



Psychodynamische  
Psychotherapie

Forum der tiefenpsychologisch  
fundierten Psychotherapie



# Zwangsstörungen

DFT

Deutsche Fachgesellschaft für  
Tiefenpsychologisch fundierte  
Psychotherapie / Psychodynamische  
Psychotherapie (DFT) e.V.



Schattauer

www.pdp-online.info

© Klett-Cotta Verlag, J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH, Rotebühlstr. 77, 70178 Stuttgart

Herausgeber:

Thomas H. Loew, Regensburg  
Rainer Richter, Hamburg  
Carsten Spitzer, Tiefenbrunn

# Annäherung von verhaltenstherapeutischen und psychodynamischen Konzepten am Beispiel der Zwangsstörung

Walter Hauke, Wolfgang Schwarzkopf, Götz Berberich

## Zusammenfassung

Nach der S3-Leitlinie (Hohagen et al. 2015) ist kognitiv-behaviorale Therapie mit Expositionstraining und Reaktionsmanagement die First-Line-Therapie der Zwangsstörung. Häufig ist jedoch auch ein stationärer Zugang nötig, in dem ein multimodales Therapiekonzept zur Anwendung kommt, durchaus mit integrativem Ansatz. Anhand dieses Vorgehens wird untersucht, inwieweit nach heutigem Verständnis eine Annäherung der Hauptverfahren kognitiv-behaviorale und psychodynamische Therapie sinnvoll und eine Integration möglich erscheint.

## Schlüsselwörter

Zwangsstörung; kognitiv-behaviorale Therapie; psychodynamische Therapie; Integration

## Abstract

*Convergence of cognitiv-behavioral and psychodynamic concepts by taking the example of OCD: According to the German guidelines for obsessive-compulsive disorders (OCD; Hohagen 2015) cognitive-behavioral therapy with exposition and reaction management is the first line therapy for OCD. Nevertheless there is a frequent need of inpatient therapy in a multimodal setting with an integrative approach. Based on this therapeutic proceeding we consider the possibility of a convergence or even integration of cognitive-behavioral and psychodynamic therapy.*

## Keywords

obsessive-compulsive disorder; cognitive-behavioral therapy; psychodynamic therapy; integration

## Die Zwangsstörung als Herausforderung

In den Jahren von 2011 bis 2014 tagte in Berlin in einer Reihe von Sitzungen eine Kommission zur Ausarbeitung von neuen S3-Leitlinien für Zwangsstörungen. Die gemäß den wissenschaftlichen Vorschriften durchgeführte Sichtung von hunderten von Untersuchungen brachte unter anderem folgendes zentrales Ergebnis (Hohagen et al. 2015): „Bei einer Zwangsstörung sollte eine störungsspezifische kognitive Verhaltenstherapie (KVT) einschließlich Exposition und Reaktionsmanagement als Psychotherapie der ersten Wahl angeboten werden.“ Und ferner: „Weitere Psychotherapieverfahren werden zur Therapie von

Patienten mit Zwangsstörungen eingesetzt. Für diese Verfahren liegt jedoch keine Evidenz aus randomisierten kontrollierten Studien vor.“ Der zweite Satz löste bei den anwesenden tiefenpsychologisch orientierten Kollegen – immerhin ein Viertel des Gremiums – eine gewisse Verbitterung und Irritation aus, denn schließlich liegen für psychodynamisch behandelte Patienten mit Zwangsstörungen sehr viele Einzelfallbeschreibungen vor (zusammengefasst in Dörr 2003), welche keine Anerkennung fanden. Aber auch der Erstautor – obwohl Verhaltenstherapeut – war unzufrieden. „Kognitive Verhaltenstherapie“ ist nicht eindeutig definiert; im landläufigen Sprachgebrauch umfasst sie Psychoedukation, Modellerarbeitung, kognitive Umstrukturierung

(z. B. bezüglich bestimmter problematischer Persönlichkeitszüge) sowie üblicherweise das zentrale Element der Reizkonfrontation und größtenteils noch Übungen zu umrissenen Problembereichen (z. B. zur Selbstsicherheit). In der gegenwärtigen klinischen Praxis aber – und hier vor allem im stationären Bereich, der sich mit den schweren Störungsbildern befasst –, kommen längst auch Therapiekomponenten im Sinne eines integrativen Ansatzes zum Tragen, welcher im Allgemeinen nicht mehr unter „kognitive Verhaltenstherapie“ zu subsumieren ist. Es ist hier nicht nur ein „multimodales“ Vorgehen zu konstatieren, z. B. wenn besagte Selbstsicherheitsübungen zugrunde liegende Selbstsicherheitsdefizite fokussieren, sondern eben sogar „multimethodales“ Vorgehen, wenn z. B. MBSR (zur Verbesserung der emotionalen Wahrnehmung) oder körperpsychotherapeutische Methoden (zur Stärkung kommunikativer Fähigkeiten) eingesetzt werden (Hauke 2013). Die Idee, eine solche umfassend orientierte Vorgehensweise in der Leitlinie als Empfehlung unterzubringen, nicht zuletzt wegen der hiermit möglichen, sehr geringen Therapieabbruchsquote von unter 10%, scheiterte aufgrund zu weniger vorliegender randomisierter Untersuchungen für solche Therapiedesigns (vgl. etwa Althaus et al. 2000; Winkelmann et al. 1995).

Die Zwangsstörung zeigt sich als Chance und Herausforderung – aufgrund ihrer Komplexität erfordert sie notgedrungen derartige integrative Überlegungen und hat die jetzige Vorgehensweise in den großen psychosomatischen Kliniken, welche sich global als verhaltenstherapeutisch ausgerichtet beschreiben, notwendig gemacht. Die Zwangsstörung wirft also wie kaum ein zweites Krankheitsbild die Frage nach dem Zusammenwirken verschiedener Therapierichtungen auf und stellt damit natürlich auch indirekt die Frage nach gemeinsamen Therapie-Wirkfaktoren, welche den einzelnen Therapieverfahren innewohnen.

## Fallbeispiel

### Aktuelle Symptomatik

Zur stationären multimodalen Verhaltenstherapie kommt Frau X., eine 36-jährige, verheiratete, kinderlose Buchhalterin; sie wünscht die Behandlung wegen einer stark ausgeprägten, seit dem 22. Lebensjahr bestehenden Zwangssymptomatik: Die Patientin leidet unter multiplen Ängsten, andere Personen könnten durch ihr Verschulden zu Schaden kommen (z. B. insbesondere Kinder) bzw. dass materielle Schäden in irgendeiner Form entstehen könnten. Auf diese Befürchtungen reagiert die Patientin mit multiplen Kontrollzwängen, vor allem Fenstergriffe, Herd, Auto etc. betreffend sowie mit zwanghaftem Kontrollieren in Gedanken, um sich zu überzeugen, dass sie keinen Schaden verursacht hat. Diese Problematik, welche in den letzten Jahren schlimmer wurde, führt zu Einschränkungen am Arbeitsplatz, noch weit mehr aber belastet sie die Beziehung zum Ehemann, der mit vielen Nachfragen der Patientin konfrontiert wird und ihre negativen Launen aushalten muss. Die Patientin hat gegen ihr Problem schon einen vierjährigen ambulanten Therapieversuch mittels Psychoanalyse unternommen, ohne dass dies zu einer entscheidenden Veränderung geführt hätte.

