine gewisse Ähnlichkeit mit Zwangsstörungen aufweisen und deshalb ebenfalls differenzialdiagnostisch unterschieden werden müssen. Es handelt sich dabei beispielsweise um somatoforme Störungen, Essstörungen, Impulskontrollstörungen, Tic-Störungen oder sexuelle Störungen. Die einzelnen Abgrenzungsmerkmale sollen hier nicht weiter ausgeführt werden.

2.5 Epidemiologie

Bis in die 1980er-Jahre galt die Zwangsstörung mit einer Lebenszeitprävalenz von 0.5% gemäss Zaudig (2011a, S. 25) als relativ seltene Erkrankung. Die Zahlen wurden anhand von Patientinnen und Patienten in stationären oder ambulanten psychiatrischen Einrichtungen erhoben. In der ersten 1988 auf der Basis des DSM-III durchgeführten epidemiologischen Feldstudie „Epidemiologic Catchment Area Study (ECA)“ in den USA zeigte sich dann allerdings, dass die Lebenszeitprävalenz tatsächlich bei etwa 2.5% lag (Karno et al., 1988; zit. nach Zaudig, 2011a, S. 25). Für den Kanton Zürich sprechen Angst, Gamma, Endrass, Goodwin, Ajdacic, Eich & Rössler (2004, S. 158) aufgrund ihrer Langzeitstudie gar von einer Lebenszeitprävalenz von 3,5%. Gemäss Zaudig (2011a, S. 25) kann man aufgrund verschiedener Studien von einer Lebenszeitprävalenz von 2-3% ausgehen. Die Zahlen sind laut Hudak (2011, S. 3) weltweit in ähnlicher Relation anzutreffen. Somit steht die Zwangsstörung nach den Depressionen, Phobien und Suchterkrankungen an vierter Stelle der psychischen Erkrankungen (Zaudig, 2011a, S. 25). Das Geschlechterverhältnis ist dabei nach Lakatos und Reinecker (2007, S. 18) etwa ausgeglichen, wobei Frauen leicht häufiger davon betroffen sind.

Die epidemiologischen Zahlen widerspiegeln sich allerdings auch heute noch nicht in der psychiatrischen Versorgung. Der Grund liegt gemäss Reinecker (2009, S. 70) hauptsächlich darin, dass lediglich 1-3% aller Zwangserkrankten überhaupt professionelle Hilfe aufsuchen. In einer von Marques, LeBlanc, Weingarden, Timpano, Jenike und Wilhelm (2010, S. 473) durchgeführten Studie mit Zwangserkrankten gaben 58,2% an,

dass sie wegen des hohen Schamgefühls aufgrund der Zwangssymptome keine Therapie in Anspruch nahmen. Für 50,4% stellte die Unsicherheit, wohin sie sich wenden sollten, einen Hinderungsgrund dar. Nicht zuletzt suchten rund 48,9% keine professionelle Hilfe auf, weil sie glaubten, dass eine Therapie nicht funktionieren würde. Bei weiteren 41,6% waren frühere negative Therapieerfahrungen der Hinderungsgrund.

2.6 Verlauf

Die Verlaufsforschung ist gemäss Zaudig (2011a, S. 13) noch rudimentär. Die derzeit längste prospektive Verlaufsstudie stammt von Skoog und Skoog (1999). Sie untersuchten den natürlichen Verlauf der Erkrankung über einen Zeitraum von 47 Jahren. Dabei zeigte sich, dass sie ohne Behandlung in 44% der Fälle chronisch verläuft und in 41% der Fälle episodisch oder intermittierend. Eine vollständige Remission erfolgte lediglich bei 20%. Erste Symptome der Störung treten gemäss Voderholzer und Hohagen (2012, S. 240) häufig bereits in der Kindheit und Jugend auf, zu einer Erstmanifestation kommt es mehrheitlich zwischen dem 20. und 25. Lebensjahr. Da die Erkrankung aber meist schleichend beginnt, weisen Lakatos und Reinecker (2007, S. 19) darauf hin, dass es oftmals nahezu unmöglich ist, retrospektiv zu eruieren, wann die Symptome eine klinische Ausprägung erreicht haben, weshalb Angaben zur Erstmanifestation mit Vorsicht zu betrachten sind.

Unbehandelt haben Zwänge nach Möller, Laux und Deister (2005, S. 129) die Tendenz sich auszubreiten und immer grössere Teile des Tagesablaufs in Anspruch zu nehmen. Gemäss Althaus et al. (2008, S. 35-36) fühlen sich Betroffene mit ausgeprägter Symptomatik den Zwängen unterworfen und haben das Gefühl, kaum mehr etwas selbst entscheiden zu können. Sie sind ständig damit beschäftigt, die mit den Zwangsgedanken einhergehende Angst und Anspannung irgendwie zu minimieren. Mit der Zeit verlieren die Zwangshandlungen ihren neutralisierenden Charakter, wodurch immer mehr Handlungen ausgeführt werden müssen. Die Folge ist gemäss Möller et al. (2005, S. 137) oftmals sozialer Rückzug und Vereinsamung bis hin zu intensiver Verwahrlosung oder körperlichen Schädigungen, beispielsweise bei Waschzwängen. Bei sehr ausgeprägter Symptomatik sehen manche Betroffene den einzigen Ausweg nur noch im Suizid.

2.7 Komorbidität

Zwangsstörungen gehen sehr häufig mit anderen psychischen Erkrankungen einher, wobei gemäss Reinecker (2009, S. 10) grundsätzlich so gut wie alle anderen Formen psychischer Erkrankungen auftreten können. Einige treten aber besonders häufig auf und sollen deshalb nachfolgend kurz beschrieben werden.

Depressionen

Die Diagnose einer Depression ist nach Zaudig (2011a, S. 18) die häufigste Zweitdiagnose bei Zwangserkrankten. Gemäss einer Studie von Quarantini, Rodrigues Torres, Sampaio, Fossaluza, de Mathis, do Rosário et al. (2011, S. 388) ist von einer Punktprävalenz von 32% und einer Lebenszeitprävalenz von rund 67,5% auszugehen. Liegen beide Erkrankungen vor, so sind die Zwangssymptome zahlreicher und schwerwiegender als bei einer alleinigen Zwangsstörung. Die Depressionen haben nach Lakatos und Reinecker (2007, S. 20) in den meisten Fällen mit der Demoralisierung und Resignation gegenüber der Zwangssymptomatik zu tun.

Angststörungen

Angststörungen sind gemäss Emmelkamp und van Oppen (2000, S. 13) ebenfalls eine häufige Zweitdiagnose bei Zwangsstörungen. Die höchste Komorbiditätsrate weist dabei laut einer Studie von Brakoulias, Starcevic, Sammut, Berle, Milicevic, Moses et al. (2011, S. 153) die generalisierte Angststörung mit einer Punktprävalenz von 35% auf, gefolgt von spezifischen Phobien mit 27% sowie der sozialen Phobie mit 22% und der Panikstörung mit 19%.

Persönlichkeitsstörungen

Gemäss Lakatos und Reinecker (2007, S. 23) liegt bei ca. 50% der Zwangserkrankten gleichzeitig eine Persönlichkeitsstörung vor. Am häufigsten handelt es sich laut einer Studie von Ruppert, Zaudig und Konermann (2007, S. 103) um eine Erkrankung aus dem Cluster C (abhängig, ängstlich-vermeidend und anankastisch), gefolgt von Cluster B (antisozial, borderline, histrionisch und narzisstisch) und zuletzt Cluster A (paranoid, schizoid und schizotyp). Besonders zu erwähnen gilt hier die anankastische Persönlichkeitsstörung. Obwohl gemäss Zaudig (2011b) die Meinung besteht, „dass Patienten mit Zwangsstörung zumindest auch einen zwanghaften Charakter haben, wenn nicht sogar eine prämorbid anankastische Persönlichkeitsstörung“, weisen alle derzeit

vorliegenden Untersuchungen darauf hin, dass kein direkter Zusammenhang zwischen den beiden Erkrankungen besteht (S. 296).

Alkoholabhängigkeit

Sucht und Abhängigkeit treten ebenfalls nicht selten mit einer Zwangsstörung auf. Sie entwickeln sich gemäss Althaus et al. (2008, S. 74) oft schleichend durch den „Selbstbehandlungsversuch“, den Zwängen mit Hilfe von Medikamenten oder Alkohol Herr zu werden. Laut einer Studie von Gentil, de Mathis, Torresan, Diniz, Alvarenga, do Rosário et al. (2009, S. 174) liegt in rund 7,5% der Fälle neben einer Zwangsstörung auch eine Alkoholabhängigkeit vor.

3 Ätiologie

Auch heute gibt es gemäss Hoffmann, Barnow und Grabe (2008, S. 66) noch kein einheitliches Modell zur Erklärung der Entstehung von Zwangsstörungen. Einig ist man sich aber darüber, dass verschiedene Einflussfaktoren zusammenwirken. So werden psychologische, genetische, neurobiologische und neurophysiologische Ansätze diskutiert. Der älteste psychologische Erklärungsansatz stellt gemäss Sonnenmoser (2003) das psychoanalytische Konzept von Freud dar, das von einem „Abhängigkeits-versus-Autonomie-Konflikt“ ausgeht, „in dem das Ich zwischen triebhaften Ich-Impulsen und rigiden Über-Ich-Vorstellungen vermitteln muss“ (S. 267). In den 1960er-Jahren rückten lerntheoretische und kognitive Konzepte in den Vordergrund (Althaus et al., 2008, S. 88). Diese beiden Ansätze zählen nach Voderholzer und Hohagen (2012, S. 242) bis heute zu den favorisierten und plausibelsten Erklärungsmodellen und werden deshalb in den folgenden beiden Unterkapiteln dargestellt.

3.1 Lerntheoretisches Modell

Nach Lakatos und Reinecker (2007, S. 24) stellt das 2-Faktoren-Modell von Mowrer, das 1947 ursprünglich zur Erklärung von Phobien entwickelt wurde, das klassische Ätiologiemodell bei Zwängen dar. Es beschreibt die Entstehung und Aufrechterhaltung der Zwänge in einem zweistufigen Lernprozess anhand der klassischen und operanten Konditionierung.

In einer ersten Stufe wird gemäss Lakatos und Reinecker (2007, S. 24) eine ursprünglich neutrale Situation (z. B. Schmutz) durch eine Koppelung mit einem traumatischen Ereignis angstauslösend (1. Faktor, Entstehung der Symptomatik durch klassische Konditionierung). Um die nun mit der Situation verbundene Angst zu reduzieren oder die Angstreaktion zukünftig ganz zu umgehen, werden in einer zweiten Stufe bestimmte Verhaltensweisen (z. B. Händewaschen) ausgeführt, die sich als angstreduzierend bewähren und deshalb stabilisiert werden (2. Faktor, Aufrechterhaltung der Symptomatik durch operante Konditionierung). Das Verhalten wird dadurch negativ verstärkt. Nach diesem Modell stellen Zwänge somit ein konditioniertes Vermeidungsverhalten dar. Dieses findet dabei gemäss Emmelkamp und van Oppen (2000, S. 6) im Gegensatz zu Phobien nicht nur passiv (vermeiden der Situation an sich), sondern durch das Ausführen der Zwangshandlungen typischerweise auch aktiv statt.

Die Aufrechterhaltung der Zwänge kann gemäss Lakatos und Reinecker (2007, S. 24) durch dieses Modell sehr gut erklärt werden. Nicht ausreichend erklärt werden kann allerdings die Entstehung der Erkrankung. Lakatos und Reinecker sprechen davon, dass sich bei vielen Betroffenen kein tatsächlich traumatisches Ereignis finden lässt, das als Faktor im Sinne der klassischen Konditionierung bei der Entstehung der Zwänge eine Rolle gespielt haben könnte. Es sind eher Zusammenhänge mit allgemein schwierigen oder konflikthaften Lebensbedingungen anzutreffen.

3.2 Kognitives Modell

Die Rolle der Kognitionen (geistige Prozesse wie Denken, Schlussfolgern, Erinnern und Planen) bei der Entstehung von Zwängen wird laut Althaus et al. (2008, S. 94) seit rund 20 Jahren stärker betrachtet. Damit wird gemäss Reinecker (2009) „dem Umstand Rechnung getragen, dass sich klassisch lerntheoretische und kognitionspsychologische Prinzipien nicht strikt voneinander abgrenzen lassen“ (S. 18). Auch Zaudig (2011a, S. 29) erwähnt, dass in Konditionierungsprozessen immer auch gedankliche Prozesse eine Rolle spielen und gedankliche Prozesse gleichzeitig untrennbar mit Verhaltensprozessen verknüpft sind.

Wohl einer der ersten, der ein detailliertes kognitives Modell der Zwangsstörung ausarbeitete, war Paul Salkovskis (1985). Seine Beobachtung war, dass Zwangshandlungen vor allem das Ergebnis negativer Bewertungen von unangenehmen, aber harmlosen aufdringlichen Gedanken (und Bildern) sind (Althaus et al., 2008, S. 95). Gemäss Salkovskis und Harrison (1984; zit. nach Wahl et al., 2007, S. 250) treten solche Gedanken

und Bilder bei 90% aller Menschen auf und gehören zum normalen Gedankenablauf. Zu einem Problem werden sie nach Althaus et al. (2008, S. 97-98) erst dann, wenn sie als enorm negativ, unzulässig und verwerflich bewertet werden und Unruhe und Angst auslösen. So kann einem Zwangserkrankten beispielsweise aufgrund seiner hohen moralischen Ansprüche der Gedanke „Ich könnte beim Autofahren jemanden auf der Strasse übersehen“ als derart gefährlich erscheinen, dass er diesen insofern fehlinterpretiert, als bestünde tatsächlich jederzeit die Gefahr einen anderen Menschen zu überfahren. Er versucht daraufhin mittels Zwangshandlungen den negativen Gedanken zu neutralisieren um die Angst und Anspannung zu lindern.

4 Psychotherapie der Zwangsstörung

Bis in die 1960er-Jahre galten Zwangsstörungen gemäss Hedlund (2005, S. 143) als praktisch unbehandelbar. Der entscheidende Durchbruch gelang erst Mitte jenes Jahrzehnts mit der Entwicklung und Ausdifferenzierung der Verhaltenstherapie und der kognitiven Methoden. Heute gilt die Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) mit Exposition mit Reaktionsmanagement (ERM) gemäss Voderholzer et al. (2011, S. 276) aufgrund ihrer Evidenzbasierung als die Psychotherapiemethode der ersten Wahl, wobei ERM nach Lakatos und Reinecker (2007, S. 62) auf der technischen Ebene das zentrale Element darstellt. Mit diesem Therapieansatz kann nach Külz und Voderholzer (2011, S. 308) bei rund 60-70% der Betroffenen eine mindestens 35%ige Besserung der Zwangssymptomatik erreicht werden. Eine völlige Symptombefreiheit tritt allerdings gemäss Althaus et al. (2008, S. 127) nur bei einer Minderheit der Betroffenen ein. Es bleibt mehrheitlich eine Restsymptomatik bestehen, die aber keineswegs mehr mit jener vor der Psychotherapie vergleichbar ist. Rasche Erfolge sind zudem gemäss Voderholzer et al. (2011, S. 274) nicht zu erwarten. Ein Grund liegt darin, dass laut Reinecker (2009, S. 75) im Schnitt rund 7 bis 10 Jahre vergehen, bis Zwangserkrankte sich in eine Therapie begeben, wodurch es zu einer Verfestigung der Symptomatik kommt, was eine Veränderung immer schwieriger macht.

4.1 Kognitive Verhaltenstherapie

Die Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) geht nach Althaus et al. (2008) davon aus, dass „eine Vielzahl von Verhaltens- und Denkweisen nicht zufällig entstehen, sondern im Rahmen spezifischer Entstehungsbedingungen ‘gelernt’ wurden“ (S. 118). Dabei spielt

Modelllernen, klassische und operante Konditionierung eine zentrale Rolle (ausführlich beschrieben im Kapitel 3 zu den Ätiologiemodellen in dieser Arbeit). Eine verhaltenstherapeutische Behandlung zielt deshalb im weitesten Sinne darauf ab, mit Betroffenen neue Lern- und Erfahrungsfelder zu entwickeln, welche ihnen ermöglichen, sich effektive Bewältigungsstrategien von Problemen anzueignen. Nach Fischer und Freyberger (2008) soll ihnen durch verschiedene Verfahren geholfen werden, „ihre Kompetenz zu verbessern und ein Höchstmass an Symptomkontrolle zu erreichen“ (S. 28). Mittlerweile gibt es innerhalb der KVT Leitlinien für das konkrete praktische Vorgehen bei der Behandlung von Zwangsstörungen. Dazu gehören zum Beispiel das in dieser Arbeit oft zitierte Therapiemanual von Lakatos und Reinecker (2007) oder die Practice-Guidelines der American Psychiatric Association (Koran, Hanna, Hollander, Nestadt und Blair Simpson, 2007).

Kognitiv orientierte und verhaltensorientierte Interventionen lassen sich gemäss Wahl et al. (2007, S. 252) nicht strikt voneinander trennen, sie sind in der Praxis eng miteinander verknüpft. Der Übersicht halber werden sie in den nachfolgend beiden Unterkapiteln 4.2 und 4.3 aber getrennt dargestellt.

4.2 Kognitive Interventionen

Reinecker (2009, S. 35) erwähnt, dass ohne die Veränderung von kognitiven Schemata von Zwangserkrankten keine stabile Veränderung der Problematik zu erwarten ist. Besonders in den vergangenen Jahren wurde den kognitiven Aspekten gezielt Aufmerksamkeit gewidmet (S. 47). In erster Linie geht es dabei darum, die der Erkrankung zugrunde liegenden dysfunktionalen Grundannahmen zu verändern (Lakatos & Reinecker, 2007, S. 62). Gemäss der Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (OCCWG) (2001; zit. nach Wahl et al., 2007, S. 252) handelt es sich dabei typischerweise um Verzerrungen in den in Tabelle 1 aufgeführten sechs Bereichen:

Tabelle 1: Sechs Bereiche kognitiver Verzerrungen bei Zwangserkrankten

Bereich	Beispiel
Überverantwortlichkeit	Einfluss auf etwas = Verantwortung für etwas: z. B. „Eine Katastrophe nicht zu verhindern ist genauso schlimm, wie eine Katastrophe herbeizuführen.“
Perfektionismus	„Makellosigkeit bestimmt den Wert von Objekten.“
Gefahrenüberschätzung	„Eine Schnittverletzung ist eine Katastrophe wegen der

	hohen Wahrscheinlichkeit einer Blutvergiftung.“
Kontrolle von Gedanken	„An eine Tat zu denken ist genauso schlimm wie sie auszuführen.“
Wichtigkeit von Gedanken	„Wenn ich diesen Gedanken habe, dann bedeutet das, dass ich will, dass es passiert.“
Intoleranz gegenüber Unsicherheit	„Ich muss bei allem, was ich tue, über die Konsequenzen Bescheid wissen.“

Heute stehen verschiedene kognitive Techniken zur Verfügung, weshalb es gemäss Zaudig (2011a, S. 37) nicht mehr sinnvoll ist, von der Kognitiven Therapie zu sprechen. Er erwähnt zum Beispiel Ansätze der Rational-Emotiven Therapie nach A. Ellis oder dem Modell nach A. T. Beck, die hier nicht weiter ausgeführt werden sollen. Neben diesen Ansätzen wurden auch spezifische kognitive Strategien für die Behandlung von Zwangsstörungen entwickelt, beispielsweise von Reinecker und Lakatos (2007) oder Wilhelm und Steketeer (2006).

4.3 Verhaltenstherapeutische Intervention: Exposition mit Reaktionsmanagement

Wie bereits einleitend zu Kapitel 4 erwähnt, stellt das Verfahren der ERM auf technischer Ebene das zentrale Element bei der psychotherapeutischen Behandlung von Zwängen dar (Lakatos & Reinecker, 2007, S. 62). Die dafür im angloamerikanischen Raum übliche Bezeichnung „Exposure Response Prevention“, kurz ERP, wurde im deutschen Sprachraum als „Exposition mit Reaktionsverhinderung“ übernommen. Hand (1993, S. 62) erwähnt, dass diese Bezeichnung irreführend ist. Bei einer Exposition wird nicht „die Gesamtreaktion auf den die Symptomatik auslösenden Reiz – bestehend aus motorischen, kognitiven, emotionalen und physiologischen Reaktionsvariablen – verhindert, sondern lediglich die Teilreaktion des motorischen bzw. kognitiven Vermeidungsverhaltens“ (S. 62). Mit der während der Übung durch die Reaktionsverhinderung einhergehenden Intensivierung der vor allem emotionalen und psychophysiologischen Reaktionen soll unter der Anleitung der Psychotherapeutin oder des Psychotherapeuten ein neuer Umgang gelernt werden. Sie oder er bittet gemäss Wahl et al. (2007, S. 257) den Patienten oder die Patientin beispielsweise, sich auf die Situation zu konzentrieren und Gedanken und Gefühle mitzuteilen, fragt regelmässig die Intensität der Angst und Anspannung ab, erkundigt sich nach körperlichen Symptomen und unterstützt die Emotionsbewältigung durch Validierung und die Ermutigung, diese zuzulassen. Hand (1993, S. 62) schlägt

deshalb die Bezeichnung „Exposition mit Reaktionsmanagement“ vor. Obwohl in der Literatur nach wie vor beide Bezeichnungen anzutreffen sind, wird in dieser Arbeit einheitlich nur jene von Hand (1993) verwendet.

4.3.1 Prinzip von Exposition mit Reaktionsmanagement

Das Prinzip von Exposition mit Reaktionsmanagement basiert nach Neudeck und Wittchen (2005, S. 9) auf dem lerntheoretischen 2-Faktoren-Modell von Mowrer, welches die Aufrechterhaltung der Zwänge durch Vermeidungsverhalten erklärt (ausführliche Beschreibung des Modells in Kapitel 3 dieser Arbeit). Konkret bedeutet dies gemäss Emmelkamp und van Oppen (2000, S. 58), dass sich Betroffene ganz bewusst mit jenen Situationen konfrontieren, die bei ihnen Angst und Unruhe auslösen, ohne dass sie die gewohnten angstreduzierenden Zwangshandlungen ausführen dürfen. Dadurch erleben sie, dass die befürchtete Katastrophe nicht eintritt, und dass Angst und Unruhe entgegen ihren Erwartungen auch ohne das Ausführen der gewohnten Zwangshandlung nicht ins Unermessliche steigen, sondern allmählich automatisch nachlassen (Barnow, Hoffmann & Grabe, 2008, S. 72). Man spricht in diesem Zusammenhang von einer sogenannten „Habituation“, einer Gewöhnung an die schwierige Situation. Dadurch erreicht man gemäss Neudeck und Wittchen (2005, S. 9) eine „forcierte Löschung“ der mit der Situation verbundenen Angst und Unruhe. Eine solche Übung könnte nach Hoffmann et al. (2008, S. 72) beispielsweise darin bestehen, dass eine Zwangspatientin ihre Strassenkleider bei der Rückkehr ins Haus nicht wechseln darf und sich mit dieser Kleidung so lange im Wohnzimmer aufhalten muss, bis die Anspannung deutlich nachgelassen hat. Solche Übungen stellen selbstverständlich kein Standardprogramm dar, sondern müssen individuell auf die Probleme der einzelnen Betroffenen angepasst werden. Abbildung 1 zeigt den Angstverlauf während einer Expositionsübung.

Speziell erwähnt werden soll an dieser Stelle die Behandlung von reinen Zwangsgedanken, bei denen es zu keinen Zwangshandlungen kommt und jene, bei denen die Handlungen nur auf kognitiver Ebene stattfinden. Sie stellen nicht nur in diagnostischer, sondern gemäss Reinecker (2009, S. 7) vor allem in therapeutischer Hinsicht eine besondere Herausforderung dar, da die Gedanken nur von der Person selbst beobachtbar sind. Bei Zwangshandlungen auf der kognitiven Ebene liegt die Schwierigkeit darin, dass bei einer Expositionsübung das Unterlassen der Zwangshandlungen nur vom Patienten oder der Patientin selbst kontrolliert werden kann, nicht aber von der Psychotherapeutin oder dem

Psychotherapeuten (Wahl et al., 2007, S. 258). Das Vorgehen ist ansonsten das gleiche wie bei beobachtbaren Zwangshandlungen. Bei reinen Zwangsgedanken würde eine Expositionsübung laut Reinecker (2009, S. 55) beispielsweise in der monotonen Konfrontation mit den Gedanken ab Tonband oder im Aufsuchen von Situationen, die die Gedanken hervorrufen, bestehen. Letzteres gilt auch für Zwangsgedanken, die nicht situationsgebunden auftreten.

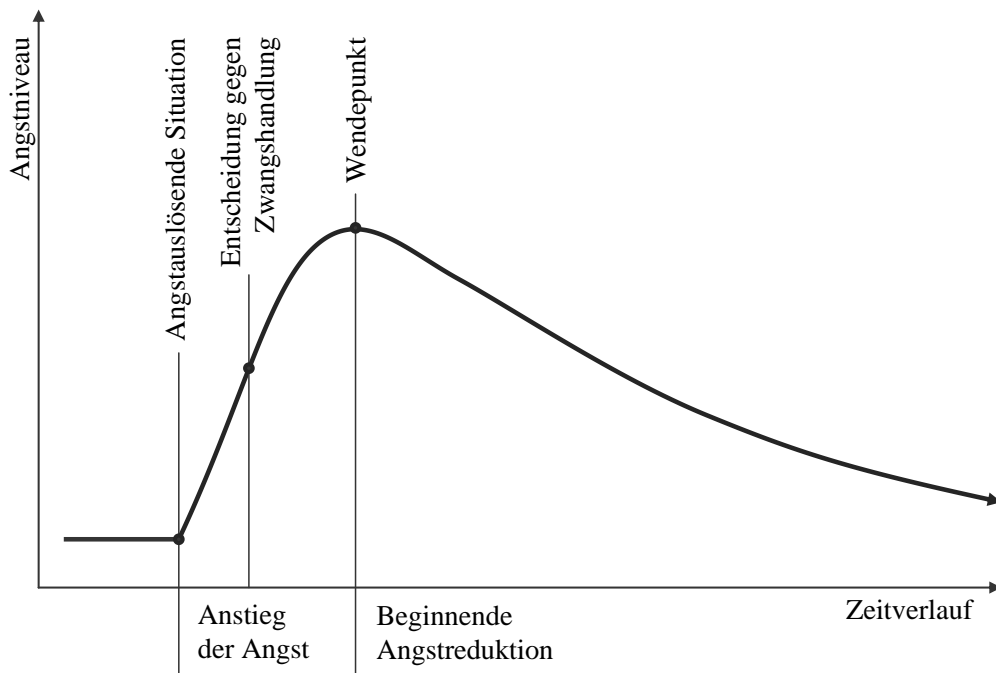


Abbildung 1: Angstverlauf während einer Expositionsübung
(In Anlehnung an Rufer & Fricke, 2009, S. 82)

4.3.2 Durchführungsmodalitäten

Bei der konkreten Anwendungsform von ERM gibt es verschiedene Varianten. So kann die Durchführung entweder in vivo oder in sensu, massiert oder graduiert, therapeuten- bzw. therapeutinnenbegleitet oder in Eigenregie erfolgen.

Unter ERM in vivo versteht man gemäss Neudeck und Wittchen (2005, S. 9) jene Übungen, die in der Realität erfolgen. Findet ERM in der Vorstellung statt, so spricht man von in sensu. Nach Lakatos und Reinecker (2007, S. 74) stellen Übungen in vivo generell die bessere Variante dar, da sie über den grösstmöglichen Realitätscharakter verfügen. Insbesondere bei Problemen, die ausschliesslich im häuslichen Bereich eines Zwangserkrankten auftreten, ist es unumgänglich, Expositionen in dessen Wohnung selbst durchzuführen. Übungen in sensu können dort notwendig sein, wo diese aus praktischen

Gründen in der Realität schwierig durchzuführen sind (z. B. bei einer Kontaminierungsangst bei überfahrenen Tieren) (S. 86).

Von einer massierten ERM spricht man gemäss Neudeck und Wittchen (2005, S. 9) dann, wenn Betroffene gleich zu Beginn der Übungen mit den am stärksten Angst auslösenden Reizen konfrontiert werden (auch Flooding oder Reizüberflutung genannt). Ein graduiertes Vorgehen bedeutet hingegen, dass mit einem in einer zuvor erstellten Angsthierarchie weniger angstausslösenden Reiz begonnen wird und ein langsamer Anstieg erfolgt. Während massierte Expositionen nach Lakatos und Reinecker (2007, S. 74) zwar rascher sind im Vergleich zu graduierten, sind sie gleichzeitig belastender für die Patientinnen und Patienten, wodurch es häufiger zu Abbrüchen kommt. Zwar ist ersteres Vorgehen gemäss Külz und Voderholzer (2011, S. 310) etwas effektiver, birgt aber auch eine höhere Gefahr innerer Vermeidungsstrategien und ist oftmals mit einer niedrigeren Compliance verbunden. Während Hedlund (2005, S. 145) auf Grund von Erfahrung und ethischen Überlegungen vorschlägt, immer graduiert vorzugehen, erachten es Lakatos und Reinecker (2007, S. 74) für günstiger, Betroffenen die Entscheidung selbst zu überlassen, da sich dies positiv auf die wahrgenommene Kontrolle über die Situation auswirkt. Die heutigen Leitlinien sehen aber ebenfalls die graduierte Form vor (Voderholzer & Hohagen, 2012, S. 244).

Die ersten Expositionsübungen sollten einerseits gemäss Reinecker (2009, S. 42) aus technischen Gründen immer in Begleitung der Psychotherapeutin oder des Psychotherapeuten erfolgen, damit sichergestellt ist, dass diese korrekt durchgeführt werden. Andererseits erwähnen Külz und Voderholzer (2011, S. 312), dass Betroffene anfangs Unterstützung brauchen, um sich überhaupt den Vermeidungsstrategien widersetzen zu können. Allmählich sollte die Planung und Durchführung von ERM dann von den Patientinnen und Patienten selber übernommen werden, da sich dies gemäss Lakatos und Reinecker (2007, S. 74) positiv auf das Selbstmanagement auswirkt. Zudem ist es in Bezug auf die Stabilisierung der Veränderung sowie der Generalisierung gemäss Reinecker (2009, S. 42) wichtig, dass Betroffene im Verlaufe des Prozesses auch zwischen den Therapiesitzungen üben und ERM in Eigenregie im Sinne von Hausaufgaben durchführen.

In Bezug auf die ideale Frequenz der Therapiesitzung lassen sich gemäss Külz und Voderholzer (2011, S. 312) bislang keine endgültigen Aussagen machen. Verschiedene Autoren erachten es allerdings aus lerntheoretischen Überlegungen als wichtig, dass die

Behandlungseinheiten in der Anfangsphase in möglichst hoher Frequenz erfolgen, sprich mehr als eine Sitzung pro Woche stattfindet (Voderholzer, Schlegl & Külz, 2011, S. 276; Reinecker, 2009, S. 42). Dies verlangt eine gewisse Flexibilität der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Flexibilität ist zudem auch in Bezug auf die Sitzungsdauer gefordert. Es ist gemäss Ambühl (2005, S. 73) zentral, dass Betroffene so lange in den für sie schwierigen Situationen bleiben, bis die Angst und die Unruhe deutlich abgenommen haben. Eine Expositionsübung darf auf keinen Fall beendet werden, wenn noch ein hohes Angstniveau besteht. Da die Habituationsgeschwindigkeit unterschiedlich lange ist – gemäss Emmelkamp und van Oppen (2000, S. 58) tritt die Habituation im Allgemeinen zwischen 90 und 120 Minuten ein – ist eine Therapiestunde allein nicht ausreichend.

4.3.3 Voraussetzungen für einen erfolgreichen Verlauf

Eine erste entscheidende Voraussetzung für den erfolgreichen Verlauf von ERM bildet gemäss Voderholzer (2011, S. 274) der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung. Betroffene geben während den Übungen die normalerweise durch die Zwangshandlungen erzielte Sicherheit und Kontrolle auf, was gemäss Lakatos und Reinecker (2007) bedingt, dass „die Klientin ersatzweise aus der therapeutischen Beziehung so viel Halt und Sicherheit schöpfen [kann]“, dass sie zur Aufgabe der sicherheitsbietenden Zwangshandlungen bereit ist (S. 43). Um das Vertrauen von Betroffenen zu gewinnen, sollten Therapierende von Anfang an demonstrieren, dass ihnen die Problematik vertraut ist, und sie über die bizarren oder skurril anmutenden Verhaltensweisen und Vorstellungen nicht erstaunt oder erschreckt sind. Die Beziehungsgestaltung ist allerdings nicht immer einfach. Laut Lakatos und Reinecker (2007, S. 44) gelten gerade Zwangserkrankte im Spektrum von Patientinnen und Patienten mit psychischen Störungen als „schwierig“. Einer der Gründe liegt darin, dass mehr als die Hälfte der Betroffenen gleichzeitig auch die Kriterien einer Persönlichkeitsstörung erfüllen. Auch kann es vorkommen, dass „Klientinnen, die sich infolge einer übermässigen Sensibilisierung gegenüber jeder Art von empfundener Beschneidung ihrer Autonomie ständig in Machtkämpfe verwickeln“ (S. 44). An dieser Stelle soll auch der Aspekt der Motivation erwähnt werden, welcher für Therapierende ebenfalls eine grosse Herausforderung darstellen kann. Patientinnen und Patienten stehen der Behandlung gemäss Wahl et al. (2007) in der Regel ambivalent gegenüber. „Sie wünschen sich zwar eine Abnahme der Zwangssymptomatik, aber Nicht-Neutralisieren bedeutet in ihren Augen ein extremes Risiko, dass sie nur zögerlich bereit sind einzugehen“ (S. 255). Deshalb werden sie nach Lakatos und Reinecker (2007, S. 47)

zunächst oft mehr oder weniger zäh an den Zwängen festhalten. Andererseits sind die Zwänge für viele ein wichtiger Teil ihrer Identität. Nicht zuletzt haben viele Patientinnen und Patienten eine lange Kette von Behandlungsversuchen hinter sich, was sie demoralisiert, verzweifelt und skeptisch werden lässt, ob Veränderung denn überhaupt noch zu erwarten ist (S. 45). Trotzdem können sich Betroffene gemäss Voderholzer et al. (2011, S. 274) durchaus als sehr kooperative und engagierte Patientinnen und Patienten erweisen, wenn es gelingt, eine stabile therapeutische Beziehung aufzubauen.

Neben dem Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung ist es gemäss Reinecker (2009, S. 40) wichtig, dass ERM gut in die Gesamttherapie eingebettet wird und eine fundierte Vorbereitung stattfindet. Dazu gehören gemäss Voderholzer und Hohagen (2012, S. 244) folgende Komponenten: die Psychoedukation, die Erarbeitung eines plausiblen individuellen Erklärungsmodells der Störung (Grundlage dazu bilden die Ätiologiemodelle der KVT), eine Motivationsanalyse, eine ausführliche Verhaltens- (Protokollieren der Zwänge) und Funktionsanalyse (welche Bedeutung haben die Zwänge intrapsychisch und interpersonell), eine Zielanalyse sowie die Hierarchisierung der Zwangssymptomatik (Rangfolge der Zwänge nach Intensität des Unbehagens oder der Angst, Anspannung, Ekel). Althaus et al. (2008, S. 150) fügen an, dass es zudem zentral ist, dass Betroffene vor der ersten Durchführung einer Exposition wirklich verstanden haben, warum ein solches Vorgehen sinnvoll ist, wie es genau abläuft und welche Konsequenzen zu erwarten sind. Erst dadurch sind sie überhaupt bereit, sich auf das Verfahren einzulassen.

4.4 Pharmakotherapie

Obwohl die Pharmakotherapie gemäss Voderholzer et al. (2011, S. 276) aufgrund ihrer Evidenzbasierung neben der KVT ebenfalls zur Behandlungsmethode der ersten Wahl zählt, soll sie hier nur kurz erwähnt werden. Gemäss Hoffmann et al. (2008, S. 69) werden Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) eingesetzt. Diese wurden ursprünglich als Antidepressiva entwickelt und greifen in den Stoffwechsel des Serotonins ein, das als Botenstoff an der Impulsübertragung im Gehirn beteiligt ist. Die Behandlung mit SSRIs muss gemäss Wahl et al. (2005, S. 169) aber immer als additive Behandlung zur KVT betrachtet werden. Eine reine Pharmakotherapie weist nach Absetzen der Medikamente eine Rückfallquote von ca. 80-90% auf (Voderholzer & Hohagen, 2012, S. 246). Ob eine kombinierte Behandlung sinnvoll ist, lässt sich gemäss Lakatos und Reinecker (2007, S. 34-35) nur im Einzelfall entscheiden. Voderholzer et al. (2011, S. 276) sehen eine

Indikation mit SSRIs bei im Vordergrund stehenden Zwangsgedanken, bei komorbider Depression sowie ungenügendem Ansprechen auf alleinige Psychotherapie und sehr schwerer Zwangssymptomatik als angebracht.