### Krankheitsentwicklung

Den Beginn ihrer Probleme datiert die Patientin in ihr zwanzigstes Lebensjahr: Damals sei sie in ihre erste eigene Wohnung ausgezogen, nachdem sie ihre Lehre beendet habe. Sie habe nach kurzer Zeit Alpträume und Schlafwandeln entwickelt, was kurz darauf in Kontrollzwänge übergegangen sei. Wichtig ist dabei, dass der Patientin der Ablösungsprozess sehr schwer fiel, sie litt einerseits seit Pubertätsbeginn sehr unter dem Einfluss ihrer Mutter, litt aber auf der anderen Seite genauso stark unter der Vorstellung des Verlassenseins durch die

Familie. Eine nochmalige Verschlimmerung der Problematik ergab sich dann von 2007 bis 2011 unter dem Stress einer langwierigen Fortbildung und schließlich ab dem Jahr 2016 unter dem Druck eines unerfüllten Kinderwunsches und Versuchen, dem künstlich abzuhelpen.

**Therapiemaßnahmen** (siehe auch Abschnitt 3):

*Indikationsspezifische Zwangsgruppe / Einzeltherapie / Selbstbeobachtungstraining / Achtsamkeits- und Wahrnehmungstraining / Standardübung / Kommunikative Bewegungstherapie / Partnergespräch / Reizkonfrontationstraining mit begleitender Co-Therapie.*

Therapieverlauf und erreichte Ziele:

Das Therapieergebnis lautet: „gut gebessert“, d.h. die Zwangsstärke gemessen mit der Y-BOCS sank von 25 auf 13 Punkte im klinischen Verlauf, das Ausmaß der Depression von 1,7 auf 0,7 auf einer vierteiligen Skala (ISR); die Patientin erwarb ein sehr gutes Kausalmodell ihrer Probleme.

Die Patientin arbeitete insgesamt sehr motiviert an ihrem Problem, wobei ihr der Anfang in der Klinik (fremde Umgebung) nicht ganz leicht fiel, dann aber die Integration in die Zwangsgruppe sich positiv auswirkte. Die Sitzungen der Anfangszeit waren auch häufig von Weinen und Verzweiflungsanfällen gekennzeichnet. Allmählich aber war es möglich, ein Krankheitsmodell auszuarbeiten, wonach Harmonie in der Familie sehr wichtig war, Verletzungen dieser Harmonie immer in sogenannten Familienkonferenzen diskutiert wurden (was die Patientin in sehr schlechter Erinnerung hat) und sich bei der Patientin eine Einstellung bildete, wonach die Gefahr des Zuneigungsverlustes der Mutter existenzbedrohend sei. Hinzu kommt, dass beide Eltern als sehr penibel empfunden wurden.

In der Körper-Psychotherapie lernte die Patientin, dass sie leicht zurückweicht, sich nicht abgrenzt, nichts für sich fordert und

sie übte hier im Laufe der Zeit neue Verhaltensweisen ein. Eine der Folgen war, sich beim Heim-Flooding (der forcierten Exposition im häuslichen Umfeld) betont gegen die Ordnungsmaßstäbe der Mutter zu wenden und ihr Haus entsprechend unaufgeräumt zurückzulassen. Insgesamt kamen in der Reizkonfrontation starke Empfindungen von Trauer, Aggression, Ablehnung und Gier zutage. Sie brachte es im Zuge dieser Arbeit auch fertig, zu ihrem Wunsch, dass sie eigentlich keine Kinder wolle, zu stehen und dies ihrem Ehemann bei einer Wochenendbeurlaubung mitzuteilen und dessen Betroffenheit auszuhalten. Die eheliche Beziehung erscheint uns insgesamt etwas uneinschätzbar; das Paar hat nach 11-jähriger Beziehung erst vor einem guten Jahr geheiratet, auf Initiative der Patientin hin. Es entsteht aus den Berichten der Eindruck doch erheblicher Differenzen, nicht nur in der Kinderfrage. Die Patientin steht dennoch zur Beziehung, wohl auch wegen ihrer Angst vor dem Alleinsein.

## Die Beschreibung der Therapiekomponenten

Die oben erwähnten Maßnahmen und Techniken werden im Folgenden kurz dargestellt. Es handelt sich um bewährte und hochwirksame psychotherapeutische Interventionen, insofern sie richtig eingesetzt und durchgeführt werden. Andernfalls besteht die Gefahr, dass nicht der gewünschte Effekt eintritt und die entsprechende Methode dem Erleben der Patientin nach „verbrannt“ ist („XY habe ich schon versucht und bringt nichts“). Das heißt, im Vorfeld ist eine individuelle Verhaltensanalyse sowie eine fundierte Psychoedukation unabdingbar. Insbesondere muss die Patientin eine Vorstellung haben und darauf vorbereitet sein, was auf sie zukommt. Nur der Vollständigkeit halber sei erwähnt, dass vorab die Zustimmung der Patientin, z. B. im Rahmen eines Therapievertrags oder einer Therapievereinbarung eingeholt werden

muss und Patienten zu nichts gezwungen werden dürfen.

## Indikationsspezifische Zwangsgruppe

Das Flooding, ein massiertes Expositionstraining mit Reaktionsmanagement (ERM) im Sinne von Hand (1994), stellt quasi das Herzstück der Behandlung dar. Begleitend bzw. im Anschluss empfiehlt sich ein therapeutischer Fokus auf emotionsaktivierende Arbeit sowie auf den expliziten Aufbau und das Einüben von Alternativverhalten. Eine indikationsspezifische Gruppe, die sich ausschließlich aus Patienten mit (unterschiedlich ausgestalteter) Zwangserkrankung zusammensetzt, bietet hierfür ein ausgezeichnetes Übungsfeld. Die Zwangserkrankung gilt auch heute noch als „heimliche“, verheimlichte Erkrankung. Die gemeinsame Gruppenarbeit mit gleichermaßen betroffenen Menschen bietet oft erstmals im Leben eine Entlastung durch einen Peer-Effekt („wir sitzen alle in einem Boot“), aber auch Konfrontationsmöglichkeiten, z.B. hinsichtlich verheimlichter oder automatisierter Symptome, wie sie nicht Zwangs-Betroffenen oft nicht möglich sind. Die zunehmende Vertrautheit der Gruppe fördert emotionale Wahrnehmung und Kommunikation, Exploration bisher unbekannter interaktioneller Möglichkeiten und das Einüben eines erweiterten Verhaltensrepertoires auch in der „therapiefreien“ Zeit.