5 Stand der Forschung

Obwohl ERM in unterschiedlicher Form eingesetzt werden kann, gibt es heute Leitlinien zur konkreten Durchführungsmodalität (z. B. Lakatos & Reinecker, 2007; Koran et al., 2007). Nach diesen sollte ERM wie in Kapitel 4 ausführlich beschrieben graduiert, in vivo und zu Beginn der Psychotherapie während Doppelstunden in Begleitung des Psychotherapeuten oder der Psychotherapeutin erfolgen (meistens sind dabei Hausbesuche angezeigt), idealerweise mehr als einmal pro Woche. Wichtig ist zudem, dass Betroffene auch Übungen in Eigenregie zwischen den Therapiesitzungen als Hausaufgaben durchführen.

Es gibt nur sehr wenige Studien, in denen ausschliesslich in Bezug auf die Zwangsstörung untersucht wurde, in welcher Form Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ERM in der Praxis tatsächlich durchführen. Eine davon ist jene von Külz, Hassenpflug, Riemann, Linster, Dornberg und Voderholzer (2010). Sie führten eine anonyme Befragung unter Verhaltenstherapeutinnen und Verhaltenstherapeuten in ambulanter Praxistätigkeit in Süddeutschland durch. Die Ergebnisse zeigten, dass nur 20% der Befragten immer graduiert vorgehen und rund 17,5% ganz auf ERM in vivo verzichteten. Weiter führten nur 6% immer auch begleitete Übungen ausserhalb des Therapieraumes durch, wobei es sich lediglich in 1,3% der Fälle um Hausbesuche handelte. Zudem reservierten sich weniger als 2% immer eine Doppelstunde. In Bezug auf die Sitzungsintervalle gaben 54,2% an, dass sie ihre Patientinnen und Patienten meistens nur einmal pro Woche sahen. Mit Hausaufgaben arbeiteten nur 20,8% immer. Külz et al. (2010, S. 199) vermutet, dass vor allem ein Mangel an zeitlicher und räumlicher Flexibilität dazu führte, dass Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten von den Leitlinien abwichen.

Auch Böhm, Förstner, Külz und Voderholzer (2008) untersuchten die Versorgungsrealität in Deutschland, allerdings anhand eines strukturierten Interviews mit Patientinnen und Patienten in ambulanter wie auch stationärer Behandlung. Die Zahlen zeigten ein ähnliches Bild wie bei Külz et al. (2010). So verzichteten gemäss den Aussagen von Betroffenen ebenfalls 17,6% der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auf ERM in vivo und

gar in 23,5% der Fälle wurden keine Übungen ausserhalb des Therapieraumes durchgeführt. Auch begleitete ERM fanden mit einem Durchschnitt von 1,5-mal pro Therapie nur sehr selten statt, in der Wohnung sogar nur 0,35-mal. Der grösste Unterschied ergab sich bezüglich der graduierten Vorgehensweise sowie der Sitzungsdauer und der Hausaufgaben. Hier gaben 64,7% an, dass ERM immer in graduierter Form erfolgte, für die Übungen aber in knapp 71% der Fälle keine Doppelstunden geplant wurden. 17,6% der befragten Patientinnen und Patienten mussten zudem keine Hausaufgaben durchführen. Über mögliche Gründe, die zu diesen Abweichungen von den Leitlinien geführt haben könnten, äussern sich Böhm et al. (2008) nicht.

Dass für einen erfolgreichen Verlauf von ERM nicht nur die korrekte Anwendungsform entscheidend ist, sondern auch eine vertrauensvolle therapeutische Beziehung und die Motivation der Patientinnen und Patienten sowie die fundierte Vorbereitung (z. B. Erarbeitung eines individuellen Erklärungsmodells, ausführliche Verhaltens- und Funktionsanalyse, Hierarchisierung der Zwangssymptomatik etc.), wird von verschiedenen Autoren erwähnt (Voderholzer & Hohagen, 2012; Voderholzer, 2011; Reinecker, 2009). Inwieweit diese Voraussetzungen tatsächlich als mögliche Prädiktoren für einen erfolgreichen Therapieverlauf betrachtet werden können, wurde bislang in keiner Studie untersucht. Gemäss Külz und Voderholzer (2011, S. 315) sind zwar in den Leitlinien der American Psychiatric Association Prädiktoren für einen geringeren Behandlungserfolg zu finden, diese beziehen sich aber auf Patientenvariablen. Auch Untersuchungen zu den Erfahrungen, die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit den oben erwähnten Voraussetzungen machen, liegen bisher nicht vor.

II EMPIRISCHER TEIL

In den folgenden Kapiteln wird die zur Beantwortung der interessierenden Forschungsfragen zugrundeliegende qualitative Untersuchung vorgestellt. Einleitend werden die Zielsetzung der Untersuchung und die beiden Fragestellungen sowie der Untersuchungsplan erläutert. Danach folgt eine detaillierte Beschreibung der Stichprobe und des konkreten methodischen Vorgehens bei der Datenerhebung, -aufbereitung und -auswertung. In einem nächsten Kapitel werden die gewonnenen Daten dargestellt. Die Diskussion mit der Interpretation der Ergebnisse, der kritischen Auseinandersetzung mit dem methodischen Vorgehen sowie dem Fazit und weiterführenden Überlegungen schliessen die Arbeit ab.

6 Forschungsgegenstand und methodisches Vorgehen

6.1 Ausgangslage und Fragestellung

Ein erster Forschungsgegenstand der vorliegenden Arbeit basiert auf den in Deutschland durchgeführten Studien von Külz et al. (2010) und Böhm et al. (2008), die aufzeigen, dass das Verfahren der Exposition mit Reaktionsmanagement (ERM) bei der Behandlung von Zwängen von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten oftmals nicht den Leitlinien entsprechend eingesetzt wird. Zu den Gründen, die zu den Abweichungen geführt haben, geben die Studien keinen Aufschluss. Vermutet wird von Külz et al. (2010), dass ein Mangel an zeitlicher und räumlicher Flexibilität ausschlaggebend gewesen sein könnte. Das Ziel dieser Arbeit besteht deshalb darin, die Durchführungsmodalität von ERM in der Schweiz sowie die Gründe, die zu einer allfälligen Abweichung von den Leitlinien geführt haben, zu untersuchen. Die Hauptfragestellung lautet somit:

Hauptfragestellung:

In welcher Durchführungsmodalität wenden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten das Verfahren der Exposition mit Reaktionsmanagement (ERM) in der ambulanten verhaltenstherapeutischen Praxis bei der Therapie von Zwangsstörungen an und welche Gründe liegen bei einer allfälligen Abweichung von den Leitlinien vor?

Der zweite Forschungsgegenstand basiert auf den von verschiedenen Autoren erwähnten wichtigen Voraussetzungen für einen erfolgreichen Verlauf von ERM. Für Voderholzer (2011) und Reinecker (2009) gehören der Aufbau einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung und die Motivation der Patientinnen und Patienten sowie die fundierte Vorbereitung dazu. Gerade die Beziehungsgestaltung und die Motivation werden dabei in der Literatur als herausfordernd bezeichnet. Das zweite Ziel dieser Arbeit besteht darin, Aufschluss über die Erfahrungen von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Bezug auf diese drei wichtigen Voraussetzungen zu gewinnen, insbesondere mit der Beziehungsgestaltung und der Motivation der Patientinnen und Patienten.

Nebenfragestellung:

Welche Erfahrungen machen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Bezug auf wichtige Voraussetzungen für einen erfolgreichen Verlauf des Verfahrens der Exposition mit Reaktionsmanagement (ERM) in der ambulanten verhaltenstherapeutischen Praxis bei der Therapie von Zwangsstörungen?

6.2 Untersuchungsdesign

Da sich das Erkenntnisinteresse in den beiden genannten Fragestellungen einerseits darauf bezieht, ob Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ERM bei der Behandlung von Zwängen den Leitlinien entsprechend einsetzen und welche Gründe zu einer allfälligen Abweichung führen sowie andererseits auf ihre Erfahrungen bezüglich wichtiger Voraussetzungen für den erfolgreichen Verlauf von ERM, bietet sich eine qualitative Methodenkonzeption an. Diese Vorgehensweise sucht gemäss Gläser und Laudel (2010, S. 26) nach Kausalmechanismen, die unter bestimmten Bedingungen bestimmte Effekte hervorbringen und beruht auf der detaillierten Analyse eines Falles bzw. weniger Fälle. Für die Datenerhebung wurde die mündliche Befragung in Form eines offenen, teilstandardisierten Interviews gewählt. „Offen“ bezieht sich dabei gemäss Mayring (2002, S. 66) auf die Möglichkeit der oder des Befragten, sich ohne Antwortvorgaben frei zu äussern, also das zu formulieren, was ihr bzw. ihm in Bezug auf das Thema als wichtig erscheint. „Teilstandardisiert“ bezieht sich auf die Freiheitsgrade des Interviewers oder der Interviewerin, Fragen und Themen je nach Interviewsituation frei zu formulieren. Die so gewonnenen Daten in Form von Audioaufnahmen wurden wortwörtlich transkribiert und anschliessend nach der Methode der strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) ausgewertet.

6.3 Stichprobe

In die Stichprobe wurden in ambulanter verhaltenstherapeutischer Praxis tätige ärztliche oder psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit einer Ausbildung in Kognitiver Verhaltenstherapie (KVT) einbezogen, die aktuell erwachsene Zwangserkrankte therapieren und zumindest teilweise das Expositionsverfahren mit Reaktionsmanagement (ERM) einsetzen oder eingesetzt haben. Weitere Therapieausbildungen stellten kein Ausschlusskriterium dar, solange die Psychotherapie gegenwärtig nach den Ansätzen der KVT erfolgt. Um im Hinblick auf die Vergleichbarkeit der Ergebnisse homogene Ausgangsbedingungen punkto Praxistätigkeit anzutreffen, wurden bei den psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten nur delegiert arbeitende berücksichtigt.

Aus organisatorischen Gründen wurden nur Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten aus dem Kanton Zürich angefragt. Da Zwangserkrankte in der Regel einen sehr geringen Anteil der Patientinnen und Patienten in der ambulanten Psychotherapie ausmachen (laut

Reinecker suchen lediglich 1-3% aller Zwangserkrankten überhaupt professionelle Hilfe auf, 2007, S. 70) wurde bei der Schweizerischen Gesellschaft für Zwangsstörungen (SGZ) ein Therapeuten- und Therapeutinnenverzeichnis angefordert. Dadurch sollte sichergestellt werden, dass zumindest ein Teil der Interviewpartnerinnen und Interviewpartner über ausreichende Erfahrung mit der Therapie von Zwangserkrankten verfügt, um möglichst differenzierte Aussagen machen zu können. Als zweite Quelle diente das über die Website der Schweizerischen Gesellschaft für Kognitive Verhaltenstherapie (SGVT) generierte Verzeichnis von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Kanton Zürich. Ein Interviewpartner wurde aufgrund einer Empfehlung eines Berufskollegen rekrutiert und befindet sich nicht im Verzeichnis der SGZ bzw. der SGVT. Die Stichprobenziehung erfolgte telefonisch Anfangs Februar 2012. Dabei wurden potenziellen Interviewpartnerinnen und Interviewpartnern der Hintergrund der Anfrage sowie die Themenschwerpunkte kurz erläutert. Nach erfolgter Einwilligung wurde ein Termin für das Interview vereinbart.

Die Stichprobe der vorliegenden Arbeit umfasste acht Psychotherapeuten (es konnten keine Psychotherapeutinnen für die Interviews gewonnen werden, weshalb nachfolgend nur noch die männliche Form verwendet wird) aus dem Kanton Zürich. Tabelle 2 bietet einen Überblick über die wichtigsten Merkmale der Stichprobe.

Tabelle 2: Wichtigste Merkmale der Stichprobe

	EI-I	EI-II	EI-III	EI-IV	EI-V	EI-VI	EI-VII	EI-VIII
ärztlicher Psychotherapeut	x	x		x	x		x	x
psychologischer Psychotherapeut			x			x		
Therapieausbildung	Psychoanalyse & KVT	KVT	KVT & Systemisch	KVT & Systemisch	KVT & Systemisch	KVT	KVT	KVT
Dauer der ambulanten Praxistätigkeit	20 Jahre	8 Jahre	14 Jahre	12 Jahre	16 Jahre	11 Jahre	14 Jahre	16 Jahre
Erfahrung mit der Behandlung von Zwängen	7 Jahre	4 Jahre	14 Jahre	12 Jahre	12 Jahre	11 Jahre	14 Jahre	4 Jahre
Durchschnittliche Anzahl Zwangserkrankte/Jahr	7	3	5-6	4	1	2	<1	5-10

Bei den insgesamt acht Experten handelt es sich um fünf ärztliche sowie zwei psychologische Psychotherapeuten. Neben einer Ausbildung in KVT verfügt eine Person zusätzlich über eine psychoanalytische sowie drei Personen zusätzlich über eine

systemische Ausbildung. Die Dauer der ambulanten Praxistätigkeit liegt zwischen acht und zwanzig Jahren, wovon zwischen sechs und fünfzehn Jahren Erfahrung mit der Therapie von Zwangserkrankungen besteht. Die Zahl der durchschnittlich pro Jahr behandelten Zwangspatientinnen und -patienten schwankt bei den einzelnen Psychotherapeuten zwischen weniger als eins und sieben.

6.4 Erhebungsinstrument und Datenerhebung

Für die Erhebung der qualitativen Daten wurde in dieser Arbeit das Experten- und Expertinneninterview gewählt. Dieser Interviewtyp wird gemäss Gläser und Laudel (2010, S. 43) dort eingesetzt, wo Handlungen, Beobachtungen und Wissen der Befragten interessieren. Als Experte oder Expertin gelten alle Personen, deren spezifisches Wissen für eine Untersuchung relevant ist. Dabei interessiert nach Meuser und Nagel (2002, S. 73) im Gegensatz zu beispielsweise biographischen Interviews weniger der Befragte oder die Befragte als ganze Person, als vielmehr ihre Eigenschaft als Experte oder Expertin für ein bestimmtes Handlungsfeld. Ein Experte oder eine Expertin wird dadurch als Repräsentant oder Repräsentantin einer Gruppe einbezogen und nicht als Einzelfall.

Die Interviews wurden als offene teilstandardisierte Leitfadenterviews im Einzelsetting durchgeführt. Die offenen Fragen erlauben es Befragten gemäss Mayring (2002, S. 66) sich frei, ohne Antwortvorgabe, zu äussern und das zu formulieren, was ihnen in Bezug auf das Thema als wichtig erscheint. Der teilstandardisierte Interviewleitfaden dient gemäss Gläser und Laudel (2010, S. 42) dazu, vorgängig jene Fragen festzuhalten, die in jedem Interview beantwortet werden müssen. Dabei ist allerdings weder die konkrete Formulierung der Fragen noch deren Reihenfolge verbindlich. Dadurch erreicht man einen möglichst natürlichen Verlauf des Gesprächs und Interviewpartnerinnen und Interviewpartner kommen allenfalls von selbst auf ein bestimmtes Thema zu sprechen. Zudem kann man wo nötig auch ad hoc Nachfragen stellen, wo dies zur vollständigen Beantwortung einer Frage nötig ist. Der Leitfaden dient somit als Richtschnur für die unbedingt zu stellenden Fragen. Gemäss Flick (2009, S. 216) kommt ihm aber bei Experten- und Expertinneninterviews aufgrund der oftmals beschränkten Zeit der Interviewpartner und Interviewpartnerinnen eine stärkere Steuerungsfunktion zu, da verhindert werden soll, dass sich das Gespräch in Themen verliert, die nicht relevant sind.

Der Interviewleitfaden (Anhang A) wurde basierend auf dem Vorwissen aus der erarbeiteten Theorie und mit Bezugnahme auf die beiden Fragestellungen erstellt. Er

umfasste neben einleitenden spezifischen Fragen zur Praxistätigkeit der Psychotherapeuten offene Leitfragen zu den beiden Themenbereichen Durchführungsmodalität von ERM und Erfahrungen in Bezug auf wichtige Voraussetzungen für das Verfahren, insbesondere die Beziehungsgestaltung und die Motivation der Patientinnen und Patienten.

Die insgesamt acht Experteninterviews mit Psychotherapeuten aus dem Kanton Zürich wurden Mitte Februar 2012 in deren jeweiligen Praxis durchgeführt. Die durchschnittliche Interviewzeit betrug 40 Minuten. Die Teilnehmer wurden zu Beginn des Interviews nochmals über dessen Anlass sowie den Ablauf und die Themenschwerpunkt informiert. Anschliessend wurde die Anonymisierung der Daten zugesichert und die Erlaubnis für die Audioaufnahme eingeholt.

6.5 Datenaufbereitung

Die Audioaufnahmen der insgesamt acht Experteninterviews wurden vollständig wortwörtlich transkribiert. Nach Mayring (2002, S. 91) ist die Transkription unabdingbar und ermöglicht nicht nur das Unterstreichen, Blättern und Vergleichen von Textstellen, sondern auch, Aussagen in ihrem Kontext zu sehen, was die Basis für die ausführliche Interpretation bildet. Da bei dieser Arbeit die inhaltlich-thematische Ebene im Vordergrund steht, wurden die Interviews in gesprochenem Mundart gemäss Mayring (2002, S. 89) in normales Schriftdeutsch übersetzt und Satzbaufehler behoben sowie der Stil geglättet (in vier Fällen lagen die Antworten bereits in Schriftsprache vor). Einzelne als wichtig erscheinende Mundartausdrücke wurden allerdings belassen und in Anführungs- und Schlusszeichen gesetzt, um die genaue Bedeutung der Aussage nicht zu verfälschen. Füllwörter wurden weggelassen und nonverbale Äusserungen lediglich da verschriftlicht und durch Klammern gekennzeichnet, wo diese zur Verständlichkeit des Gesagten beitragen. Unmittelbar nach der Transkription wurden die Namen sowie Orts- und Zeitangaben anonymisiert. Die vollständigen Transkripte können auf Wunsch bei der Autorin eingesehen werden.

6.6 Datenauswertung

Die Auswertung des Datenmaterials aus den Experteninterviews erfolgte mittels der strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2010, S. 92-98). Bei dieser Methode handelt es sich um ein systematisches Vorgehen, welches auf das gesamte Datenmaterial angewendet wird. Das zentrale Instrument stellt dabei das Kategoriensystem dar.

Dadurch können anhand der einzelnen Kategorien diejenigen Aspekte festgelegt werden, die aus dem Datenmaterial herausgefiltert werden sollen und die Interviews so schrittweise analysiert werden.

Die Kategorienbildung erfolgte in einem ersten Schritt deduktiv aufgrund des theoretischen Vorwissens sowie der beiden Fragestellungen. In einem zweiten Schritt wurden Kategorien induktiv aus dem Material entwickelt. Die so entstandenen Kategorien wurden in einem Kategoriensystem (Anhang B) zusammengefasst und genau definiert – sowie wo zur Abgrenzung notwendig – mit Kodierregeln versehen. Textstellen, die für eine Kategorie besonders repräsentativ sind, wurden als sogenannte Ankerbeispiele aufgeführt. Nach der Bearbeitung von drei bzw. fünf Interviews wurde das Kategoriensystem überarbeitet und wo nötig entsprechend optimiert. Im folgenden Kapitel werden die aus dem Datenmaterial durch die systematische qualitative Inhaltsanalyse gewonnenen Ergebnisse dargestellt.

7 Ergebnisse

7.1 Einstellung gegenüber Exposition mit Reaktionsmanagement

Sieben Psychotherapeuten haben sich bezüglich ihrer Einstellung gegenüber ERM geäußert. Es wird von allen als erfolgreiches Verfahren betrachtet.

„Ja, also ich bin überzeugt von dem, dass das „verhebt“ jetzt auch empirisch, nicht nur jetzt wissenschaftlich.“ (EI-III)

Die Grenze des Verfahrens sehen zwei Interviewpartner bei der Behandlung von reinen Zwangsgedanken. Sie erwähnen, dass ERM in diesen Fällen nicht eingesetzt werden kann.

„Das ist ja das grosse Problem, wenn es nur Zwangsgedanken sind, dann können sie das nicht, dann wird es sehr schwierig.“ (EI-V)

Zwei der Befragten fügen an, dass ERM für sie unumgänglich zur Therapie von Zwangsstörungen dazugehört, drei, dass es nur einen Teil einer Gesamttherapie darstellt, wenn auch einen zentralen.

„Es geht ja nicht darum einfach zu exponieren und das wars. Es braucht Vorbereitung, es braucht viel Exploration, es braucht Nachbehandlung. Es ist einfach der Kern aber es würde nicht gehen ohne das drum herum.“ (EI-III)

Ein Interviewpartner erwähnt, dass er ERM auch deshalb als eine gute Interventionsmethode betrachtet, weil die theoretischen Überlegungen zu deren Wirkungsweise einfach

zu vermitteln sind und deshalb von vielen Patientinnen und Patienten nachvollzogen werden können, wodurch sie bereit sind, sich auf die Übungen einzulassen.

„Es braucht nicht viel Verständnis dafür, das nachvollziehen zu können, dass das Sinn macht, die Idee ist sehr schnell vermittelt, das ist eigentlich wunderbar. Und deshalb springen sehr viele eigentlich gerade auf diesen Zug auch auf.“ (EI-III)

ERM wird gemäss der Aussage von drei Befragten nicht nur von Therapierenden positiv beurteilt, sondern stellt auch für Betroffene ein wichtiges Ereignis in der Therapie dar, das die therapeutische Beziehung stärkt und von den Patientinnen und Patienten im Nachhinein als sehr gut bewertet wird.

„Es gibt auch Nachuntersuchungen, dass man Patienten hinterher dann fragt, was war so der wichtigste Teil der Therapie und die Exposition wird immer sehr gut bewertet.“ (EI-IV)

Dies, obwohl Expositionen nach Angabe von vier Psychotherapeuten für Betroffene sehr anstrengend sind.

„Die kommen ja nach Hause nach der Exposition, die sind wirklich erledigt, kriechen beinahe auf dem Zahnfleisch.“ (EI-III)

7.2 Durchführungsmodalitäten von Exposition mit Reaktionsmanagement

ERM in vivo versus in sensu

Alle acht befragten Psychotherapeuten geben an, ERM sowohl in vivo als auch in sensu durchzuführen, mehrheitlich finden die Übungen aber in vivo statt. Besonders schwierig gestaltet sich ERM in vivo gemäss einer Aussage dann, wenn es sich um reine Zwangsgedanken handelt. In solchen Fällen ist es oft nicht einfach, überhaupt eine Situation zu finden, die die entsprechenden Gedanken auslöst.

„Bei den Übungen [bei Zwangsgedanken] habe ich relativ lange gebraucht, bis ich überhaupt einen geeigneten Trigger fand, denn man muss ja etwa wissen, wo der Fahrplan ist, wo man Trigger finden, wo man üben kann.“ (EI-I)

Trotzdem erwähnt ein Psychotherapeut, dass man auch bei Zwangsgedanken immer versuchen sollte in vivo zu exponieren.

Auf Übungen in sensu greifen zwei der Befragten dann zurück, wenn diese in vivo schwer machbar sind (beispielsweise bei nicht beliebig reproduzierbaren Situationen), oder gemäss einer anderen Aussage als Vorbereitung auf Expositionen in vivo.

ERM in sensu wird von zwei Befragten als weniger effektiv betrachtet. Betroffene erleben dies gemäss einer Aussage als „Trockenschwimmen“.

„Habe eigentlich eher die Erfahrung gemacht, dass Patienten das dann als eigentlich ist es nicht das Richtige, irgendwo weiss ich ja, dass ich jetzt das nicht wirklich berührt habe [erleben].“ (EI-VIII)

Den Vorteil von ERM in sensu sieht ein Psychotherapeut aber darin, dass mit diesem Vorgehen viele Einfluss- oder Störfaktoren ausgeschlossen oder kontrolliert werden können, was sich insbesondere dann als hilfreich erweist, wenn das kathartische Erleben während einer Übung nicht vorhersehbar ist. Als Psychotherapeut kann er sich dadurch ein Stück weit selbst absichern.

„Es hat den Vorteil, dass, wenn man es in sensu macht, dass man halt sehr viele Einflussfaktoren oder Störfaktoren ausschliessen oder kontrollieren kann. Das ist schon noch von Vorteil, vielleicht auch dann, wenn ein bisschen so das kathartische Erleben überhaupt nicht vorhersehbar ist. Das gibt es manchmal, ist mir auch schon passiert, und dann war ich eigentlich noch froh, dass wir hier waren.“ (EI-III)

Massierte versus graduierte ERM

Die Frage bezüglich massiertem bzw. graduiertem Vorgehen bei ERM wurde von sieben Psychotherapeuten beantwortet. Ausschliesslich massierte ERM führt keiner der Befragten durch. Fünf von ihnen setzen beide Formen ein, wobei sie die Wahl den Patientinnen und Patienten überlassen. Ein Psychotherapeut erwähnt, dass dies in Bezug auf das Autonomieempfinden der Betroffenen wichtig sein kann.

„Wenn Sie den Eindruck haben, für den Patienten ist es jetzt enorm wichtig, dass er bestimmen kann, dann fragen Sie ihn und auch wenn Sie innerlich finden, es ist nicht so gut, überlassen Sie das ihm, weil das wichtig ist für ihn, weil er sonst eben die Idee hat, [der Therapeut] ist auch nochmals ein Zwangsfaktor, wo er doch sonst schon genug hat.“ (EI-V)

Bei einem Interviewpartner wählen Betroffene immer ein graduiertes Vorgehen, bei zwei vorwiegend. Dabei ist es nach Aussage eines Psychotherapeuten auch bei einem graduierten Vorgehen besser, möglichst hoch in der vorab erstellten Angsthierarchie einzusteigen, da dies das Erfolgsempfinden der Betroffenen erhöht.

„Dann fängt man halt in einem höheren Level an, nicht zuoberst aber doch im oberen Drittel, weil halt dann das Erfolgserlebnis dem Patienten sagt, „Hey schau mal, diesen Schwierigkeitsgrad hast du, dann ist es also weiter unten auch eher möglich.“ (EI-V)

Es kann aber laut der Erfahrung eines Befragten in manchen Fällen schwierig sein, überhaupt eine Angsthierarchie zu erstellen, da Betroffene teilweise nicht benennen können, welche Situation mehr und welche weniger Angst auslöst.

„Es ist nicht bei allen Patienten so, dass man sagen kann, ja das ist ein kleineres Problem oder ein grösseres, es gibt solche, die haben einfach immer das gleiche.“ (EI-V)

Lediglich ein Psychotherapeut gibt an, dass sich 80% seiner Patientinnen und Patienten für ein massiertes Vorgehen entscheiden. Er führt dies darauf zurück, dass die Mehrheit der Betroffenen seiner Argumentationslinie folgt, dass eine massierte Vorgehensweise zwar kurzzeitig eine hohe Belastung bedeutet, über die Gesamtbehandlung betrachtet aber weniger Stress induziert.

„Über die Gesamtbehandlung finde ich induziert es weniger Stress und Belastung, es ist eine kurzzeitige hohe Belastung und dann vorbei über relativ kurze Zeit.“ (EI-III)

Von einer massierten Exposition sollte seiner Meinung nach aber abgesehen werden, wenn eine hohe Gesamtbelastung vorliegt. In solchen Fällen kann dieses Vorgehen eine Überforderung bedeuten.

Für zwei Psychotherapeuten stellen massierte Expositionsübungen keine Option dar, sie gehen immer graduiert vor. Ihrer Erfahrung nach akzeptieren die wenigsten Patientinnen und Patienten ein massiertes Vorgehen, da es mit sehr grosser Angst verbunden ist.

„Und das [Flooding] ist sowieso etwas, was den Patienten so wahnsinnig Angst macht, dass man dann das also ganz selten macht in der Praxis. Kann mich nicht erinnern, dass ich jemals ein Flooding gemacht hätte.“ (EI-VII)

Will man Abbrüche während einer Übung vermeiden, so sollte gemäss einem Psychotherapeuten graduiert statt massiert vorgegangen werden. In Bezug auf einen Abbruch der gesamten Therapie schlägt ein anderer Interviewpartner allerdings ein massiertes Vorgehen vor. Seiner Meinung nach sind dadurch weniger Einheiten nötig, was einerseits den Zeitrahmen verkürzt, worin Betroffene einen Abbruch in Erwägung ziehen könnten, und andererseits weniger ermüdend ist. Der Entscheid Betroffener zu einem massierten Vorgehen ist seiner Erfahrung nach zudem ein wohldurchdachter, der mit grosser Motivation einhergeht.

„Bei den anderen, wenn es immer so stufenweise rauf geht und wieder rauf geht und wieder und wieder, ja, vielleicht haben die dann mal genug und finden dann, jetzt kann ich nicht mehr.“ (EI-III)

Therapeutinnen- und therapeutenbegleitete ERM

Sieben der acht befragten Psychotherapeuten führen begleitete Expositionsübungen durch, dabei vor allem ausserhalb des Therapieraumes in Form von Hausbesuchen. Zwei Befragte erwähnen explizit, dass sie diese als sehr wichtig erachten. Auf Hausbesuche verzichtet ein Psychotherapeut deshalb, weil diese für ihn einerseits zeitlich nicht einfach zu organisieren sind und andererseits die in der Regel die übliche Sitzungsdauer übersteigenden Übungen gemäss den Richtlinien der TARMED nicht abgerechnet werden können.

„Und das wird ja dann nicht bezahlt, weil wir ja diese tollen Limitierungen haben im TARMED und das ist dann ein ganz anderes Kapitel, dass wir ja viel Arbeit machen, die nicht vergütet ist. Und das ist nicht etwas, was man sich systematisch leisten kann um stundenlang so zu arbeiten, ohne dass es bezahlt wird, also das geht einfach nicht.“ (EI-VII)

Gemäss seiner Aussage hindert dieser Umstand auch viele seiner Berufskolleginnen und Berufskollegen daran, ausserhalb des Therapieraumes gemeinsam mit Betroffenen zu exponieren. Die Übungen werden stattdessen mit den Patientinnen und Patienten in der Therapiestunde besprochen und danach durch diese in Eigenregie durchgeführt.

„Das [gemeinsame Exponieren] ist aber sowieso etwas, was ziemlich selten passiert, also bei mir, muss ich sagen, bei mir in der Praxis. Und wenn ich mich so umhöre auch bei anderen Kollegen. Weil man versucht den Patienten zu trainieren, dass er immer zuerst selber exponiert.“ (EI-VII)

Wo machbar, führen zwei Befragte gelegentlich auch begleitete Expositionen innerhalb des Therapieraumes durch.

„Ich habe eine Exposition gemacht mit dem Ordnen der Papiere. Da hat sie einfach all die Ordner hier her [in die Praxis] gebracht, dann haben wir es hier gemacht.“ (EI-V)

Ein Psychotherapeut erwähnt, dass er teilweise auch Übungen vorzeigt. Er dient so als Modell, was auf Betroffene eine grosse Wirkung hat.

„Das ist das A und O, der [Therapeut] macht alles vor. Weil dann sehen die Patienten, aha, man kann das ja versuchen, aber wenn sie es nicht sehen, dann ist es eben schwierig.“ (EI-I)

Als negativen Punkt einer begleiteten Exposition erwähnen zwei Befragte den Aspekt, dass Betroffenen die Übungen dadurch viel leichter fallen, als wenn sie diese in Eigenregie durchführen müssen, weshalb ein Interviewpartner diese Form gar als „Fake“ bezeichnet.

„Es ist ein bisschen ein Fake, weil die Begleitperson hilft enorm, es ist ja schon nicht mehr er oder sie alleine. Und deshalb ist alles doch schon einfacher, man kann darüber reden und ich weiss nicht was.“ (EI-V)

Der zweite Befragte hat die Erfahrung gemacht, dass bei manchen Patientinnen und Patienten durch seine Anwesenheit die Idee entstehen kann, dass sie die Übungen für ihn machen und nicht für sich selbst. Er sieht deshalb von häufigen Begleitungen ab.

„Weil ich hatte Patienten, die mir erklärt haben, wenn ich da bin, dann können sie das gut machen, wenn sie alleine sind, geht das nicht. Es kann dann sehr schnell die Idee entstehen, ich mache das für den Therapeuten.“ (EI-VI)

ERM in Eigenregie

Alle acht Psychotherapeuten planen mit ihren Patientinnen und Patienten auch Expositionsübungen zwischen den Therapiesitzungen ohne therapeutische Begleitung im Sinne von Hausaufgaben. Für einen Befragten stellt die Therapiesitzung ohnehin nur eine Art Probe dar, die eigentliche Arbeit muss aus seiner Sicht vor allem von den Betroffenen zuhause stattfinden. Zwei der Psychotherapeuten fügen hinzu, dass sie Hausaufgaben möglichst bald einführen. Laut eines Interviewpartners müssen Patientinnen und Patienten dadurch von Anfang an in eine aktive Rolle kommen. Sie übernehmen gemäss einer anderen Aussage somit ein Stück Kontrolle, was sich positiv auf das Selbstwirksamkeitserleben auswirkt. Auch können Übungen in Eigenregie gemäss eines Psychotherapeuten dazu führen, dass Betroffene stolz auf ihre eigene Leistung werden und neuen Lebensmut fassen.

„Also der eine ist dann stolz gekommen ‚Ich habe jetzt das Duschen schon auf 5 Minuten runter gebracht, jetzt bin ich auf 4 Minuten‘. Das hat dann auch einen gewissen Mut auch gegeben wieder im Leben.“ (EI-II)

Übungen in Eigenregie erachtet ein Befragter zudem deshalb als wichtig, weil Patientinnen und Patienten alleine, ohne die Unterstützung eines Psychotherapeuten oder einer Psychotherapeutin, die Erfahrung machen müssen, dass die Angst während einer Expositionsübung abnimmt. Ein Interviewpartner erwähnt allerdings, dass er von massierten Übungen in Eigenregie absieht, da dies eine Überforderung für Betroffene darstellt.

Die Idee bei Hausaufgaben ist gemäss eines Interviewpartners nicht, dass Patientinnen und Patienten neue Übungen machen, sondern die eine mit dem Therapeuten gemeinsam geübte Exposition bis zur nächsten Sitzung jeden zweiten Tag während einer Stunde

wiederholen. Ein anderer Therapeut erwähnt ebenfalls, dass er jeweils nur eine Übung als Hausaufgabe gibt und nicht mehrere.

„Das heisst zum Beispiel, wenn ich eine Exposition dann mache, wäre die Aufgabe des Patienten, das jeden zweiten Tag sich eine Stunde Zeit zu nehmen und zu wiederholen. Nicht unbedingt schon mehr zu machen aber zu wiederholen und dann sehe ich ihn eine Woche später und dann kann er mir berichten, wie es auch ohne mich als Therapeuten geklappt hat.“ (EI-IV)

Die Erfahrung eines Befragten zeigt allerdings, dass Betroffene manchmal zu wenig üben. Dies ist zum Beispiel beim Vorliegen einer komorbiden Persönlichkeitsstörung, bei Psychosen oder chronischer Schizophrenie der Fall. Solche Patientinnen und Patienten können laut seiner Aussage teilweise zu langsam, zu vorsichtig oder zu ängstlich sein, was ausreichendes Üben verhindert.

„Das heisst, man könnte eigentlich laut Modell mehr machen aber sie üben einfach zu wenig oder sind [...] ein bisschen zu langsam oder zu vorsichtig oder zu ängstlich, was eben auch mit dem Krankheitsbild zusammenhängt.“ (EI-I)

ERM in Eigenregie mit Unterstützung der Partnerin oder des Partners

Sieben der acht Interviewpartner setzen die Partnerin oder den Partner als Co-Therapeutin bzw. Co-Therapeuten bei ERM in Eigenregie ein. Den Vorteil eines Einbezugs des Partners oder der Partnerin sieht ein Psychotherapeut darin, dass manche Betroffene durch diese Unterstützung mehr üben. In einem Fall wurde auch genannt, dass die Unterstützung dem Patienten überhaupt erst den Mut gegeben hat, sich den Zwängen zu stellen und die Übungen schlussendlich ganz alleine durchzuführen. Positiv am Einbezug erachtet es ein anderer Psychotherapeut zudem, dass dann zwei Personen an der Problematik arbeiten können und nicht mehr nur die unmittelbar betroffene. Es gibt den Angehörigen ein Werkzeug in die Hand und kann als Empowerment betrachtet werden.