## Einzeltherapie

Wie in jeder Psychotherapie ist die tragende Arbeitsbeziehung zum Bezugstherapeuten eine wesentliche Säule der Therapie und Grundlage ihrer Wirksamkeit. Gleichzeitig ist die Einzeltherapie der Raum, um auf der Basis einer Verhaltensanalyse ein höchst individuelles Erklärungsmodell der Störung zu entwickeln, biographische Linien nachzuzeichnen, Schwierigkeiten in der Therapie (etwa Konflikte mit Mitpatienten) zu bearbeiten, ein Partner- oder Familiengespräch zu integrieren, aber auch therapeutische

Techniken und Übungen zu erklären, wie die im Folgenden dargestellten.

## Das Selbstbeobachtungstraining

Als Vorbereitung auf das Flooding und hinführend haben sich Elemente eines Selbstbeobachtungstrainings als effektiv erwiesen. Im Rahmen der Selbstbeobachtung wird der Patient angeleitet, sein eigenes emotionales, kognitives und körperliches Erleben differenziert zu beobachten und zu beschreiben. Es gilt, die Patienten anzuleiten, das ihnen zugängliche unmittelbare Erleben (z.B. Ekel) zu dokumentieren, sie gleichzeitig aber auch für „mitschwingende“ sekundäre Empfindungen zu sensibilisieren (z.B. Traurigkeit). Insbesondere die körperliche Ebene birgt diesbezüglich einen Erfahrungsschatz, der erste Hinweise auf mögliche Hintergründe und Zusammenhänge liefern kann, wenn Patienten über die Beobachtung rein physiologischer Vorgänge, wie z.B. schwitzige Hände, erhöhter Herzschlag usw., hinaus ihr Erleben und Empfinden in Worte fassen, wie z.B. „Mir ist zum Kotzen“, „Mir ist, als ob mir jemand im Nacken sitzt“, „Ich spüre einen Kloß im Hals“ oder auch „Mir schwirrt der Kopf“. Zudem empfiehlt es sich, darüber hinaus auch die Verhaltensebene zu erfassen (z.B. „Ich erstarre.“) sowie zu erfragen, ob der Patient in dieser Situation einen bestimmten Impuls oder ein bestimmtes Bedürfnis verspürt hat. Als Effekt der Selbstbeobachtung können die Patienten gezielter, differenzierter und pointierter berichten, lernen eine distanzierte Haltung zur Symptomatik einzunehmen und durchbrechen so zumindest kurzzeitig ihre symptomatische Einengung und gewohnte Automatismen. Teilweise ist eine Nachjustierung nötig, insbesondere dann, wenn z.B. ausschließlich zwangsbedingte Inhalte und Gedanken ausufernd beschrieben werden. Mitunter fällt es den Patienten auch schwer, dem Gegenüber Einblick in das eigene Erleben zu gewähren, da z.B. Zwangsinhalte mit aggressivem oder sexuellem Inhalt als äußerst peinlich und schamhaft erlebt werden und Zwangsinhalte bzw. die darunterliegende Thematik beim Patienten mit einer ho-

hen subjektiven Wertzuschreibung einhergehen. Daher ist eine tragfähige therapeutische Arbeitsbeziehung unabdingbar und eine notwendige Voraussetzung.

## Das Achtsamkeits-/ Wahrnehmungstraining

Ein weiterer zentraler vorbereitender bzw. begleitender Baustein der Behandlung von Zwängen ist das sogenannte Achtsamkeits- und Wahrnehmungstraining. Insbesondere zu Beginn der Therapie präsentieren Patienten sich unter einer massiven inneren Unruhe und Anspannung, dies liegt häufig in der symptomatischen Belastung begründet. Oft setzen die Zwangspatienten sich auch selbst hinsichtlich des Therapieerfolgs unter Druck. Mitunter stellt es für Zwangspatienten auch eine Herausforderung dar, sich mit ihren oder trotz ihrer Zwänge z.B. in ein vorgegebenes Setting zu integrieren. Daher ist es essenziell, den Patienten entsprechende Techniken und Fertigkeiten der Spannungs- und Emotionsregulation zu vermitteln, um fokussiertes therapeutisches Arbeiten zu ermöglichen. Zentrale Elemente des Achtsamkeits- und Wahrnehmungstrainings sind Aufmerksamkeitslenkung, beschreibendes, wertfreies Wahrnehmen, eigene Gefühle und Bedürfnisse wahrzunehmen sowie Spannungsregulation. Die genannten Fertigkeiten sind im weiteren Verlauf unabdingbare Voraussetzungen für ein gelingendes Expositionstraining, da es den Patienten hilft, sich den subjektiv erlebten Befürchtungen und Ängsten zu stellen, präsent zu bleiben und eben nicht zu vermeiden, zu dissoziieren oder zu neutralisieren. Eine differenzierte und ausführliche Darstellung der genannten Techniken und Fertigkeiten würde den Rahmen dieses Artikels sprengen, daher wird auf die einschlägige Literatur verwiesen (z. B. Kabat-Zinn 1990; Wildgruber 2006).

## Die Standardübung

Als erste zwangsspezifische Expositions- bzw. Konfrontationsübung soll im Folgenden die sogenannte Standardübung vorgestellt werden.

Bei der Standardübung handelt es sich um eine Übung mittlerer Schwierigkeit (auf einer Skala von 1 bis 10 also etwa 5 oder 6). Dies bedeutet, der Zwangspatient konfrontiert sich mit einer Situation, in der Zwangsdruck bzw. Zwangsimpulse ausgelöst werden, die gleichzeitig jedoch für den Patienten aushaltbar scheinen, d.h. nicht einen Kontrollverlust mit einer kompensatorischen Gegenmaßnahme in Form von Zwangsritualen nach sich ziehen. Beispielsweise sollte unsere Patientin das Fenster in ihrem Klinikzimmer öffnen und schließen und dann sofort das Zimmer ohne Nachkontrollen verlassen. Sicher stellt die Standardübung eine Konfrontationsübung dar. Von ihrer Konzeption her ist sie jedoch eine (Selbst-)Beobachtungsübung, die dem Patienten hilft, sich gerade in Situationen mit Zwangsdruck zu beobachten und dies auf den zuvor eingeführten Dimensionen körperliche Empfindung, Emotion, Gedanken und Verhalten zu dokumentieren. Es empfiehlt sich, Situationen zu wählen, die selbst herbeigeführt werden können, sich ohne großen Aufwand und Vorbereitung durchführen lassen und die idealerweise auch durch einen Beobachter begleitet werden können. Um die Beobachtung und Wahrnehmung der Patienten zu schulen, ist es wichtig, die Standardübung idealerweise mehrmals in der Woche in stets gleicher Weise zu wiederholen. Die Patienten lernen, sich von ihren Zwangsinhalten und -befürchtungen zu distanzieren, es stellt sich ein erstes Erleben von Kontrollierbarkeit bzw. Aufschiebbarkeit neutralisierender Zwangsrituale ein, gleichzeitig werden die Patienten sensibilisiert für Hintergründe und Funktionalität der Zwangssymptomatik. Als sehr hilfreich hat sich die Fremdbeobachtung erwiesen, die idealerweise entweder durch einen Therapeuten oder aber durch ein geschultes Gruppenmitglied im Rahmen eines stationären Settings durchgeführt wird, da so auch Reaktionen erfasst werden können, die dem Patienten nicht unmittelbar bewusst zugänglich sind. Abschließend bleibt zu erwähnen, dass die Standardübung klar zu strukturieren ist, d.h. sie hat einen klaren Anfang und ein klares Ende. Bewährt haben sich 15–30 Minuten. Im Therapie-