„Mit dem mache ich sehr gute Erfahrungen, weil es dann zwei sind, die daran arbeiten können und feilen statt jemand alleine, das ist schon noch hilfreich.“ (EI-III)

Partnerinnen und Partner sind gemäss der Erfahrung von drei Psychotherapeuten sehr motiviert für die Aufgabe der Co-Therapeutin bzw. des Co-Therapeuten und fühlen sich laut eines Befragten manchmal ein Stück weit auch geehrt, das übernehmen zu dürfen. Sie sind laut einer Aussage teilweise herausfordernder als der Psychotherapeut selbst, und können mehr verlangen von den Betroffenen, da sie diese besser kennen und dadurch mehr Vertrauen untereinander gegeben ist.

„Und die sind manchmal, ich staune also, härter als ich selbst, wenn es ums Exponieren geht. Also die kennen dann nichts. Also es ist einfach eine andere Ebene, ich muss ja dann irgendwo eine professionelle Distanz haben, ich kann ja dann nicht Druck erzeugen, aber die machen das ,so jetzt ist fertig, jetzt gehst du da die Treppe hoch und Schluss’, wo ich schon lange gedacht hätte ,uiuiui’. Das wirkt aber, die kennen sich ja und da ist extrem viel Vertrauen da.“ (EI-III)

Nicht zuletzt sehen zwei Psychotherapeuten den Vorteil des Einbezugs des Umfelds auch darin, dass es organisatorisch eine Entlastung für sie selbst bedeutet, da sie dadurch bei Expositionen weniger oft persönlich anwesend sein muss.

„Ich kann nicht alle Patienten so lange intensiv begleiten und dabei sein bei Expositionsübungen, das geht gar nicht. Also schaue ich, dass ich jemanden instruieren kann, der dann auch dabei ist und nachher schule ich ihn, wenn man so will, dass er weiss, was er machen soll.“ (EI-V)

Bezüglich Schwierigkeiten bei einem Einbezug der Partnerin oder des Partners wurde von drei Psychotherapeuten je ein unterschiedlicher Aspekt genannt. Einerseits kann es in manchen Partnerschaften oder Familien durch den Rollenwechsel zu Konflikten kommen. Ist der Partner oder die Partnerin zudem nicht fähig, sich abzugrenzen oder verfügt er bzw. sie über keine stabile Persönlichkeit sowie Hilfsbereitschaft, ist davon abzusehen. Zudem sollte die Partnerschaft nicht konfliktreich sein. Auch weist ein Interviewpartner darauf hin, dass man die Partnerin oder den Partner nicht zu früh einbeziehen sollte, sondern erst, wenn eine gewisse Stabilität erreicht worden ist.

„Das ist auch wichtig, dass jemand, der mithilft, sich gut abgrenzen kann und selber eine gute normale Persönlichkeit hat und hilfsbereit ist.“ (EI-I)

Ein Psychotherapeut verzichtet ganz auf den Einbezug von Partnerinnen oder Partnern als Co-Therapierende, obwohl er es grundsätzlich als wertvolle Unterstützung betrachtet. Als Begründung gibt er an, dass man Angehörige in diesem Fall einerseits ein Stück mittherapieren müsste, da sie in die Symptomatik eingespannt sind und andererseits die Gefahr besteht, dass einem als Psychotherapeut die Kontrolle entgleitet.

Häufigkeit der Übungen

Zur optimalen Durchführungshäufigkeit von ERM haben sich sieben Psychotherapeuten geäußert. Sie sind sich alle darüber einig, dass es aus lerntheoretischer Sicht wichtig ist, dass mehrmals wöchentlich geübt wird, zwei sind gar der Meinung, dass täglich geübt werden sollte.

„Eigentlich sollte man ja täglich exponieren. Also das heisst, je häufiger, desto besser. Das heisst, tägliche Übungen wären angesagt.“ (EI-VII)

Für drei Psychotherapeuten ist es in der Praxis grundsätzlich machbar, am Anfang der Therapie auch mehr als eine Expositionsübung pro Woche zu begleiten. Es gibt gemäss einer Aussage allerdings Beschränkungen punkto der Anzahl begleiteter Übungen pro Woche seitens des Kassensystems.

„Also am Anfang mache ich das schon. Wenn ich sehe, das ist jetzt wirklich nötig, dann mache ich das. Es ist so wie, wenn ich den Eindruck habe, ja ein Feuer, es ist nasses Holz und mit zwei Streichhölzern brennt da nie was, da muss man schon mal was reingeben.“ (EI-V)

Ein Interviewpartner sieht keine Notwendigkeit, zwei Sitzungen pro Woche zu vereinbaren. Er überlässt die zusätzlichen Übungen den Patientinnen und Patienten in Eigenregie.

Damit mehr als einmal pro Woche geübt werden kann, greifen alle Psychotherapeuten auf Hausaufgaben zurück. Allerdings erwähnt ein Interviewpartner, dass es manchen Betroffenen, die berufstätig sind und/oder eine Familie haben, organisatorisch nicht immer möglich ist, mehrmals pro Woche zu üben.

„Das ist nicht so ganz einfach, gerade, wenn die so eingebunden sind mit arbeiten und Familie, dann kann man ja nicht sagen, jetzt nehmen Sie sich eine Woche Ferien und machen Sie das. Das ist einfach nicht realistisch. Und dann muss man einfach einen Weg finden, dass es möglichst gut geht, dass sie exponieren können mit einer Frequenz, die eben jetzt aus therapeutischer oder lerntheoretischer Sicht vertretbar ist.“ (EI-III)

Sitzungsdauer

Abgesehen von einem der acht Psychotherapeuten, der keine begleiteten Expositionsübungen durchführt, planen sechs eine Doppelstunde oder mehr für die Übungen ein. Vier von ihnen reservieren sich teilweise auch einen ganzen Nachmittag bei Übungen ausserhalb des Therapieraumes. Ein Interviewpartner reserviert sich nur bei der ersten Durchführung eine Doppelstunde und passt die folgenden Sitzungen dann jeweils anhand der Habituationsgeschwindigkeit der ersten Exposition entsprechend an.

„Wir reservieren immer eine Doppelstunde, wenn ich das das erste Mal mache. Und hinterher sieht man ja auch so ein bisschen, womit man rechnen muss, wie das in etwa verläuft und passt das dann an.“ (EI-VIII)

Zwei Befragte geben zudem an, dass sie auch begleitete Expositionen am Abend durchführen, wenn dies nicht anders möglich ist.

Den Grund, weshalb manche Therapierende keine Doppelstunden planen, sieht ein Interviewpartner darin, dass es nicht allen Psychotherapierenden möglich ist, die Praxis so

zu organisieren, dass lange Abwesenheiten machbar wären oder sie wünschen dies nicht. Zudem kommen je nach Ort der Durchführung laut eines anderen Befragten zusätzlich zu den eigentlichen Übungsstunden noch An- und Rückfahrzeiten hinzu. Auch besteht gemäss einer Aussage immer das Risiko, dass ein Patient oder eine Patientin kurzfristig absagt und somit zwei oder mehr Stunden vergebens freigehalten wurden.

„Und es ist immer ein bisschen ein Risiko, der Patient sagt dann morgens ab und dann hat man sich da drei Stunden frei gehalten.“ (EI-IV)

In Bezug auf die Sitzungsdauer wurde von drei Therapeuten der Aspekt der Abrechnung erwähnt. So ist es aufgrund der von der TARMED vorgegebenen Richtlinie nicht möglich, eine Doppelstunde oder mehr 1:1 abzurechnen. Ein Interviewpartner löst das Problem dadurch, dass er bei seinen Patientinnen und Patienten die Erlaubnis einholt, die Stunden auf mehrere Tage aufgeteilt abzurechnen. Ein anderer Psychotherapeut wiederum rechnet die Übungen entweder über den Taxpunkt der Hausbesuche ab oder stellt einen Antrag bei der Krankenkasse, um auf Nummer sicher zu gehen. In der Regel werden solche Anträge gemäss seiner Aussage genehmigt.

7.3 Voraussetzungen für Exposition mit Reaktionsmanagement

Voraussetzungen aus Sicht der Therapierenden

Alle acht Psychotherapeuten sind sich darüber einig, dass eine gute, saubere Vorbereitung unumgänglich ist, damit ERM den gewünschten Erfolg bringt. Dabei wurde fünfmal das Vermitteln und Etablieren des Störungsmodells im Vorfeld der Übungen genannt, sowie dreimal eine detaillierte Exploration der Symptomatik und deren Funktion.

„Damit ein Patient begreift, wie das läuft und wie das funktioniert, er muss verstehen können, wie diese Störung funktioniert und wie das konzeptualisiert ist und warum man sich vorstellt, dass diese Art von Behandlung zum Erfolg führt.“ (EI-VII)

„Man muss das im Einzelnen schon sehr genau anschauen, deshalb macht man ja Fallkonzeption, was ist jetzt genau bei diesem Patienten los. Es macht wenig Sinn, sich einfach auf den Zwang zu stürzen und dann das einfach behandeln zu wollen, das ist nicht wirksam.“ (EI-V)

Als eine weitere wichtige Voraussetzung erachten es fünf Psychotherapeuten, dass die Entscheidung für die Durchführung von ERM wirklich bei den Betroffenen selbst liegt. Nach Angabe eines Befragten sollte zudem auch die Motivation des Psychotherapeuten

oder der Psychotherapeutin selbst gegeben sein sowie Erfahrung mit der Anwendung des Verfahrens bestehen.

„Man muss das schon gut gelernt haben, sonst würde ich keinem Therapeuten raten, solche intensiven Übungen zu machen.“ (EI-IV)

Für drei der Befragten stellt eine gute therapeutische Beziehung und das Vertrauen der Patientin oder des Patienten dem Psychotherapeuten oder der Psychotherapeutin gegenüber einen wichtigen Punkt dar. Betroffene sollten gemäss einem Interviewpartners spüren, dass man sie in ihrer Symptomatik ernst nimmt, was dadurch zum Ausdruck kommen kann, dass man mit ihnen die Expositionen gemeinsam plant und Hausbesuche macht. Nach Angabe von zwei Psychotherapeuten sollte ERM zudem gut in die Gesamttherapie eingebettet werden. Zwei Interviewpartner erwähnen weiter, dass bei Zwangserkrankten, deren Leben aufgrund der Zwänge stark eingeschränkt ist, vor den Expositionsübungen zuerst eine Perspektive eröffnet werden muss für ein Leben ohne diese. Ansonsten besteht gemäss einer Aussage die Gefahr einer Depression, da Betroffenen bewusst wird, wie sehr die Zwänge ihr Leben eingeschränkt und bestimmt haben.

„Also wenn jetzt ein Patient aufgrund der Zwänge sehr alleine ist, praktisch keine sozialen Kontakte hat, keine Tagesstruktur, dann ist so eine Expositionstherapie oft nicht möglich, weil die Patienten machen den ganzen Tag Zwänge, man versucht ihnen die zu nehmen, dann stehen sie wie im luftleeren Raum und das funktioniert nicht. Dann kann einem das passieren, dass sie sehr depressiv werden, weil sie erkennen, ich habe eigentlich im Leben nichts gehabt ausser Zwänge. Also das muss man dann im Sinne einer Vorbereitung auch erst einmal füllen, diese Leere, in dem man auch einmal eine Tagesstruktur aufbaut.“ (EI-IV)

Auch kann es gemäss einer Aussage wichtig sein, dass man bei grosser Angst vor den Übungen Patientinnen und Patienten zuerst auf gedanklicher Ebene vorbereitet, damit sie überhaupt in der Lage sind, die Expositionen auszuhalten. Nicht zuletzt erachtet ein Psychotherapeut auch Authentizität als wichtige Voraussetzung.

„Authentisch sein, also das ist immer wichtig und auch sagen, es gibt keine Garantie, wie bei allen Behandlungen, authentisch bleiben.“ (EI-III)

Beziehungsgestaltung

Drei der acht befragten Psychotherapeuten erleben die Beziehungsgestaltung mit Zwangserkrankten in der Regel als sehr gut, sie werden als angenehme und treue Personen beschrieben.

„Das kann ich eigentlich durchs Band weg sagen, das ist sehr angenehm.“ (EI-V)

Demgegenüber erlebt ein Psychotherapeut die Beziehungsgestaltung als teilweise schwierig, während sie sich für vier der Befragten grundsätzlich eher schwierig gestaltet. Als Gründe nennen drei Interviewpartner eine zwanghafte Persönlichkeitsakzentuierung sowie einmal das Vorliegen komorbider psychischer Störungen.

„Die haben ja schon eine gewisse Rigidität im Denken und Fühlen.“ (EI-II)

Durch die Rigidität im Denken und Fühlen kann es gemäss einer Aussage zu einem zwanghaften Nachfragen und ausgesprochen detaillierten Schilderungen der Zwangssymptome kommen.

„Es gibt so einen Typus oder eine Subgruppe, wie man das nennen will, von Menschen mit Zwangsstörungen und das sind die, die auch so eine zwanghafte Persönlichkeitsakzentuierung haben, so pedantisch zwanghafte, rigide Menschen. Und das ist gar nicht so einfach, mit denen in Kontakt zu kommen.“ (EI-IV)

Von einem Psychotherapeuten wird zudem vermutet, dass die mit der Störung einhergehenden massiven Ängste die Offenheit von Betroffenen grundsätzlich reduziert, sich auf eine Beziehung einzulassen. Zwei Interviewpartner nannten zudem als erschwerenden Faktor, dass Emotionen teilweise schlecht zugänglich sind.

„Ich habe insgesamt das Gefühl, dass Emotionen schlechter zugänglich sind doch bei einem bedeutenden Anteil.“ (EI-VIII)

Den Vergleich, in wie fern sich die Beziehungsgestaltung schwieriger zeigt als bei anderen Patientinnen- und Patientengruppe, zogen zwei Psychotherapeuten, wobei die Aussagen gegensätzlich ausfielen.

„Ich würde es nicht unterscheiden zu anderen Störungsbildern oder Symptomen.“ (EI-III)

„Wenn jemand kommt [...] mit dem Problem einer Zwangsstörung, dann ist es schwieriger, auf eine Beziehung einzusteigen [...] als ich sage jetzt mit anderen Geschichten im neurotischen Bereich wie Depressionen oder Angststörungen.“ (EI-V)

Positiv auf die Beziehungsgestaltung wirkt sich gemäss einem Befragten aus, wenn Patientinnen und Patienten merken, dass die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut über Fachkenntnisse verfügt und die Zwangssymptome nicht negativ bewertet. Einen weiteren positiven Faktor sieht er darin, wenn Psychotherapierende auf das hohe Kontrollbedürfnis eingehen, welches viele Betroffene mitbringen.

„Ich gehe mal davon aus, dass das einmal nur schon sehr angenehm ist, dass man ein Gegenüber findet, das das einordnen und begreifen kann und nicht das so als völlig daneben und halb psychotisch und crazy anschaut.“ (EI-V)

Vertrauen

Die Frage nach den Erfahrungen bezüglich des Vertrauens der Patientinnen und Patienten den Therapierenden gegenüber wurde von sieben Interviewpartnern beantwortet. Rund fünf von ihnen erleben das Vertrauensverhältnis als gut, es stellt für sie in der Regel keine Schwierigkeiten dar. Allerdings kann es aufgrund der oft schambesetzten Zwangsinhalte gemäss einer Aussage manchen Betroffenen schwer fallen, sich dem Psychotherapeuten oder der Psychotherapeutin anzuvertrauen, was dann aber nichts mit der Person selbst zu tun hat, sondern mit der Störung an sich.

„Es hat wie nicht mehr mit der Person zu tun sondern mehr mit dem Störungsbild und dem Inhalt. Es ist natürlich schwieriger über so komische sexuelle Fantasien mit jemandem auszutauschen als, ja ich weiss auch nicht, Angst vor Mäusen zu haben.“ (EI-III)

Wenn es darum geht, Expositionsübungen durchzuführen, kann die Zwangslogik laut der Erfahrung eines Befragten in manchen Fällen stärker sein als das Vertrauen in die Psychotherapeutin den Psychotherapeuten.

„Eben aber wenn es dann so ums Ganze geht und das System aufzubrechen, also dann ist dann irgendwie diese Zwangslogik in solchen Fällen offenbar stärker als das therapeutische Vertrauen.“ (EI-VIII)

Während drei Psychotherapeuten erwähnen, dass das Vertrauen nicht weniger gegeben ist als bei anderen Patientinnen- und Patientengruppen, erlebt dies ein Befragter gegenteilig. Laut seiner Erfahrung ist das Vertrauen aufgrund der mit der Störung einhergehenden massiven Ängste weniger gegeben als bei anderen Patientinnen- und Patientengruppen.

Positiv auf das Vertrauensverhältnis wirkt sich gemäss zwei Befragten aus, wenn Patientinnen und Patienten erkennen können, dass der Psychotherapeut oder die Psychotherapeutin über fundierte Fachkenntnisse verfügt und ihnen zudem die Angst vor einer negativen Bewertung ihrer Zwänge nehmen kann.

„Ich glaube, wenn die Patienten merken, dass der Behandler sich auskennt und sie nicht für verrückt oder blöd oder gestört abqualifiziert, dann ist das Vertrauen eigentlich im Allgemeinen da.“ (EI-IV)

Ein Interviewpartner vermutet weiter, dass das Vertrauen auch durch persönliches Engagement des Psychotherapeuten oder der Psychotherapeutin und gemeinsame Expositionsübungen gefördert werden kann.

„Das [Vertrauen] ist etwas, das möglicherweise, wenn man sich persönlich sehr einschalten würde und gemeinsam Expositionen durchführen würde, ... wo man vielleicht das Vertrauen fördern könnte.“ (EI-VII)

Motivation

Zu der Frage, welche Erfahrungen die Befragten in Bezug auf die Motivation der Patientinnen und Patienten gemacht haben, haben sich sieben Interviewpartner geäußert. Vier von ihnen erachten die Motivation als gut bis sehr gut.

„Also bei denen, die ich habe, finde ich, die Motivation ist eigentlich recht gut. Also finde ich ist eigentlich sehr gut.“ (EI-II)

Aus der Sicht von drei Psychotherapeuten gestaltet sich das Motivieren generell schwierig, es wird als anstrengend und herausfordernd bezeichnet, laut einer Aussage insbesondere in Bezug auf Expositionsübungen. Die Motivation muss aufgrund der grossen Ambivalenz gemäss eines Interviewpartners gezielt herausgearbeitet und gefördert werden. Den Grund für die Ambivalenz sieht er darin, dass die Zwänge zwar einen Leidensdruck auslösen und der Wunsch, diese zu überwinden, besteht, Betroffene aber gleichzeitig so stark mit ihnen identifiziert sind, dass es ihnen schwer fällt, diese loszulassen.

„Aber der Zwang, das ist so etwas so wie privatlogisch, so stark verankert, das ist wirklich die grösste Herausforderung. Und dass eine hohe Ambivalenz ist zwischen das nicht mehr haben wollen und das nicht aufgeben können.“ (EI-V)

Ein anderer Psychotherapeut sieht den Grund für die geringe Motivation darin, dass der Gedanke an den Verzicht auf Zwangsrituale bei Betroffenen grosse Angst auslöst. Schwierig kann es gemäss eines Interviewpartners auch sein, wenn sich die Zwangsinhalte auf nicht überprüfbare Ereignisse in der Zukunft beziehen. Dort ist es nicht möglich, die Zwangsgedanken durch Expositionsübungen einer Realitätsprüfung zu unterziehen.

„Sie hatte dann immer Angst, dass Gott sie dann auch in die Hölle schicken würde. Und weil das in einer nicht zu definierenden weiteren Zukunft war, konnte sie das auch nicht mit Verhaltensexperimenten entkräftigen, weil Sie wissen ja nicht, ob Sie am Schluss des Lebens nicht doch in die Hölle kommen, das hat es dann besonders schwierig gemacht, sie zu motivieren für Übungen.“ (EI-I)

Ein Interviewpartner hat zudem die Erfahrung gemacht, dass es im Verlauf der Therapie oft zu einer Phase kommen kann, wo die Motivation nachlässt, da Zwänge in der Regel

hartnäckig sind und viele Übungseinheiten erfordern. Dies kann dazu führen, dass Patientinnen und Patienten zu früh aufgeben.

„Die Zwänge in den Griff zu kriegen dauert of länger und erfordert mehr mühsames Üben und Dranbleiben und immer wieder probieren. Und das ist etwas, wo manche Patienten dann vielleicht zu früh aufgeben.“ (EI-V)

Motivationsfördernd wirkt sich nach Aussage von zwei Psychotherapeuten das Vermitteln eines plausiblen Therapiemodells aus. Hier sieht ein Befragter den Vorteil darin, dass das Modell der KVT einfach zu vermitteln ist und sich Betroffene damit auch verstanden fühlen.

„Also die Motivation ist eigentlich gut, vor allem, wenn die Patienten ein Therapiemodell in die Hand bekommen, mit dem sie arbeiten können und mit dem sie sich verstanden fühlen.“ (EI-I)

7.4 Anforderungen an Therapierende

Alle acht Interviewpartner haben sich zur Frage geäußert, was Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ihrer Meinung nach mitbringen sollten, wenn sie mit Zwangserkrankten arbeiten wollen. Dabei wurden ganz unterschiedliche Aspekte erwähnt. Mit jeweils vier Antworten wurde am häufigsten die Fachkenntnis, die Geduld und die Bereitschaft, sich einzudenken in die teilweise sehr fremd anmutende Zwangslogik sowie Freude am kognitiven Arbeiten und strategischen Denken genannt.

„Man muss [...] wie ein Forscher vorgehen, der einen unbekanntem Wald kartografiert.“ (EI-I)

Weiter wurde dreimal eine Affinität zum Störungsbild und Sympathie für diese Patienten- und Patientinnengruppe sowie Empathie erwähnt.

„Einfach, dass man einen Draht hat zum Patienten, dass man es hinkriegt, dass man ihn versteht in seiner Situation, weil, ich finde, das kann noch schwierig sein mit Zwanghaften.“ (EI-VII)

Drei Psychotherapeuten erachten eine genaue, gewissenhafte, korrekte und vor allem auch strukturierte Arbeitsweise als wichtige Anforderung.

„Das ist auch eine Grundweisheit, denke ich, dass viele Patienten mit einer Zwangsstörung natürlich ein strukturiertes Vorgehen gerne haben.“ (EI-IV)

Unter einer strukturierten Arbeitsweise verstehen drei Interviewpartner, dass ein Psychotherapeut oder eine Psychotherapeutin die Therapieziele immer klar vor Augen hat

und daran festhält, gemäss zwei Befragten vor allem dann, wenn Patientinnen und Patienten versuchen, von den eigentlichen Zielen abzulenken.

„Also müssen Sie auch beharrlich sein, unnachgiebig. Das würde heissen, dass man sich nicht abhalten lässt von der Idee, die der Patient hat, dass das überhaupt nicht geht.“ (EI-V)

Für einen Befragten bedeutet es wiederum, dass Informationen vermittelt und klare Rückmeldungen gegeben werden, damit Betroffene sich in ihren Ängsten und Befürchtungen verstanden fühlen.

Weiter wurde je einmal erwähnt, dass eine Psychotherapeutin oder ein Psychotherapeut Forderungen stellen und konfrontieren können muss. Zudem wurde von zwei Interviewpartnern Mut genannt, den es gemäss einer Aussage deshalb braucht, weil man beim Exponieren immer wieder in ungewohnte und unvorhersehbare Situationen kommen kann. Ebenfalls zweimal als wichtig eingestuft wurde die Fähigkeit, die Geschehnisse während einer Expositionsübung auch aushalten zu können, z. B. die Ängste, die in einer solchen Situation bei Betroffenen aufkommen.

„Ich meine, wenn man eine Exposition macht, dann können ja doch auch, also, dann kommen ja die Ängste vom Patienten und dann muss man diese auch aushalten, muss dann dabei sein. Braucht ja auch Zeit dazu, es braucht Standvermögen, denke schon, dass das eine Anforderung ist.“ (EI-II)

Weiter wurden je einmal ein kooperativer Stil sowie Überzeugungskraft genannt. Ein Befragter erachtet zudem Selbstvertrauen seitens der Psychotherapeutin oder des Psychotherapeuten als wichtige Anforderung. Konkret versteht er darunter ein Vertrauen in sich (und die Patientinnen und Patienten), dass die Übungen positiv verlaufen werden und dass er fähig sein wird, Betroffene durch eine Exposition hindurchzubegleiten. Diese Sicherheit als therapeutische Person sollte seiner Meinung nach gerade bei der Zwangsstörung auch vermittelt werden können, damit sich Patientinnen und Patienten selbst wiederum sicher fühlen können.

„Sich auch sicher fühlen [...] als therapeutische Person und diese Sicherheit auch vermitteln [können], gerade bei Zwängen. Läuft ja auch unter Angststörung, was ich völlig korrekt finde, ist das Thema Sicherheit und sich sicher fühlen enorm wichtig, noch viel wichtiger, als bei anderen Störungsbildern.“ (EI-III)

7.5 Pharmakotherapie

Der Aspekt der Pharmakotherapie wurde von zwei Psychotherapeuten spontan geäußert und deshalb ab dem sechsten Interview zusätzlich in den Interviewleitfaden aufgenommen. Die Ergebnisse ergeben sich deshalb aus einer kleineren Stichprobe (n=5).

Psychopharmaka vom Typ SSRI werden von allen fünf Interviewpartnern als unterstützende Massnahme zur Psychotherapie betrachtet. Während zwei Befragte erwähnen, dass sie immer Psychopharmaka einsetzen (es sei denn, der Klient oder die Klientin möchte dies explizit nicht), da es ihrer Erfahrung nach ohne diese zu keinen wirklichen Therapieerfolgen kommt, setzen drei zwar mehrheitlich Medikamente ein, erzielen in manchen Fällen aber auch ohne Medikamente Erfolge.

„Also man kommt auch nicht darum herum, Medikamente zu geben. Die Wirkung von Medikation, das ist also ungeheuerlich, wahnsinnig. Ich stelle fest, dass Psychotherapie alleine, dass das nicht genug wirksam ist. Das habe ich definitiv und eindeutig gesehen.“ (EI-V)

„Aber ich hatte auch Erfolgserlebnisse, zum Beispiel die Dame mit der Tasche, die hat es geschafft ohne Medikamente.“ (EI-VI)

Ein Psychotherapeut hat die Erfahrung gemacht, dass sich viele Patientinnen und Patienten zudem lieber für SSRIs entscheiden, als für Expositionen.

„Vielen Patienten fällt es einfach einfacher sich für ein Medikament zu entscheiden als für diese Exposition.“ (EI-VIII)

Für eine parallel verlaufende Pharmakotherapie spricht gemäss zwei Interviewpartnern einerseits das Vorliegen einer schweren Symptomatik (in solchen Fällen setzt ein Psychotherapeut auch Neuroleptika ein, womit er bis anhin aber keine Erfolge im Sinne einer Reduktion der Zwangsrituale erzielen konnte). Andererseits spricht laut einer Aussage auch eine komorbide Depression für SSRIs und wenn mit Expositionen keine Fortschritte mehr erzielt werden können oder wenn die Belastung durch Zwangsgedanken sehr hoch ist.

„Also ich habe bei vielen Zwangspatienten angefangen, mit SSRIs dahinter zu gehen. Entweder um die konkomittierende Depression mitzubehandeln oder auch, wenn der Druck der Intrusionen zu stark ist.“ (EI-I)

Ein Psychotherapeut setzt SSRIs deshalb ein, weil aus seiner Sicht durch die Medikation zuerst eine Reduktion der Angst und Spannung erzielt werden muss, damit Betroffene

überhaupt fähig sind, richtig in die Therapie einzusteigen, insbesondere im Hinblick auf die bevorstehenden Expositionsübungen.

„Und ich meine [...], dass wenn die Angst so gross ist von den Patienten, dass sie sich nicht wagen zum Exponieren, dann müssen sie mal eine Medikation einführen, um diese Spannung runterzubringen, damit die mitmachen können bei der Therapie.“ (EI-VII)

Zudem besteht ein weiterer wichtiger Aspekt gemäss zwei Befragten darin, dass sich die durch die SSRIs erzielten Erfolgserlebnisse ermutigend auf Betroffene auswirken und sie ihn ihrem Selbstvertrauen stärken.

„Dann haben sie lerntheoretisch einfach mehr Erfolgserlebnisse und es ist nicht nur alles an ihnen, weil es ist auch sehr entmutigend, weil die Patienten das Gefühl haben ‚Mensch, was bin ich für eine Pumpe‘.“ (EI-V)

Die Pharmakotherapie sollte gemäss zwei Psychotherapeuten ausführlich mit den Betroffenen besprochen werden, da bei vielen die Angst vor Abhängigkeit und möglichen unerwünschten Wirkungen anzutreffen ist.

„Man muss es gut vorbereiten, gut erklären, dass das Medikament eine Krücke ist. Meistens entsteht die Angst, dann muss ich die Medikamente mein Leben lang nehmen.“ (EI-VI)

8 Diskussion

Die vorliegende empirische Arbeit befasste sich einerseits mit der Frage, in welcher Durchführungsmodalität Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten das Verfahren der Exposition mit Reaktionsmanagement (ERM) in der ambulanten verhaltenstherapeutischen Praxis bei der Therapie von Zwangsstörungen anwenden und welche Gründe bei einer allfälligen Abweichung von den heutigen Leitlinien vorliegen. Andererseits interessierten die Erfahrungen, die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten bezüglich wichtiger Voraussetzungen für einen erfolgreichen Verlauf von ERM machen, insbesondere in Bezug auf die Beziehungsgestaltung und die Motivation der Patientinnen und Patienten. Die Ergebnisse dazu werden in den nachfolgenden Kapiteln zusammengefasst und auf der Grundlage der im ersten Teil der Arbeit angeführten Theorie diskutiert. Danach folgt eine kritische Überprüfung des methodischen Vorgehens sowie abschliessend ein Fazit mit weiterführenden Überlegungen.

8.1 Interpretation der Ergebnisse

Das Verfahren der Exposition mit Reaktionsmanagement (ERM) wird von allen befragten (männlichen) Psychotherapeuten als erfolgreiche Interventionsmethode bei der Behandlung von Zwängen betrachtet. Seine Grenzen sehen zwei Psychotherapeuten allerdings dort, wo es sich um reine Zwangsgedanken handelt, da dann Expositionsübungen nicht machbar seien. Dass reine Zwangsgedanken sowohl in diagnostischer wie auch therapeutischer Hinsicht eine besondere Herausforderung darstellen, wird von verschiedenen Autoren erwähnt (Reinecker, 2009; Wahl et al., 2007). ERM kann aber auch in diesen Fällen angewendet werden. Eine Übung würde beispielsweise aus der monotonen Konfrontation mit den Gedanken ab Tonband bestehen. Hier zeigen sich unzureichende Kenntnisse seitens der Psychotherapeuten in Bezug auf die Behandlung von reinen Zwangsgedanken.

Obwohl ERM im Gegensatz zu den Studien von Külz et al. (2010) und Böhm et al. (2008) von der Mehrheit der befragten Psychotherapeuten den Leitlinien entsprechend eingesetzt wird (graduiert, in vivo und zu Beginn der Psychotherapie begleitet ausserhalb des Therapieraumes während Doppelstunden sowie als Hausaufgaben in Eigenregie), kommt es in einzelnen Fällen zu einer Abweichung, über deren Gründe Aufschluss gewonnen werden konnte. So weichen beispielsweise jene fünf Psychotherapeuten, die die Wahl für ein graduiertes oder massiertes Vorgehen den Patientinnen und Patienten überlassen, dann von der graduierten Form ab, wenn ein massiertes Vorgehen gewünscht wird. Dies ist allerdings sehr selten der Fall. Lediglich bei einem Psychotherapeuten entscheiden sich 80% der Betroffenen für diese Vorgehensweise. Er führt dies darauf zurück, dass sie seiner Argumentationslinie folgen, dass eine massierte Vorgehensweise zwar kurzzeitig eine hohe Belastung bedeutet, über die Gesamtbehandlung betrachtet aber weniger Stress induziert. Dass die höhere Belastung zu häufigeren Abbrüchen führt, wie Lakatos und Reinecker (2007) erwähnen, entspricht nicht seiner Erfahrung. Die Entscheidung für massierte Expositionsübungen ist laut seiner Aussage eine wohldurchdachte, die mit grosser Motivation einhergeht. Insofern kann auch die Aussage von Külz und Voderholzer (2011), dass die massierte Form mit einer niedrigeren Compliance verbunden ist, aus dieser Sicht nicht bestätigt werden. Dass die Wahl für die eine oder andere Vorgehensweise von der Mehrheit der befragten Psychotherapeuten den Patientinnen und Patienten selbst überlassen wird, kann in Bezug auf das Kontrollerleben von Betroffenen gemäss Lakatos und Reinecker (2007) als positiv gewertet werden. Inwieweit die niedrige Anwendungsrate

(20%) von graduierter ERM in der Studie von Külz et al. (2010) mit der Wahl der Patientinnen und Patienten zu tun hat, bleibt offen. Es dürfte allerdings eher unwahrscheinlich sein, dass sich die Mehrheit der Betroffenen für die massierte Form entscheiden.

Dass alle befragten Psychotherapeuten ERM grösstenteils in vivo durchführen, ist insofern erfreulich, als dass diese Vorgehensweise gemäss Lakatos und Reinecker (2007) immer die bessere Variante darstellt, da so der grösstmögliche Realitätscharakter besteht. Besonders da, wo es sich ausschliesslich um Probleme im häuslichen Bereich der Patientinnen und Patienten handelt, ist es unumgänglich, dass die Übungen in der Wohnung stattfinden. Auf ERM in sensu greift einer der Psychotherapeuten vereinzelt als Vorbereitung auf Übungen in vivo zurück, ein dann, wenn eine Übung in der Realität schwer machbar ist (beispielsweise bei nicht beliebig reproduzierbaren Situationen). Auch Lakatos und Reinecker (2007) erwähnen, dass es in manchen Fällen unumgänglich ist, die Übungen in sensu durchzuführen. Sie zählen allerdings nur praktische Gründe dazu, nicht aber beispielsweise reine Zwangsgedanken, wie dies von einem Psychotherapeuten erwähnt wird. Auch hier zeigen sich wiederum unzureichende Kenntnisse in Bezug auf die Behandlung reiner Zwangsgedanken. In diesem Zusammenhang soll noch eine weitere Aussage eines Psychotherapeuten erwähnt werden. Bei Zwangsgedanken, die nicht situationsgebunden auftreten, kann es in manchen Fällen schwierig sein, im Rahmen einer Expositionsübung überhaupt eine Situation zu finden, die die Gedanken auslöst. Inwieweit diese genannten Umstände dazu führen, dass gemäss Külz et al. (2011) und Böhm et al. (2008) knapp 18% der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ganz auf ERM in vivo verzichten, bleibt offen. Ebenfalls zu diesen Ergebnissen geführt haben könnte, dass Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten bei ERM in sensu die Übungen innerhalb des Therapieraumes durchführen können. Dadurch besteht die Möglichkeit, viele Einfluss- und Störfaktoren auszuschliessen oder zu kontrollieren, wie dies einer der befragten Psychotherapeuten erwähnt. Er erachtet dies insbesondere dann als hilfreich, wenn das kathartische Erleben während einer Expositionsübung nicht vorhersehbar ist. Gemäss der Aussage von zwei Psychotherapeuten erfordert gerade ERM in vivo aufgrund der oft unvorhersehbaren und ungewohnten Situationen auch seitens der Therapierenden Mut sowie die Fähigkeit, die Geschehnisse aushalten zu können.

Im Gegensatz zu den Zahlen von Külz et al. (2010), die besagen, dass lediglich 6% der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten begleitete ERM ausserhalb des

Therapieraumes durchführen, findet dies mit einer Ausnahme bei den in dieser Arbeit befragten Therapeuten immer statt (nicht erhoben wurde die Häufigkeit von begleiteter ERM). Es handelt sich dabei vorwiegend um Hausbesuche. Auch hier zeigt sich ein Unterschied zu Külz et al. (2010), wo Hausbesuche lediglich in 1,3% der Fälle stattfinden. Einen der befragten Psychotherapeuten hindern allerdings die Richtlinien des hiesigen Kassensystems daran, gemeinsam mit seinen Patientinnen und Patienten ausserhalb des Therapieraumes zu exponieren. Therapiesitzungen, die die übliche Sitzungsdauer überschreiten, können laut seiner Aussage nicht 1:1 abgerechnet werden. Dieser Umstand scheint gemäss seiner Erfahrung auch bei der Mehrheit seiner Berufskolleginnen und Berufskollegen dazu zu führen, dass sie auf begleitete ERM verzichten. Gerade die ersten Expositionen sollten aber aus technischen wie auch motivationalen Gründen immer gemeinsam mit dem Psychotherapeuten oder der Psychotherapeutin erfolgen (Reinecker, 2009; Külz & Voderholzer, 2011).