verlauf kann die Standardübung bereits früh Anwendung finden.

## Das Flooding bzw. massierte Konfrontationstraining mit Reaktionsmanagement (ERM)

Das Flooding ist eine Zeit der Reizüberflutung von ca. zwei Wochen Dauer. Der Patient konfrontiert sich bewusst und gezielt mit seinen Ängsten, Befürchtungen, aversiv erlebten Gedanken und Emotionen, mit vermiedenen Situationen sowie anstehenden (Entwicklungs-) Aufgaben, für die er kein hinreichendes Lösungsrepertoire zur Verfügung hat usw. Er verzichtet auf sämtliche Zwänge und jegliche dysfunktionale Neutralisation, sodass die aufkommende innere Anspannung und Unruhe ihn überflutet. Nicht zuletzt durch die zuvor etablierten Skills und Fähigkeiten (siehe Achtsamkeit und Selbstbeobachtung) gelingt es dem Patienten, die aversive Anspannung, welche nach dem Erleben und der Vorstellung des Patienten unaufhörlich, gleichsam ins Unendliche, steigen kann, auszuhalten und die Erfahrung zu machen, dass besagte Anspannung entgegen der Erwartung und Befürchtung nach einer gewissen Zeit wieder sinkt. Parallel bietet sich dem Patienten die Möglichkeit, bislang vermiedene und überdeckte Gefühle und Bedürfnisse klar wahrzunehmen, sich diesen zu stellen, diese auszuhalten und/oder hiermit einen adäquaten Umgang, ggf. unter Erweiterung des bislang zur Verfügung stehenden Bewältigungs- und Lösungsrepertoires, zu erarbeiten. Durch die zu Beginn der Therapie durchgeführte individuelle Verhaltensanalyse und das gemeinsam erarbeitete Erklärungsmodell liegen ja bereits Hypothesen hinsichtlich der zugrunde liegenden Schwierigkeiten des Patienten vor, die er durch seine Symptomatik dysfunktional zu bewältigen sucht. Im Rahmen des Floodings lassen sich diese meist bestätigen. Mitunter finden Patienten auch erst in dieser Phase massiver Anspannung Zugang zu ihren verdeckten Schwierigkeiten. Wichtig ist, die Zwänge möglichst umfassend zu konfrontieren, d.h. keine bestimmten Zwänge oder Themen auszuklammern, da

sonst der angestrebte Gewöhnungseffekt stets nur partiell ist und die Zwangssymptomatik bei aufkommenden stressauslösenden Herausforderungen und Schwierigkeiten schnell wieder aufflammt und generalisiert. Es hat sich als hilfreich erwiesen, die geplanten Übungen und Konfrontationen im Vorfeld schriftlich in einer Therapievereinbarung oder einem Vertrag festzuhalten. So kann der Patient seine Motivation dokumentieren, der Grad der Verbindlichkeit erhöht sich und die Wahrscheinlichkeit, dass Aspekte vergessen werden, reduziert sich.

Der Floodingvertrag unserer Patientin enthielt unter anderem folgende Passagen:

- „Ich bediene die Kochplatten in der Lehrküche und verlasse nach dem Ausschalten schnell den Raum ohne zurückzublicken.“
- „Ich verzichte auf Rückversicherungen bei anderen Personen und auch im Internet.“
- „Ich bringe mein Zimmer in maximale Unordnung (Bettdecke unordentlich, Schuhe durcheinander beim Abstellen, Kleidung im Schrank durcheinanderhängen etc.).“
- „Ich ergreife keine Gegenmaßnahmen, um Ärger anderer Personen auf mich zu vermeiden.“ (ausführlicher auch Zaudig et al. 2002, S. 131).

Last but not least sei darauf hingewiesen, dass beim Flooding und der Konfrontationstherapie die Zwänge und die entsprechende Symptomatik im Fokus stehen, gleichzeitig ist es insbesondere für die Nachhaltigkeit und zur längerfristigen Sicherung des Therapieerfolgs notwendig, sich nicht allein darauf zu beschränken, sondern mit dem Patienten Bewältigungs- und Lösungsstrategien zu erarbeiten und einzuüben, funktionales Alternativverhalten aufzubauen, Orientierungsmodelle zu etablieren und Strategien an die Hand zu geben. Nur so besteht die Möglichkeit, den Zwang seiner Funktionalität zu berauben und ihn so dauerhaft überflüssig zu machen.

## Kommunikative Bewegungstherapie

Die Einbeziehung eines non-verbalen Therapieverfahrens, v.a. aus dem Bereich der Körper-

psychotherapie, ist ein essentieller Bestandteil des multimethodalen Behandlungskonzepts. In unserem Haus haben wir seit Jahrzehnten ausgezeichnete Erfahrungen mit der kommunikativen Bewegungstherapie n. Glaser bei der Behandlung von Zwangserkrankten gemacht. Die Darstellung der Methode würde hier allerdings wieder den Rahmen sprengen, weshalb wir auf die weiterführende Literatur verweisen (z. B. Huber et al. 2005).