Das Kassensystem stellt nicht nur in Bezug auf begleitete ERM ausserhalb des Therapieraumes für manche Therapierende einen Hinderungsgrund dar, sondern auch hinsichtlich der Anzahl begleiteter Übungen pro Woche. Obwohl sich gemäss Külz und Voderholzer (2011) bislang keine endgültigen Aussagen bezüglich der idealen Frequenz der Therapiesitzungen machen lassen, erachtet es Reinecker (2009) als wichtig, dass für eine Stabilisierung der Veränderung sowie die Generalisierung zu Beginn der Therapie mehr als eine Sitzung pro Woche stattfindet. Zwar scheint dies in der Praxis für knapp die Hälfte der befragten Psychotherapeuten grundsätzlich machbar zu sein, allerdings wird auch hier wiederum von einem Therapeuten erwähnt, dass ihn die Richtlinien des Kassensystems daran hindern, mehr als eine Exposition pro Woche zu begleiten. Külz et al. (2010) sehen die Gründe eher in einem Mangel an zeitlicher und räumlicher Flexibilität der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten.

Auch die Tatsache, dass lediglich in 1,4% der Fälle immer eine Doppelstunde für ERM geplant wird, führen Külz et al. (2010) auf einen Mangel an zeitlicher Flexibilität zurück. In der Studie von Böhm et al. (2008) gaben gar 71% an, dass ERM immer nur während einer Einzelstunde durchgeführt wurde. Die Zahlen konnten im Rahmen dieser Studie nicht bestätigt werden. Abgesehen von einer Ausnahme planen alle befragten Psychotherapeuten immer eine Doppelstunde oder gar mehr für Expositionen (ein Therapeut plant für die erste Durchführung eine Doppelstunde und passt die darauffolgenden Sitzungen jeweils entsprechend der Habituationsgeschwindigkeit der ersten an). Das Kassensystem stellt aber

auch hier wiederum für einen Psychotherapeuten ein Hindernis dar. Da es gemäss der Richtlinien nicht möglich ist, mehr als eine Therapiesitzung 1:1 abzurechnen, verzichtet er auf Doppelstunden. Dies ist insofern sehr ungünstig, als dass es gemäss Ambühl (2005) zentral ist, dass Betroffene so lange in den für sie schwierigen Situationen bleiben, bis die Angst und Unruhe deutlich abgenommen haben, was in der Regel zwischen 90 und 120 Minuten der Fall ist (Emmelkamp & van Oppen, 2000). Eine Übung sollte nie abgebrochen werden, wenn noch ein hohes Angstniveau besteht. Das Problem der Richtlinien löst ein Psychotherapeut dadurch, dass er bei seinen Patientinnen und Patienten die Erlaubnis einholt, die Stunden auf mehrere Tage aufgeteilt abzurechnen. Ein anderer rechnet die Übungen hingegen entweder über Hausbesuche ab oder stellt einen Antrag bei der Krankenkasse, um auf Nummer sicher zu gehen. In der Regel werden solche Anträge gemäss seiner Aussage genehmigt. Ein anderer Grund, der allenfalls manche Therapierende veranlasst, auf Doppelstunden zu verzichten, stellt das Risiko dar, dass eine Patientin oder ein Patient kurzfristig absagt. Somit wurden vergeblich zwei oder mehr Stunden freigehalten, wie dies von einem Psychotherapeuten erwähnt wurde.

Über die Wichtigkeit von mehreren Expositionsübungen pro Woche sind sich die befragten Psychotherapeuten einig. So arbeiten im Gegensatz zu den Zahlen von Külz et al. (2010) und Böhm et al. (2008), wo nur 20,8% immer mit Hausaufgaben arbeiten bzw. 17,6% der befragten Patientinnen und Patienten Hausaufgaben durchführen, alle mit ERM in Eigenregie. Dies trägt nicht nur zu einer Stabilisierung der Veränderung bei (Reinecker, 2009), sondern wirkt sich gemäss Lakatos und Reinecker (2007) auch positiv auf das Selbstmanagement von Betroffenen aus. Die positive Auswirkung, die ERM in Eigenregie haben kann, wird durch die Aussagen von einem Teil der befragten Psychotherapeuten bestätigt. Bei den Hausaufgaben setzen zudem abgesehen von einer Ausnahme alle befragten Psychotherapeuten Partnerinnen und Partner der Betroffenen als Co-Therapeutinnen bzw. Co-Therapeuten ein, was so in der Literatur nicht anzutreffen ist. Sie machen damit sehr gute Erfahrungen. Gemäss zwei Aussagen üben manche Patientinnen und Patienten beispielsweise erst unter Einbezug der Partnerin oder des Partners zwischen den Therapiesitzungen. Weiter wurde von einem Psychotherapeuten erwähnt, dass durch das vorhandene Vertrauen zwischen den Betroffenen und ihren Partnerinnen und Partnern höhere Anforderungen gestellt werden können, als dies eine Psychotherapeutin oder ein Psychotherapeut kann. Zudem sind dann gemäss einer Aussage zwei Personen aktiv an den Übungen beteiligt und können gemeinsam an der Problematik arbeiten. Ein Einbezug ist

allerdings nicht in jedem Fall empfehlenswert. Er sollte nur dann erfolgen, wenn die Partnerinnen und Partner sich abgrenzen können, eine stabile Persönlichkeit haben, hilfsbereit sind sowie die Partnerschaft nicht konfliktreich ist und nicht die Gefahr besteht, dass der Rollenwechsel zu Problemen führt.

Für einen erfolgreichen Verlauf von ERM ist neben der korrekten Anwendung einerseits der Aufbau einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung sowie die Motivation der Patientinnen und Patienten ausschlaggebend. Andererseits sollte ERM gut in die Gesamttherapie eingebettet werden und eine fundierte Vorbereitung stattfinden. Dazu gehören gemäss Voderholzer und Hohagen (2012, S. 244) folgende Komponenten: die Psychoedukation, die Erarbeitung eines plausiblen individuellen Erklärungsmodells der Störung (Grundlage dazu bilden die Ätiologiemodelle der KVT), eine Motivationsanalyse, eine ausführliche Verhaltens- (Protokollieren der Zwänge) und Funktionsanalyse (welche Bedeutung haben die Zwänge intrapsychisch und interpersonell), eine Zielanalyse sowie die Hierarchisierung der Zwangssymptomatik (Rangfolge der Zwänge nach Intensität des Unbehagens oder der Angst, Anspannung, Ekel). Während nur zwei der befragten Psychotherapeuten die gute Einbettung von ERM in die Gesamttherapie als wichtige Voraussetzung nannten, erachten alle die fundierte Vorbereitung als zentralen Faktor. Insbesondere das Vermitteln und Etablieren des Störungsmodells sowie die detaillierte Exploration der Symptomatik und deren Funktion werden hervorgehoben. Therapierende sollten deshalb gemäss der Hälfte der befragten Psychotherapeuten Freude am kognitiven Arbeiten/strategischen Denken haben und bereit sein, sich einzudenken in die teilweise sehr fremd anmutende Zwangslogik. Eine gewissenhafte, genaue, strukturierte und korrekte Arbeitsweise wird ebenfalls vorausgesetzt. Zur Vorbereitung kann gemäss zwei Psychotherapeuten zudem auch gehören, dass bei Patientinnen und Patienten, deren Leben sehr stark von den Zwängen bestimmt ist (z. B. keine sozialen Kontakte, keine Tagesstruktur) zuerst eine Perspektive eröffnet wird für ein Leben ohne Zwänge. Ansonsten besteht laut einer Aussage die Gefahr, dass Betroffene stark depressiv werden, wenn ihnen bewusst wird, wie sehr sie durch die Krankheit eingeschränkt sind.

Der Aspekt der vertrauensvollen therapeutischen Beziehung wurde nur von drei Psychotherapeuten als wichtige Voraussetzung genannt. Für Lakatos und Reinecker (2007) ist er deshalb so zentral, weil Betroffene während den Übungen die normalerweise durch die Zwangshandlungen erzielte Sicherheit und Kontrolle aufgeben, was bedingt, dass sie ersatzweise genügend Halt und Sicherheit aus der therapeutischen Beziehung schöpfen

können. In diesem Zusammenhang kann die Aussage eines der befragten Psychotherapeuten erwähnt werden, der Selbstvertrauen als eine wichtige Anforderung an Therapierende betrachtet. Die eigene Sicherheit und das Vertrauen, dass die Expositionsübungen gelingen werden und Patientinnen und Patienten hindurchbegleitet werden können, erachtet er als wesentlich, damit sich Betroffene wiederum selbst sicher fühlen können. Lakatos und Reinecker (2007) schreiben, dass Zwangserkrankte im Spektrum von Patientinnen und Patienten mit psychischen Störungen allerdings als „schwierig“ gelten und die Beziehungsgestaltung nicht immer einfach verläuft. Dies wurde nur durch die Hälfte der Aussagen der befragten Psychotherapeuten bestätigt. Auch der Aufbau von Vertrauen, der als Teilaspekt der Beziehungsgestaltung betrachtet werden kann, gestaltet sich für die Mehrheit unproblematisch. Im Gegensatz zu Lakatos und Reinecker (2007), die die Schwierigkeiten insbesondere darin sehen, dass mehr als die Hälfte der Betroffenen die Kriterien einer Persönlichkeitsstörung erfüllen sowie sich aufgrund von empfundener Beschneidung ihrer Autonomie oft in Machtkämpfe verwickeln, sind es bei den befragten Psychotherapeuten eher das Vorliegen einer zwanghaften Persönlichkeitsakzentuierung, die mit der Störung einhergehenden massiven Ängste oder der schlechtere Zugang zu Emotionen, die erschwerende Faktoren darstellen können. Einig sind sich zwei der befragten Psychotherapeuten mit Lakatos und Reinecker (2007) darüber, dass das Vertrauen gewonnen werden kann, wenn Therapierende von Anfang an demonstrieren, dass ihnen die Zwangsproblematik vertraut ist, und sie über die bizarr oder skurril anmutenden Verhaltensweisen und Vorstellungen nicht erstaunt oder erschreckt sind. Dies setzt somit Fachkenntnisse voraus, was von der Hälfte der Psychotherapeuten als eine wichtige Anforderung an Therapierende genannt wurde. Zudem erwähnt knapp die Hälfte, dass eine gewisse Affinität zum Störungsbild sowie Sympathie für diese Patientengruppe gerade in Bezug auf bizarr oder skurril anmutende Zwänge ebenfalls wichtig ist.

Dass weiter auch die Motivation eine wichtige Voraussetzung für den erfolgreichen Verlauf von ERM darstellt, darüber sind sich fünf der befragten Psychotherapeuten einig. Wie bei der Beziehungsgestaltung kann die Motivation der Patientinnen und Patienten eine Herausforderung darstellen. Nach Wahl et al. (2007) stehen Betroffene der Therapie in der Regel ambivalent gegenüber, da sie die Zwänge einerseits zwar loswerden wollen, andererseits aber das Unterlassen der Zwangshandlungen für sie ein extremes Risiko bedeutet, welches sie nur zögerlich einzugehen bereit sind. Obwohl vier der befragten

Psychotherapeuten die Motivation der Betroffenen als gut bis sehr gut erleben, können drei die Aussage von Wahl et al. (2007) bestätigen. Das Motivieren wird teilweise als anstrengend und herausfordernd erlebt. Neben der Ambivalenz stellen gemäss eines Psychotherapeuten auch Zwangsinhalte, die sich auf nicht überprüfbare Ereignisse in der Zukunft beziehen, einen erschwerenden Faktor dar. Dort ist es nicht möglich, die Zwangsgedanken durch ERM einer Realitätsprüfung zu unterziehen. Zudem erwähnt ein Psychotherapeut, dass in manchen Fällen die Motivation zwar anfangs gegeben ist, es aber in der zweiten Phase der Therapie nicht selten aufgrund der vielen Übungen zu einem Motivationseinbruch kommt, was zu Abbrüchen führen kann. Dass rasche Erfolge in vielen Fällen nicht zu erwarten sind schreiben auch Voderholzer et al. (2011). Ein Grund liegt darin, dass laut Reinecker (2009) im Schnitt rund 7 bis 10 Jahre vergehen, bis Zwangserkrankte sich in eine Therapie begeben. In dieser Zeit kommt es zu einer Stabilisierung der Symptomatik, was eine Veränderung immer schwieriger macht. Es ist somit nicht erstaunlich, dass die Hälfte der befragten Psychotherapeuten erwähnt, dass Therapierende in erster Linie Geduld mitbringen sollten.

Die Pharmakotherapie stellte ursprünglich keinen Teil des Erkenntnisinteresses dar und blieb deshalb anfänglich unbeachtet. Da sich aber zwei Psychotherapeuten während den ersten vier Interviews spontan zu diesem Aspekt äusserten und aufgrund ihrer Schilderungen die Annahme bestand, dass den Psychopharmaka doch ein grosser Stellenwert zukommt, wurde der Leitfaden ab dem fünften Interview um eine Frage zu diesem Thema erweitert. Die Annahme über den bedeutenden Stellenwert einer parallel verlaufenden Pharmakotherapie mit Psychopharmaka des Typs SSRI konnte dadurch bestätigt werden. Ohne SSRIs kommt es laut den Erfahrungen aller Psychotherapeuten zu keinen bzw. nur sehr selten zu wirklichen Therapieerfolgen. Ein Interviewpartner erwähnte beispielsweise, dass Patientinnen und Patienten erst durch die Psychopharmaka befähigt werden, überhaupt richtig in die Therapie einzusteigen, insbesondere im Hinblick auf ERM. Somit stellen SSRIs in gewisser Weise teilweise ebenfalls eine der Voraussetzungen für einen erfolgreichen Verlauf von ERM dar. Weiter wirken sich die durch die SSRIs erzielten Erfolgserlebnisse gemäss knapp der Hälfte der Befragten ermutigend auf Betroffene aus und stärken ihr Selbstvertrauen. Eine Indikation mit SSRIs ist gemäss der Hälfte insbesondere bei einer schweren Symptomatik angezeigt, was sich mit der Aussage von Voderholzer, Schlegl und Külz (2011) deckt. Dass dies auch bei komorbider Depression der Fall ist, wurde nur von einem Psychotherapeuten erwähnt. Allerdings

bestätigen ihre Aussagen, dass die Behandlung mit SSRIs immer als additive Methode zur KVT betrachtet werden muss, wie Wahl et al. (2005) schreiben. Sie muss zudem gemäss zwei Psychotherapeuten im Vorfeld jeweils gut mit den Patientinnen und Patienten besprochen werden, da bei vielen die Befürchtung einer Abhängigkeit oder unerwünschten Wirkungen besteht.

8.2 Methodenkritik

Die qualitative Erhebungsmethode mittels leitfadengestützten Experteninterviews hat sich für die vorliegenden beiden Fragestellungen bewährt. Dadurch konnten umfassendere und differenziertere Erkenntnisse gewonnen werden, als dies in Bezug auf die erste Fragestellung mittels der in bisherigen Studien verwendeten Fragebogen möglich war. Aufgrund der kleinen Stichprobe können die Resultate dieser empirischen Studie allerdings nicht verallgemeinert werden. Um die Relevanz der Ergebnisse zu bestätigen müssten weitere qualitative und quantitative Untersuchungen durchgeführt werden.

Die Stichprobe umfasste hauptsächlich Psychotherapeuten aus dem Verzeichnis der Schweizerischen Gesellschaft für Zwangsstörungen (SGZ). Hier kann eingewendet werden, dass dies die Ergebnisse insofern beeinflusst haben könnte, als dass Therapierende, die eine Verbindung zur SGZ haben, ERM vermutlich häufiger den Leitlinien entsprechend einsetzen als ihre Berufskolleginnen und Berufskollegen. Auch ist zu bedenken, dass die soziale Erwünschtheit in den Antworten mancher Psychotherapeuten eine Rolle gespielt haben könnte.

Obwohl im Interviewleitfaden vorgängig jene Fragen formuliert wurden, welche für jedes Interview relevant waren, fehlten Vertiefungsfragen dazu, anhand derer wo nötig die noch offen gebliebenen wesentlichen Aspekte hätten erfragt werden können. Dadurch wäre es möglich gewesen, umfassendere Informationen zu gewinnen. Gleichzeitig wäre es allerdings aufgrund der beschränkt zur Verfügung stehenden Zeit der Psychotherapeuten je nach Umfang ihrer Antworten nicht immer möglich gewesen, noch vertieft auf die Hauptfragen einzugehen, sollten diese alle beantwortet werden. Rückblickend betrachtet wäre aufgrund des Zeitfaktors die Beschränkung auf nur eine, dafür vertiefte, Fragestellung möglicherweise sinnvoller gewesen.

Die Frage, was Therapierende laut der Meinung der Psychotherapeuten für die Arbeit mit Zwangserkrankten mitbringen sollten, stand nicht in direktem Zusammenhang mit dem

Erkenntnisinteresse. Trotzdem konnten dadurch einige aufschlussreiche Informationen gewonnen werden.

8.3 Fazit und weiterführende Überlegungen

Die qualitative Untersuchung der vorliegenden Arbeit hat gezeigt, dass das Verfahren der Exposition mit Reaktionsmanagement (ERM) in der ambulanten verhaltenstherapeutischen Praxis vorwiegend den Leitlinien entsprechend eingesetzt wird. Es stellte sich allerdings heraus, dass die Richtlinien des hiesigen Kassensystems bei einzelnen Psychotherapierenden dazu führen, dass sie von den Leitlinien abweichen. Da Therapiesitzungen, welche die übliche Sitzungsdauer übersteigen, nicht 1:1 abgerechnet werden können, verhindert dies beispielsweise, dass Doppelstunden für die Expositionsübungen geplant werden, diese begleitet stattfinden und/oder mehr als einmal pro Woche. Ob dies auch bei anderen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten der Fall ist, müsste mit weiteren Studien untersucht werden. Gleichzeitig stellt sich die Frage, inwieweit das Kassensystem dem Problem entgegenwirken könnte.