## Vergleich von verhaltenstheoretisch orientiertem „multimethodalen Konzept“ und psychodynamischer Vorgehensweise

Für das Thema unseres Artikels drängt sich ein Vergleich des im obigen Fallbeispiel beschriebenen Vorgehens mit der Arbeit von Ambühl (2017) auf: Dieser Autor gibt seinem Buch den Untertitel „Integration psychodynamischer und kognitiv-verhaltenstherapeutischer Perspektiven“. Er schildert darin das Beispiel eines introvertierten 23-jährigen Studenten (nennen wir ihn „Herrn Y.“) mit einem schweren Waschzwang, welcher auch die Eltern massiv in das Geschehen miteinbezieht. In der Behandlung dieses jungen Patienten kombiniert Ambühl 15 Sitzungen Einzeltherapie, die sich an verhaltenstherapeutisch relevanten Standards orientiert, und an welche er psychodynamische Überlegungen anschließt mit einer vierstündigen häuslichen (!) In-vivo-Exposition, welche den zu erwartenden positiven Verlauf bringt, nämlich das Zutage-Fördern massiver, bis dahin vermiedener Emotionen – insbesondere Aggressionen –, was der Patient auf sehr starke Kränkungen durch seine Klassenkameraden während seiner Schulzeit zurückführen kann. Die Zwangsausführung war anschließend „kein Thema mehr“ (Ambühl 2017, S. 66). Während die Reizkonfrontation also ganz der in der Verhaltenstherapie üblichen Vorgehensweise entspricht, nämlich dem bereits von Hand (1994) so betitelten „Expositions-Reaktions-Ma-

nagement“, legt Ambühl großen Wert auf die inhaltliche Ausgestaltung der Einzeltherapie, die er mit psychodynamischem Gedankengut verbindet, etwa die besondere Betonung der Übertragungs- und Gegenübertragungsanalyse. Den Anreiz zur Frage, ob die beiden großen Richtlinienverfahren der Gegenwart nicht doch ähnlichere Inhalte transportieren als gedacht, bekommen wir durch Grawe (1994). Dieser hat durch seine empirischen Arbeiten schon vor mehr als zwanzig Jahren beschrieben, dass die Wirkung von Psychotherapie allgemein auf folgenden fünf Wirkfaktoren beruht, nämlich:

- motivationale Klärung
- therapeutische Beziehung
- Problemaktualisierung
- Ressourcenaktivierung
- Problembewältigung

Aus psychodynamischer Sicht konzentrieren sich die Veränderungstheorien auf drei Wirkfaktoren, nämlich:

- die therapeutische Beziehung,
- die Vermittlung emotionaler Einsicht in die unbewussten Hintergründe und
- die Förderung struktureller Funktionen (Ben-ecke 2014). Letztere spielt allerdings im vorliegenden Fallbeispiel wie auch beim Thema Zwangsstörung (einmal abgesehen von der häufigen Komorbidität mit Persönlichkeitsstörungen) eine untergeordnete Rolle, weshalb wir sie hier unberücksichtigt lassen.

Wir wollen nun im Detail betrachten (strukturiert anhand des Grawe'schen Konzepts), inwiefern wir diese Faktoren im praktischen Vorgehen in den beiden Fällen wiederfinden.

### Motivationale Klärung

„In der psychodynamischen Therapie bedeutet motivationale Klärung, dass der Patient ein klares Bewusstsein von den Determinanten seines problematischen Verhaltens und Erlebens erlangen soll.“ (Ambühl 2017, S. 65). Allerdings sind mit diesen Determinanten hauptsächlich unbewusste Prozesse gemeint, welche i.R. eines un-

strukturierten Dialogs durch Aufmerksamkeitslenkung, Deutung, Aufzeigen von Abwehrmanövern und Widerständen und Fokussierung der therapeutischen Beziehung verdeutlicht werden (Benecke 2016). Auch in der zeitgemäßen Verhaltenstherapie – dargestellt durch das Lehrbuch von Zarbock zur biografisch-systemischen Verhaltenstherapie (2014) – ist eine reflexive Einsicht durch therapeutische Disputation von zentraler Bedeutung, nämlich bei der Erstellung eines Bedingungsmodells nach dem eigentlich altbekannten Kanfer'schen SORKC-Schema (Kanfer, Reinecker & Schmelzer 2000). Dieses verknüpft situativ variierende Auslöser, Symptome und deren Konsequenzen, zielt aber vor allem auch auf situationsüberdauernde „Determinanten“, nämlich Eigenschaften (z.B. Aggressionshemmung) und verletzte zentrale Bedürfnisse (hier Angst vor dem Verlust der Zuneigung anderer), was nach schematherapeutischer Betrachtungsweise auf ein verletztes Motiv der Bindung hinweist. Im obigen Fallbericht der Frau X. war dieses SORKC-Schema sehr bedeutend. Hilfsmittel dabei waren die Selbstbeobachtung der Patientin durch Protokollführung, insbesondere was die erlebten Emotionen bei Konfrontationen mit als „gefährlich“ erlebten Auslösern angeht. Unterstützt wurde dies ferner durch die routinemäßige Teilnahme der Patientin am Wahrnehmungstraining, einer MBSR-Variante, wie sie in einem multimodalen Gesamttherapieplan enthalten ist (Wildgruber 2006) (Abbildung 1).

Diese Art von Erzeugung eines Kausalmodells geht relativ mühelos durch Fragen nach assoziativ verknüpften Bildern und Erinnerungen mit den besagten Emotionen einher; es bedarf hier also keiner Deutung im Sinne von induktiven Theoriebildungen. In der Verhaltenstherapie gehört diese Art von Bedingungsmodellierung ganz klar in die Anfangsphase der Behandlung. Die Auflistung der Grawe'schen Faktoren ist von uns deshalb in der Reihenfolge etwas verändert worden, um dies zu verdeutlichen. Im Gegensatz dazu findet die motivationale Klärung zusammen mit der Problemaktualisierung in den psychodynamischen Verfahren i. S. der emotionalen Einsicht in unbewusste Hintergründe wäh-

rend eines prozesshaften Geschehens über einen langen Zeitraum der Therapie statt. Sowohl die Art des Klärungsprozesses als auch dessen zeitliche Dimensionen unterscheiden sich also deutlich in den beiden Verfahren und erscheinen daher nicht kompatibel.

## Therapeutische Beziehung

In der Verhaltenstherapie war die Wichtigkeit dieser Beziehung zwar bereits anerkannt als notwendige Voraussetzung für den Behandlungserfolg. Hier waren traditionell aber Faktoren wie Vertrauenswürdigkeit des Therapeuten, Anerkennung seiner fachlichen Kompetenz als Sicherheitsbasis etc. im Vordergrund. Es ist Grawe Verdienst, darauf hingewiesen zu haben, dass die persönliche positive Basis – wohl am besten zu definieren als Gefühl des Geborgenseins – den Therapieerfolg bei faktorenanalytischer Betrachtung über alle Therapieformen hinweg im doppelten Ausmaß vorherzusagen vermag wie die spezielle Therapieform selbst, nämlich mit 30% versus 15% Varianzaufklärung (Grawe 1994). Die Verhaltenstherapie bemühte sich, dies zur Kenntnis zu nehmen, wirkte in der theoretischen Fassung dieses Bemühens aber lange Zeit reichlich ungenau. Abhilfe kam hier erst mit der Theorie der verletzten Grundbedürfnisse: Diese sind, wie obiges Beispiel der Frau X. zeigt, in der Organismusvariablen festgehalten und dies gibt dem Therapeuten die Maxime, sein Verhältnis zum Patienten nach dem Prinzip der „komplementären Beziehungsgestaltung“ auszurichten (Sachse 2013). Dies bedeutet, identifizierte speziell beeinträchtigte Grundbedürfnisse besonders achtsam zu behandeln, keinesfalls eine neue nochmalige Schädigung zu setzen, sondern anerkennend und später auch reflexiv damit umzugehen, sodass dieses Themenfeld eines Tages seine Vulnerabilität verlieren kann.

In der psychodynamischen Therapie dagegen wurde die Therapiebeziehung seit jeher als Haupttagens der Behandlung angesehen: Der Patient soll eine „korrigierende emotionale Erfahrung“ machen, indem der Therapeut anders reagiert, als es der Patient in früheren Beziehun-

gen erlebt hat und es nun so eigentlich auch vom Therapeuten erwartet hätte. Zu letzterem bildet sich so eine positive/idealisierende Übertragung. Auch im Fall des Herrn Y. konnte der Therapeut vom Patienten so „als das gute Objekt wahrgenommen werden, das ihm Schutz anbot und bei der Annäherung an die angsteinflößenden Dinge seine Grenzen respektierte“ (Ambühl 2017, S. 60). In der Theorie der verletzten Grundbedürfnisse würde man hier dasjenige nach Kontrolle und Orientierung (der Umwelt) ansehen – was im praktischen Vorgehen auf dasselbe hinausläufe, nämlich ein absolut transparentes, eigene Impulse des Patienten respektierendes Vorgehen zu praktizieren.

Neben dem Arbeitsbündnis und der Nutzung der therapeutischen Beziehung als Instrument der korrigierenden emotionalen Neuerfahrung strebt die Psychoanalyse gezielt die Vertiefung der regressiven Prozesse und der Übertragungsbeziehung an, um durch ihre Bearbeitung die dysfunktionalen Repräsentanzen zu verdeutlichen und letztlich zu verändern (Benecke 2016). Dieses Element fehlt in der KVT. Auftretende Übertragungen werden hier zwar genutzt, wobei rasch auf eine rationale Sichtweise i. R. einer „erwachsenen Beziehung“ hingearbeitet wird. Die Übertragungsneurose wird aber nicht gezielt gefördert – gleiches gilt allerdings strenggenommen auch für die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie! Diesem unterschiedlichen Umgang mit der vertieften Übertragung entspricht auch der Duktus der Behandlung: hier, auf Seiten der KVT, ein strukturierter Therapieaufbau unter dem Gesichtspunkt rationaler Steuerbarkeit, dort, in der Psychoanalyse, eine vergleichsweise passivere „Wahrnehmungseinstellung“ des Therapeuten (Benecke 2016) mit der Bereitschaft, sich emotional verstricken zu lassen. Die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie dürfte auch hier eine Mittelstellung einnehmen.

Der Umgang mit der therapeutischen Beziehung wie teilweise auch der Gesprächsduktus in der Behandlung ist also in der KVT und tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie nicht unähnlich, während in psychoanalytischen Be-

handlungen die Förderung einer vertieften Übertragung im Vordergrund steht.

## Problemaktualisierung

Patienten in der Psychosomatik allgemein und Zwangspatienten im Besonderen haben die für ihre Konflikte kennzeichnenden Emotionen üblicherweise mehr oder weniger abgespalten und tendieren zu einer rationalen Auseinandersetzungsweise. Es kommt also darauf an, ihnen die Affekte wieder bewusst zu machen, da sonst die ganze Therapie auf einer unproduktiven kognitiven Ebene verbleiben würde. Der Therapeut strebt also eine „emotionale Aktivierung“ an. Zuverlässig gelingt dies natürlich in der massierten Reizkonfrontation, wie dies auch Ambühl bei seinem Herrn Y. durchführt. Allerdings stellt dies eine etwas riskante Möglichkeit dar, da sich der Patient – trotz mentaler Vorbereitung in der Einzeltherapie – auf Symptomebene sozusagen „von null auf hundert“ konfrontiert. In unserem stationären Verhaltenstherapiekonzept bevorzugen wir die etwas sanftere Heranführungsmöglichkeit durch die sogenannte Standardübung (siehe oben), um dem Patienten eine allmähliche Annäherung an die kritischen Emotionen zu erlauben sowie die Möglichkeit des Übungserfolgs durch vielfache Wiederholung zu vermitteln und so die Motivation zu stärken. Es sei übrigens der Vollständigkeit halber daran erinnert, dass es noch weitere Möglichkeiten der Problemaktualisierung gibt, und zwar den Einsatz von Imaginationenübungen und die Verwendung von Skulpturarbeit. Ersteres ist eine altbewährte, wenn auch vielen nicht sonderlich bewusste Methode der Verhaltenstherapie (Lazarus 2006), Letzteres stammt aus dem Repertoire der systemischen Therapie, ist also „multimethodal“. Nach welchen neurobiologischen Prinzipien bei Letzterem die Emotionsaktivierung erklärt werden kann, beschreiben Sulz et al. (2005). Unsere Beispielpatientin Frau X. übrigens hatte sehr lange Zeit große Probleme mit der Standardübung, weil sie über die bei ihr aufkommenden Affekte sehr erschrak; eine massive Konfrontation ohne diese Vorbereitung wäre trotz bestehender Ein-

sicht in die Herkunftsfamiliendynamik, welche dann letztlich durch die Biografiebearbeitung in der Zwangsgruppe befördert wurde, nicht möglich gewesen. Die immer wieder berichteten hohen Therapieabbruchszahlen amerikanischer Autoren (z. B. Abramowitz 1999) erscheinen vor diesem Hintergrund verständlich. Die Notwendigkeit der Problemaktualisierung wird so eindrucksvoll klar und sie ist unverzichtbarer Therapiebestandteil im Gegensatz zum Konzept einer nur kognitiv ausgerichteten Therapie.

Die Problemaktualisierung entspricht in den Psychodynamischen Verfahren in etwa der Vermittlung emotionaler Einsicht durch das bewusste emotionale Erleben der bis dahin abgewehrten Wünsche, Ängste und anderer Affekte, v. a. in der Interaktion mit dem Therapeuten. Auch hier wird der Aktivierung der Affekte und deren kognitiver Verarbeitung eine zentrale Rolle zugewiesen, ein bloßes Erinnern helfe nicht (Freud 1996 [1912]). Dennoch unterscheidet sich diese Vermittlung emotionaler Einsicht „am Symptom vorbei“ und primär in der Auseinandersetzung mit der Übertragungsbeziehung über die gesamte Dauer der Therapie doch wesentlich vom Konzept der Problemaktualisierung in der KVT.

## Ressourcenaktivierung

Zu viele Therapeuten machen noch den Fehler, den Patienten zu sehr defizit-orientiert zu sehen. Immerhin hat dieser es geschafft, ein langes Leben zu meistern, bevor er seinem Therapeuten begegnete! Nicht umsonst fragt der ambulante Therapieantrag in der Verhaltenstherapie ganz grundsätzlich nach den Ressourcen des Patienten.

Im Fall von Frau X. lag ein basales Geborgenheitsproblem vor in der Art, dass Zuneigungsverlust anderer (insbesondere seitens der Mutter) schrecklich wäre und durch Gehorsam abgewendet werden muss. Für die sozialen Beziehungen der Patientin im Privatbereich war dies sehr nachteilig: Sie pflegte kaum Freundschaften aus Angst, abgelehnt zu werden. Hier konnte nun auf die Vorteile des stationären Settings

zurückgegriffen werden: Frau X. war ja von Anfang an in eine intensive Gruppentherapie eingebunden, nämlich die indikationsspezifische Zwangsgruppe. Sie lernte dort zu konfrontieren, konnte mehrere Beziehungen zu Patienten in unterschiedlicher Intensität erleben und erprobte sich im Amt der Gruppensprecherin. Ihre anfängliche Attitüde des „grauen Mäuschens“ (erworben wegen der Angst, aufzufallen) legte sie ab und änderte ihr äußeres Erscheinungsbild sehr vorteilhaft, was ihr entsprechend viele Komplimente einbrachte. Am Ende der Behandlung konfrontierte sie ihren Mann mit ihren Vorstellungen von Familienplanung und hielt seine Betroffenheit aus, ohne in Ablehnungsängste zu verfallen.

Ambühls Herr Y. hatte – bei allen durch die Schulzeit bedingten Übungsdefiziten der sozialen Kompetenz – auf der anderen Seite starke naturwissenschaftliche Begabungen. Nachdem er sich mittels der Exposition von der Hauptlast seiner Symptome befreit hatte, konnte er diese Fähigkeiten ausspielen und sich die Anerkennung seiner Umgebung an der Universität erwerben: „[E]r wurde als ein in technischen Belangen kompetenter Kollege wahrgenommen und oft von Kommilitonen um Rat gefragt, was er sichtlich genoss. Er war an der Hochschule in ein soziales Netz eingebunden und begann, ab und zu an Freizeitaktivitäten mit ihm nahestehenden Kolleginnen und Kollegen teilzunehmen“ (Ambühl, S. 66).

In den psychodynamischen Veränderungstheorien spielt die Ressourcenorientierung noch eine untergeordnete Rolle. Dennoch dürfte sie bei zahlreichen, auch psychodynamischen Therapeuten gelebte Realität in den Therapien sein. Für die Aufrechterhaltung des Therapieerfolgs, welche ja meist unter alten Umgebungsbedingungen erkämpft werden muss, ist der Rückhalt durch neu entdeckte, entwickelte Fähigkeiten nicht hoch genug einzuschätzen.

## Problembewältigung

Diese bedeutet nach Grawe, den Patienten mit bewährten problemspezifischen Maßnahmen

darin zu unterstützen, positive Bewältigungserfahrungen im Umgang mit seinen Problemen zu machen. Was aber bedeutet „bewährte problemspezifische Maßnahmen“? Die Differenz zwischen den beiden Richtlinienverfahren wird bei diesem letzten Punkt deutlich, nachdem bei der Besprechung der vier anderen Wirkfaktoren doch einige Gemeinsamkeiten zu sehen waren. Ambühl bringt es auf den Punkt: „In der psychodynamischen Therapie liegt der Behandlungsschwerpunkt nicht auf der aktiven Unterstützung zur Symptombewältigung, sondern auf dem Bewusstmachen der für den Patienten unbewussten Problematik, für welche er im Sinne eines unbewussten Lösungsversuchs die Zwangssymptome entwickelt hat“ (Ambühl 2017, S. 61/62). Tatsächlich ist nach unserer Erfahrung ein ausschließlich einsichtsorientiertes, also kognitives Vorgehen nicht ausreichend. Der Grund dafür liegt nach aktueller neurowissenschaftlicher Auffassung darin, dass die Verdrängungs- bzw. Abspaltungsprozesse von Emotionen im thalamischen Bereich und nicht im kortikalen Bereich des Gehirns lokalisiert sind (Damasio 2000; Roth 2005). Ohne Therapiekomponenten, welche diesem Umstand Rechnung tragen, dürften die Erfolgsaussichten eher gering sein: In der einzigen bisher vorliegenden randomisierten Untersuchung zur Wirkung psychodynamischer Kurzzeittherapie bei mit SSRI vorbehandelten Zwangspatienten mit komorbider Depression gab es keinerlei Verbesserungseffekte und zwar weder bei den Zwangs- noch bei den Depressionssymptomen (Maina et al. 2010).

Ziehen wir also abschließend den Vergleich zum Fall von Frau X.: Auch hier kamen Patientin und Therapeut zur Erstellung eines Krankheitsmodells (SORKC-Schema). Es wird aber gerade nicht darauf vertraut, dass diese Einsicht allein das Symptom beseitigen würde; die therapeutische Arbeit konzentriert sich vielmehr anschließend auf die Schwächung/Egalisierung der Geborgenheitsproblematik (siehe oben) und dann – nach erfolgten Fortschritten – auf die nach der Hälfte der Behandlungszeit durchgeführte massierte Exposition. Letztere kann ihre Wirkung

entfalten, weil einerseits die Funktionalität des Zwangsgeschehens zunehmend hinfällig wird und andererseits massives Üben in die Gegenrichtung des alten Verhaltens stattfindet und damit chronisch gewordene Gewohnheiten bricht („Gegenkonditionierung“).

## Abschließende Bemerkungen und Diskussion

Die Zwangsstörung nimmt eine besonders prominente Position beim Vergleich der Vorgehensweisen von psychodynamisch orientierter Therapie und Verhaltenstherapie ein: Die Psychoanalyse beginnt ihre lange Geschichte mit Fallbeispielen von Zwangsneurosen (Freuds berühmter Rattenmann). Auch die Verhaltenstherapie wählte sich Zwangsstörungen als eines ihrer ersten klinischen Einsatzgebiete, nämlich in den Arbeiten von Mayer um 1970 in England. Positionen, welche seit jener Zeit ursprünglich als nicht vereinbar galten – und es um 1970 ehrlicherweise auch wohl nicht sein konnten –, erfahren durch den Bezug auf Grawes allgemeine, in jeder Therapieform vorhandene Wirkfaktoren doch eine gewisse Annäherung.

Trotz grundsätzlicher Ähnlichkeiten in den Prinzipien von emotionaler Klärung, Problemaktualisierung und emotionaler Einsicht in unbewusste Hintergründe, v. a. in der übereinstimmenden Erkenntnis, dass kognitive Einsichten allein keine Änderung bewirken und es vielmehr eines Erlebens und kognitiven Verarbeitens der beteiligten Affekte und Repräsentanzen bedarf, bleibt der Weg dorthin in der KVT und den psychodynamischen Verfahren dennoch recht unterschiedlich. Hinsichtlich der Nutzung der therapeutischen Beziehung finden sich große Ähnlichkeiten zwischen KVT und tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie, wogegen die Psychoanalyse durch die aktive Förderung einer Übertragungsneurose sich davon abhebt. Inwieweit problembewältigende Techniken, wie die Expositionstherapie bei der Zwangsstörung, in eine psychodynamische Therapie integriert werden können, hängt also wesentlich vom Ge-

schick des Therapeuten ab, sie in oder neben der Bearbeitung der Übertragungsbeziehung zu implemantieren. Problembewältigende Techniken bedürfen natürlich eines stabilen Arbeitsbündnisses. Sie können aber auch zu unterschiedlichen Affektaktivierungen in der therapeutischen Beziehung führen, die dann aufgegriffen und durchaus i.S. der Bearbeitung der Übertragung genutzt werden können. Das Aushandeln des Floodingvertrags und die Durchführung der Expositionsübungen werden dann zu einem reflektierten Handlungsdialog, der ebenfalls neue Beziehungserfahrungen vermittelt.

Hauptthema für eine weitere Integration der Verfahren bleibt natürlich das Fehlen einer Metatheorie, welche die unterschiedlichen Begriffsgebäude übersetzbar machen würde. Nichtsdestoweniger soll die vorliegende Arbeit ein Plädoyer dafür sein, sich mit dem Theoriegebäude der anderen Therapiefraktion vertraut zu machen und aufrichtig den Dialog zu suchen.

## Literatur

- Abramowitz JS, Foa EB, Franklin ME (2003). Exposure and ritual prevention for obsessive-compulsive disorder: effects of intensive versus twice-weekly sessions. *J Consulting Clinical Psychology* 7: 398–398.
- Althaus D, Zaudig M, Hauke W, Röper G & Butollo W (2000). Wirksamkeit eines spezifisch für Zwangsstörungen entwickelten stationären Gruppentherapiekonzeptes bei gleichzeitiger Verhaltenstherapie und pharmakologischer Behandlung. *Verhaltenstherapie* 10: 16–23.
- Ambühl H (2017). Zwangsstörungen. Integration psychodynamischer und kognitiv-verhaltenstherapeutischer Perspektiven. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Benecke C (2014). Klinische Psychologie und Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch. Stuttgart: Kohlhammer.
- Benecke C (2016). Psychodynamische Therapien und Verhaltenstherapie im Vergleich: Zentrale Konzepte und Wirkprinzipien. In der Reihe: Psychodynamik Kompakt. Hg. v. Resch F & Seiffge-Krenke I. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Damasio AR (2015). Descartes' Irrtum. Fühlen, Denken und das menschliche Gehirn (8. Aufl.). Berlin: List.
- Dörr M (2003). Untersuchungen zum Therapieerfolg der psychoanalytischen und tiefenpsychologischen Therapie von Zwangsstörungen. Medizinische Dissertation, Universität Würzburg.
- Freud S (1996 [1912]). Zur Dynamik der Übertragung. *GW VIII* (9. Aufl.). Frankfurt a.M.: Fischer, 364–374.
- Grawe K, Donati R & Bernauer F (1994). Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession (3. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Hand I (1994). Expositions-Reaktions-Management (ERM) in der strategisch-systemischen Verhaltenstherapie. *Prax Klin Verhaltensmed Rehab* 26: 64–68.
- Huber C, Hauke W, Ruppert S & Zaudig M. (2005). Verhaltenstherapie und Körpertherapie – eine Effektivitätsstudie an psychosomatischen Patienten. In: Sulz et al. (Hg). *Die Psychotherapie entdeckt den Körper*. München: CIP-Medien.
- Kanfer F, Reinecker H & Schmetzer D (2000). Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch für die Praxis. Berlin: Springer.
- Hauke W (2013). Aktuelle Entwicklungen in der stationären Therapie von Zwangsstörungen. *Ärztliche Psychotherapie* 8(1): 19–24.
- Hohagen F, Lotz-Rambaldi W, Mueche-Borowski C & Wahl-Kordon A (2015). S3-Leitlinie Zwangsstörungen. Heidelberg: Springer.
- Kabat-Zinn J (1990). *Gesund durch Meditation. Das große Buch der Selbstheilung. Das grundlegende Übungsprogramm zur Entspannung, Stressreduktion und Aktivierung des Immunsystems*. Frankfurt am Main: Fischer.
- Lazarus AA (2006). *Innenbilder: Imagination in der Therapie und als Selbsthilfe*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Maina G, Rosso G, Rigardetto S, Chiado Piat S & Borgetto F (2010). No effect of adding brief dynamic therapy to pharmacotherapy in the treatment of obsessive-compulsive disorder with concurrent major depression. *Psychotherapy and Psychodynamics* 79: 295–302.
- Meyer V, Levy R & Schnurer A (1979). Die verhaltenstherapeutische Behandlung von zwangneurotischen Störungen. In: Kallinke D, Lutz R & Ramsay RW (Hg). *Die Behandlung von Zwängen*. München: Urban & Schwarzenberg, 23.
- Roth G (1996). *Das Gehirn und seine Wirklichkeit. Kognitive Neurobiologie und ihre philosophischen Konsequenzen*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp
- Sachse R (2013). *Persönlichkeitsstörungen. Leitfaden für die Psychologische Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Sulz S, Schrenker J & Schricker C (Hg) (2005). *Die Psychotherapie entdeckt den Körper*. München: CIP-Medien.
- Wildgruber N (2006). Wahrnehmungstraining. In: Zaudig M et al. (Hg). *Therapielexikon Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie*. Heidelberg: Springer.
- Winkelmann G & Hohagen F (1995). Zwangsstörungen – eine stationäre Verhaltenstherapie. *Fortschr Neurol Psychiatr* 63: 19–22.
- Zarbock G (2013). *Praxisbuch Verhaltenstherapie. Grundlagen und Anwendungen biografisch-systemischer Verhaltenstherapie* (3. Aufl.). Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Zaudig M, Hauke W & Hegerl U (2002). *Die Zwangsstörung, Diagnostik und Therapie* (2. Aufl.). Stuttgart: Schattauer.
- Zaudig M (2011). Heterogenität und Komorbidität der Zwangsstörung. *Der Nervenarzt* 3: 290–298.

## Korrespondenzadresse

Dipl. Psych. Walter Hauke  
 Psychosomatische Klinik Windach  
 Schützenstr. 100  
 86949 Windach  
 E-Mail: w.hauke@klinik-windach.de