Weiter zeigte sich, dass in Bezug auf reine Zwangsgedanken vereinzelt ein Mangel an Kenntnissen über deren Behandlung besteht. Auch hier müsste mit weiteren Untersuchungen eruiert werden, inwieweit dies auch auf andere Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zutrifft. Zudem müsste der Frage nachgegangen werden, wie Therapierende mit spezifischen Informationen zur Anwendung von ERM bei reinen Zwangsgedanken erreicht werden könnten.

Aus der Untersuchung geht zudem hervor, dass die Behandlung der Zwangsstörung fundierte Fachkenntnisse voraussetzt. Hier würden sich spezifische Weiterbildungsangebote anbieten, wo diese erworben werden können. Gerade auch im Hinblick auf die Wichtigkeit einer fundierten Vorbereitung kann es notwendig sein, dass Therapierende über speziell zu beachtende Aspekte und häufig anzutreffende Schwierigkeiten Bescheid wissen. In Bezug auf die nicht immer einfache Beziehungsgestaltung und die ambivalente Motivation mancher Patientinnen und Patienten müsste überlegt werden, in welcher Form Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten dahingehend unterstützt werden können, dass sie auf diese Herausforderungen bestmöglichst vorbereitet sind.

Literatur

- Althaus, D., Niedermeier, N. & Niescken, S. (2008). *Zwangsstörungen: Wenn die Sucht nach Sicherheit zur Krankheit wird*. München: Beck.
- Ambühl, H. (2005). Kognitive Verhaltenstherapie bei Zwangsstörungen. In H. Ambühl (Hrsg.), *Psychotherapie der Zwangsstörungen. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis – störungsspezifisch und schulenübergreifend* (2., überarb. u. erw. Aufl., S. 69-86). Stuttgart: Thieme.
- Angst, J., Gamma, A., Endrass, J., Goodwin, R., Ajdacic, V., Eich, D. & Rössler, W. (2004). Obsessive-compulsive severity spectrum in the community: prevalence, comorbidity, and course. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 254, 156-164.
- Böhm, K., Förstner, U., Külz, A. & Voderholzer, U. (2008). Versorgungsrealität der Zwangsstörungen: Werden Expositionsverfahren eingesetzt? *Verhaltenstherapie*, 18, 18-24.
- Brakoulias, V., Starcevic, V., Sammut, P., Berle, D., Milicevic, D., Moses, K. & Hannan, A. (2011). Obsessive-compulsive spectrum disorders: a comorbidity and family history perspective. *Australasian Psychiatry*, 19, 151-155.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (Hrsg.). (2010). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V(F). Klinisch-diagnostische Leitlinien* (7., überarb. Aufl.). Bern: Huber.
- Emmelkamp, P. M. G. & van Oppen, P. (2000). *Zwangsstörungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Fischer, W. & Freyberger, H. J. (2008). Ich bin doch nicht verrückt! Was verbirgt sich eigentlich hinter der Psychiatrie und Psychotherapie und wer braucht sie? In S. Barnow, H. J. Freyberger, W. Fischer & M. Linden (Hrsg.), *Von Angst bis Zwang. Ein ABC der psychischen Störungen: Formen, Ursachen und Behandlung* (3., überarb. u. erw. Aufl., S. 21-32). Bern: Huber.
- Flick, U. (2009). *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung* (2., vollst. überarb. u. erw. Neuausgabe). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Gentil, A. F., de Mathis, M. A., Torresan, R. C., Diniz, J. B., Alvarenga, P., do Rosário, M., Cordioli, A. V., Torres, A. R. & Miguel, E. C. (2009). Alcohol use disorders in patients with obsessive-compulsive disorder: The importance of appropriate dual-diagnosis. *Drug and Alcohol Dependence*, 100, 173-177.
- Gläser, J. & Laudel, G. (2010). *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse* (4. Aufl.) Wiesbaden: Springer.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., Hill, C. L., Heninger, G. R. & Charney, D. S. (1989). The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale I: development, use, and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1006-1011.

- Hand, I. (1993). Exposition-Reaktions-Management (ERM) in der strategisch-systemischen Verhaltenstherapie. *Verhaltenstherapie*, 3, 61-65.
- Hedlund, S. (2005). Exposition mit Reaktionsmanagement bei Zwangserkrankungen. In P. Neudeck & H.-U. Wittchen (Hrsg.), *Konfrontationstherapie bei psychischen Störungen* (S. 143-169). Göttingen: Hogrefe.
- Hoffmann, K., Barnow, S. & Grabe, H. J. (2008). Wenn der Zwang zur Sucht wird – Zwangsstörungen. In S. Barnow, H. J. Freyberger, W. Fischer & M. Linden (Hrsg.), *Von Angst bis Zwang. Ein ABC der psychischen Störungen: Formen, Ursachen und Behandlung* (3., überarb. u. erw. Aufl., S. 59-77). Bern: Huber.
- Hudak, R. & Dougherty, D. (Eds.). (2011). *Clinical obsessive-compulsive disorders in adults and children*. New York: Cambridge University Press.
- Karno, M., Golding, J. M., Sorenson, S. B. & Burnam, M. A. (1988). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. *Archives of General Psychiatry*, 45, 1094-1099.
- Koran, L. M., Hanna, G. L., Hollander, E., Nestadt, G. & Blair Simpson, H. (2007). Practice guideline for the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 164, 1-56.
- Külz, A. K. & Voderholzer, U. (2011). Psychotherapie der Zwangsstörung. Was ist evidenzbasiert? *Der Nervenarzt*, 3, 308-318.
- Külz, A. K., Hassenpflug, K., Riemann, D., Linster, H. W., Dornberg, M. & Voderholzer, U. (2010). Ambulante psychotherapeutische Versorgung bei Zwangserkrankungen. Ergebnisse einer anonymen Therapeutenbefragung. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 60, 194-201.
- Lakatos, A. & Reinecker, H. (2007). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Zwangsstörungen. Ein Therapiemanual* (3. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Margraf, J., Schneider, S. & Ehlers, A. (1994). *Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen (DIPS)* (2. Aufl.). Berlin: Springer.
- Marques, L., LeBlanc, N. J., Weingarden, H. M., Timpano, K. R., Jenike, M. & Wilhelm, S. (2010). Barriers to treatment and service utilization in an internet sample of individuals with obsessive-compulsive symptoms. *Depression and Anxiety*, 27, 470-475.
- Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (11., aktual. u. überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Mayring, P. (2002). *Einführung in die Qualitative Sozialforschung* (5., überarb. u. neu ausgestattete Aufl.). Weinheim: Beltz.

- Meuser, M. & Nagel, U. (2002). ExpertInneninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In A. Bogner, B. Littig & W. Menz (Hrsg.). *Das Experteninterview* (S. 71-95). Opladen: Leske & Budrich.
- Möller, H.-J., Laux, G. & Deister, A. (2009). *Psychiatrie und Psychotherapie* (4., vollst. überarb. u. erw. Aufl.). Stuttgart: Thieme.
- Mowrer, O. H. (1947). On the dual nature of learning – a re-interpretation of „conditioning“ and problem-solving. *Harvard Educational Review*, 17, 102-148.
- Neudeck, P. & Wittchen, H.-U. (2005). Die Vernachlässigung der Expositionsverfahren – ein Verstoß gegen die Regeln der Kunst! In P. Neudeck & H.-U. Wittchen (Hrsg.), *Konfrontationstherapie bei psychischen Störungen* (S. 7-14). Göttingen: Hogrefe.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (OCCWG). (2001). Development and initial validation of the Obsessive Beliefs Questionnaire and the Interpretation of Intrusions Inventory. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 987-1006.
- Quarantini, L. C., Torres, A. R., Sampaio, A. S., Fossaluza, V., de Mathis, M. A., do Rosário, M. C., Fontenelle, L. F., Ferrão, Y. A., Cordioli, A. V., Petribu, K., Hounie, A. G., Miguel, E. C., Shavitt, R. G. & Koenen, K. C. (2011). Comorbid major depression in obsessive-compulsive disorder patients. *Comprehensive Psychiatry*, 52, 386-393.
- Reinecker, H. (2009). *Zwangshandlungen und Zwangsgedanken*. Göttingen: Hogrefe.
- Rufer, M., Fricke, S. (2009). *Der Zwang in meiner Nähe. Rat und Hilfe für Angehörige von zwangserkrankten Menschen*. Bern: Huber.
- Rufer, M., Fricke, S., Moritz, S., Kloss, M. & Hand, I. (2006). Symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder: prediction of cognitive-behavior therapy outcome. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113, 440-446.
- Ruppert, S., Zaudig, M. & Konermann, J. (2007). Zur Frage der Komorbidität von Zwangsstörung und Zwangshafter Persönlichkeitsstörung. *Persönlichkeitsstörungen*, 11, 98-110.
- Salkovskis, P. M. (1985). Obsessional-compulsive problems: a cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 571-583.
- Salkovskis, P. M. & Harrison, J. (1984). Abnormal and *Behaviour Research and Therapy*, 22, 549–552.
- Sass, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Houben, I. (Hrsg.). (2003). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen – Textrevision – DSM-IV-TR*. Göttingen: Hogrefe.
- Skoog, G. & Skoog, I. (1999). A 40-year follow-up of patients with obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 56, 121-127.

- Voderholzer, U. & Hohagen, F. (2012). Zwangsstörungen. In U. Voderholzer & F. Hohagen (Hrsg.), *Therapie psychischer Erkrankungen. State of the Art 2011/2012* (7. Aufl., S. 239-252). München: Urban & Fischer.
- Voderholzer, U., Schlegl, S. & Külz, A. K. (2011). Epidemiologie und Versorgungssituation von Zwangsstörungen. *Nervenarzt*, 82, 273-280.
- Wahl, K., Kordon, A., Kuelz, K. A., Voderholzer, U., Hohagen, F. & Zurowski, B. (2010). Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) is still an unrecognised disorder: A study on the recognition of OCD in psychiatric outpatients. *European Psychiatry*, 25, 374-377.
- Wahl, K., Hohagen, F. & Kordon, A. (2007). Die Kognitive Verhaltenstherapie der Zwangsstörung. State of the Art. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 55, 249-261.
- Wahl, K., Kordon, A. & Hohagen, F. (2005). Kombination von Psychotherapie und Pharmakotherapie bei Zwangsstörungen. In H. Ambühl (Hrsg.), *Psychotherapie der Zwangsstörungen. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis – störungsspezifisch und schulübergreifend* (2. überarb. u. erw. Aufl., S. 168-180). Stuttgart: Thieme.
- Wilhelm, S. & Steketee, G. (2006). *Cognitive therapy for obsessive compulsive disorder*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Wittchen, H.-U., Wunderlich, U., Gruschwitz, S. & Zaudig, M. (1997). *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse I, deutsche Version*. Göttingen: Hogrefe.
- Zaudig, M. (2011a). Die Zwangsstörung – Krankheitsbild, Diagnostik und Therapie. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 57, 3-50.
- Zaudig, M. (2011b). Heterogenität und Komorbidität der Zwangsstörung. *Der Nervenarzt*, 3, 290-298.

Anhang

Anhang A: Interviewleitfaden

Anhang B: Kategoriensystem

Anhang A: Interviewleitfaden

Interview-Nr.:

Datum:

Dauer:

BEGRÜSSUNG UND EINFÜHRUNG INS INTERVIEW

- Dank für die Bereitschaft zur Teilnahme am Interview
- Vorstellung der eigenen Person
- Erläuterung des Hintergrunds der Arbeit und des Interviewablaufs
- Zusicherung der Anonymität und Einholen der Erlaubnis für die Audioaufnahme

ANGABEN ZUR PRAXISTÄTIGKEIT

- Sind Sie ärztlicher oder psychologischer Psychotherapeut?
- Welche Therapieausbildung(en) haben Sie gemacht?
- Seit wie vielen Jahren sind Sie als Psychotherapeut tätig?
- Seit wie vielen Jahren therapieren Sie Zwangserkrankte?
- Wie viele Zwangserkrankte therapieren Sie durchschnittlich pro Jahr?
- Welche Arten von Zwängen treffen Sie am häufigsten an?

TEIL I: Exposition mit Reaktionsmanagement

- Das Verfahren der Exposition mit Reaktionsmanagement gilt heute als Mittel der Wahl bei der Therapie von Zwangsstörungen. Was haben Sie ganz generell für Erfahrungen damit gemacht?
- Was haben Sie für Erfahrungen gemacht bezüglich massiertem respektive graduiertem Vorgehen?
- Was haben Sie für Erfahrungen gemacht bezüglich der Durchführung in vivo respektive in sensu?
- Führen Sie die Expositionen immer gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten durch oder planen Sie mit ihnen auch Übungen in Eigenregie zwischen den Therapiesitzungen?
- Was sagen Sie zum Argument, dass aus lerntheoretischer Sicht mehr eine Expositionsübung pro Woche stattfinden sollte?
- Die Dauer einer Expositionsübung lässt sich aufgrund der unterschiedlichen Habituationsgeschwindigkeiten nicht voraussagen. Wie lösen Sie dieses Problem in Bezug auf die Planung der Therapiesitzung?

TEIL II: Voraussetzungen

- Was sollte eine Psychotherapeutin oder ein Psychotherapeut Ihrer Meinung nach mitbringen, wenn sie/er mit Zwangserkrankten arbeiten möchte?
- Was betrachten Sie als besonders wichtige Voraussetzung, damit eine Expositionsübung auch den gewünschten Erfolg bringt?
- Was haben Sie in Bezug auf die Beziehungsgestaltung für Erfahrungen gemacht mit dieser Patientinnen- und Patientinnengruppe?
- Was haben Sie in Bezug auf das Vertrauen für Erfahrungen gemacht mit dieser Patientinnen- und Patientengruppe?
- Was haben Sie in Bezug auf die Motivation für Erfahrungen gemacht mit dieser Patientinnen- und Patientinnengruppe?

ABSCHLUSS

- Möchten Sie noch etwas hinzufügen, das Ihnen wichtig ist?
- Bedankung für Teilnahme am Interview

Anhang B: Kategoriensystem

	Kategorie	Definition	Ankerbeispiel	Kodierregeln
1	Durchführungsmodalitäten			
1.1	Einstellung gegenüber dem Verfahren	Aussagen, die sich auf die generelle Einstellung dem Verfahren gegenüber beziehen.	„Wenn die Patienten bereit sind, ist das eine tolle Methode.“	Unter diese Kategorie fallen nur Aussagen, die sich auf die Einstellung gegenüber dem Verfahren als Ganzes beziehen.
1.2	Exposition in vivo	Aussagen, die sich auf Erfahrungen mit Expositionsübungen in vivo beziehen.	„Also in vivo funktioniert sehr gut, wenn es sich um Zwangshandlungen handelt.“	Unter diese Kategorie fallen nur Aussagen, die sich auf die Technik beziehen.
1.3	Exposition in sensu	Aussagen, die sich auf Erfahrungen mit Expositionsübungen in sensu beziehen.	„Mit Exposition in sensu da komme ich darauf zurück, wenn es grobe Schwierigkeiten gibt bei der Exposition in vivo.“	Unter diese Kategorie fallen nur Aussagen, die sich auf die Technik beziehen.
1.4	Massiertes Vorgehen	Aussagen, die sich auf ein massiertes Vorgehen beziehen.	„Ich tendiere eher zum massierten Vorgehen, weil es einfach kürzer ist.“	Unter diese Kategorie fallen nur Aussagen, die sich auf die Technik beziehen.
1.5	Graduiertes Vorgehen	Aussagen, die sich auf ein graduiertes Vorgehen beziehen.	„In der Praxis ist es eigentlich immer graduiert.“	Unter diese Kategorie fallen nur Aussagen, die sich auf die Technik beziehen.
1.6	Therapeuten- bzw. therapeutinnenbegleitete Exposition	Aussagen, die sich auf Expositionsübungen mit dem Therapeuten / der Therapeutin beziehen.	„Aber nachher sind wir nach Hause gegangen und haben dort eine Abwaschübung gemacht.“	
1.7	Exposition in Eigenregie	Aussagen, die sich auf Expositionsübungen in Eigenregie mit oder ohne Unterstützung des Partners / der Partnerin beziehen.	„Das heisst zum Beispiel, wenn ich eine Exposition dann mache, wäre die Aufgabe des Patienten sich jeden zweiten Tag eine Stunde Zeit zu nehmen und zu wiederholen.“	
1.8	Häufigkeit der Expositionsübungen	Aussagen, die sich auf die Häufigkeit der Durchführung von Expositionsübungen beziehen, sowohl innerhalb der Therapiesitzung wie auch ausserhalb in Eigenregie.	„Wenn man wöchentlich das macht, das reicht schon.“	

1.9	Sitzungsdauer	Aussagen, die sich auf die Planung der Sitzungsdauer bei Expositionsübungen beziehen.	„Ich nehme dann halt einen halben Tag frei, also frei, bin dann abwesend, vom Betrieb weg, nur für die Exposition, Punkt.“	
2 Voraussetzungen				
2.1	Voraussetzungen für erfolgreiche Exposition	Aussagen, die sich auf wichtige Voraussetzungen für eine erfolgreiche Exposition beziehen.	„Ich denke, dass den Patienten das Modell klar ist.“	
2.2	Beziehungsgestaltung	Aussagen, die sich auf die Beziehungsgestaltung seitens der Klientinnen und Klienten beziehen.	„Dort ist die Beziehungsgestaltung insofern nicht ein Problem [...]“	
2.3	Vertrauen	Aussagen, die sich auf das Vertrauen seitens der Klientinnen und Klienten dem Therapeuten gegenüber beziehen.	„Ich glaube, wenn die Patienten merken, dass der Behandler sich auskennt und sie nicht für verrückt oder blöd oder gestört abqualifiziert, dann ist das Vertrauen eigentlich im Allgemeinen da.“	
2.4	Motivation	Aussagen, die sich auf positive wie auch negative Aspekte der Veränderungsbereitschaft sowie Motivation für die Therapie allgemein seitens der Klientinnen und Klienten beziehen.	„Also die Motivation muss man tatsächlich recht fördern.“	
2.5	Anforderungen an Therapierende	Aussagen, die sich auf Anforderungen an Therapierende im Zusammenhang mit ERM beziehen.	„Und ja, vielleicht eine gewisse Standfestigkeit, dass man nicht selbst erschrickt, was da kommt.“	
3 Pharmakotherapie				
3.1	Einsatz von Psychopharmaka	Aussagen, die sich auf den Aspekt der Medikation beziehen.	„Ich habe bei vielen Zwangspatienten angefangen mit SSRIs dahinter zu gehen.“	

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benützung anderer als der angegebenen Hilfsmittel verfasst habe.

Unterschrift: