

**VERHALTENSTHERAPEUTISCHE BEHANDLUNGSSTRATEGIEN
VON ZWANGSSTÖRUNGEN
IN BEZUG AUF INTEGRATIVE THERAPIE**

Akademische Abschlussarbeit
im Universitätslehrgang Psychotherapie
(Fachspezifikum Integrative Therapie)

von

Mag. Martina Simbürger MAS

Department für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
an der Donau-Universität Krems

Betreuer*in: Mag. Gerhard Hintenberger

Leonding, 04.06.2024

EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

Ich, Mag. Martina Simbürger MAS, erkläre hiermit an Eides statt,

1. dass ich meine Abschlussarbeit selbständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfen bedient habe,
2. dass ich meine Abschlussarbeit oder wesentliche Teile daraus bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,
3. dass ich, falls die Abschlussarbeit mein Unternehmen oder einen externen Kooperationspartner betrifft, meinen Arbeitgeber über Titel, Form und Inhalt der Abschlussarbeit unterrichtet und sein Einverständnis eingeholt habe.

Leonding, 04.06.2024

Martina Simbürger

ABSTRACT (DEUTSCH)

Verhaltenstherapeutische Behandlungsstrategien von Zwangsstörungen in Bezug auf Integrative Therapie

Ziel: Die vorliegende Arbeit widmet sich dem aktuellen Forschungsstand zu Zwangsstörungen, der deutschsprachigen Behandlungs-Leitlinie (S3-Leitlinie, 2022), den (verhaltenstherapeutischen) Behandlungsstrategien der S3-Leitlinie und der deutschsprachigen verhaltenstherapeutischen Literatur, die beide in Bezug zur Integrativen Therapie gesetzt werden. **Methode:** Dies erfolgt in einer Auswertung von Fachliteratur. **Ergebnisse:** Zwangsstörungen zählen zu den schwersten psychischen Erkrankungen. Zwangssymptome werden oft aus Schamgefühl verheimlicht. Die Störung ist zu Behandlungsbeginn bereits meist chronisch, Spontanremissionen sind selten. Mit KVT mit Schwerpunkt auf Expositionen (Habituation) liegt ein evidenzbasiert wirksamer Behandlungsansatz vor, andere Psychotherapie-Verfahren sind nicht wirksam. Die Effektstärken dieser Behandlung gehören zu den höchsten bei der psychotherapeutischen Behandlung psychischer Störungen; Recovery/Heilung ist dennoch selten zu erreichen und nur etwa die Hälfte nach Therapieende signifikant gebessert. Die der Leitlinie zu Grunde liegende Verhaltenstherapie ist behavioral-kognitiv konzipiert (direkte Symptomtherapie), in die deutschsprachige Fachliteratur sind als Add-On auch tiefenpsychologische, humanistische und systemische Konzepte eingeflossen. Expositionen sind in die Integrative Therapie in Form eines reflektierten Eklektizismus unter Berücksichtigung der Kernkonzepte einbaubar. **Schlussfolgerung:** Störungswissen und störungsbezogene KVT-Interventionen und das prozessuale, intersubjektive und phänomenologische Vorgehen der IT können sich mit dem Ziel einer möglicherweise höheren Remissions-Rate ergänzen. Intersubjektiv unterfangene Expositionen können und müssen Teil der Integrativen Behandlung sein, um eine Symptomverbesserung zu erzielen.

Stichworte für die Bibliothek:

Zwangsstörung, Behandlung Zwangsstörung, S3-Leitlinie Zwangsstörung, Verhaltenstherapie, Integrative Therapie

ABSTRACT (ENGLISCH)

Cognitive Behavioral Therapy-Strategies of Obsessive Compulsive Disorder in relation to Integrative Therapy

Objectives: This paper is dedicated to the current state of research on obsessive-compulsive disorder, the German-language treatment guidelines (S3 guidelines, 2022), the (cognitive behavioral therapy, CBT) treatment strategies of the S3 guidelines and the German-language CBT-literature, both of which are related to integrative therapy. **Method:** This is done through an evaluation of specialist literature. **Results:** Obsessive-compulsive disorder is one of the most serious mental illnesses. Obsessive-compulsive symptoms are often hidden out of shame. The disorder is usually chronic at the start of treatment; spontaneous remissions are rare. CBT with a focus on exposure (habituation) is an evidence-based, effective treatment approach; other psychotherapy methods are not effective. The effect sizes of this treatment are among the highest in the psychotherapeutic treatment of mental disorders; However, recovery/healing is rarely achieved and only around half of the patients show significant improvement after the end of therapy. The behavioral therapy on which the guideline is based is designed to be behavioral-cognitive (direct symptom therapy); psychodynamic, humanistic and systemic concepts have also been incorporated into the German-language specialist literature as an add-on. Exposures can be incorporated into integrative therapy in the form of a reflected eclecticism, taking the core concepts into account. **Conclusion:** Disorder knowledge and disorder-related CBT interventions and the procedural, intersubjective and phenomenological approach of Integrative Therapy can complement each other with the aim of a possibly higher remission rate. Intersubjective exposures can and must be part of Integrative treatment in order to achieve symptom improvement.

Keywords:

obsessive-compulsive disorder, psychotherapeutic treatment obsessive-compulsive disorder, S3-guideline obsessive compulsive disorder, cognitive behavioral therapy, integrative therapy

INHALTSVERZEICHNIS

1.	Einleitung	1
2.	Zwangsstörung	3
2.1.	Prävalenz	3
2.2.	Verlauf, Behandlungsrate	4
2.3.	Risikofaktoren	6
2.4.	Diagnostik	6
2.4.1.	Zwangsgedanken / Zwangshandlungen.....	6
2.4.2.	Zwangsspektrumsstörungen.....	9
2.4.3.	Einsicht	9
2.4.4.	Diskussion weiterer Subtypen.....	9
2.4.5.	Angst	10
2.5.	Komorbiditäten / Differenzialdiagnostik	13
2.5.1.	Depression	13
2.5.2.	Angststörungen	14
2.6.	Ätiologie-Modelle	15
2.6.1.	Biologische Ätiologie-Modelle	15
2.6.2.	Verhaltenstherapeutische Ätiologie-Modelle.....	16
	Behaviorales Modell.....	16
	Kognitiv-Behaviorales Modell	17
	Metakognitives Modell.....	23
3.	Evidenzbasierte Behandlung – S-3 Leitlinie	24
3.1.	Welche Empfehlungen gibt die S-3 Leitlinie?	25
3.1.1.	Kognitive Verhaltenstherapie incl. Exposition	25
3.1.2.	Wirken auch andere Verfahren?	25
3.1.3.	Was ist mit KVT gemeint?	26
3.1.4.	Spezifikationen zu Konfrontationsübungen.....	27
3.1.5.	Einbeziehung von Angehörigen	29
3.1.6.	50% Remissionsrate / Remission und Rückfall-Minimierung	29
3.1.7.	Psychoedukation.....	32

3.1.8. 50% Ansprechquote auf KVT.....	33
3.1.9. Empfehlungen bei Nicht-Ansprechen auf KVT mit Exposition.....	34
3.1.10. Psychopharmaka.....	34
4. Behandlungsstrategien der Kognitiven Verhaltenstherapie	36
4.1. Symptomorientierte Verhaltenstherapie	39
4.1.1. Exposition in unterschiedlichen Konzeptionen	41
Expositionszeitpunkt in Bezug auf Symptom-Funktionen	43
Exposition und Emotionen	44
4.1.2. Kognitive Techniken	47
Psychoedukation	48
Verschiebung Problemdefinition	50
Klassische Kognitive Interventionen.....	51
Arbeit an dysfunktionalen Schemata	52
4.2. Multimodale Ansätze	53
4.2.1. Funktionen.....	54
4.2.2. Emotionen	56
4.2.3. Therapeutische Beziehung	57
4.2.4. Angehörige	59
4.3. Therapie am Symptom vorbei	60
4.4. Typisch VT?	61
4.4.1. Integrative Konzeption und Behandlung.....	62
4.4.2. Bergen 4-Day Treatment.....	66
5. Forschungsbedarf	69
6. Integrative Therapie	72
6.1. Tree of Science	73
6.2. Ausgewählte Kernkonzepte	74
6.2.1. Leiblichkeitsprinzip	75
6.2.2. Entwicklungsprinzip, Kontext und Kontinuum	76
6.2.3. Prozessuale Vorgehensweise, Szenisches Verstehen	77
6.2.4. Therapeutische Beziehung	79
6.3. Praxeologie	80
Ziele	80
6.3.1. Prozesstheorie	82

Tetradisches Modell.....	82
Vier Ebenen der therapeutischen Tiefung.....	85
6.3.2. Interventionslehre.....	87
6.3.3. Methodenlehre	88
Definitionen.....	89
Vier Wege der Heilung und Förderung	90
14 + 3 Heil- und Wirkfaktoren.....	95
Modalitäten	99
7. VT in IT – Konnektivierung	101
7.1. Behaviorales in IT	101
7.2. Expositionen in IT / Reflektierter Eklektizismus	104
8. Reichweiten und Grenzen	112
8.1. Grenzen und Reichweite verhaltenstherapeutische Ansätze	112
8.2. Grenzen und Reichweite von IT- Ansätzen	115
9. Diskussion und Schlussfolgerungen	118

1. Einleitung

Als der erste Zwangs-Patient in meine Praxis kam, rückten Zwangsstörungen und deren Behandlung in meinen Fokus. Die auf erste obskur wirkenden Zwangssymptome weckten mein Interesse und es galt eine erste Grundeinschätzung von Verlauf und Schweregrad zu treffen.

Unbehandelte Zwangsstörungen verlaufen sehr häufig schwer, chronisch und fluktuierend. Haben sich Zwänge einmal etabliert, so haben sie, so Lakatos und Reinecker (2016), aus sich selbst heraus eine hohe Persistenz (S. 55). Spontanremissionen stellen die Ausnahme dar.

Ziel unserer gemeinsamen Arbeit sollte daher eine deutliche Reduktion der Zwangssymptome sein, auch um die hohe Zwangs-Persistenz zu unterbrechen. Es stellte sich allerdings heraus, dass mit dem praxeologischen Kernrepertoire der Integrativen Therapie zwar eine Verbesserung der subjektiven Lebensqualität, aber keine Symptomreduktion erzielt werden konnte.

Woran könnte das gelegen haben? Wie nun weiter vorgehen? Eine kurze Recherche ergab, dass die Verhaltenstherapie, und dabei vor allem Expositionen, deutlich bessere Ergebnisse erzielt. Dies beurteilte ich fürs erste positiv, denn verhaltensbezogene und lerntheoretische Perspektiven sind Teil der Integrativen Praxeologie, zumindest in der Literatur. In der Praxis scheint dies aber wenig Rolle zu spielen – in verschiedenen Ausbildungssettings waren gegenüber verhaltenstherapeutisch-störungsspezifischen Ansätzen atmosphärisch skeptische Vorbehalte wahrzunehmen.

Um für mich selbst Klarheit zu gewinnen, wie ich mit diesen divergierenden Perspektiven als Integrative Psychotherapeutin in der Praxis umgehen kann und möchte, benötigte es eine vertiefte Auseinandersetzung mit der Thematik. Wie ist der Forschungsstand nun genau? Was ist aktuell über Ätiologie, Verlauf und Risikofaktoren von Zwangsstörungen bekannt? Was empfiehlt die deutschsprachige Behandlungs-Leitlinie? Welche verhaltenstherapeutischen Behandlungsstrategien sind beforscht?

Welche Behandlungsansätze werden in der deutschsprachigen verhaltenstherapeutischen Literatur angeführt und sind diese mit den VT-Ansätzen in der S3-Leitlinie ident?

Diese Fragestellungen führen letztendlich zur für mich als Integrative Therapeutin zentralen und auch in der Praxis handlungsanleitenden Frage nach den Bezügen, die sich in der Integrativen Therapie zu aktuellen verhaltenstherapeutischen Zwangsstörungs-Behandlungsstrategien herstellen lassen.

Welche integrativen Ansätze würden aufgrund der Ergebnisse der Zwangsforschung in der Zwangsbehandlung Sinn machen? Welche VT-Ansätze könnten in der Integrativen Behandlung von Zwangspatient*innen unter welchen Voraussetzungen verwendet werden?

Mit dem Ziel Zwangspatient*innen lege artis zu behandeln, versucht die vorliegende Arbeit daher Wege einer differenzierteren Auseinandersetzung statt einer pauschalen Abgrenzung und Dichotomisierung aufzuzeigen.

2. Zwangsstörung

2.1. Prävalenz

Die Entwicklung diagnostischer Kriterien und standardisierter diagnostischer Instrumente hat in den späten 80er Jahren erste epidemiologische Forschungen zu Zwangsstörungen ermöglicht. Davor schätzte man die Prävalenz mit einem sehr niedrigen Wert von unter 0,05% (Voderholzer et. al., 2011). Aktuelle Prävalenzdaten beziehen sich auf DSM-IV und ICD-10, auf Basis der DSM-V und ICD-11-Diagnosekriterien liegen noch keine epidemiologischen Studien vor.

Die Ergebnisse der von Lieb und Miché zitierten, zwischen 2004 und 2010 durchgeführten Studien deuten darauf hin, dass zwischen 0,3% und 3,5% der erwachsenen Bevölkerung mindestens einmal im Leben die diagnostischen Kriterien einer Zwangsstörung erfüllen. Eine 2020 durchgeführte Metaanalyse von Fawcett et al. ergibt jedoch mit 1,3% eine deutlich niedrigere Lebenszeitprävalenz. Auch Somers et al. kommen 2006 nach Auswertung von 14 Studien zu einem Wert von 1,3% (Lieb & Miché, 2022, S. 34).

Laut Lieb und Miché (2022) variiert die 12-Monate Prävalenz über die Studien hinweg zwischen 0,1% und 3,6% (S. 34). Somers et al. (2006) haben auch hierfür auf Grundlage von neun Studien eine gepoolte Schätzung ermittelt – mit 0,54% wiederum ein niedrigerer Wert.

Nach Lieb und Miché (2022) kommen Zwangsstörungen, die die diagnostischen Kriterien voll erfüllen, in der erwachsenen Bevölkerung eher selten vor (S. 34). Demgegenüber stehen Studienergebnisse, die Zwangsstörungen mit 2 bis 3% zu den häufigsten psychischen Störungen in der Bevölkerung zählen. Nach Lakatos und Reinecker (2016) sind Zwangsstörungen nach Phobien, Depressionen und Suchterkrankungen die vierthäufigste psychische Störung (S. 18).

Auch die Ergebnisse der *Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland* kommt zu höheren Prävalenzraten. Sie wurde 2013 mit einer für Deutschland

bevölkerungsrepräsentativen Erwachsenenstichprobe durchgeführt. Die 12-Monate-Prävalenz-Rate für Zwangsstörungen liegt in dieser Studie bei 3,6% (Jacobi et al., 2014). Nach einer Prävalenzstudie der Klinischen Abteilung für Sozialpsychiatrie der Medizinischen Universität Wien liegen Zwangsstörungen in Österreich bei einer Jahresprävalenz von 1,8% (2017, S. 18).

Es fällt auf, dass ältere Studien, beginnend mit der ersten großen in den USA durchgeführten Studie in den 80er Jahren (ECA – Epidemiologic Catchment Area Study), zu höheren Prävalenz-Daten gelangten, neuere Studien der letzten Jahre tendenziell zu deutlich niedrigeren Prävalenzraten.

Auch Lieb und Miché (2022) stellen fest, dass die Prävalenzschätzungen zu Zwangsstörungen beträchtlich voneinander abweichen, wiewohl wissenschaftlich verlässliche Instrumente zur diagnostischen Erfassung verwendet wurden. Sie vermuten, dass diese Unterschiede auf länderspezifische Abweichungen, die Verschiedenartigkeit von Diagnoseinstrumenten und eventuell auch eine unterschiedlich hoch ausgeprägte Bereitschaft zur Studienteilnahme zurückzuführen sind (S. 40f). Voderholzer et. al. (2011) weisen zudem auf unterschiedliche Diagnosekriterien zwischen DSM-III und DSM-IV als mögliche Ursache hin.

Bei Einbeziehung subklinischer Störungsformen oder nur symptomatisch auftretender Zwangshandlungen oder -gedanken zeigt sich jedoch, dass weit mehr Menschen in der Allgemeinbevölkerung betroffen sind. 28,2% erleben irgendwann in ihrem Leben Zwangsgedanken oder Zwangshandlungen. Dies ist umso bedeutungsvoller, als Studienergebnisse darauf hinweisen, dass auch bereits Personen mit subklinischen Zwangssymptomen in ihren beruflichen und sozialen Funktionen beeinträchtigt sind (Lieb & Miché, 2022, S. 34, S. 36).

2.2. Verlauf, Behandlungsrate

Die Hochrisikophase für eine Erstmanifestation scheint das zweite und dritte Lebensjahrzehnt, zwischen der späten Kindheit und dem frühen bis mittleren Erwachsenenalter, zu sein. Studien von 2010 und 2013 berichten über ein mittleres Erkrankungsalter von 19 Jahren (Lieb & Miché, 2022, S. 35).

Nach Auftreten der ersten Zwangssymptome vergehen im Durchschnitt ungefähr 9 bis 14 Jahre bis zum Aufsuchen einer Behandlung. Damit ist die Latenz bis zum professionellen Erstkontakt länger als bei affektiven Störungen, jedoch mit Angststörungen vergleichbar (Lieb & Miché, 2022, S. 36).

Wird die Zwangsstörung nicht behandelt, verläuft sie sehr häufig schwer, chronisch und fluktuierend. Zwänge werden auch als chronische Erkrankung beschrieben. Spontanremissionen stellen die Ausnahme dar. Bei einigen Patient*innen kann die Symptomatik über die Zeit stark fluktuieren und sich ändern (Salkovskis et al., 2018, S. 71).

Wenn Zwänge sich etabliert haben, sind Phasen von längerer Symptombefreiheit sehr selten. Betroffene berichten von durchgehender, jedoch in der Intensität schwankender Symptomatik. Diese ist in Lebensphasen mit hohem Stressniveau stärker ausgeprägt (Förstner et al., 2011, S. 17; Lakatos & Reinecker, 2016, S. 19).

Die Behandlungsrate wird als gering eingestuft. Voderholzer et al. (2011) sprechen von einer hohen Verheimlichungstendenz auf Seiten der Betroffenen und einer damit verbundenen geringen Inanspruchnahme professioneller Unterstützung. Die Behandlungsrate von Zwangsstörungen ist im Vergleich mit anderen psychischen Erkrankungen niedriger (Voderholzer et al., 2022).

Ein starker Prädiktor für das Aufsuchen einer Behandlung scheint die Komorbidität mit anderen psychischen Störungen zu sein - 56% bei gleichzeitigem Auftreten einer anderen Störung zu 14% ohne eine zusätzliche Störung (Lieb & Miché, 2022, S. 36).

In der Literatur wird immer wieder darauf hingewiesen, dass die Zwangsstörung eine heimliche Erkrankung ist. Betroffene berichten kaum davon und präsentieren im Erstkontakt zumeist andere Symptome. Folgerichtig ist die Behandlungsrate bei Vorliegen einer zusätzlichen Erkrankung höher. Klesse et al. (2022) betonen, dass Zwangsstörungen in der Praxis oft nicht erkannt werden und daher auch nicht behandelt werden (S. 129).

2.3. Risikofaktoren

Risikofaktoren sind per definitionem negative Einfluss-Faktoren, die bereits vor Beginn einer Störung bestanden. Geschlecht, sozioökonomischer Status, Erfahrungen in der Kindheit und Intelligenz werden als mögliche Risikofaktoren diskutiert. Bisher hat sich jedoch, aufgrund der geringen Anzahl von Längsschnittstudien und methodologischer Schwächen, kein Risikofaktor deutlich herauskristallisiert (Lieb & Miché, 2022, S. 41).

Eindeutiger ist die Studienlage bei Vorliegen einer bereits zuvor bestandenen psychischen Störung. Risikoerhöhende Zusammenhänge mit Zwangsstörungen wurden bis dato für vorangegangene affektive Störungen, Angststörungen, substanzbezogene Störungen und Psychosen ermittelt (Lieb & Miché, 2022, S. 39f).

2.4. Diagnostik

Bereits 1909 prägte Freud den Begriff *Zwangsneurose*. Diese Ätiologie-betonte Definition hat sich bis zum Erscheinen von DSM-III im Jahr 1980 gehalten. Mit dem DSM-III wurde erstmals der deskriptive Begriff der *Zwangsstörung* und exakte Störungskriterien eingeführt. Erst 1991 wurde die Kategorie *Zwangsstörung* auch in den ICD-10 aufgenommen (Zaudig, 2022).

2.4.1. Zwangsgedanken / Zwangshandlungen

Reinecker (2022) betrachtet die Unterscheidung zwischen Zwangsgedanken und Zwangshandlungen als sinnvoll (S. 26). Auch in den Gruppentiteln des DSM-V und ICD-11 sind beide Begriffe zu finden. Allerdings muss dabei berücksichtigt werden, dass Zwangshandlungen und Zwangsgedanken in der Regel gemeinsam auftreten – meist lösen Zwangsgedanken Zwangshandlungen aus oder begleiten diese.

Zwangsgedanken (obsessions) sind alle Inhalte des Bewusstseins, die sich gegen den Willen der Betroffenen in ihren Gedankenfluss drängen (intrusiver Charakter) und die sie nicht unterdrücken können, wiewohl sie als unsinnig und oft auch nicht charakteristisch für sich selbst erkannt werden. Darunter sind nicht nur Gedanken im engeren Sinn zu verstehen, sondern auch zwanghafte Impulse (z.B. Herausschreien

von Obszönitäten) oder zwanghafte Bilder (Vorstellung von Katastrophen, Autounfällen etc.).

Zwangsgedanken verursachen Unbehagen und inneren Widerstand. Die Betroffenen haben keine Kontrolle über ihr Auftreten, jedoch sehr wohl über die Taten, die aus den Gedanken/Impulsen – z.B. das eigene geliebte Kind zu töten – folgen würden. Hier funktioniert Widerstand und Kontrolle sehr gut (Lakatos & Reinecker, 2016, S. 13ff).

Zwangshandlungen (compulsions) sind beabsichtigte und mit einem bestimmten Zweck verbundene, ritualisierte Gedanken- und Handlungsketten, die nach bestimmten Regeln ausgeführt werden, um Unruhe zu reduzieren bzw. eine imaginäre Gefahr abzuwenden.

Dazu gehören auch rein kognitiv ablaufende Handlungen wie inneres Zählen oder Satzformeln. Es stellt sich die Frage, warum diese rein kognitiven Prozesse nicht zu den Gedanken, sondern zu den Handlungen gezählt werden. Lakatos und Reinecker (2016) erklären dies schlüssig mit einer Übersetzungsunschärfe (S. 13). Das englische *compulsion* beinhaltet auch nicht beobachtbare Prozesse, während das deutsche Wort *Handlungen* nur sichtbare Verhaltensprozesse impliziert.

Reinecker definiert 2022 folgende Kriterien für die Einordnung eines Zwangs (S. 21f):

1. Innerer Drang, bestimmte Inhalte zu denken bzw. zu tun (Abgrenzung zu psychotischem Geschehen)
2. betroffene Personen leisten Widerstand gegen den Drang bestimmte Handlungen zu tun bzw. Gedanken zu denken
3. die Sinnlosigkeit der Gedanken/Handlungen wird prinzipiell erkannt, Betroffene können sich davon distanzieren (Einsicht)
4. massive Beeinträchtigung der Person und/oder ihres direkten Umfelds im Alltag

Zwangsstörungs-Betroffene neigen im Erstkontakt meist aus Schamgefühl oder Furcht vor Stigmatisierung dazu, ihre Zwangssymptome zu verbergen bzw. zu verharmlosen oder sie betrachten sie als lästige Gewohnheit. Kulturbedingt lösen manche Zwangssymptome, wie etwa aggressive und sexuelle Zwangsgedanken,

ausgeprägte Schamgefühle aus, was ein Mitgrund für Verheimlichung ist. Zwangsbetroffene berichten zudem kaum spontan von ihren Zwangssymptomen. Selbst in Psychiatrie-Praxen werden sie primär wegen anderer Störungen behandelt (S3-Leitlinie, 2022, S. 28, S. 219).

Die S-3 Leitlinie (2022) fordert daher, in allen Erstgesprächen mit Patient*innen folgende Screening-Fragen explizit und gezielt zu stellen (S. 30f):

1. Waschen und putzen Sie sehr viel?
2. Kontrollieren Sie sehr viel?
3. Haben Sie quälende Gedanken, die Sie loswerden möchten, aber nicht können?
4. Brauchen Sie für Alltagstätigkeiten sehr lange?
5. Machen Sie sich Gedanken um Ordnung und Symmetrie?

Sowohl dem DSM-IV und dem DSM-V als auch dem ICD-10 liegen Konzeptualisierungen zu Grunde, bei denen entweder Zwangshandlungen und/oder Zwangsgedanken im Vordergrund stehen. So werden im ICD-10 die Subtypen *F42.0 Zwangsgedanken*; *F42.1 Zwangshandlungen*; *F42.2 Gemischt* unterschieden (Dilling et al., 2015, S. 203ff). Dies suggeriert homogene Störungsbilder, die jedoch in der Praxis klinisch kaum auftreten, was in der Literatur häufig zu Kritik führte (Zaudig, 2011; Reinecker, 2022, S. 26).

Warum ist diese Kritik so wichtig? Die Ausgangsbasis für Studien zur Ätiologie, Pathogenese und Behandlung sind Patient*innen-Gruppen, die anhand von Klassifikationskategorien gebildet werden. Bildet die Klassifikation die klinische Wirklichkeit nicht oder nur unzureichend ab, sind darauf aufbauende Studienergebnisse nicht oder nicht ausreichend aussagekräftig und in weiterer Folge davon abgeleitete Behandlungskonzepte nicht ausreichend effektiv.

Mit der Verabschiedung des ICD-11, der am 01. Jänner 2022 in Kraft getreten ist und für den derzeit noch keine autorisierte deutsche Übersetzung vorliegt, wurden nach über 20 Jahren die drei Subtypen des ICD-10 wieder abgeschafft.

2.4.2. Zwangsspektrumsstörungen

Im ICD-10 ist die Zwangsstörung noch den *Neurotischen, Belastungs- und Somatoformen Störungen* zugeordnet. Das Konzept der Zwangsspektrums-Störungen bildete sich erst seit den 90er Jahren heraus. Mit dem ICD-11 wurde, so wie auch im DSM-V, den Zwangsstörungen eine eigene Gruppe zugeteilt. Im 2013 erschienenen DSM-V wurde diese Gruppierung mit fünf zugeordneten Krankheiten zum ersten Mal in ein diagnostisches Manual aufgenommen.

Auch im ICD-11 wurde das Spektrums-Konzept übernommen. Zaudig (2022) übersetzt die englische Bezeichnung *obsessive-compulsive and related disorders* mit *Zwangsstörung/Zwangsspektrums-Störung*. Acht Störungsbilder sind dem Spektrum zugeordnet, darunter mit dem *olfaktorischen Zwang* eine völlig neue Störungskategorie (Zaudig, 2022). Die S3-Leitlinie gibt zur Behandlung der Zwangsspektrums-Störungen aufgrund noch zu geringer wissenschaftlicher Evidenz keine Empfehlungen.

2.4.3. Einsicht

Üblicherweise wird *Einsicht* bei psychischen Störungen als Verständnis dafür definiert, dass die erlebten Symptome Ausdruck einer Erkrankung sind. Bei Zwangsstörungen ist der Begriff spezifischer gemeint im Sinne von Einsicht in die Übertriebenheit oder Sinnlosigkeit der Zwänge. Dieses Zusatzkriterium ist im DSM-V und nun auch im ICD-11 neu. Bei ca. 6% der Betroffenen ist dieses Kriterium mit zeitweilig überwertigen Ideen, in extremen Fällen auch wahnhaften Symptomen, nicht gegeben (S 3-Leitlinie, 2022, S. 21f). Geringe Einsicht ist generell mit einer schlechteren Behandlungsprognose verbunden.

2.4.4. Diskussion weiterer Subtypen

In der Forschung werden weitere Subtypen, die aus der klinischen Praxis bekannt sind, diskutiert. Ein Subtyp ist gekennzeichnet von spezifischen stabilen Zusatzmerkmalen. Auch die S3-Leitlinie (2022) nimmt auf die Forschung zu weiteren Subtypen Bezug. Sie bewertet sie mit hoher klinischer Relevanz und führt an, dass sich künftige Behandlungskonzepte daran orientieren sollten (S. 22).

So wird zunehmend davon ausgegangen, dass hinter den verschiedenen Erscheinungsformen der Zwangsstörung mehrere stabile Subtypen stehen. Laut Reinecker (2022) wären etwa Wasch- und Reinigungszwänge bzw. Kontrollzwänge stabile Subtypen, die sich in den Merkmalen Geschlecht (Männer häufiger Kontrollzwänge, Frauen häufiger Waschwänge), Alter (Kontrollzwänge beginnen fünf Jahre früher, Waschwänge ca. fünf Jahre später als der Durchschnitt), Art des Beginns (schleichender Beginn bei Kontrollzwängen, eher abrupter Beginn bei Waschwängen) unterscheiden (S. 27). Laut Zaudig (2011) unterscheiden sich diese Subtypen auch neurobiologisch.

Weiters werden Subtypen wie *Alter bei Beginn, mit wenig Einsicht, Tics* und *Unvollständigkeitsgefühl* diskutiert (Zaudig, 2022). Derzeit besteht jedoch noch keine ausreichende wissenschaftliche Evidenz für die genannten Subtypen.

Das Unvollständigkeitsgefühl wird häufig als affektive Motivation für Zwangshandlungen beschrieben. Die eigenen Wahrnehmungen, Handlungen oder Erinnerungen seien noch nicht vollständig, *noch nicht ganz richtig*. Die jeweilige Handlung wird dann solange wiederholt, bis sich das *richtige Gefühl/just right* einstellt (Voderholzer & Rufer, 2021, S. 302). Es wird zwischen einem *selbstbezogenen Unvollständigkeitsgefühl* und einem *Nicht genau richtig Erleben-Gefühl* unterschieden. Auf Basis empirischer Studien wurde es daher im DSM-V neben der Schadensvermeidung als bedeutsames Zwangsmotiv berücksichtigt. Eine diagnostische Erfassung ist für das psychotherapeutische Vorgehen wichtig (Backenstraß, 2022, S. 92).

2.4.5. Angst

Bis einschließlich zum DSM-IV waren Zwangsstörungen in den DSM-Manualen Angststörungen zugeordnet. Das Merkmal der Angst wurde auch im DSM-V übernommen (Zwangshandlungen verringern Angst oder Unbehagen, Zwangsgedanken rufen ausgeprägte Angst und großes Unbehagen hervor). Laut Lakatos und Reinecker (2016) ist das Kapitel der Zwangsstörungen im DSM-V auch bewusst unmittelbar nach dem Kapitel der Angststörungen gereiht, was deren Nähe zueinander wiedergeben soll (S. 13).

Diese Kapitelreihe ist auch im ICD-11 der Fall; ob zufällig oder bewusst, war in der vorliegenden Literatur nicht zu eruieren. Die Nähe zu Angststörungen wird im ICD-11 zwar in den einleitenden Erläuterungen erwähnt, allerdings ist das Merkmal der Angst hier erstmals kein Kriterium mehr für Zwangsstörungen. Zwangsstörungen bilden im ICD-11 zudem erstmals, wie auch im DSM-V, eine eigene Gruppe und sind keiner anderen mehr subsumiert.

Wie kam die Nähe zu Angststörungen in den Diagnose-Manualen zustande? Nach Reinecker (2022) basierte sie auf theoretischen Modellen, wonach die Betroffenen durch ihre Handlungen und Gedanken versuchen, Angst zu vermeiden, zu reduzieren oder zu bewältigen (S. 23). Voderholzer & Rufer (2021) sprechen diesbezüglich vom *klassisch kognitiv-behavioralen Modell*, bei dem davon ausgegangen wurde, dass Zwangshandlungen ausgeführt werden, um Ekel oder Angst zu verringern (S. 302).

Zwangsstörungen haben jedoch ätiologisch, neurobiologisch und psychopathologisch wenig Gemeinsamkeiten mit Angststörungen (Oelkers & Hautzinger, 2013, S. 29). Nur bei der Hälfte der Zwangsbetroffenen konnten de facto konkrete Befürchtungen ermittelt werden (Voderholzer & Rufer, 2021, S. 302). So sind Wasch- und Putzwänge meist mit der Furcht vor Ansteckung oder Verunreinigung verbunden, Kontrollzwänge mit der Furcht einen Fehler zu begehen, der Leben und soziales Ansehen ruinieren könnte.

Das Merkmal der Angst kann auch bei Zwangsstörungs-Betroffenen vorkommen, allerdings mit wesentlichen Unterschieden zu Angststörungs-Patient*innen. Reinecker (2022) weist darauf hin, dass Zwangspatient*innen ihre Emotion eher als Unruhe und Anspannung beschreiben, während sie von Angststörungs-Betroffenen klar als Angst bezeichnet wird. Zudem können Angst- im Unterschied zu Zwangspatient*innen zumeist den Auslöser ihrer Emotionen konkret benennen. Bei Zwangspatient*innen ist nicht der Auslöser im Fokus, sondern vielmehr das Gefühl, eine Situation nicht mehr aushalten zu können, was zu einem inneren Spannungszustand führt (S. 25).

Auch die Befunde der Neurobiologie haben dazu beigetragen, dass Zwangsstörungen im DSM-5 und nun auch im ICD-11 nicht mehr Angststörungen

zugeordnet, sondern als abgegrenzte eigene Kategorie berücksichtigt werden. So legen Endres et al. (2022) dar, dass Zwangsstörungen mit charakteristischen neurobiologischen Veränderungen verbunden sind, die sich von der Neurobiologie der Angststörungen unterscheiden.

Reinecker (2022) weist überdies darauf hin, dass angstlösende Medikamente bei Zwangspatient*innen weitgehend unwirksam sind (S. 26).

Wie kommen Klassifikationen zustande? Offenbar lenken Theoriemodelle auch die Wahrnehmung von Phänomenen. Klassifikationssysteme müssten daher Forschungen unterstützen, die sich von ihren Kategorisierungen freimachen und rein phänomenologisch-klinisch übergreifender denken und forschen. Es bräuchte daher auch falsifizierende Forschungsansätze.

Die untenstehende Tabelle zeigt die Entwicklung und die Unterschiede der Manuale.

Tabelle 1

Unterschiede Diagnose-Manuale

	DSM-IV	DSM-V	ICD-10	ICD-11
Oberkategorie	Angststörungen	<i>Neue Kategorie:</i> "Zwangsstörungen und verwandte Störungen" Zwangsstörung Körperdysmorphie-Störung, Zwanghaftes Horten, Trichotillomanie, Dermatillomanie	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	<i>Neue Kategorie:</i> Obsessive-Compulsive and Related Disorders ("Zwangsstörung/Zwangspektrumsstörung") Zwangsstörung pathologisches Horten, Körperdysmorphie-Störung, Trichotillomanie, Dermatillomanie, olfaktorischer Zwang, Hypochondrie, Tourette-Syndrom
Zwangsgedanken/ Zwangshandlungen	Zwangshandlungen u. Zwangsgedanken werden unterschieden, jedoch nicht als diagnost. Kategorien definiert	Zwangshandlungen und Zwangsgedanken werden unterschieden, jedoch nicht als diagnost. Kategorien definiert	Zwangsgedanken (F42.0), Zwangshandlungen (F42.1) und die Kombination aus beidem (F.42.2.)	keine Subtypen mehr keine Unterscheidung mehr wie im DSM-V
Zeitkriterium	kein Mindestzeitraum tägl. mind. 1h		Mindestzeitraum 2 Wochen	kein Mindestzeitraum tägl. mind. 1-Stunde
Einsicht		gut/-wenig/-fehlend		gute oder angemessene Einsicht fehlende bis keine Einsicht

2.5. Komorbiditäten / Differenzialdiagnostik

Es ist eher die Regel als die Ausnahme, dass Menschen mit Zwängen unter mindestens einer weiteren psychischen Störung leiden. Primär werden als Komorbiditäten Angststörungen und Depressionen, aber auch Suchterkrankungen als Folge von Selbstmedikations-Versuchen, genannt. Liegen komorbide Störungen vor, ist der Therapie-Outcome tendenziell ungünstiger.

Bei Vorliegen eines zusätzlichen Störungsbilds muss entschieden werden, welche Symptomatik vorrangig behandelt wird. Grundsätzlich empfiehlt die S3-Leitlinie eine Beurteilung des Schweregrads der komorbiden Störung und der Auswirkung, die sie auf das Befinden des/der Betroffenen und auf die Ausprägung seiner/ihrer Zwangssymptome hat. Depressive Symptomatik oder eine posttraumatische Belastungsstörung können ein Hindernis darstellen und sollten zuerst behandelt werden. (S-3 Leitlinie, 2022, S. 36).

Differenzialdiagnostisch bestehen Überlappungen mit anderen psychischen Störungen, nicht so sehr auf der Ebene der Diagnosekriterien als auf der Ebene der klinischen Phänomene. So zu depressiven Grübelketten oder Sorgenkaskaden einer generalisierten Angststörung, die sich jedoch mehr um alltägliche Inhalte drehen und keinen intrusiven Charakter aufweisen. Vor allem bei schweren Zwängen ist bei geringer bzw. fehlender Einsicht die Zuordnung bizarr wirkender Gedanken und magischen Denkens zu Zwangsstörungen oder zu Schizophrenie schwierig (Klesse et al., 2022, S. 121).

2.5.1. Depression

Etwa zwei Drittel aller Zwangskranken leiden im Krankheitsverlauf unter einer affektiven Störung (Klesse et al., 2022, S. 118). Depressionen zählen somit zur häufigsten Komorbidität.

Depressive Symptome können zum einen als Folge einer Zwangsstörung entstehen. Soziale Isolation, Arbeitsunfähigkeit und familiäre Konflikte sind häufige Folgen einer chronischen Zwangsstörung. Viele Betroffene berichten, dass ihr Selbstwertgefühl unter der ständigen Beschäftigung mit Verhaltensweisen und Gedanken leidet, die sie selbst

als absurd empfinden und die oft ihren eigenen Werten massiv widersprechen. Folglich resignieren sie gegenüber den Zwangssymptomen. Ein Teufelskreis aus depressiver Befindlichkeit, zunehmender Inaktivität und Zwangssymptomatik und einer wiederum damit verbundenen Zunahme depressiver Symptomatik kann die Folge sein.

Depressive Symptome können aber auch vor einer Zwangserkrankung entstanden sein. Zum Verhältnis vorausgehende Erkrankung zu Folgeerkrankung gibt es bis dato keine einheitlichen Studienergebnisse. Überwiegend treten Depressionen jedoch in Folge von Zwangserkrankungen auf.

Zwanghafte Symptome können überdies auch im Rahmen einer Depression auftreten und müssen daher differenzialdiagnostisch richtig zugeordnet werden. Folgende Gesichtspunkte helfen, depressive Grübel-Gedanken mit Schuld- oder Verarmungsinhalten und Zwangsgedanken in Form von Gedankenketten auseinander zu halten: depressives Grübeln richtet sich eher auf Vergangenes, es wird als stimmungs- und damit ich-synton erlebt und in der Regel kein Widerstand dagegen aufgebaut. Depressive Grübel-Gedanken lösen zudem, anders als Zwangs-Grübelketten, keine neutralisierenden Gedanken bzw. Handlungen aus. Bei depressiven Patient*innen können weiters auch Wasch- und Kontrollzwänge auftreten (Förstner et al., 2011, S. 33).

2.5.2. Angststörungen

Angststörungen sind im Laufe der Zwangs-Erkrankungsdauer bei ca. 50 bis 70% der Betroffenen zu beobachten (Klesse et al., 2022, S. 119). In den meisten Fällen geht, im Unterschied zur Depression, die Angststörung der Zwangserkrankung voraus. Es gibt theoretische Überlegungen, Zwang als Kompensationsversuch für unangenehme Gefühle wie Angst oder Unsicherheit zu verstehen.

Differenzialdiagnostisch empfinden Angststörungs-Betroffene bestimmte Situationen oder Objekte als bedrohlich, während Zwangs-Betroffene die Befürchtung haben, durch ihr eigenes Verhalten sich selbst oder anderen zu schaden (S-3 Leitlinie, 2022, S. 39). Bei Zwängen sind die Angst-Auslöser eher abstrakt (z.B. vermutlich einen Fehler gemacht zu haben) und vage (z.B. Bakterien) und dadurch im Unterschied zu

Angststörungs-Patient*innen nicht völlig vermeidbar. Angstpatient*innen vermeiden passiv, in dem sie gefürchtete Situationen/Orte meiden, während Zwangspatient*innen zusätzlich auch aktiv vermeiden, in dem sie durch eigenes Verhalten wie Waschen, Zählen oder Kontrollieren entsprechende Emotionen zu reduzieren versuchen (Lakatos & Reinecker, 2016, S. 21). Unter passiver Vermeidung wird bei Zwangs-Betroffenen verstanden, wenn etwa ein/e Patient*in mit Kontrollzwang bestrebt ist, seine/ihre Wohnung nicht verlassen zu müssen (Salkovskis et al., 2018, S. 71).

2.6. Ätiologie-Modelle

Laut S3-Leitlinie (2022) wird von einer multifaktoriellen, bio-psycho-sozialen Genese der Zwangsstörung ausgegangen (S. 6).

2.6.1. Biologische Ätiologie-Modelle

Es gibt eine familiäre, vermutlich durch erbliche Faktoren bedingte Häufung von Zwangsstörungen. Die Abgrenzung zu Erziehungseinflüssen lässt sich durch höhere Zwangsstörungswerte bei eineiigen als bei zweieiigen Zwillingen untermauern (Pope & Voderholzer, 2017, S. 290; S3-Leitlinie, 2022, S. 15) Nach derzeitigem Wissensstand tragen genetische Faktoren partiell, und zwar zu ungefähr 50%, zur Krankheitsgenese bei (Beucke, 2023).

Zwangsstörungen gehen auch mit geringfügigen neuropsychologischen Auffälligkeiten einher, wie etwa einer leicht herabgesetzten Informations-Verarbeitungsgeschwindigkeit. Diese Dysfunktionen haben jedoch laut Förstner et al. (2011) eine eher geringe Relevanz (S. 50).

Neurologische Erkrankungen, die die Gehirn-Basalganglien - subkortikale basale Kerne, die für motorische, kognitive und limbische Regelungen wichtig sind - betreffen, können mit Zwangssymptomen verbunden sein (Förstner et al., 2011, S. 45). Hier spielen neurobiologische Zusammenhänge eine auslösende und kausale Rolle.

Dass Zwangsstörungen auch eine neurobiologische Basis haben, ist laut Förstner et al. (2011) durch Studien belegt (S. 55). Ob und in welchem Ausmaß neurobiologische Faktoren ätiologisch relevant sind oder ob sie psychische Vorgänge einfach sichtbar

machen, ist derzeit noch nicht geklärt. (Förstner et al. 2011, S. 55; Poppe & Voderholzer, 2017, S. 290; S-3 Leitlinie, 2022; S. 16 ff).

Auf Neurotransmitter-Ebene gibt es Evidenz für Dysfunktionen im Serotonin- und Dopamin-Haushalt. Ein Serotoninmangel als alleinige Ursache für die Entstehung von Zwangssymptomen kann jedoch ausgeschlossen werden, da ein künstlich erzeugter Mangel nicht zu Zwangssymptomen führte (Oelkers & Hautzinger, 2013, S. 51).

2.6.2. Verhaltenstherapeutische Ätiologie-Modelle

Nach Lakatos und Reinecker (2016) gibt es verschiedene Erklärungsansätze zur Entstehung und Aufrechterhaltung von Zwängen, die nicht in Konkurrenz zueinander, sondern als wechselseitige Ergänzung verstanden werden können (S. 24). In der Folge werden die für das Verständnis verhaltenstherapeutischer Interventionen relevanten Ätiologie-Modelle dargestellt.

Behaviorales Modell

Das *Zwei-Faktoren-Modell*, das ursprünglich zur Erklärung von Phobien entwickelt und in den 50er Jahren auf Zwangs-Symptomatiken übertragen wurde, hat in zwei Aspekten bis heute große Relevanz. Zum einen erklärt es schlüssig die Aufrechterhaltung von Zwängen. Zum anderen stellt es die theoretische Grundlage für die Entwicklung der bis heute wirksamsten Behandlungsmethode – der Exposition mit Reaktionsverhinderung – dar.

Wie sehen die Annahmen dieses lerntheoretischen Modells aus?

Im ersten Schritt des Lernprozesses wird ein ursprünglich neutraler Stimulus, z.B. eine Türklinke, durch die Koppelung mit einem angstausslösenden Reiz, etwa mit einem traumatischen Ereignis wie dem Tod eines nahen Angehörigen, ebenfalls angstausslösend. Durch diese *klassische Konditionierung* reagieren Betroffene in der Folge auf den zuvor neutralen Stimulus der Türklinke mit Angst. Es kommt in der Folge zu einer Reizgeneralisierung, indem die gelernte Reaktion auf weitere zuvor neutrale Stimuli übertragen wird.

Im zweiten Schritt, der *operanten Konditionierung*, wird versucht, die Angstreaktion zu vermeiden bzw. zu reduzieren. Und zwar durch passives Vermeidungsverhalten, wie z.B. Türklinken nicht zu berühren, und aktives Vermeidungsverhalten, wie den Zwangshandlungen. Durch eine erfolgreiche Reduktion der Angst verselbständigt sich das Zwangsverhalten und nimmt ritualisierten Charakter an.

Zwangshandlungen bewirken also kurzfristig eine Abnahme des unangenehmen Gefühls, erhalten dieses aber langfristig aufrecht (negative Verstärkung). Zudem wird auch die Verknüpfung des ursprünglich neutralen Stimulus der Türklinke mit der Emotion Angst aufrechterhalten. Die Patient*innen setzen sich mit den gefürchteten Gedanken und Situationen folglich nicht auseinander, eine Neubewertung findet nicht statt (Heinzel & Wahl, 2022, S. 45; Lakatos & Reinecker, 2016, S. 24; Salkovskis et al., 2018, S. 71; S3-Leitlinie, 2022, S. 6f).

Die Stärke des Modells liegt laut allen genannten Autor*innen in der Erklärung der Aufrechterhaltung der Zwangsstörung. Es bietet jedoch keine ausreichende Erklärung für ihre Entstehung. Sehr selten stehen traumatische Ereignisse, die dem Konzept der klassischen Konditionierung entsprechen würden, im Hintergrund. Weiters zielt dieser Ansatz auf die Entstehung von Angst, nicht aber von aufdringlichen Zwangsgedanken ab. Zwangsgedanken wirken ja nicht wie Zwangshandlungen angstreduzierend, sondern auslösend. Außerdem entstehen oft verschiedene Befürchtungen und Zwangsinhalte gleichzeitig, was durch dieses Modell auch nicht erklärt werden kann.

Interessanterweise wird in den zitierten Lerntheorie-Erklärungen immer von einer Konditionierung zum Gefühl der Angst gesprochen und sogar in der Kritik an diesem Modell nicht auf den Aspekt eingegangen, dass die Betroffenen ihre aversiven Emotionen meist gar nicht als Angst wahrnehmen.

Kognitiv-Behaviorales Modell

Die Verhaltenstherapie hat mit der Kognitiven Wende ab den 70er Jahren ihre lerntheoretischen/behavioristischen Konzepte um Theorien zu Kognitionen, also Einstellungen, Gedanken, Bewertungen und Überzeugungen, erweitert. Auch in der Ätiologie der Zwangsstörung haben kognitive Konzepte Eingang gefunden. Laut Heinzel

und Wahl (2022) ist das kognitiv-behaviorale Modell der Zwangsstörung derzeit das Modell mit dem größten wissenschaftlichen Konsens (S. 45). Es stellt zum einen kognitive Komponenten, zum anderen die Bedeutung von Lernerfahrungen (z.B. die Reduktion unangenehmer Empfindungen durch Rituale) in den Mittelpunkt der Ätiologie-Konzeption und damit auch in den Fokus der darauf aufbauenden Behandlung.

Laut diesem Modell gehen Zwängen Intrusionen, also aufdringliche Gedanken, Vorstellungen oder Impulse des Bewusstseinsstroms, voraus. Aufdringliche Gedanken (*Einer nahestehenden Person wird etwas zustoßen. Ich könnte plötzlich ausrasten oder um mich schlagen. Ich könnte versehentlich meine Familie mit einer tödlichen Krankheit anstecken. Ich wünschte er/sie wäre tot. Habe ich den Herd wirklich ausgeschaltet?*), Impulse wie *jemanden zu verletzen oder zu schaden, etwas total Unpassendes zu sagen, mit dem Auto gegen einen Baum zu fahren* oder etwa die *Vorstellung, es könnte eine Katastrophe passieren*, seien jedoch nicht per se pathologisch. Sie würden auch bei etwa 90% der gesunden Allgemeinbevölkerung vorkommen (Lakatos & Reinecker, 2016, S. 25, S. 121; Poppe & Voderholzer, 2017, S. 285; Heinzl & Wahl, 2022, S. 47f).

Nach diesem Modell würden auch bei Gesunden Zwangsgedanken und Intrusionen vorkommen. Bei emotionaler Anspannung würden auch bei gesunden Personen aufdringliche Gedanken häufiger auftreten, was im Prinzip nützlich ist, damit sie nicht im üblichen Gedankenstrom untergehen, sondern zur Problemlösung weiterverarbeitet werden können (Lakatos & Reinecker, 2016, S. 25). Bei Zwangskranken sei die Häufigkeit jedoch sehr viel höher und die Intensität deutlich stärker ausgeprägt.

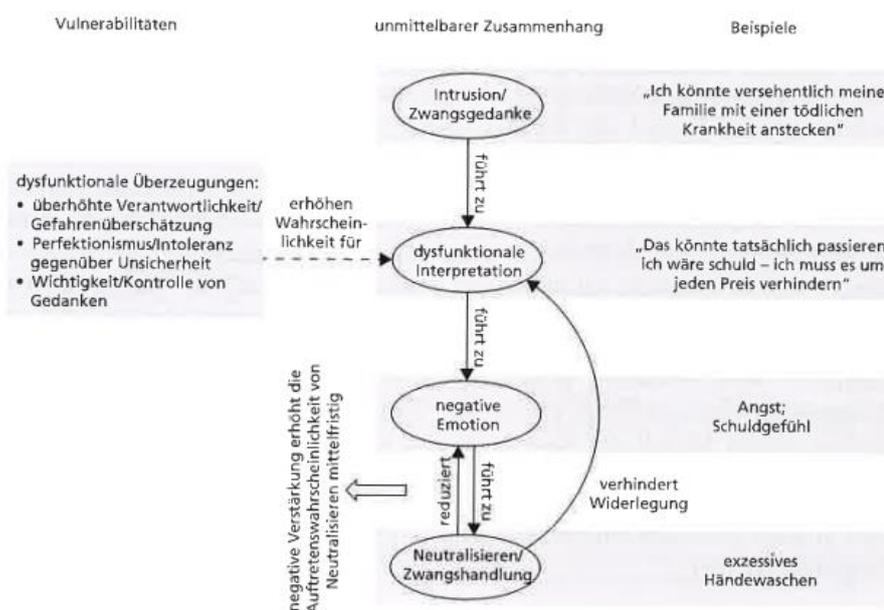
Wie kommt es dazu, dass normale aufdringliche Gedanken zu klinischen Intrusionen und zu Zwangshandlungen werden?

Kurz gefasst vermutet dieses Modell die Ursache in Fehlinterpretationen und dysfunktionalen Bewertungen aufdringlicher Gedanken. Diese Fehlinterpretationen bzw. -bewertungen werden durch bereits zuvor bestehende dysfunktionale Überzeugungen/Schemata begünstigt. Aufdringliche Gedanken erhalten erst dann den Charakter von Zwangsgedanken, wenn sie missinterpretiert werden. Die getätigten Fehlbewertungen lösen belastende Gefühle aus, auf die mit Zwangshandlungen oder kognitiven Zwangsstrategien reagiert wird. Diese Reaktionen werden in der Literatur als

neutralisierende Reaktionen bezeichnet (Lakatos & Reinecker, 2016, S. 25; S-3 Leitlinie, 2022, S. 24ff; Voderholzer & Rufer, 2021, S. 301). Durch das Erleben der Reduktion der belastenden Gefühle werden diese – und dies ist der Anteil der behavioristischen Lerntheorie – negativ verstärkt und langfristig aufrechterhalten.

Abbildung 1

Kognitiv-behaviorales Ätiologie-Modell

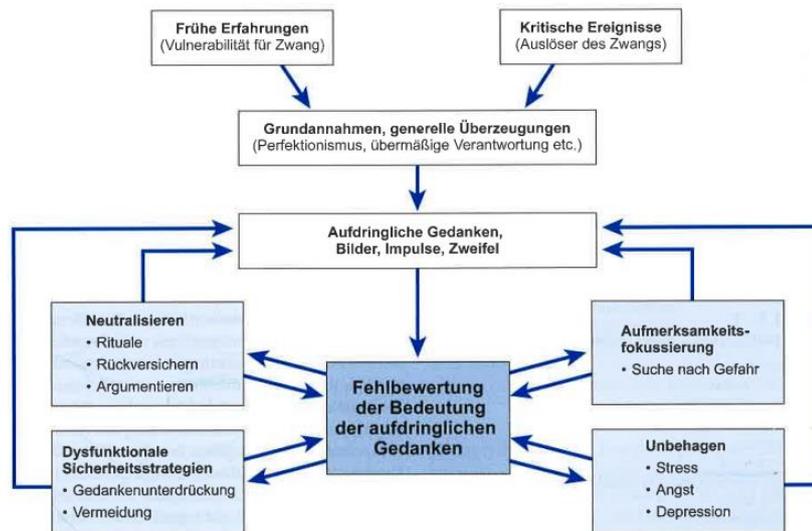


Aus *Zwangsstörung. Grundlagen – Formen – Interventionen* (S. 46), 2022, Kohlhammer. Copyright 2022 bei Kohlhammer.

Poppe und Voderholzer (2017) stellen in ihrer Modell-Übersicht frühe Erfahrungen als Vulnerabilität für eine spätere Zwangserkrankung und kritische Ereignisse als deren Auslöser dar (S. 285). Diese beiden Aspekte spielen jedoch im Ätiologie-Modell keine weitere Rolle mehr. Vielmehr stehen zusätzlich noch bereits vor Krankheitsbeginn bestehende dysfunktionale Überzeugungen und Schemata als weitere Vulnerabilitäten im Fokus. Diese erhöhen die Wahrscheinlichkeit für dysfunktionale Interpretationen und spielen in diesem Modell eine große kausale Rolle.

Abbildung 2

Kognitiv-behaviorales Ätiologie-Modell nach Salkovskis



Aus *Psychotherapie: Funktions- und störungsorientiertes Vorgehen* (S. 285). Elsevier. Copyright 2017 bei Elsevier.

Sechs Schemata/Überzeugungen, die für die Zwangsstörung besonders relevant sind, werden derzeit angenommen und in drei Dimensionen zusammengefasst (S3-Leitlinie, 2022, S. 9; Salkovskis et al., 2018, S. 72; Heinzel & Wahl, 2022, S. 46):

1. **Überschätzung der Bedeutsamkeit von Gedanken**
Damit ist gemeint, dass Gedanken einem unbewussten Wunsch entsprechen können (wenn ich das denke, will ich es vielleicht unbewusst) oder das Eintreten eines befürchteten Ereignisses wahrscheinlicher machen könnten (ich darf das nicht denken, sonst wird es wahrscheinlicher).
2. **Überzeugung, die eigenen Gedanken unter Kontrolle haben zu können und zu müssen**
3. **Überschätzung der Wahrscheinlichkeit oder des Ausmaßes von Gefahren**
4. **Überzeugung einer zu hohen subjektiven Verantwortlichkeit**
Damit ist gemeint, für negative Ereignisse in überhöhtem Ausmaß verantwortlich zu sein und diese Ereignisse auch in überhöhtem Ausmaß beeinflussen zu können.
5. **Perfektionismus**
6. **Intoleranz von Unsicherheit**
Damit sind Schwierigkeiten im Umgang mit unvorhersehbaren oder mehrdeutigen Situationen gemeint.

Die auf den Schemata basierenden Fehlinterpretationen lösen innere Unruhe, Angst und Anspannung aus. Um diese zu reduzieren werden als Bewältigungsstrategien Neutralisierungsversuche, die eigentlichen Zwangssymptome, ausgeführt. Neutralisieren kann auf der Gedankenebene (z.B. gedankliches Rekonstruieren von Situationen, Gedankenunterdrückung, Zählen, Bildung von neutralisierenden Gegengedanken) oder auf der Handlungsebene (Zwangsrituale wie Hände waschen oder kontrollieren, Einholen von Rückversicherungen bei anderen, Delegation der Verantwortung an andere, Vermeiden auslösender Situationen) stattfinden (Pope & Voderholzer, 2017, S. 285).

Da Zwangsbetroffene laut Oelkers und Hautzinger (2013) keine anderen Bewältigungsstrategien kennen, erleben sie nur die Denk- und Handlungszwänge bei der Gedankenabwehr und der Reduktion unangenehmer Gefühle als hilfreich (S. 47).

Im nächsten Schritt des Modells kommen lerntheoretische Annahmen zum Tragen, demnach Neutralisierungsversuche durch negative Verstärkungsmechanismen zu deren langfristiger Aufrechterhaltung führen. Zum einen werden durch aufdringliche Gedanken (*Ich könnte mein Kind töten*) ausgelöste negative Emotionen wie Angst und Unbehagen kurzfristig reduziert. Etwas wirkt, also wird es beibehalten. Zum anderen erhöhen mit dem Zwangsgeschehen verbundene Stimmungsbeeinträchtigungen sowohl die Frequenz und Relevanz aufdringlicher Gedanken als auch die Zugänglichkeit und Akzeptanz dysfunktionaler Schemata (*Ich denke so oft dran, obwohl ich es nicht will – ich habe also keine Kontrolle über mich. Ich könnte mein Kind tatsächlich töten*).

Zudem werden die Betroffenen in ihrem Glauben bestärkt, es wäre tatsächlich zu einer Katastrophe gekommen, wenn sie sich nicht so verhalten hätten. Dies stützt wiederum dysfunktionale Grundannahmen (*Die Tatsache, dass ich denke, ich könnte mein Kind töten, beweist, dass ich gefährlich bin*).

Weiters können die Betroffenen nicht mehr überprüfen, ob die aufgrund der Fehlbeurteilung befürchteten Konsequenzen tatsächlich eintreten. So wird ein Umlernen verhindert und Fehlinterpretationen aufrechterhalten.

Durch Neutralisierungsstrategien (*Vermeidung von scharfen Gegenständen. Gegengedanke ich liebe mein Kind*) wird weiters die Bedeutsamkeit der aufdringlichen Gedanken erhöht und die Aufmerksamkeit auf mögliche Gefahren fokussiert (*scharfe Gegenstände rücken in den Fokus und lösen Zwangsgedanken aus*). Die Gedanken bewirken noch mehr Unruhe, erhalten eine noch negativere Qualität. Der Zwang ist somit stabilisiert (Lakatos & Reinecker, 2016, S. 26).

Was ist der Forschungsstand zu den in diesem Modell postulierten Annahmen?

Die Annahme, dass unangenehme, sich aufdrängende Gedanken ein universelles Phänomen sind, ist empirisch gut abgesichert (Heinzel & Wahl, 2022, S. 47). In der mir vorliegenden Literatur wurden allerdings drei Aspekte nicht thematisiert: Bestehen Intrusionen wirklich gehäuft und verstärkt bei allen Zwangsbetroffenen? Treten diese tatsächlich vor Auftreten der Zwangssymptome/neutralisierenden Reaktionen auf? Lösen sie wirklich kausal neutralisierende Reaktionen aus?

Laut Heinzel und Wahl (2022) konnte empirisch überprüft werden, dass bei Zwangspatient*innen dysfunktionale Überzeugungen bestehen (S. 48). Allerdings je nach Zwang-Subtyp in unterschiedlichem Ausmaß. Zudem konnten diese nicht spezifisch nur bei Zwangsstörungen, sondern auch bei anderen Störungen wie der Generalisierten Angststörung nachgewiesen werden. Die Gleichsetzung von Gedanken und Handlungen besteht zudem überhaupt bei Menschen unter emotionaler Anspannung (Pope & Voderholzer, 2017, S. 286).

Zu der im kognitiv-behavioralen Modell postulierten kausalen Rolle von Überzeugungen gibt es indessen derzeit keine einheitliche Forschungslage. Auch zum angenommenen Neutralisierungseffekt durch die kurzfristige Reduktion aversiver Emotionen ist die Studienlage derzeit uneinheitlich (Heinzel & Wahl, 2022, S. 48f).

Erweitert wird das Modell durch bisher einheitliche Forschungsergebnisse zum Zweifel an der eigenen Wahrnehmung und den Auswirkungen häufiger Kontrollen auf das Gedächtnis. Statt ein stärkeres Gefühl von Sicherheit durch mehrfaches Kontrollieren zu bewirken, steigen die Zweifel, da die Erinnerungen weniger detailliert abgespeichert werden (Heinzel & Wahl, 2022, S. 50; Pope & Voderholzer, 2017, S.

286). Möglicherweise hängen diese Forschungsergebnisse mit dem im DSM-V aufgenommenen zusätzlichen Diagnosekriterium des Unvollständigkeitsgefühls zusammen.

Metakognitives Modell

In diesem Modell werden nicht die Inhalte des Denkens, also einzelne Gedanken und Überzeugungen, sondern deren metakognitive Bewertungen, also die Art des Denkens, als ausschlaggebend für die Entstehung und Aufrechterhaltung von Zwängen angenommen. Metakognitionen sind Einstellungen und Gedanken zu den eigenen kognitiven Prozessen. Die Theorie versteht sich als eine Weiterentwicklung des kognitiv-behavioralen Modells. Die Behandlung zielt auf eine Veränderung dieser metakognitiven Überzeugungen, auf mehr Flexibilität in der Aufmerksamkeitslenkung und auf die Regulation mentaler Prozesse ab (Simons & Korn, 2016; Poppe & Voderholzer, 2017, S 286, S-3 Leitlinie, 2022, S. 9).

Folgende drei negative Metakognitionen sind für das Denken bei Zwangsstörungen zentral: die Gedanken–Handlungsfusion (*Wenn ich denke, ich könnte jemanden umbringen, dann werde ich es auch tun*), die Gedanken–Ereignisfusion (*Wenn ich an eine Vergiftung denke, dann wird sie auch eintreten*) und zuletzt die Gedanken–Objektfusion (*Meine negativen Gedanken können sich auf Objekte übertragen*), (S3-Leitlinie, 2022, S. 9; Simons & Korn, 2016).

Laut S3-Leitlinie gibt es viele Überschneidungen zwischen dem kognitiv-behavioralen Modell und dem metakognitiven Modell (S3-Leitlinie, 2022, S. 9). Simons und Korn (2016) weisen darauf hin, dass die empirische Datenlage zu diesem Modell und zur Wirksamkeit einer metakognitiven Behandlung noch am Anfang steht.

3. Evidenzbasierte Behandlung – S-3 Leitlinie

Zwangsstörungen gelten immer noch als schwer zu behandeln, wiewohl dies schon länger nicht mehr der Fall ist. Gerade in Anbetracht der mittlerweile guten Behandlungserfolge und der Tatsache, dass Betroffene sich meist erst sehr spät für eine Behandlung entscheiden, ist es umso bedauerlicher, dass weit weniger als die Hälfte evidenzbasiert lege artis behandelt werden (S3-Leitlinie, 2022, S. 48).

Mit dem Ziel evidenzbasierte Behandlungen stärker zu verankern, wurde 2013 erstmals eine S3-Leitlinie zur Behandlung von Zwangsstörungen für den deutschsprachigen Raum veröffentlicht. Diese deckt sich mit dem internationalen Konsens (Benoy, 2022, S. 178). S-3 Leitlinien entsprechen der höchsten Entwicklungsstufe evidenz- und konsensbasierter Leitlinien.

Im Juni 2022 erschien eine revidierte Leitlinien-Fassung. In einem aufwendigen Revidierungsprozess wurden über 2.800 Artikel gescreent und 940 als für die Berücksichtigung im Leitlinienprozess geeignet beurteilt. 31 Fachgesellschaften stimmten über die Empfehlungen ab (Voderholzer et al., 2022).

Sowohl die Leitlinie von 2013 als auch die revidierte Fassung von 2022 beschränken sich auf die klassische Zwangsstörung und geben keine Empfehlungen zur Behandlung der im ICD-11 neu definierten Zwangsspektrums-Störungen. Aufgrund noch fehlender wissenschaftlicher Evidenz gibt es für diese derzeit nur Empfehlungen auf der Ebene eines klinischen Konsenses. Zwangsspektrums-Störungen sind jedoch häufig. Die Entwicklung spezifischer Leitlinienempfehlungen wäre ein wichtiges Anliegen für die Zukunft (Voderholzer et al., 2022).

Zur stärkeren Implementierung evidenzbasierter Behandlungen ist eine Leitlinien-Version für Patient*innen und Angehörige in laienverständlicher Sprache geplant (Voderholzer et al., 2022).

In Abhängigkeit vom Evidenzgrad gliedern sich die Behandlungs-Empfehlungen in vier absteigenden Stufen (Voderholzer et al., 2022):

A - Soll-Empfehlung	starke Empfehlung mit höchstem Evidenzgrad
B- Sollte-Empfehlung	niedrigerer Evidenzgrad
O - Kann-Empfehlung	auf Basis von Expertenmeinungen, ohne klinischen Studiennachweis von guter Qualität
Klinischer Konsenspunkt	keine Studien, aber Expertenkonsens

3.1. Welche Empfehlungen gibt die S-3 Leitlinie?

Die Empfehlungen beziehen sich ausschließlich auf verhaltenstherapeutische Ansätze, da hierfür eine Vielzahl von Wirksamkeitsbelegen vorliegt. Andere Psychotherapie-Verfahren werden in der Praxis zwar häufig eingesetzt, deren Wirksamkeit ist allerdings nicht mit randomisierten und kontrollierten Studien belegt. Bei Störungsbildern wie Depression, Angststörungen oder Borderline ist dies sehr wohl der Fall (S3-Leitlinie, 2022, S. 48; Benoy, 2022, S. 178).

3.1.1. Kognitive Verhaltenstherapie incl. Exposition

Mit dem höchsten Evidenzgrad und als Interventionsverfahren erster Wahl wird *störungsspezifische Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) einschließlich Exposition* empfohlen (S-3 Leitlinie, 2022, S. 58).

Die aufgrund der bereits 2013 bestandenen Evidenzlage sehr positive Einschätzung der Wirksamkeit der KVT, vor allem in der Variante mit Exposition und Reaktionsmanagement, wurde in der Zwischenzeit wissenschaftlich nochmals deutlich bekräftigt und in Metaanalysen bestätigt (Voderholzer et al., 2022). Die Effektstärken dieser Behandlung gehören laut Leitlinie (2022) zu den höchsten bei der psychotherapeutischen Behandlung psychischer Störungen, die Konsistenz der Evaluationsstudien wird als beeindruckend beschrieben (S. 57).

3.1.2. Wirken auch andere Verfahren?

Die Wirksamkeit anderer psychotherapeutischer Verfahren kann aufgrund zahlreicher methodischer Mängel vorliegender Studien nach wie vor nicht belegt und

deren Einsatz daher auch nicht evidenzbasiert empfohlen werden (S3-Leitlinie, 2022, S. 94ff).

Das gilt sowohl für sehr häufig eingesetzte Therapieverfahren wie tiefenpsychologisch, humanistisch oder systemisch fundierte Verfahren, wie auch für Therapieansätze der dritten Welle der Verhaltenstherapie wie etwa Schematherapie, oder auch für EMDR (Voderholzer et al., 2022; S3-Leitlinie, 2022, S. 95f). Diese Verfahren werden in der Leitlinie zwar erwähnt, da sie in der Praxis in der Behandlung von Zwangsstörungen häufig eingesetzt werden, jedoch mit dem Hinweis des nicht ausreichenden Wirksamkeitsnachweises.

Wie ist diese fehlende Evidenzlage zu beurteilen? Die Verhaltenstherapeut*innen Förstner et al. (2011) geben zu bedenken, dass „„zwischen dem Fehlen von Evidenz für Wirksamkeit und der Evidenz für die Nicht-Wirksamkeit ein entscheidender Unterschied besteht““ (S. 86). Allerdings meinen sie auch, dass Studien gewöhnlich dann durchgeführt werden, wenn eine gewisse Hoffnung auf positive Ergebnisse besteht. Die S3-Leitlinie scheint primär quantitative Studien herangezogen zu haben. Förstner et al. (2011) weisen auch auf die die etwa bei psychodynamischen Richtungen lange vorherrschende Skepsis gegenüber quantitativer Forschung hin (S. 86).

Einige VT-Weiterentwicklungen der dritten Welle wie Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT), achtsamkeitsbasierte sowie metakognitive Verfahren wurden inzwischen auch auf Wirksamkeit untersucht. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass sie wirksam sind, ihre Effektgrößen aber im Durchschnitt nicht an die KVT heranreichen (Voderholzer et al., 2022). Diese Verfahren gelten daher nicht als Erstewahl und erhalten in der Leitlinie den Empfehlungsgrad 0 und den Vermerk, dass sie als Behandlungsalternativen oder -ergänzungen für Patient*innen, die KVT nicht akzeptieren oder damit ohne Erfolg blieben, in Erwägung gezogen werden können (S3-Leitlinie, 2022, S 75f).

3.1.3. Was ist mit KVT gemeint?

Liest man die Leitlinie bleibt unklar, ob primär Expositionen oder doch auch kognitive Techniken wirksam sind. So stößt man auf Formulierungen, die als wichtigste

Intervention die Exposition herausstreichen wie „,die für die KVT als zentral erachtete therapeutenbegleitete Exposition““ (S-3 Leitlinie, 2022, S. 49) oder „,Die in diesem Kontext angewendeten Konfrontationsverfahren haben den früheren Ruf der Unbehandelbarkeit von Patient*innen mit Zwangsstörungen nachhaltig verändert.““ (S3-Leitlinie, 2022, S. 48).

In der historischen Entwicklung waren lerntheoretische und kognitive Ansätze getrennte Schulen, wobei sie mittlerweile untrennbar miteinander verbunden sind und die Bezeichnungen *Kognitive Verhaltenstherapie* und *Verhaltenstherapie* deckungsgleich verwendet werden. Dennoch werden schwerpunktmäßig spezifische Interventionstechniken verwendet, über die man zu einer groben Einteilung in Verhaltenstherapie (VT; primär behaviorale Interventionen wie Exposition mit Reaktionsmanagement), Kognitive Therapie (KT; kognitive Interventionen wie kognitive Umstrukturierung) und Kognitive Verhaltenstherapie (KVT; kognitive und behaviorale Techniken) gelangt. Wobei auch bei KT-Therapien eine Reihe von Verhaltensexperimenten eingesetzt werden, die Expositionstechniken verwandt sind (S3-Leitlinie, 2022, S. 61).

In der Praxis werden beide Techniken kombiniert (KVT) und lassen sich somit kaum voneinander trennen (S3-Leitlinie, 2022, S. 49). Dennoch hat die Leitlinie Vergleichsstudien ausgewertet und kommt zum Ergebnis, dass eine eindeutige Überlegenheit der drei Varianten nicht durchgängig nachweisbar ist, es aber Hinweise gibt, dass die KVT bessere Ergebnisse bringen könnte. Laut Leitlinie sollte daher das gesamte Interventions-Spektrum aus VT inkl. Exposition und KT eingesetzt werden (S3-Leitlinie, 2022, S. 63). Mit der expliziten Formulierung ihrer A-Verfahrensempfehlung „,störungsspezifische Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) *einschließlich Exposition* [Hervorhebung v. Verf.]“ hebt die Leitlinie den Stellenwert der Exposition jedoch wiederum hervor (S-3 Leitlinie, 2022, S. 58).

3.1.4. Spezifikationen zu Konfrontationsübungen

Zwangs- und Vermeidungsverhalten tritt besonders im persönlichen Umfeld auf. Daher sind therapeutengeleitete Expositionsübungen in dem Umfeld, in dem die Zwangssymptomatik üblicherweise vorkommt, von besonderer Bedeutung (S-3 Leitlinie,

2022, S 69). Die Empfehlung mit dem Grad Expertenkonsens (KKP) lautet daher, dass *Expositionen von Therapeut*innen* im Rahmen einer KVT *außerhalb von Praxis/Klinik durchgeführt* werden sollten, falls die Zwangssymptome im Praxis- bzw. Klinik-Setting nicht aktualisierbar sind.

Zudem sollen *Expositionsübungen therapeutisch begleitet* und auf *Überführung ins Selbstmanagement* ausgerichtet sein (Expertenkonsens, KKP). Selbstgeleitete Exposition ist laut wissenschaftlicher Evidenz weniger wirksam als therapeut*innengeleitete Exposition. Vermutlich verhilft eine detaillierte Planung sowie schriftliche Fixierung der Expositionsübungen zu einer stärkeren Wirksamkeit selbstgeleiteter Konfrontationen und könnte so möglicherweise an die Wirksamkeit therapeutengeleiteter Expositionen heranreichen (S3-Leitlinie, 2022, S. 69). Dennoch wurde es für den Veränderungsprozess als wichtig erkannt, dass die zunächst von Therapeut*innen angeleiteten Konfrontationen regelmäßig zu Hause durchgeführt und diese Übungen anschließend in der Therapie besprochen werden (Voderholzer et al., 2022).

Neu in der revidierten Leitlinie ist die Empfehlung auf Ebene B für ein intensiviertes Expositions-Format. Mehrstündige Sitzungen an mehreren Tagen möglichst in direkter Abfolge zeigen evidenzbasiert eine hochsignifikant höhere Wirksamkeit als das übliche Intervall von 1 bis 2 Sitzungen in der Woche (Voderholzer et al., 2022). Wenn die Möglichkeit besteht, sollte daher ein *hochfrequentes Expositions-Blockformat* mit Reaktionsmanagement, „Blockexposition an unmittelbar konsekutiven Therapietagen; mindestens aber zwei lange Expositionseinheiten pro Woche“, bevorzugt werden (S3-Leitlinie, 2022, S. 67).

Das sogenannte *Bergen 4-Day Treatment* stellt die konsequente Durchführung von Expositionsübungen im Rahmen einer viertägigen Intensivbehandlung in den Mittelpunkt. Es handelt sich dabei um ein 4-tägiges Kleingruppenformat mit 1:1 therapeutischer Betreuung. Nach Psychoedukation und Konfrontations-Vorbereitung stehen zwei volle Tage mit Expositionen am Programm (S-3 Leitlinie, 2022, S. 66).

3.1.5. Einbeziehung von Angehörigen

Mit dem Empfehlungsgrad B wird die *Einbeziehung von Bezugspersonen bzw. Angehörigen* in den therapeutischen Prozess bewertet (S3-Leitlinie, 2022, S. 222). Angehörige werden häufig in die Ausführung von Zwangshandlungen involviert oder führen diese anstelle der Patient*innen aus. Dies im Glauben, ihre zwangskranken Angehörigen zu entlasten, wiewohl dies zur Aufrechterhaltung der Symptomatik beiträgt. Das Einverständnis des/der Betroffenen vorausgesetzt, können Angehörige als Co-Therapeut*innen wichtige Unterstützung im therapeutischen Prozess leisten, indem sie neben der Unterlassung der Zwangsrituale auch den Betroffenen helfen können, die Konfrontationsübungen in der häuslichen Umgebung ohne Vermeidungsverhalten und Sicherheitsrituale durchzuführen (S-3 Leitlinie, 2022, S. 72, S. 73, S. 217, S. 221). Die Bedeutung der Einbindung von Angehörigen ist laut Voderholzer et al. (2022) klinisch zunehmend unbestritten, allerdings ist die Evidenzlage aufgrund mangelnder Studienqualität derzeit noch nicht gegeben (S-3 Leitlinie, 2022, S. 73).

3.1.6. 50% Remissionsrate / Remission und Rückfall-Minimierung

Die Vergleichbarkeit von Wirksamkeitsdaten ist nur auf Basis einer genauen Operationalisierung der Kriterien für *Recovery/Heilung*, *Remission*, *Response/Therapieerfolg*, *Teilresponse/Teilerfolg*, *kein Therapieerfolg* und *Therapieresistenz* möglich.

Die meisten wissenschaftlichen Publikationen und internationalen Leitlinien definieren die Kriterien mit Hilfe der Y-BOCS und/oder der CGI-Skala (S-3 Leitlinie, 2022, S. 132). Das *Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale* ist das etablierteste diagnostische Instrument zur Fremd- und Selbsteinschätzung des Schweregrades von Zwangsstörungen und somit der Gold-Standard. Die maximale Punktzahl beträgt 40. Ab einem Punktwert von 16 (bei Vorliegen von Zwangshandlungen und Zwangsgedanken) bzw. einem Punktwert von 10 (bei Vorliegen von Zwangsgedanken oder Zwangshandlungen) wird von einer klinisch relevanten Ausprägung der Zwangsstörung gesprochen (S-3 Leitlinie, 2022, S. 32ff).

Die Aussagen zum Verwendungsgrad identer Kriterien sind in der Leitlinie (2022) nicht konsistent. So wird an einer Stelle davon gesprochen, dass sich die Mehrzahl bis

dato veröffentlichter und analysierter Studien an den 2002 von Pallatini et al. definierten Outcome-Kriterien orientiert (S. 134). An etlichen anderen Stellen wird wiederum betont, dass es in den klinischen Studien hinsichtlich der Definitions-Kriterien erhebliche Unterschiede gibt (S. 56, S. 57, S. 131f, S. 196). Es ist zu hoffen, dass in Wirksamkeits-Studien künftig idente Kriterien implementiert werden, da nur so konsistente Aussagen getroffen und eine Vergleichbarkeit gewährleistet werden kann.

2016 wurde ein globaler Expertenkonsens für konzeptionelle und operationale Kriterien erarbeitet, der hinsichtlich der Y-BOCS-Werte zum Teil von den Pallatini et al.-Werten abweicht und ergänzende Zeit-Kriterien einführt, etwa dass *Remission* die Erfüllung der Kriterien für mindestens eine Woche und *Recovery* für mindestens ein Jahr bedeutet (S-3 Leitlinie, 2022, S. 132 ff).

Interessanterweise findet die Kategorie *Heilung/Recovery* in den klinischen Studien und der Literatur zu Zwangsstörungen - im Unterschied etwa zur Depression - selten Erwähnung (S3-Leitlinie, 2022, S. 133). Zudem wird auch *Recovery* unterschiedlich definiert, so weichen die Pallatini et al.-Kriterien und die Expertenkonsens-Kriterien von 2016 neuerlich voneinander ab (S3-Leitlinie, 2022, S. 132ff). Bei Pallatini et al. ist dies ein Y-BOCS-Wert unter 8, beim Expertenkonsens entspricht der Recovery-Wert dem Wert, der auch für Remission gilt – unter 12 – jedoch für mindestens ein Jahr.

Offenbar wird in der Behandlung von Zwangsstörungen *Heilung/Recovery* selten erreicht? Indirekt könnte man daraus schließen, dass eine Rückfallprophylaxe am Ende der Therapie von besonderer Bedeutung sein müsste.

Als *Remission* wird laut den Pallatini et al.-Kriterien ein Y-BOCS-Wert unter 16 und laut den Expertenkonsens-Kriterien ein Wert unter 12 für mindestens eine Woche definiert (S3-Leitlinie, 2022, S. 132f, S. 253). *Response* wird bei Pallatini et al. und im Expertenkonsens von 2016 ident als Reduktion des Y-BOCS-Gesamtwertes von 35% oder mehr definiert (S3-Leitlinie, 2022, S. 132, S. 253). Die S3-Leitlinie führt auch hier wieder an, dass die Definition von *Remission* und *Response* in der Literatur „„sehr inkonsistent““ (S3-Leitlinie, 2022, S. 56) gehandhabt wird.

Sie stellt in Bezug auf *Remission* Studien mit einer „klinisch signifikanten Besserung“ (S-3 Leitlinie, 2022, S. 56) zwischen einer Bandbreite von 28% und 81% dar, wobei beim Gros der Studien zwischen 43% und 77% der Patient*innen remittiert waren (S3 Leitlinie, 2022, S. 57).

Trotz hoher Effektstärken von KVT mit Exposition bleibt „die Rate an remittierten Patient*innen weiterhin verbesserungsbedürftig“ (S3-Leitlinie, 2022, S. 57). Nur etwa 50% gelten nach Therapieende als signifikant gebessert oder remittiert. (S3-Leitlinie, 2022, S. 96; Voderholzer et al., 2022).

Voderholzer et al. (2022) beurteilen diesen Remissionswert als vergleichsweise hoch, da Spontanremissionen bei Zwangsstörungen nur in sehr geringem Umfang vorkommen. Wie erwähnt gehören die Effektstärken der Behandlung zu den höchsten im Bereich der psychotherapeutischen Behandlung von psychischen Störungen (S3-Leitlinie, 2022, S. 57).

Evidenzbasiert belegt ist die Bedeutung von Remission am Therapieende für die Stabilität und Absicherung des Erreichten. Um Rückfälle zu minimieren, sollte daher bei grundsätzlichem Ansprechen, so die Empfehlung mit Grad B, *Kognitive Verhaltenstherapie mit Exposition bis zum Erreichen einer klinischen Remission* fortgesetzt werden (S-3 Leitlinie, 2022, S. 65, S. 67, S. 194).

Als Expertenkonsens werden *Strategien zur Rückfallprophylaxe* wie Booster-Sitzungen zur Verstärkung und Wiederauffrischung von Therapieinhalten oder Selbsthilfegruppen empfohlen (KKP; S3-Leitlinie, 2022, S. 58).

Negative Effekte werden in den Evaluationsstudien nicht berichtet. Diese wurden jedoch bis dato nur vereinzelt systematisch untersucht (S3-Leitlinie, 2022, S. 57).

Als Forschungslücke weist die Leitlinie (2022) auch auf die derzeit noch geringe Zahl an Studien für längere Katamnese-Zeiträume hin, wiewohl seit der letzten Leitlinien-Version von 2013 einige Studien zur langfristigen Wirksamkeit von KVT mit guten Ergebnissen gemacht wurden (S. 54ff; S. 57).

3.1.7. Psychoedukation

Den sehr hohen Stellenwert von Aufklärung und störungsspezifischer Wissensvermittlung von Patient*innen und deren Angehörigen unterstreicht die Leitlinie mit einer Empfehlung auf Ebene eines Expertenkonsenses (S3-Leitlinie, 2022, S. 218). Dies mit dem Wissen, dass gerade Zwangsbetroffene oftmals ausgeprägte Schamgefühle und große Furcht vor Stigmatisierung haben (Benoy, 2022, S. 178).

Die aktive Einbeziehung von Patient*innen in die Entscheidungsprozesse bzw. das in der Leitlinie angeführte *Shared Decision Making* (S3-Leitlinie, 2022, S. 220) fördert zudem die Adhärenz gegenüber expositionsorientierten Interventionen. Vermutlich ist eine gemeinsame Festlegung und Überprüfung von Behandlungszielen bei Zwangsbetroffenen von noch größerer Bedeutung als bei anderen psychischen Störungen, da diese meist ein erhöhtes Kontrollbedürfnis aufweisen (Benoy, 2022, S. 179). Während das Konzept der Compliance darauf beschränkt ist, dass die verordnete Therapie patient*innenseitig befolgt wird, bedeutet Adhärenz, dass der/die Patient*in die Behandlung mitbestimmt und beide Seiten bestmöglich daran festhalten.

Die Leitlinie (2022) weist auf Studien mit 30% bis 40% Abbruchquote bei rein expositionszentriertem Vorgehen hin. Eine weitere Studie ergab eine Abbruchquote von 6 bis 20% (S. 70). Die erwähnten Studien sind hinsichtlich der Aussagekraft der Abbruchquote nur eine grobe Richtlinie, da das Setting – Gruppe bzw. Einzel – nicht bei allen Studien ident war. Bei einem multimodalen stationären Ansatz sind die Abbruchquoten mit 11% bzw. 12,4% jedoch deutlich geringer. Diese Ergebnisse werden als „vorläufige Stützung des multimodalen Ansatzes“, wiewohl mit dem Hinweis auf methodische Limitationen, interpretiert (S-3 Leitlinie, 2022, S. 70).

Weitere Forschung in Zusammenhang mit Abbrüchen bei KVT-Behandlungen wären zielführend. Welche Faktoren führen zu einem Abbruch? Gibt es einen Unterschied in der Abbruchquote bei reiner Expositionstherapie im Vergleich zu einer Behandlung mit Kognitiver VT? Aufbauend auf diesen Ergebnissen könnte in der Folge der Therapieansatz modifiziert und die Adhärenz für eine Therapie mit Expositionsbestandteilen bzw. mit primärem Fokus auf Exposition erhöht werden.

3.1.8. 50% Ansprechquote auf KVT

Etwa 50% der Zwangskranken verhilft KVT mit Exposition gemäß den Expertenkonsens-Kriterien von 2016 zu einer klinisch signifikanten Besserung oder einer Remission (S3-Leitlinie, 2022, S. 96).

Welche Faktoren sind konkret ausschlaggebend dafür, dass KVT mit Exposition wirkt bzw. dass sie nicht zum gewünschten Therapieergebnis führt? Wären diese Prädiktoren bzw. Risikofaktoren bekannt, könnte möglicherweise auch bei Patient*innen mit bis dato ungenügenden Verbesserungen, Remission oder sogar Recovery/Heilung erzielt werden.

Leider kann derzeit aufgrund mangelhaft konzipierter Studien keine wissenschaftlich überprüfte Aussage dazu getätigt werden. Untersucht wurden patient*innen-bezogene Merkmale der Zwangssymptomatik (Schweregrad, Art der Zwangsstörung), Komorbiditäten, soziodemografische Aspekte wie Alter oder Geschlecht und psychologische/kognitive Aspekte wie Erwartungen an die Therapie oder Einsichtsgrad in die Irrationalität der Zwänge (S3-Leitlinie, 2022, S. 97-101). Interessanterweise dürften therapiebezogene Faktoren bis dato noch nicht beforscht worden sein.

Um die Wirksamkeit von KVT noch zu verbessern sehen auch Förstner et al. (2011) dringenden Forschungsbedarf zu Therapieresistenz und Chronifizierung bei Zwangsstörungen, möglicherweise durch Hinzunahme anderer wirksamer Techniken oder einer Intensivierung bereits vorhandener Techniken (S. 86).

Der derzeit einzige evidenzbasierte, den Therapieerfolg bestimmende Faktor ist die Adhärenz von Patient*innen. Dazu besteht auch klinischer Konsens. Daraus ergibt sich die Leitlinien-Empfehlung auf Grad eines Expertenkonsenses: Therapeut*innen sollen im Therapieverlauf die *Adhärenz der Patient*innen fördern und überprüfen, wie etwa die Umsetzung vereinbarter Expositionsübungen zwischen den Therapiesitzungen* (S3-Leitlinie, 2022, S. 103).

Ca. 40 bis 50% der Behandelten profitiert nicht ausreichend von KVT, einer pharmakologischen Behandlung bzw. einer kombinierten Therapie (S3-Leitlinie, 2022,

S. 252). Die Leitlinie verwendet hierfür den Begriff „ungenügendes Ansprechen“ (S-3 Leitlinie, 2022, S. 254).

Dieser Begriff beinhaltet sowohl das Pallatini et al.-Kriterium „Kein Therapieerfolg“ (S3-Leitlinie, 2022, S. 132), das mit der Reduktion des Y-BOCS-Gesamtwertes von weniger als 25% festgelegt ist, als auch das Kriterium „Therapieresistenz/Therapierefraktär“, nach dem laut Leitlinie keinerlei Verbesserungen festzustellen sind (S3-Leitlinie, S. 133). Diese begriffliche Zusammenschau von Patient*innen ohne Verbesserungen und Patient*innen mit weniger als 25% Y-BOCS-Reduktion lässt vermuten, dass wenig Studien zu Non-Responder*innen und den Gründen dafür vorliegen.

3.1.9. Empfehlungen bei Nicht-Ansprechen auf KVT mit Exposition

In Berufung auf klinische Erfahrungen und Patient*innen-Befragungen zur Versorgungssituation wird folgendes empfohlen: „Ein erster Schritt bei ungenügendem Ansprechen auf Therapie stellt daher immer die Überprüfung der leitliniengerechten Anwendung der Therapie dar.“ (S-3 Leitlinie, 2022, S. 254). Dies erstaunt doch einigermaßen, da dies indirekt impliziert, dass die 50% Quote von Patient*innen mit keiner klinisch signifikanten Verbesserung oder keiner Remission Ergebnis von Studien ist, in denen nicht lege artis behandelt wurde.

Laut Leitlinie seien es vor allem Patient*innen seitige Faktoren, wie komorbide psychische Störungen oder ungünstige soziale Faktoren, die die Aufrechterhaltung der Störung begünstigen würden (S3-Leitlinie, 2022, S. 254-255). Dafür wurden jedoch keine wissenschaftlichen Belege angeführt (S3-Leitlinie, 2022, S. S. 97-101). Hier sind deutliche Leitlinien-Widersprüche und Inkonsistenzen festzustellen.

3.1.10. Psychopharmaka

SSRI sind die Medikamente erster Wahl in der Behandlung von Zwangsstörungen. Laut Voderholzer et al. (2022) erzielt KVT im Vergleich zu Pharmakotherapie mindestens gleichwertige, wenn nicht sogar bessere Ergebnisse. Einzig bei gleichzeitiger mittelgradiger bis schwerer Depression und bei dem Ziel eines schnelleren Wirkungseintritts, kann eine zusätzliche antidepressive Medikation möglicherweise

notwendig sein (O-Empfehlung, S-3 Leitlinie, 2022, S. 211). Die Evidenz für die Wirksamkeit von SSRI ist zwar sehr hoch ist und entspricht einer A-Empfehlung, mit einer durchschnittlich ca. 20- bis 30 %-igen Besserung erzielt sie jedoch nur einen mäßigen Effekt und keine Symptom-Remission (S-3 Leitlinie, 2022, S. 117).

Eine pharmakologische Monotherapie wird von der Leitlinie mit Empfehlungsgrad eines Expertenkonsenses nur dann empfohlen, wenn KVT abgelehnt wird oder etwa wegen der Schwere der Symptomatik nicht durchgeführt werden kann (S-3 Leitlinie, 2022, S. 118). Benoy (2022) weist auf die hohe Rückfallgefahr bei einer Monotherapie hin (S. 183).

Zusätzliche Pharmakotherapie während einer KVT bringt keine Überlegenheit gegenüber einer KVT-Monotherapie, während zusätzliche KVT während einer Medikamenten-Behandlung bessere Ergebnisse erzielt (S3-Leitlinie, 2022, S. 201). Auch das spricht für eine höhere Wirksamkeit der KVT im Vergleich zu einer Pharmakotherapie.

4. Behandlungsstrategien der Kognitiven Verhaltenstherapie

Die skizzierten kognitiv-behavioralen Ätiologie-Modelle und die eindeutigen Empfehlungen der S-3 Leitlinie legen den Schluss nahe, dass die Bearbeitung dysfunktionaler Kognitionen und Schemata und die Unterbindung neutralisierender Rituale im Zuge von Expositionen im Zentrum verhaltenstherapeutischer Behandlungen stehen.

Man erwartet primär symptomorientierte Interventionen wie sie etwa Hoyer et al. (2020) in ihrer Einführung in Kognitive Verhaltenstherapie als typische verhaltenstherapeutische Techniken anführen (S. 231):

- Fertigkeiten- und verstärkungsbasierte Strategien (Training sozialer Kompetenz, Entspannung etc.)
- Expositions-basierte Strategien
- Kognitionsbasierte Strategien

Überdies rechnet man mit den für die VT charakteristischen Behandlungsprogrammen in Form von Manualen. Eine Bestandsaufnahme zentraler deutschsprachiger VT-Fachliteratur ergibt jedoch, dass alle drei Annahmen nur zu einem geringen Teil zutreffen.

Von den drei im deutschsprachigen Raum als Manual bezeichneten Publikationen zur Behandlung von Zwangsstörungen – „Kognitive Verhaltenstherapie bei Zwangsstörungen. Ein Therapiemanual“ von Angelika Lakatos und Hans Reinecker (2016), „Störungsspezifische Behandlung der Zwangsstörungen. Ein Therapiemanual“ von Ulrich Förstner et al. (2011) und „Zwangsstörungen. Kognitiv-verhaltenstherapeutisches Behandlungsmanual“ von Carmen Oelkers und Martin Hautzinger (2013), das ausschließlich für die Abhaltung von Gruppentherapien gedacht ist - ist nur letzteres ein in Ablauf und Inhalten klar vorgegebenes Programm.

Förstner et al. (2011) geben zwar eine zeitliche Abfolge vor (ausführliche diagnostische Analyse-Phase, Therapieziele, Erarbeitung individuelles

Krankheitsmodell, Exposition, Rückfallprophylaxe), schränken diese jedoch mit dem Hinweis ein, dass das Vorgehen in der Realität flexibler und weniger statisch ist (S. 93). In ihrem Manual (2011) wird die Bedeutung individueller Fallkonzeptionen unterstrichen, die „„nicht an den Grenzen des Störungsspezifischen haltmacht, sondern den Menschen mit Zwängen als Ganzes einbezieht.““ (S. 6). Auch nach Lakatos und Reinecker (2016) gestalten sich die Therapieverläufe bei Zwangsbetroffenen aufgrund der großen Bandbreite hinsichtlich Symptomatik, Schweregrad und Funktionalität höchst unterschiedlich (S. 102).

Auch bei einer inhaltlichen Auswertung deutschsprachiger Behandlungsansätze findet man sich einer Fülle von Interventionen wieder, die zu einem Gutteil sehr weit über symptomsspezifische Ansätze hinausgehen. So variiert nicht nur die Konzeption des zentralen KVT-Behandlungselements, der Exposition, hinsichtlich ihres Aufbaus, ihrer Ziele und des Zeitpunkts ihrer Anwendung im Therapieverlauf. Auch die auslösenden Hintergrundbedingungen werden weit über die Komponenten der Ätiologie-Modelle gefasst und erhalten zum Teil auch in der Behandlung einen Stellenwert, der zu einer umfassenden Erweiterung der Ätiologie-Modelle unter Einbeziehung u.a. systemischer und biographisch-emotionaler Aspekte führen müsste.

So liest man bei Förstner et al. (2011), dass Zwänge nach der Einschätzung vieler Autor*innen häufig auf dem Boden biographischer Erfahrungen entstehen (S. 152). Die Bearbeitung von Emotionen u.a. über Affektbrücken und „biographische Szenen“ (Lakatos & Reinecker, 2016, S. 75), die Bedeutung der therapeutischen Beziehung und psychodynamische Interventionen bzw. systemische Techniken bei der Einbeziehung von Angehörigen fließen in Ansätzen in die Fachliteratur mit ein (s. etwa Rufer & Poppe, 2022, S. 192).

Es entsteht der Eindruck, der auch von der Fachliteratur geteilt wird, dass es die Verhaltenstherapie der Zwangsstörung nicht gibt, auch nicht auf einer rein symptomsspezifischen Ebene (Hand, 2006, S. 1; Osen, 2008, S. 53).

Die von Hand (2006) getroffene Einteilung in drei verhaltenstherapeutische Behandlungsansätze hilft eine Struktur in die Diversität zu bringen (S. V):

1. Schwerpunktmäßige Symptomtherapie
 - Direkte Symptomtherapie
2. Multimodale Therapie
 - Direkte Symptomtherapie
 - Indirekte Symptomtherapie
 - Zusätzliche Interventionen
3. Therapie am Symptom vorbei

In der deutschsprachigen Fachliteratur finden sich primär multimodale Vorgehensweisen. Dies dürfte im Unterschied zur angloamerikanischen Tradition laut Hand (2008) ein Spezifikum der deutschsprachigen VT sein, die seit den 60er Jahren einen auf Arnold Lazarus aufbauenden multimodalen Ansatz, in dem auch Gefühle und bildhafte Vorstellungen eine Rolle spielen, tradierte (S. 8f). Lazarus vertrat dabei die Ansicht, dass auch theoretisch unverbundene Behandlungselemente eklektisch nebeneinander bestehen können (Parfy et al., 2016, S. 254).

Zudem fällt auf, dass beinahe in jedem deutschsprachigen Ansatz, primär in der Anamnese aber auch in der Behandlung, intrapsychische und interaktionelle Funktionen der Zwangssymptome im Fokus stehen. Eine Therapiekonzeption auf Basis von Funktionen führt automatisch zu einer umfassenderen Behandlungsstrategie als die Identifizierung und Bearbeitung kognitiver Schemata oder Habituation im Zuge von Expositionen. Auch die in verhaltenstherapeutischen Störungsmodellen oft anzutreffende Gliederung in prädisponierende, auslösende und aufrechterhaltende Bedingungen (Margraf, 2009, S. 9) konzipiert im Grunde genommen auch ursachenbezogen und folglich über rein symptomorientierte Behandlungskonzeptionen hinaus.

In der Folge werden zuerst rein symptomorientierte Behandlungsansätze, wie Exposition und kognitive Techniken, anschließend multimodale Ansätze und zu guter Letzt Indikationen für am Symptom vorbeigehende Vorgehensweisen skizziert.

Was alle Ansätze verbindet, ist die Einbeziehung von Expositionen. In allen spielt Exposition eine zentrale Rolle, außer in den Ansätzen am Symptom vorbei und rein kognitiven Ansätzen, die beide nur bei eingeschränkten Indikationen empfohlen werden.

4.1. Symptomorientierte Verhaltenstherapie

Die Zahl rein symptomorientierter Ansätze ist im Vergleich zu multimodalen Konzepten verschwindend gering. Fricke (2016) konzentriert sich primär auf symptomorientierte Interventionen, erwähnt jedoch die Bedeutung der Bearbeitung von Hintergrundbedingungen. Im Lehrbuch der Verhaltenstherapie erläutern Salkovskis et al. (2018) einen rein symptomorientierten Ansatz, der am ehesten mit den offiziellen Ätiologie-Modellen und den Empfehlungen der S-3 Leitlinie kompatibel ist und der in folgendem genauer dargestellt wird.

Expositionen mit Reaktionsverhinderung – die unterschiedlichen Begrifflichkeiten von Reaktionsverhinderung bis zu Reaktionsmanagement werden weiter unten erläutert – stehen bei Salkovskis et al. (2018) im Vordergrund. Im Vorfeld werden im Zuge einer genauen Problem- und Verhaltensanalyse der Inhalt der aufdringlichen Kognitionen, deren konkrete Auslöser und passive und aktive Vermeidungsstrategien erfasst. Unter passiver Vermeidung wird die Meidung von Situationen, die Zwangsgedanken auslösen könnten, verstanden. Unter aktive Vermeidung fallen Zwangsrituale, die wieder Sicherheit herstellen können – z.B. Händewaschen oder mehrfaches Kontrollieren. Weiters werden verdecktes Neutralisieren - bewusst gesetzte kognitive Rituale wie Zählen oder der Versuch, andere Gedanken zu haben – und Rückversicherungen erfasst (Salkovskis et al., 2018, S. 74ff).

Als Teil der Anamnesephase finden explorative Verhaltenstests statt, in der die Patient*innen in therapeutischer Begleitung Situationen aufsuchen, die sie üblicherweise meiden würden und in denen sie keine Versuche unternehmen dürfen, ihre Angst zu reduzieren. Dies jedoch nicht mit dem Ziel der Habituation, sondern zur Erhebung der Gedanken, des subjektiven Empfindens und des Verhaltens, das sie in dem Moment am liebsten ausführen würden. Salkovskis et al. (2018) führen als Beispiel einen Patienten an, der sich vor Verunreinigungen durch weggeworfene Dinge fürchtete und der aufgefordert wurde, Abfall in einem Mistkübel anzufassen (S. 77).

Alle anderen Autor*innen, wie etwa Lakatos und Reinecker (2016, S. 48) oder Förstner et al. (2011, S. 118), wenden statt dieser ethisch fragwürdigen Verhaltenstests Verhaltensbeobachtungen durch den/die Therapeut*in an mit dem Ziel, die meist hoch

automatisierten Zwangsrituale, die von Patient*innen gar nicht mehr bewusst wahrgenommen werden, in situ zu erfassen.

Auch Selbstbeobachtungen der Patient*innen in Form von Hausaufgaben, wie Zählen der Häufigkeit von Zwangshandlungen oder Einschätzungen des Dranges zu Neutralisierungen, spielen sowohl bei der Diagnostik als auch bei der Behandlung eine Rolle (Salkovskis et al., 2018, S. 77).

Wenn Angehörige in stärkerem Ausmaß in Gedanken und Rituale mit einbezogen sind, sollen sie sowohl in Anamnese als auch Behandlung mit einbezogen werden.

Nach der gemeinsamen Erarbeitung von Therapiezielen beginnt die Behandlung mit dem Herzstück „Konfrontation und Reaktionsverhinderung“, das ident zum kognitiv behavioralen Ätiologie-Modell folgendes Vorgehen umfasst (Salkovskis et al., 2018, S. 80):

- Bewusste Konfrontation mit allen bis dato gemiedenen Situationen und Auslöser-Reizen
- Identifikation und Modifikation dysfunktionaler Interpretationen aufdringlicher Gedanken
- Unterbindung von Zwangshandlungen und neutralisierendem Verhalten sowie Verhindern verdeckter Reaktionen

Die Art und Weise wie Salkvoskis et al. (2018) Konfrontationen konzipieren, ist sach- und aufgabenbezogen und im Unterschied zu allen anderen Autor*innen am wenigsten beziehungsorientiert. Die von den Autor*innen konzipierte Behandlung strebt zwar nicht zu Beginn aber doch einen höchstmöglichen Grad an Konfrontation an. „„Je härter eine Befürchtung auf die Probe gestellt wird, desto besser““ (Salkovskis et al., 2018, S. 80). So soll ein/e Patient*in, der sich vor Verunreinigungen durch Urin fürchtet, veranlasst werden, Gegenstände in eine Toilette hineinzulegen und anschließend wieder herauszunehmen. Die Patient*innen werden vor Beginn der Konfrontation eingeladen, ihre Befürchtungen und Sorgen anzusprechen. Der am häufigsten geäußerten Befürchtung, dass die Angst ins Unendliche ansteigen könnte statt langsam wieder

abzunehmen, soll der/die Therapeut*in zustimmen – es könne sein, dass die Angst wirklich nicht abnehme.

Konfrontationen werden bei Salkovskis et al. (2018) durch kognitive Techniken wie Psychoedukation, gemeinsame Entwicklung eines individuellen Störungsmodells auf Basis des KVT-Ätiologie-Modells und verschiedene rein kognitive Interventionen wie sokratischer Dialog oder Tortendiagramme, wie sie weiter unten erläutert werden, ergänzt. Zu Grunde liegt dabei die KVT-Annahme, dass kognitive Schemata/Überzeugungen die Probleme der Patient*innen verursachen (Salkovskis et al., 2018, S. 83).

4.1.1. Exposition in unterschiedlichen Konzeptionen

In allen deutschsprachigen KVT-Behandlungsansätzen spielt Konfrontation bzw. Exposition mit bis dato vermiedenen inneren und/oder äußeren Reizen und Situationen eine zentrale Rolle.

Hinsichtlich verdichteter Intervalle der Konfrontationen zu Beginn (mind. 2 bis 3 Termine pro Woche zu ca. 3h/Termin) und Überführung von anfänglich therapeutenbegleiteter zu selbst durchgeführten Konfrontationen ähneln sich viele Autor*innen. Die meisten Autor*innen bevorzugen zudem ein graduiertes Vorgehen, bei dem die Schwierigkeit der Übungen schrittweise gesteigert wird, im Unterschied zu einem massierten Vorgehen (= Flooding), bei dem mit den schwierigsten Übungen begonnen wird. Ein massiertes Vorgehen ist für die Patient*innen wesentlich belastender, führt häufiger zu Therapieabbrüchen oder Dissoziationen während der Exposition. Zudem favorisieren alle Autor*innen Expositionen in situ, da Zwänge meist im häuslichen Umfeld auftreten und im therapeutischen Setting nur begrenzt reproduzierbar sind (Fricke, 2016, S. 220; Förstner et al., 2011, S. 161; Rufer & Poppe, 2022, S. 194; Lakatos & Reinecker, 2016, S. 71).

Zum Teil frappierende Unterschiede finden sich indessen hinsichtlich ihrer Bezeichnung, ihres inhaltlichen Aufbaus, erstaunlicherweise auch hinsichtlich ihrer Ziele und Wirkfaktoren und nicht zuletzt auch in Bezug auf den Interventionszeitpunkt im Therapieverlauf.

Hoffmann und Hofmann (2018) unterscheiden grundsätzlich drei Arten von Expositionen (S. 22):

1. Exposition mit Reaktionsverhinderung
2. Exposition mit Reaktionsmanagement
3. Exposition mit Inhibitionslernen

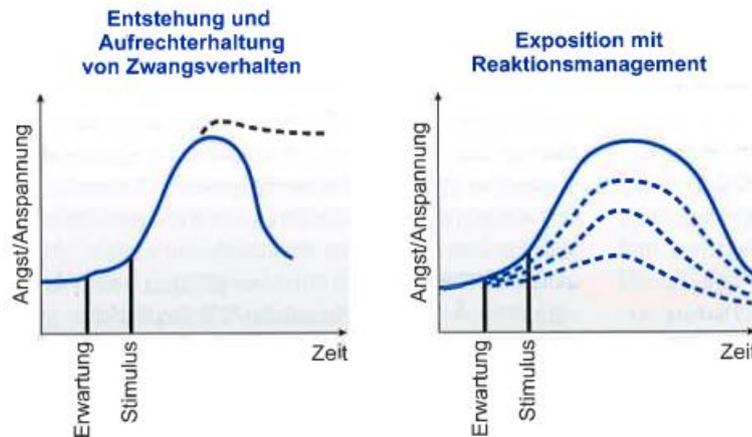
Der Begriff „Reaktionsverhinderung“ dürfte historisch tradiert sein - in den 70er Jahren wurden neutralisierende Reaktionen tatsächlich von Pflegepersonal verhindert (Hoffmann & Hofmann, 2018, S. 22). Mittlerweile, so auch durchgehend in der vorliegenden Literatur, werden diese von den Patient*innen selbst verhindert bzw. begrifflich korrekter *unterlassen*. Als Wirkmechanismus der Exposition mit Reaktionsverhinderung wird die Habituation an bis dato gemiedene Gefühle, die nicht ins Unermessliche steigen, sondern in der Regel nach einer gewissen Zeit absinken, beschrieben. Habituation bedeutet, dass der Reiz nach wiederholter Konfrontation als harmlos erkannt und ignoriert werden kann.

„Expositionen mit Reaktionsmanagement“ führen als zusätzliches Ziel und Wirkfaktor neben Habituation das Erlernen alternativer Bewältigungsstrategien im Umgang mit den im Zuge der Exposition ausgelösten Emotionen ein. Wobei unter alternativem Umgang, wie weiter unten hinsichtlich des Stellenwerts von Emotionen ausgeführt wird, wiederum sehr unterschiedliches verstanden wird. Iver Hand sieht in seinem Modell den Nutzen der Exposition sogar weniger in reiner Habituation als in der Wiederheranführung der Patient*innen an ihre Emotionen (Hand, 2006, S. 16).

Die Bezeichnungen „Reaktionsverhinderung“ bzw. „Reaktionsmanagement“ werden zum Teil irreführend verwendet. Es empfiehlt sich daher eine inhaltliche Prüfung der jeweiligen Expositionsart. So findet man bei Poppe und Voderholzer (2017) die Bezeichnung Exposition mit Reaktionsverhinderung, de facto wird jedoch auch ein Reaktionsmanagement angestrebt.

Abbildung 3

Spannungskurvenverlauf bei Habituation



Aus *Psychotherapie: Funktions- und störungsorientiertes Vorgehen* (S. 294). Elsevier. Copyright 2017 bei Elsevier.

Zu Expositionen mit Inhibitionslernen finden sich in der Literatur zu Zwangsstörungen nur bei Ecker (2016) Hinweise. In der Theorie des Inhibitionslernens steht weniger eine Habituation an ein Maximum aversiver Gefühle im Zentrum, sondern das Zulassen und Tolerieren vermiedener Gefühle unabhängig von derer Ausprägung. Vielfältige neue Erfahrungen sollen in unterschiedlichsten auslösenden Situationen gesammelt und gespeichert werden, sodass die ursprünglichen Reaktionen gehemmt/inhibiert und neue konkurrierende Gedächtnisinhalte geschaffen werden (Hoffmann & Hofmann, 2018, S. 25f; Rubart, 2020, S. 370). Dies scheint eine neue Expositions-Konzeption im Kontext von Angststörungen zu sein, die jedoch angesichts der hohen Abbruchraten bei klassischen Habituations-Expositionen künftig mehr in Erwägung gezogen werden könnte. Eindeutige Belege für die Überlegenheit dieses Modells gibt es nach Rubart (2020) jedoch bislang noch nicht (S. 370).

Expositionszeitpunkt in Bezug auf Symptom-Funktionen

Zur Frage des Zeitpunkts der Expositionen im Therapieverlauf findet man in der Literatur verschiedene Positionen. Einige Autor*innen, die interpersonelle und intrapsychische Funktionen der Zwangssymptome im Auge haben und somit multimodal orientiert sind, arbeiten bei ausgeprägter Funktionalität zuerst, wie es etwas Poppe und Voderholzer nennen, „am Symptom vorbei“ (Poppe & Voderholzer, 2017, S. 292). Dies

mit der Überlegung, dass zuerst alternative Fähigkeiten aufgebaut werden müssen, um Problembereiche, die bislang notdürftig durch Zwangsverhalten bewältigt wurden, anderweitig zu lösen.

Auch Förstner et al. (2011) sind der Auffassung, dass für das Timing therapeutischer Schritte die Kenntnis der Funktionalitäten von entscheidender Bedeutung ist (S. 129). Es gilt ihrer Erfahrung nach jedoch auch zu beachten, dass Patient*innen auf im Zuge der Funktionalitätsbearbeitung ausgelöste Emotionen mit sofortiger Aktivierung stabilisierender Zwangsrituale reagieren. Viele Patient*innen seien erst nach Deaktivierung automatisch ablaufender Zwangsrituale mit Hilfe von Expositionen in der Lage, alternative Bewältigungsversuche auszuprobieren und regelmäßig einzusetzen. Diese Position wird unterstützt durch die Erfahrung von Förstner et al. (2011), dass Funktionalitäten oft erst im Zuge von Verhaltensbeobachtungen oder Reizkonfrontationen sichtbar werden.

Lakatos und Reinecker (2016) plädieren bei bestehenden Funktionalitäten für ein Voranstellen symptombezogener Maßnahmen wie der Exposition (S. 55). Sie sind der Auffassung, dass Betroffene in der Regel anfangs nur zu symptombezogenen Maßnahmen motiviert sind. Zum anderen teilen sie die Erfahrung von Förstner et al. (2011, S. 55) und von Fricke (2016, S. 172), dass Zusammenhänge zwischen den Zwängen und anderen Problembereichen oft erst im Zuge der Reduktion der Zwänge sichtbar werden.

Exposition und Emotionen

In Bezug auf während der Exposition ausgelöste Emotionen gehen alle Autor*innen des multimodalen Ansatzes davon aus, dass nicht nur Angst, Anspannung oder Ekel sondern auch Emotionen wie Schuldgefühle, Wut, Traurigkeit, innere Leere oder Ohnmacht ausgelöst werden können (Rufer & Poppe, 2022, S. 195; Poppe & Voderholzer, 2017, S. 294; Förstner et al. 2011, S. 168; Lakatos & Reinecker, 2016, S. 75).

Warum zeigen sich diese Gefühle bei Expositionen? Nach Lakatos und Reinecker (2016) wurden sie bislang maladaptiv durch die Zwänge bewältigt (S. 75) –

Zwangssymptome werden als dysfunktionale Regulierung bis dato vermiedener Gefühle verstanden. Werden die Zwangssymptome unterlassen, tauchen automatisch bis dato unterdrückte Emotionen auf. Die sehr hohe Gefühlsbeteiligung während Expositionen wird ebenso als Grund für das Auftreten vermiedener Emotionen genannt.

Wie gehen die Autor*innen mit diesen Gefühlen um? Wird hier auch von Habituation als Wirkfaktor ausgegangen? Und wann und wie werden sie bearbeitet?

Lakatos und Reinecker (2016) setzen auch bei diesen Emotionen auf Habituation als Wirkmechanismus (S. 75). Patient*innen sollen Gefühle in aller Intensität aufkommen lassen und ihnen Ausdruck geben, so könnten sie integriert werden. „„Auf diesem Wege lernen sie, dass auch diese Emotion nicht so schlimm ist, dass sie nicht ausgehalten werden könnte““ (Lakatos & Reinecker, 2016, S. 75). Laut Poppe und Voderholzer (2017) wiederum würden die Betroffenen dank neuer Bewältigungsstrategien lernen, dass unangenehme Zustände toleriert werden können (S. 294). Diese Strategien werden allerdings, sofern sie über Habituation hinausgehen sollten, nicht näher erläutert.

Lakatos-Witt (2012) stellt hingegen in einem Artikel zu emotionsorientiertem Vorgehen bei Zwangsstörungen fest, dass das bloße Aushalten bestimmter aktivierter Gefühle manchmal nicht die gewünschte Integration und Veränderung bringt. Dies vor allem bei Ekelgefühlen, die sich durch bloßes Aushalten kaum verändern oder bei auf die eigene Person rückbezüglichen Emotionen wie Ohnmacht, Schuldgefühle oder Unzulänglichkeitsgefühle. Sie schreibt offen, dass die VT ihr zwar ein brauchbares Handwerkszeug für den psychotherapeutischen Alltag, aber nicht so sehr für die Bewältigung negativer Emotionen zur Verfügung stellt (S. 191).

Während der Exposition können nicht nur unerwartete Gefühle, sondern auch bislang nicht erinnerte, traumatische oder zumindest sehr belastende biographische Erinnerungen auftauchen. Dies ist laut Ecker (2016) ein von vielen Zwangsexpert*innen beschriebenes klinisches Phänomen, wird aber in den Lehrbüchern „„bestenfalls am Rande erwähnt““ (Ecker, 2016, S. 261).

Rufer und Poppe (2022) meinen, dass im Zuge der Exposition nur erfragt werden soll, ob das spürbar gewordene Gefühl aus früheren Lebenssituationen bekannt ist. Dieses soll erst in einer späteren Phase bearbeitet werden (S. 195). Wie genau dessen Bearbeitung erfolgen soll, wird nicht erörtert.

Förstner et al. (2011) wiederum greifen solche Erinnerungen nur dann - in Form von Validierung der damit verbundenen Gefühle - auf, wenn sie von Patient*innen schon während der Exposition thematisiert werden. Sie begründen dies nachvollziehbar damit, dass Patient*innen während der Exposition derart emotional involviert sind, dass es ihnen nicht möglich ist, ausreichend Informationen aufzunehmen oder Erfahrungen kognitiv zu bewerten.

Lakatos und Reinecker (2016) arbeiten wiederum, sofern dies sinnvoll erscheint, mit Affektbrücken, indem Patient*innen gebeten werden, nach Erinnerungen zu suchen, die mit dem entsprechenden Gefühl verbunden sind (S. 75). Die Arbeit mit Affektbrücken, in diesem Zusammenhang wird auch explizit von „Szene“ gesprochen, sei sowohl während als auch im Anschluss an Expositionen möglich.

Die von Ecker (2016) konzipierte „Exposition mit biographischer Exploration“, arbeitet hingegen primär mit den ausgelösten Gefühlen. Es handelt sich um eine rein ursachenorientierte, auf Basis des Inhibitionslernens beruhende Konzeption, die auf klinischen Erfahrungen beruht und bis dato noch nicht empirisch beforscht wurde. Im ersten Schritt geht es um die bewusste und differenzierte Wahrnehmung des Gefühls, im zweiten um die Etablierung einer Affektbrücke in die Vergangenheit. Der Affekt wird als Abrufhilfe für die Erinnerung der vollständigen biographischen Episode genützt. Ecker stützt sich dabei auch auf die Arbeiten von Hoffmann und Hofmann (2012, S. 219), demnach der Affekt wieder dort eingeordnet werden soll, wo er biographisch entstanden ist. Im dritten Schritt werden die Patient*innen unterstützt, die Emotion vollständig auszudrücken, zu integrieren und mit zusätzlichen Interventionen weiter aufzuarbeiten (S. 252f). In einem Fallbeispiel werden dazu etwa auch kreative Medien genützt (Ecker, 2016, S. 254).

Ecker (2016) zufolge braucht es dennoch eine kontinuierliche Fortführung von auch ohne therapeutische Begleitung durchgeführten Expositionen, um die neuronalen Kreisläufe zu destabilisieren, die zur Aufrechterhaltung chronischer Zwänge beitragen (S. 258). Seiner Erfahrung nach funktioniert dieser biographische Ansatz eher bei Zwängen mit abruptem Beginn, wie er häufiger bei Waschzwängen vorkommt, als bei Zwängen mit schleichendem Beginn wie bei Kontrollzwängen.

Voderholzer und Rufer (2021) gehen auf einen Therapeut*innen-seitigen Faktor ein. Diese müssen bereit und in der Lage sein, die in der Exposition starke innere Anspannung und Erregung der Patient*innen auszuhalten (S. 308). Sie sehen darin einen Grund für die zurückhaltende Expositions-Anwendung ambulanter Verhaltenstherapeut*innen.

4.1.2. Kognitive Techniken

Seit der Kognitiven Wende der 70er Jahre wurden in der VT kognitive Aspekte stärker betont. Kognitive Techniken beruhen auf der Annahme, dass Kognitionen wie automatische Gedanken, Einstellungen, Erwartungen oder Grundannahmen, verantwortlich für die Reaktion auf Situationen sind und somit die Entstehung und Aufrechterhaltung von Störungen mit verursachen (Hoyer et al., 2020, S. 255). Ziel ist eine Veränderung dysfunktionaler Kognitionen oder, wie bei Lakatos und Reinecker (2016) bezeichnet, eine kognitive Umstrukturierung (S. 59).

Kognitive Techniken werden bei Zwangsbetroffenen in der Vor- und Nachbereitung der Exposition wie auch isoliert angewandt. Ihr Stellenwert variiert je nach Ausrichtung des Behandlungsansatzes. Es geht primär darum, den Inhalt der Kognitionen zu überprüfen und zu verändern oder ihnen weniger Bedeutung beizumessen (Fricke, 2016, S. 190).

Vertreter*innen der klassischen kognitiven Schule sind Salkovskis et al. (2018). In ihrem Behandlungsansatz sollen die Patient*innen lernen, dass ihre Überzeugungen und Anstrengungen Unheil zu verhindern, „„nicht nur unnötig sind, sondern darüber hinaus gerade die Probleme erzeugen, die sie erleben““ (Salkovskis et al., 2018, S. 83). Dieser Behandlungsansatz entspricht sowohl vom Ätiologie-Modell als auch der

ethischen Haltung am ehesten einer VT-Denkweise, wie sie vor der Dritten Welle bestand. Poppe und Voderholzer (2017) hingegen sehen den Nutzen kognitiver Interventionen in einer emotionalen Distanzierung von Zwangsinhalten. Hier also kognitive Techniken, um dsyfunktionale den Zwang verursachende Kognitionen zu verändern, dort – was einer anderen Zielrichtung entspricht - mit dem Ziel, sich emotional von den Zwangsinhalten distanzieren zu können (S. 292).

Warum sind kognitive Techniken gerade bei der Behandlung von Zwangsstörungen wichtig? Lakatos und Reinecker (2016) führen den Unterschied zwischen Expositionen bei Zwangspatient*innen im Vergleich zu Phobiker*innen aus. (S. 59). Zweitere erleben in der Exposition, dass die befürchteten Ereignisse nicht eintreten, was zu einer unmittelbaren Änderung der Gefahren einschätzung führt. Bei Zwangsbetroffenen kann die befürchtete Gefahr indes weit in der Zukunft liegen – Patient*innen mit Waschzwang können in der Exposition nicht die Sicherheit erlangen, dass sie nicht doch in einigen Jahren an einer durch Schmutz, den sie während der Konfrontation angegriffen haben, ausgelösten Erkrankung sterben könnten (Förstner et al., 2011, S. 142).

Bei Vorliegen alleiniger Zwangsgedanken differieren die Behandlungsansätze. Rufer und Poppe (2022) wenden auch hierfür Expositionen in sensu an (S. 195), während Fink-Lamotte und Exner (2022) kognitive Techniken als therapeutisches Mittel der Wahl betrachten (S. 203).

Psychoedukation

Psychoedukative Maßnahmen, die auch unter kognitive Interventionen subsummiert werden und verschiedene Funktionen erfüllen, spielen in allen Herangehensweisen eine wichtige Rolle.

Zwangspatient*innen erleben ihre Handlungen und Gedanken als unsinnig, abnorm, zum Teil sogar als gefährlich. Viele haben Schuld- und Schamgefühle wegen ihrer Symptomatik und stigmatisieren sich selbst. Häufig empfinden Betroffene das Offenlegen von Zwangsgedanken bzw. -handlungen als bedrohlich oder beschämend. Umso wichtiger ist es daher, das Störungsbild frühzeitig zu entkatastrophieren und die

Betroffenen zu entlasten (Förstner et al., 2011, S. 98; Rufer & Poppe 2022, S. 189, Fricke, 2016, S. 49f).

Psychoedukation ist insbesondere bei aggressiven, blasphemischen oder sexuellen Zwangsgedanken essentiell. So erleben Betroffene die Information als sehr beruhigend, dass zwanghafte Impulse so gut wie nie ausgelebt werden (Fink-Lamotte & Exner, 2022, S. 202; Lakatos & Reinecker, 2016, S. 91). Die Aufklärung über die bei Betroffenen von Zwangsgedanken bestehende „Gedanken-Taten-Fusion“ – ich denke etwas Furchtbares, also werde ich das auch tun – wirkt ebenfalls sehr entlastend (Poppe & Voderholzer, 2017, S. 295).

Eine weitere wichtige Aufgabe der Psychoedukation besteht in der Motivation für die weitere Therapie und den selbstverantwortlichen Umgang mit der Erkrankung (Poppe & Voderholzer, 2017, S. 292). Die VT-Störungsmodelle werden auf Basis der bereits erhobenen anamnestischen Informationen individualisiert dargelegt bzw. je nach Ansatz auch mit dem/der Betroffenen gemeinsam erarbeitet und somit Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten vermittelt. Laut Förstner et. al (2011) sollen die Patient*innen so zu Spezialist*innen ihrer Zwangsstörung werden (S. 143).

Poppe und Voderholzer (2017) weisen als Gefahr von Psychoedukation darauf hin, dass Zwangspatient*innen oftmals alles bis ins letzte Detail verstehen wollen, was einer tieferen emotionalen Auseinandersetzung im Wege stehen kann (S. 292). Förstner et al. (2011) empfehlen daher, auf eine emotionale Verankerung der Inhalte und auseichende Selbstöffnung zu achten (S. 141).

Rückfallprophylaxe spielt bei Zwängen eine besonders große Rolle und kann auch der Psychoedukation zugeordnet werden. Im Rahmen präventiver Strategien geht es um die Aufklärung über die Gefahr, aber auch die Normalität eines Rückgriffs auf Zwangsmuster bei lebensgeschichtlichem Stress, um die Identifikation potentieller Rückfallsituationen oder das Rekapitulieren von in der Therapie gelernten Strategien (Lakatos & Reinecker, 2016, S. 100; Fricke, 2016, S. 299f).

Verschiebung Problemdefinition

Auch die Verschiebung der Problemdefinition findet sich beinahe durchgängig in der Literatur, vor allem zur Vorbereitung auf die Exposition, aber nicht nur (Fricke, 2016, S. 190; Förstner et al., 2011, S. 141; Poppe & Voderholzer, 2017, S. 293, Lakatos & Reinecker, 2016, S. 59f; Rufer & Poppe, 2022, S. 197).

Zwangspatient*innen sind unsicher, was denn eigentlich ihr Problem ist. Sie beurteilen einerseits zwar ihr Verhalten als übertrieben, die Bedrohung jedoch andererseits als mehr oder minder doch gegeben. Sie schwanken unentwegt zwischen einer eher objektiven Problemdefinition (Ich könnte mich anstecken) und einer subjektiven Problemdefinition (Mein Problem ist häufiges Händewaschen).

Die Verschiebung der Problemdefinition hat die Einsicht der Betroffenen zum Ziel, dass das Problem nicht im Inhalt der befürchteten Konsequenzen wie etwa einer Kontamination durch Keime oder Einbruch besteht, sondern in der Art und Weise, wie aufdringliche Gedanken bewertet werden und wie darauf emotional und mit neutralisierenden Reaktionen reagiert wird. Nicht die Gefährlichkeit bestimmter Situationen ist das Problem, sondern die Unsicherheit der Betroffenen und ihre ständigen Zweifel. Die Risikoeinschätzung der Patient*innen bezieht sich auf die Ausprägung ihrer Angst oder des Ekels, also auf emotionale Befindlichkeiten, und nicht auf realistische Gefahren.

Nach Lakatos und Reinecker (2016) ist die Problemverschiebung nicht nur zur Vorbereitung der Exposition, sondern im gesamten Therapieverlauf relevant (S. 60), da das Ausmaß der Einsicht der Betroffenen schwankt und in als bedrohlich erlebten Situationen geringer ist. Die Autor*innen arbeiten hierfür primär mit einer Polarisierung zwischen Verstand und Gefühl – der Verstand sagt, dass es unsinnig ist, aber das Gefühl stimmt damit nicht überein. Die Verdeutlichung der Kriterien für die Beendigung der Rituale geht in dieselbe Richtung. Es handelt sich nicht um objektiv feststellbare Unterschiede, sondern um subjektive Kriterien wie das Eintreten einer emotionalen Beruhigung.

Klassische Kognitive Interventionen

Traditionelle kognitive Techniken wie Sokratischer Dialog, Spaltentechniken oder Disputationstechniken (Hoyer et al., 2020, S. 250), werden von den klassischeren Behandlungsansätzen eingesetzt (Salkovskis et al., 2018, S. 83; Fink-Lamotte & Exner, 2022, S. 207; Lakatos & Reinecker, 2016, S. 88ff). Zudem finden Tortendiagramme, kumulative Wahrscheinlichkeitsrechnungen und ähnliches Verwendung.

Exemplarisch soll die Tortendiagramm-Technik vorgestellt werden, in der die dysfunktionale Gleichsetzung vieler Zwangspatient*innen von „Einfluss auf etwas haben“ mit „Verantwortung dafür tragen“ verflüssigt werden soll. Lakatos und Reinecker (2016) beschreiben die Intervention am Beispiel einer Patientin, die fürchtete, ihr Freund könne Suizid begehen, wenn sie diesen Gedanken habe (S. 88). Zunächst werden alle potentiellen Einflussfaktoren aufgelistet, mit einem prozentuellen Einflussfaktor versehen und als Teil des Tortendiagramms dargestellt. Als letztes wird der Verantwortungsanteil der Patientin eingefügt, für den dann nur noch wenig Raum bleibt. Dies soll laut den genannten Autor*innen und Fricke (2016) zu einer deutlichen Veränderung der Verantwortlichkeitsüberzeugung führen (S. 207).

Externalisierungstechniken in Form von Stuhldialogen oder Rollenspielen mit dem Zwang als „Untermieter“ oder „Kobold im Kopf“ werden sowohl bei Lakatos und Reinecker (2016, S. 62) als auch bei Förstner et al. (2011, S. 156) den kognitiven Techniken zugeordnet, wiewohl sie einen deutlich erlebnisorientierten Zugang haben und vermutlich aus anderen Therapiemethoden übernommen wurden. Der Zwang wird aus dem Gesamtsystem der Psyche herausgenommen und von der eigentlichen Person, dem eigentlichen Selbst des/der Patient*in getrennt. Die Externalisierung fördere eine emotionale Distanzierung, erleichtere die Wahrnehmung von Emotionen aufgrund der Einschränkungen durch den Zwang, helfe Behandlungsziele emotional zu verankern und erleichtere das Bündnis mit den Patient*innen gegen den Zwang. Dem Grunde nach lauter emotionsbezogene Ziele.

Eher multimodal und offener konzipierte Herangehensweisen, wie sie etwa Poppe und Voderholzer (2017) vertreten, halten die Effektivität der beschriebenen Techniken aufgrund des Strebens von Zwangspatient*innen nach umfassender Sicherheit für

eingeschränkt (S. 293). Förstner et al. gehen in ihrer Kritik noch darüber hinaus. Ihrer Meinung nach führt die ausschließliche Verwendung kognitiver Methoden „„nicht immer zu einer ausreichenden emotionalen Verankerung““ (Förstner et al., 2011, S. 176f), was jedoch nicht zu einer Integration emotionsorientierter Techniken in ihre Behandlungskonzeption führte.

Auch Lakatos und Reinecker (2016) weisen auf die Gefahr hin, sich bei rein kognitiven Interventionen in unfruchtbare Diskussionen über die Sinnhaftigkeit des zwanghaften Verhaltens oder die Gefährlichkeit befürchteter Ereignisse verwickeln zu lassen (S. 61, S. 86). Aber auch hier folgt der Erkenntnis der Interventionsgrenzen keine Abänderung der empfohlenen Techniken.

Arbeit an dysfunktionalen Schemata

Auf der Veränderung maladaptiver kognitiver Schemata liegt der zweite Schwerpunkt kognitiver Techniken.

Entsprechend der klassischen Ätiologie-Ansätze beeinflussen dysfunktionale Schemata wesentlich den ungünstigen Umgang mit Intrusionen (Fink-Lamotte & Exner, 2022, S. 207; Lakatos & Reinecker 2016, S. 25). Eher klassischere Behandlungsansätze arbeiten daher an einer Veränderung der Inhalte der Schemata, wohingegen eher multimodal orientierte Vorgehensweisen die Einordnung der Grundannahmen in den biographischen Kontext und die Fragestellung, welches Bedürfnis hinter diesen Grundannahmen steht, im Blick haben (Rufer & Poppe, 2022, S. 197; Poppe & Voderholzer, 2017, S. 293).

Hoyer et al. (2020) helfen hier wieder bei der übergeordneten Theorie-Einordnung. Mit der kognitiven Wende stehen die Inhalte, mit der dritten Welle der VT ab den 90er Jahren hingegen eher die Funktionen der Kognitionen im Fokus (S. 231).

Am maladaptiven Schema der Überschätzung allgemeiner Gefahren wird mit einer mathematischen Technik, der kumulativen Wahrscheinlichkeitsrechnung, einer klassischen kognitiven VT-Intervention der zweiten Welle, gearbeitet (Salkovskis et al., 2018, S. 83; Lakatos & Reinecker, 2016, S. 86f; Fink-Lamotte & Exner, 2022, S. 204).

Eine komplexe Intervention, die wohl die meisten Psychotherapeut*innen und Patient*innen kognitiv überfordern dürfte.

In eher der dritten Welle zuzuordnenden Vorgehensweisen würde möglicherweise das dahinterliegende Bedürfnis zumindest etwas mehr im Fokus stehen, wenn auch nicht biographisch umfassend bearbeitet werden. So wie beim Streben nach Perfektionismus könnte dieses Schema auch dazu dienen, Schuld zu vermeiden (Pope & Voderholzer, 2017, S 293).

In der vorliegenden Literatur wurde auf die Art und Weise der Funktionsbearbeitung nicht näher eingegangen. Nur Förstner et al. geben den Hinweis, dass es zur Veränderung kognitiver Schemata teilweise „„klärungsorientierte oder Emotionen induzierende Techniken““ (Förstner et al., 2011, S. 176) bedarf.

4.2. Multimodale Ansätze

In multimodalen Ansätzen spielen als Ergänzung zu symptomorientierten Techniken intraindividuelle und interpersonelle Symptombfunktionen, die therapeutische Beziehung und die Arbeit mit Angehörigen und Emotionen eine Rolle.

Alle Autor*innen mit multimodalem Ansatz stimmen überein, dass die Bearbeitung von Hintergrundbedingungen durch indirekte Symptomtherapie und Therapie am Symptom vorbei nur ergänzend zur Symptomtherapie zielführend ist. Zwänge haben, so Lakatos und Reinecker (2016), wenn sie sich einmal etabliert haben, aus sich selbst heraus eine hohe Persistenz und benötigen daher beinahe immer direkte Symptom-Interventionen (S. 55).

Wie wirksam sind multimodale Ansätze? Laut Hand können auch beim Einsatz aufwendiger multimodaler Behandlungstechniken 30 bis 50% chronischer und schwerer Verläufe mittelfristig nicht ausreichend verbessert werden (Hand, 2006, S. 20). Bei den übrigen 70 bis 50% kommt es häufig zu behandlungsbedürftigen Rückfällen oder es bleibt eine deutliche Restsymptomatik bestehen. Die Leitlinie (2022) geht auf die Frage, ob multimodale Ansätze im Vergleich zu rein symptomorientierten Ansätzen höhere

Wirksamkeit zeigen und falls ja, in welchem Ausmaß, nicht ein und führt auch keine Forschungsergebnisse dazu an.

Recovery/Heilung ist bei Zwangsstörungen selten zu erreichen. Daher sind Poppe und Voderholzer (2017) der Meinung, dass neben Akzeptanz und besserer Bewältigung der Restsymptomatik auch eine Verbesserung subjektiver Lebensqualität im Fokus stehen soll (S. 291). Symptomübergreifende Behandlungsziele wie die Bearbeitung sozialer Defizite oder Selbstwertprobleme können einen Beitrag zu letzterem und damit letztendlich auch zur Rückfallprophylaxe beitragen.

4.2.1. Funktionen

Was ist mit Symptombfunktion gemeint? Zwangssymptome würden eine Art Aufgabe erfüllen, Zarbock bezeichnet sie als „unteroptimalen Lösungsversuch“, wenn Entwicklungsaufgaben, Anforderungen oder belastende Lebensereignisse zu einer Überforderung geführt haben (2011, S. 133). In der Regel sind den Patient*innen die Funktionalitäten ihrer Symptome nicht bewusst. Lakatos-Witt (2012) ist der Meinung, dass diese Nicht-Bewusstheit in der Therapie aufgehoben werden sollte (S. 192). Konzeptualisierungen wie diese gehen also weit über das kognitiv-behaviorale Erklärungsmodell und daraus abzuleitende Behandlungsmaßnahmen hinaus.

Welche Funktionen können Zwangssymptome erfüllen? Intrapsychische bzw. interpersonelle Funktionalitäten können etwa eine Regulierung aversiver Emotionen, die Kompensation einer basalen Verunsicherung, eine Selbstwertstabilisierung oder die Abwehr depressiver Symptome sein (s. Fricke, 2016, S. 134f; Förstner et al., 2011, S. 125; Lakatos & Reinecker, 2016, S. 52).

Interpersonelle Funktionalitäten werden häufig erst in der Beobachtung der direkten häuslichen Situation oder durch Familiengespräche erkennbar. Sie können zur Regulierung von Nähe oder Distanz zu nahestehenden Personen (Eltern betreten das Zimmer ihrer Tochter nicht mehr in Abwesenheit, da sonst ihre Waschzwänge eskalieren), zur Vermeidung von Anforderungen aus der Umwelt oder zur Konfliktregulierung, weil keine alternativen Konfliktkompetenzen zur Verfügung stehen, dienen (s. Fricke, 2016, 134f; Förstner et al., 2011, S. 134ff).

Nach Förstner et al. (2011) können unbearbeitete Funktionalitäten ein Grund für unzureichend wirksame Expositionen sein, da „bewusste oder unbewusste Widerstände einer Besserung entgegenstehen“ (Förstner et al., 2011, S. 123). Bei bestehender Funktionalität, nach einer Studie von Külz et al. (2010) ist dies bei ca. 63% der Zwangspatient*innen der Fall, wäre auch nach Fricke (2016) eine rein symptomorientierte Behandlung nicht ausreichend, da entweder Symptomtechniken nur begrenzt wirksam sind oder die Symptomatik nach kurzer Besserung wieder zunimmt (S. 136).

In der Literatur steht primär die Beschreibung häufiger Funktionen bei Zwangspatient*innen und das Erkennen individueller Funktionen im diagnostischen Analyse-Prozess im Vordergrund. Nur bei Förstner et al. (2011) werden therapeutische Interventionsmöglichkeiten angeführt - größtenteils VT-Techniken, aber auch anderer Therapiemethoden, z.B. der innere sichere Ort von Luise Reddemann (S. 132ff). Der Hauptgrund, so auch Fricke (2016), könnte darin liegen, dass die Bearbeitung zugrundeliegender Problembereiche störungsübergreifend und nicht spezifisch für Zwangsstörungen ist (S. 175).

Wie aber sind diese Funktionen entstanden? Wird, wenn denn über eine reine Funktionsanalyse hinausgegangen wird, nicht nur die Bearbeitung der Funktionen an sich, sondern auch deren Entstehung in den Blick genommen?

Biographie-Arbeit findet sich bei einigen Behandlungsansätzen, wie zuvor bereits beschrieben, in Verbindung mit der Bearbeitung von Expositionsgefühlen. In Zusammenhang mit der Analyse zentraler Patient*innen-Schemata und entsprechend komplementärer therapeutischer Beziehungsgestaltung geben Lakatos und Reinecker den Hinweis, dass biographische Arbeit essentiell für eine erweiterte Selbst- und Fremdsicht sei (2016, S. 41). Im gemeinsamen Herausarbeiten, wie innerfamiliäre Erfahrungen das Selbst- und Weltbild geprägt haben, liegt bereits „eine Möglichkeit der Bewusstwerdung und Korrektur“ (Lakatos & Reinecker, 2016, S. 41). Bei Förstner et al. (2011) geht es um die Erfassung der Biographie mit dem Ziel eines individuellen Störungsmodells (S. 120). Hand weist nicht nur auf intrafamiliäre Sozialisation, sondern auch auf extrafamiliäre Einflussfaktoren innerhalb Gleichaltriger hin (Hand, 2006, S. 9).

Sehr vereinzelt wird also auf biographische Aspekte eingegangen, aber zumeist nicht im Kontext der Funktionsbearbeitungen, sondern in dem der Analyse, wie etwa auch bei Hand (2006, S. 1).

4.2.2. Emotionen

Expositionen sind im Grunde genommen stark emotions-induzierende Interventionen. Bei den meisten Ansätzen geht es, wie zuvor beschrieben, um das Prinzip des Zulassens statt Unterdrückens und um ein aktives Akzeptieren der im Zuge von Reizkonfrontationen ausgelösten Emotionen.

Charakteristisch für Zwangspatient*innen wird in der Literatur das Problem des Erzählens ohne emotionale Beteiligung angesehen (Lakatos-Witt, 2012, S. 191; Ecker, 2016, S. 192). Zwangsbetroffene haben häufig Schwierigkeiten, Gefühle differenziert wahrzunehmen, sie in Worte zu fassen und sie voneinander zu unterscheiden. Sie beschreiben eher eine diffuse Anspannung oder allgemeines Unwohlsein (Förstner et al., 2011, S. 118). Nur Lakatos und Reinecker (2016) gehen auch mit Behandlungstechniken darauf ein. Sie erwähnen psychodramatische Techniken wie die Ausdruckshaltung bestimmter Gefühle einzunehmen (S. 97) oder die stellvertretend durch den/die Psychotherapeut*in übernommene Benennung und Ausdruck von Gefühlen. Sie weisen auch darauf hin, im Therapiegeschehen von Anfang an auf Erleben und entsprechendes Körperempfinden zu fokussieren (Lakatos & Reinecker, 2016, S. 44).

Auch Ecker (2016) unterstützt Zwangspatient*innen bei seiner Expositions-Vorgehensweise bei der Wahrnehmung und dem Ausdruck der Gefühle und der Versprachlichung der damit verbundenen biographischen Episode.

Bei Fricke (2016) werden Emotionen nur in Zusammenhang mit Expositionen und als intraindividuelle Symptomfunktion genannt. Förstner et al. (2011) erwähnen Emotionen immer wieder in Nebensätzen. Sie vertreten die Meinung, dass rein kognitive Methoden nicht zu einer ausreichenden emotionalen Verankerung führen oder dass es zur Bearbeitung übergeordneter Problembereiche, wie Angst vor Zurückweisung,

emotionsinduzierender Techniken bedarf (S. 176). Dennoch finden sich diese Sichtweisen nicht in ihrer Behandlungskonzeption wieder.

Emotionsfokussierende Techniken spielen am ehesten bei Lakatos und Reinecker (2016, S. 99ff) und bei Lakatos-Witt (2012), sicher die expliziteste Vertreterin emotionsorientierter Vorgehensweisen, eine Rolle. So geht es beispielsweise darum, biographische Episoden wieder zu erleben und korrektive Erfahrungen zu machen oder die hinter dysfunktionalen Schemata liegende Emotionen und Situationen aufzuspüren und zu bearbeiten. Dabei wird etwa auf nicht VT-spezifische Ansätze wie die emotionsfokussierte Therapie von Greenberg oder die Bearbeitung von Emotionen mit Affektbrücken bzw. Emotionsarbeit mit Gefühlsreisen zurückgegriffen (Lakatos & Reinecker, 2016, S. 96).

Hinsichtlich Emotionsregulierung werden bei Lakatos und Reinecker (2016) Selbstberuhigung durch Atemsteuerung, Aufmerksamkeitslenkung oder selbstfürsorgliche Imaginationen angeführt (S. 96f).

Lakatos und Reinecker haben die Erfahrung gemacht, dass Zwänge durch Emotionsarbeit nachhaltig beeinflusst werden können, Expositionen sich jedoch dadurch nicht erübrigen (2016, S. 99).

Ein Mitgrund für die geringe Anzahl emotionaler Interventionen mag wohl sein, dass diese nicht zwangsspezifisch sind (Lakatos & Reinecker, 2016, S. 96; Förstner et al., 2011, S. 176). Allerdings würde dies auch auf kognitive Interventionen und Expositionen zutreffen. Auch diese werden bei anderen Störungsbildern eingesetzt und wurden in der vorliegenden VT-Literatur auf Spezifika bei Zwangsstörungen adaptiert. Emotionsorientierte Techniken halten offenbar erst sehr langsam im Zuge der Dritten Welle, die Lakatos-Witt als Entwicklung „von der Kognition zur Emotion“ (2012, S. 190) beschreibt, Einzug in die Behandlung von Zwangsstörungen.

4.2.3. Therapeutische Beziehung

Je nach Ansatz wird auch die Rolle und Gestaltung der therapeutischen Beziehung unterschiedlich bewertet.

Alle Autor*innen bis auf Salkvoskis et al. (2018), die traditionellsten VT-Autor*innen, betonen die Bedeutung einer tragfähigen therapeutischen Beziehung vor Beginn der Exposition bzw. bevor sie vorgeschlagen wird (s. z.B. Lakatos & Reinecker, 2016, S. 39). Laut Salkovskis et al. ist Standfestigkeit verbunden mit einfühlendem Verständnis die Voraussetzung für eine „„aufgabenorientierte““ therapeutische Beziehung (Salkovskis et al., 2018, S. 81).

Hand (2006) vertritt eine konträre Position zu Salkovskis et al., in dem er auf die Notwendigkeit der ständigen Reflexion der Interaktion zwischen Psychotherapeut*in und Patient*in aufmerksam macht. Dies vor dem Hintergrund, dass mehr als die Hälfte der chronischen Zwangspatient*innen aufgrund früher interaktioneller Traumata und primärer sozialer Defizite besonders sensibel auf Fehler in der Beziehungsgestaltung reagieren (S. 6). Auf den Zusammenhang von frühen Traumatisierungen und Bindungsstörungen auf die Entwicklung von Zwangsstörungen weisen weiters Rufer und Poppe (2022) hin (S. 189). Im übrigen wiederum ein ätiologischer Hinweis, der das Kern-VT-Konzept weit überschreitet. Dieser Zusammenhang wirke sich nach den Autor*innen auf Bindungsangst mit der Sorge verlassen zu werden bzw. auf Bindungsvermeidung aufgrund vorherrschender Angst vor Nähe aus (S. 189).

Die meisten Autor*innen greifen zudem das Modell der komplementären Beziehungsgestaltung von Grawe auf (Poppe & Voderholzer, 2017, S. 291; Lakatos & Reinecker, 2016, S. 38; Rufer & Poppe, 2022, S. 188). Komplementär meint, über die Basisvariablen von Empathie und Wertschätzung hinausgehend, passend zu den zentralen Schemata und Motiven der Patient*innen.

Zentrale durch Erfahrungen in der Ursprungsfamilie bedingte Motive sind nach Lakatos und Reinecker (2016) die Vermeidung von Fremdbestimmung und Unterdrückung sowie das Streben nach Sicherheit (S 38).

Ersteres wurzelt nach Lakatos und Reinecker (2016) in einer unzureichenden Autonomieentwicklung, aus der ein Konflikt zwischen Nähe und Selbstbehauptung entsteht (S. 37f). Zwangspatient*innen fühlen sich von ihrer Umgebung nicht respektiert oder vereinnahmt, wagen allerdings auch nicht, sich zu behaupten und befinden sich

daher in einem permanenten Konflikt (Lakatos & Reinecker, 2016, S. 39). Diese tiefergehende Autonomieproblematik kann sich in der therapeutischen Beziehung patient*innenseitig in Regulationsschwierigkeiten von Dominanz und Unterwerfung zeigen, indem sich Patient*innen z.B. übermäßig anpassen bzw. in Machtkämpfe verwickeln. Therapeut*innenseitig wird dieses Schemata mit einem besonderen Augenmerk auf der freien Entscheidung der Patient*innen hinsichtlich jeglicher Interventionen, auch der Durchführung von Expositionen, betont.

Bemerkenswert ist auch hier wieder der ätiologische Verweis der Autor*innen, dass sich die Zwangssymptomatik in Ermangelung anderer adäquater Möglichkeiten bei den genannten widersprechenden intrapsychischen Motiven als gute Lösung anbietet (Lakatos & Reinecker, 2016, S. 40). Der Zwang wird hier als Lösung für einen innerpsychischen Konflikt konzeptualisiert.

Förstner et al. (2011) merken an, dass einige Autor*innen den Erkenntnisgewinn zu typischen Interaktionsstilen von Zwangspatient*innen als gering ansehen, dafür jedoch die kognitiven Verzerrungen/dysfunktionale kognitive Schemata als Merkmal dieser Patient*innengruppe diskutieren (S. 103).

4.2.4. Angehörige

Angehörige von Zwangskranken sind psychosozial ebenso belastet wie nahe Bezugspersonen schizophrener Patient*innen (Hand, 2006, S. 1). Zudem sind sie oft in das Zwangssystem mit eingebunden, in dem sie stellvertretend für den/die Patient*in Kontrollhandlungen ausführen, den Betroffenen Rückversicherungen geben oder etwa bei Kontaminationszwängen durch aufwendige Reinigungsrituale selbst in die Zwangssysteme einbezogen sind. Die S3-Leitlinie (2022), empfiehlt daher mit dem Empfehlungsgrad B ihre Einbeziehung in den therapeutischen Prozess.

Hand (2006) weist darauf hin, dass die VT primär auf ein 2-er Setting ausgerichtet ist und dieses Manko vor allem bei der Arbeit im häuslichen Umfeld unter Einbeziehung von Partnern oder Familie zu Tage tritt (S. 1). Er fordert daher, dass die VT eigenständige systemische Aspekte entwickeln und dabei kommunikations- und systemtheoretische Theoreme integrieren sollte (Hand, 2006, S. 1). Er hat sich am

intensivsten mit systemischen Aspekten in der Behandlung von Zwangsstörungen auseinandergesetzt.

Auch Poppe und Voderholzer (2017) plädieren dafür, Angehörige möglichst frühzeitig in die Behandlung mit einzubeziehen (S. 297). Interpersonelle Funktionalitäten erfordern ihrer Meinung nach Interventionen auf Beziehungs- oder Familienebene, um Angehörige und Betroffene hin zu einem problembewältigenden Vorgehen zu unterstützen (Poppe & Voderholzer, 2017, S. 297).

Angehörige sollten in die Expositionsplanungen mit eingebunden werden und im günstigsten Fall gemeinsam mit dem/der Betroffenen Vereinbarungen treffen, wann und in welchen Schritten sie Rituale einstellen (Lakatos & Reinecker, 2016, S. 72f). Dabei ist besonders zu berücksichtigen, Angehörige nicht als Ko-Therapeut*innen einzusetzen. Dies würde eine Festschreibung der Gesund- und Krank-Etikettierung stützen und ein Machtgefälle erzeugen bzw., falls bereits vorhanden, begünstigen (Lakatos & Reinecker, 2016, S. 73). Darauf weisen auch Rufer und Poppe hin (2022, S. 196).

4.3. Therapie am Symptom vorbei

Für eine Therapie am Symptom vorbei, ergo zu Behandlungsansätzen ohne Exposition, gibt es nach Hand (2006) nur wenige eingeschränkte Indikationen (S. 19):

- Zwangsstörung besteht erst seit kurzem als Reaktion auf ein noch nicht verarbeitetes Lebensereignis
- Mehrfache Vorbehandlungen unter Einschluss von Expositionen ohne ausreichenden Erfolg
- Förderung der Motivation für eine zusätzliche Symptomtherapie

Poppe und Voderholzer (2017) meinen, dass bei ausgeprägter Funktionalität zunächst eine Arbeit am Symptom vorbei sinnvoll sein kann (S. 292). Für eine Therapie ohne direkte Symptommaßnahmen sehen sie keine Indikation.

4.4. Typisch VT?

Die Bandbreite der analysierten VT-Behandlungsansätze ist breit und zeigt ein überaus heterogenes Bild. Wo ist denn nun aktuelle VT zu verorten, was macht sie aus?

Die VT basiert, im Unterschied zur IT, nicht auf einem Schulengründer, sondern orientiert sich an zahlreichen empirisch fundierten Teiltheorien und wird als Patchwork oder Mosaik wissenschaftlicher Aussagesysteme beschrieben (Parfy et al., 2106, S. 15). Der Verhaltenstherapeut Egger (2015) ist der Meinung, dass die VT mittlerweile eine vergleichsweise offene und undogmatische Konzeption von Teiltheorien geworden ist, für die es kein einheitliches Menschenbild gibt (S. 155).

Egger (2015) ist sogar der Auffassung, dass die VT kein einheitliches Schulengebäude mehr ergibt (S. 170). Er sieht in der aktuellen VT Verbindungen zur Psychoanalyse, zur humanistischen Psychologie und zunehmend auch zu systemtheoretischen Perspektiven. Für ihn ist die aktuelle VT multimodal oder auch integrativ. Verbindend sei die empirische Überprüfbarkeit ihrer Teilkonzepte, aufgenommen würde also was wirkt. Ihre aktuelle Vielgestaltigkeit erschwere jedoch eine schlüssige, allgemeine Bewertung (Egger, 2015, S. 113).

Auch die Verhaltenstherapeut*innen Parfy et al. (2016) führen eine deutliche, in den letzten Jahren erfolgte Erweiterung des therapeutischen Repertoires der VT an. So würden nun auch unbewusste Prozesse auf Basis aktueller Emotions- und Gedächtnisforschung berücksichtigt oder erlebnisorientierte Methoden mit dem Ziel einer Problemaktualisierung impliziter Gedächtnisinhalte und einer Stimulierung emotionalen Erlebens angewandt (S. 9).

Auch Vertreter*innen anderer Therapiemethoden, wie Johanna Sieper/Integrative Therapie, kommen zum Schluss (2001), dass die VT zu einer „Umbrella-Bezeichnung“ für empirisch fundierte, klinisch-psychologische und neurowissenschaftliche Psychotherapie geworden ist (S. 106). Petzold stellt fest (2015), dass die moderne VT auch einiges aus dem Fundus humanistischer Psychotherapie-Verfahren übernahm, ohne dies immer auszuweisen (S. 15).

Diese konzeptuelle Heterogenität zeigt sich auch in den vorne detailliert skizzierten Behandlungsansätzen zur Zwangsstörung, die von rein symptomorientierten Vorgehensweisen bis zu biographisch, emotions- und erlebensorientierten Ansätzen reichen. Der überwiegende Teil ist bereits eher der emotionalen Wende der VT zuzurechnen, wobei sich die neueren Ansätze vor allem in der Analyse, weniger in den Behandlungsansätzen abzeichnen.

Falls zu den in der Fachliteratur angeführten Verfahrensweisen Wirksamkeitsstudien vorliegen, haben diese keine Aufnahme in die Leitlinie (2022) gefunden. Eine wissenschaftliche Beurteilung scheint daher noch auszustehen.

Zwei gegensätzliche Vorgehensweisen zeigen Entwicklungsmöglichkeiten der VT. Die vielversprechenden Studienergebnisse des Bergen 4-Day Treatments lassen vermuten, dass ein Teil künftiger Ansätze ihren Fokus auf verhaltensorientiertes Inhibitionslernen und kompakte Expositionen setzen wird. Von Lakatos-Witt (2020), einer Verhaltenstherapeutin, liegt hingegen ein explizit integrativer Behandlungsansatz vor. Dieser entspricht der bereits in der VT-Fachliteratur erkennbar gewordenen Integrationstendenz, geht jedoch in seiner Prägnanz darüber hinaus.

4.4.1. Integrative Konzeption und Behandlung

Lakatos-Witt (2020) entwickelte ein integratives Ätiologie- und Behandlungskonzept für Zwangsstörungen. In ihrem Entstehungs-Modell definiert sie die VT-Basisvariablen *Prädisposition*, *Auslöser* und *Aufrechterhaltende Bedingungen* spezifisch für Zwangsstörungen. Vulnerabilitäten/Prädispositionen und Kritische Ereignisse/Auslöser wurden im Modell von Poppe und Voderholzer (2017, s. Abb. 2), eine Erweiterung des Modells von Salkovskis (s. Abb. 1), zwar genannt, allerdings nicht ausdifferenziert.

Lakatos-Witt (2020) nennt rein biographische Bedingungen wie affektarme Versorgung statt Liebe und Wärme, übermäßige Kontrolle bis hin zur Missachtung eigener Grenzen, Zurückweisung beim Zeigen negativer Emotionen und eine bei den Betroffenen daraus resultierende Abspaltung von Gefühlen, tiefgreifende Verunsicherung durch eine unsichere, unberechenbare oder sogar bedrohliche

Familienatmosphäre, übermäßig hohe Norm- und Leistungsorientierung und familiäre Überbetonung persönlicher Verantwortung als *prädispositive Faktoren*.

Diese würden zur Entwicklung von bei Zwangskranken typischen Grundüberzeugungen und *emotionalen Schemata* führen. Dazu gehört ein ausgeprägter Konflikt zwischen dem Wunsch nach Sicherheit in einer Bindung bei gleichzeitigem Streben nach Autonomie. Aufgrund ihrer Grundannahmen, Überlebensregeln und Strategien können diese widersprüchliche Tendenzen nicht bewältigt werden. Zudem unterstützen die prädispositiven Faktoren die Bildung maladaptiver Schemata wie Überschätzung der Gefährlichkeit der Umwelt mit chronisch aktiviertem Bedürfnis nach Nähe und Sicherheit und Überschätzung der eigenen Verantwortung. Als kompensatorische Maßnahmen werden übermäßige Kontrolle der Umwelt und Unterdrückung der eigenen Emotionen eingesetzt (S. 470).

Auslöser sind häufig Lebenssituationen, in denen die Betroffenen mit ihren bisherigen Strategien scheitern. Dies kann etwa ein Widerspruch von Emotionen und verinnerlichten Normen, soziale Überforderung oder eine Aktivierung des Autonomie-Bindungs-Konflikts sein (Lakatos-Witt, 2020, S. 470).

Aufrechterhaltende Bedingungen. Das Modell von Salkovskis setzt dysfunktionale Bewertungen aufdringlicher Gedanken an den Beginn seiner Ätiologie-Abfolge. Aufdringliche Gedanken seien ein universelles Phänomen, dies sei empirisch gut abgesichert (s. vorne). Lakatos-Witt (2020) bezweifelt dies jedoch und meint durchaus nachvollziehbar, dass es keineswegs normal sei „„darüber nachzudenken, dass an einer Türklinke Keime sind, oder gar, dass man ein Kind missbrauchen könnte.““ (S. 471).

Die Autorin (2020) vertritt vielmehr die These, dass die Auslöser-Situationen bei den Betroffenen eine diffuse innere Anspannung erzeugen, die von diesen jedoch nicht dechiffriert werden kann. Hinter der Anspannung verbergen sich meist Emotionen wie Wut oder Traurigkeit, die mit einem adäquaten Handlungsimpuls, sich etwa emotional zu öffnen oder sich abzugrenzen, verbunden wären und die den Zusammenhang mit der Auslöser-Situation deutlich machen würden. Diese Zuordnung gelingt den Betroffenen jedoch aufgrund prädispositiver Bedingungen und der Aktivierung

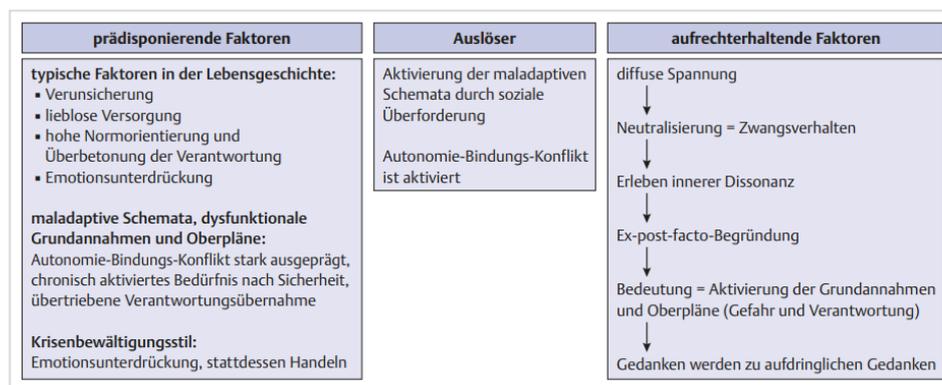
maladaptiver Schemata nicht. Die unangenehme diffuse Spannung kann infolgedessen nicht mit einer angemessenen Handlung abgebaut werden, stattdessen erfolgt ein Rückgriff auf ritualisierte Handlungen, den Zwangshandlungen (Lakatos-Witt, 2020, S. 471).

Erst dann, also im Nachhinein, erfolgt eine maladaptive Bewertung der Wirklichkeit. Die Befürchtungen, was passieren könnte, wenn die Zwangshandlungen nicht ausgeführt werden, entstehen folglich erst im zweiten Schritt und liefern eine verstandesmäßige Begründung für die übertriebenen Handlungen.

Die Zwangshandlungen bewirken in weiterer Folge eine kurzfristige Reduktion unangenehmer Emotionen. Dieser positive Effekt führt zur Verstärkung und Stabilisierung der ritualisierten Handlungen. Dieser Teil ihres Ätiologie-Modells, der die aufrechterhaltenden Mechanismen beschreibt, entspricht der operanten Konditionierung des behavioristischen lerntheoretischen Zwei-Faktoren-Modells (s. vorne). Lakatos-Witt (2020) hält es, wie alle anderen VT-Autor*innen, für unbestritten (S. 469).

Abbildung 4

Integratives Ätiologie-Modell (Lakatos-Witt)



Aus *Praxis der Psychotherapie. Angelika Lakatos-Witt: Zwangsstörungen* (S. 471), 2020, Thieme. Copyright 2020 bei Thieme.

Lakatos-Witt (2020) geht davon aus, dass sich die inhaltlichen Befürchtungen reduzieren, wenn statt der diffusen Anspannung klar erkennbare Emotionen wahrgenommen werden können (S. 472).

In ihrem Behandlungskonzept übernimmt die Autorin die zentralen Elemente der KVT, ergänzt sie jedoch um explizit biographische Arbeit, emotionsfokussierende und erlebnisorientierte Techniken und den Fokus auf die therapeutische Beziehungsgestaltung, die auch nachnährende Aspekte beinhaltet: „„Die PatientInnen lernen ... zu vertrauen, zunächst dem Therapeuten bzw. der Therapeutin, dann sich selbst““ (Lakatos-Witt, 2020, S. 472). Während ihr Ätiologie-Modell von Grund auf integrativ konzipiert ist, entsteht bei ihrer Behandlungskonzeption der Eindruck von nicht durchgehend miteinander verknüpften Flickwerks.

Das Kernstück ihrer Behandlungskonzeption ist bereits aus den KVT-Ansätzen bekannt. In der Regel soll mit der direkten Symptomarbeit im Sinne von Expositionen begonnen werden. Diese wird durch die Verschiebung der Problemdefinition vorbereitet, eine vorne skizzierte kognitive Intervention weg vom Gedankeninhalt hin zur Überzeugung, dass es sich um ein emotionales Problem handelt (Lakatos-Witt, 2020, S. 474). Zudem wird vor den Expositionen mit den Patient*innen ein vereinfachtes individuelles Störungsmodell auf Grundlage des obigen Ätiologie-Modells erarbeitet. Optimaler Weise sollte es dabei schon gelingen, die biographischen Erkenntnisse auch mit einer emotionalen Aktivierung zu verknüpfen (S. 473). Ziel der Exposition ist zu lernen, dass negative Gefühle zwar unangenehm, aber aushaltbar sind. Der/die Therapeut*in hilft, die Gefühle zu vertiefen, sie zu benennen und sie gegebenenfalls biographisch einzuordnen.

Bei auf die eigene Person rückbezüglichen Emotionen wie Ohnmachts- oder Schuldgefühlen, die sich durch bloßes Aushalten kaum verändern, sollen die zumeist dahinterstehenden primären Emotionen wie Wut und/oder Traurigkeit gefunden und ausgedrückt werden (Lakatos-Witt, 2020, S. 479). Es werden dazu auch Affektbrücken zum Wiedererleben und Bearbeiten von Kindheitserlebnissen, in denen dysfunktionale Schemata entstanden sind, und weitere emotions- und erlebnisfokussierende Techniken genützt.

4.4.2. Bergen 4-Day Treatment

In eine ganz andere Richtung geht das in der Leitlinie (2022) angeführte hochfrequente Kleingruppen-Format des Bergen 4-Day Treatments (S. 54, S. 66), das laut bisherigen Studien sowohl kurz- als auch langfristig sehr erfolgreich ist. In Norwegen wurde es als Standard-Format in 47 von 50 Kliniken eingeführt, auch in den USA, Singapur und Schweden laufen derzeit begleitende Studien. Seit Herbst 2022 wird es an der Hamburger Universitätsklinik erstmals auch in Deutschland durchgeführt, Studienergebnisse mit Follow-Up Effekten sind 2024 zu erwarten.

Laut bisherigen Studien sprechen 94% der Patient*innen auf das Behandlungskonzept an, remittiert waren je nach Studie zwischen 63% und 68%. Bisherige Follow-up Studien zeigen den langfristigen Erhalt der Besserung nach 12 Monaten sowie nach vier Jahren (S3-Leitlinie, 2022, S. 66). Die Abbruchquote ist mit 0% bzw. 2,8% sehr gering.

Wie sind die Ergebnisse in Vergleich mit sonstigen KVT-Studien einzuschätzen? Laut Leitlinie (2022) sind beim Gros der Studien zwischen 43% und 77%, im Schnitt jedoch nur etwa 50% der Patient*innen remittiert (S. 57). Das spricht derzeit für eine deutlich höhere Wirksamkeit des Formats als bei anderen KVT-Ansätzen. Auch die Abbruchquote ist signifikant niedriger als sie in der Leitlinie (2022) für andere Vorgehensweisen angeführt wird (S. 70).

In dem viertägigen Kompaktformat werden Gruppen- und Einzelsetting miteinander verbunden, die Gruppe besteht aus drei bis max. sechs Patient*innen, der Betreuungsschlüssel beträgt 1 zu 1. Am ersten Tag, der nur bis zum frühen Nachmittag dauert, erfolgen Psychoedukation und Vorbereitung der Expositionsübungen in der Gruppe. An den Tagen 2 und 3 werden ganztägig (8 Stunden) Expositionsübungen in Begleitung und darüber hinaus bis in die Abendstunden in Eigenregie durchgeführt. Am letzten Halbtage steht Reflexion und die weitere Planung von Expositionsübungen im Alltag am Programm. Nach drei Monaten erfolgt eine kurze Follow-Up-Sitzung.

Kognitive Interventionen, wie sie in der deutschsprachigen im Unterschied zur skandinavischen VT verstärkt zum Einsatz kommen, spielen keinerlei Rolle. Die

skandinavische VT ist nach wie vor primär verhaltensorientiert, sie hat im Unterschied zur deutschsprachigen VT weniger Konzepte der kognitiven Wende rezipiert. Auch Interventionen wie Verhaltensbeobachtung, Erarbeitung eines spezifischen Störungsmodells oder Erarbeitung einer Zwangshierarchie, wie sie sonst zur Vorbereitung von Expositionen im deutschsprachigen Raum üblich sind, fehlen vollständig. Dafür stehen vielmehr eine starke Fokussierung auf eine verhaltensorientierte Motivation, was will ich wieder erreichen, was ist mein eigenes Projekt - wie etwa wieder ohne Zwangssystem Autofahren zu können - und was ist das Projekt des Zwangs? -, und das Erkennen von Zwängen und Vermeidungsverhalten während der Expositionen im Zentrum. Wenige, einfach gehaltene, aber dafür immer wieder kehrende Botschaften und die Unterstützung der Gruppe mit Liedern und Beifall sind weitere kennzeichnende Elemente.

Expositionen stellen das Kernstück des Programms dar. Sie beginnen rasch, bereits am zweiten Tag, und sind fix terminiert. Weder Patient*in noch Therapeut*in können ihren Start vermeiden, wie es in einer weniger klar vorgegebenen Struktur oder im ambulanten Setting häufiger der Fall ist. Die Kernmotivation, in welchem Ausmaß habe ich das Zwangsprojekt in der Exposition losgelassen, in welchem Ausmaß ist es mir gelungen mein eigenes Projekt im Fokus zu haben, ist auch während der Expositionen zentral.

Möglicherweise wegweisend für künftige Behandlungsansätze ist die eingesetzte Herangehensweise an Expositionen. Angst und Anspannung werden weder in der Psychoedukation noch während der Expositionen thematisiert. Das Erreichen eines bestimmten Anspannungsniveaus und eine damit verbundene Habituation, das klassische Kernkonzept der Exposition, spielen keinerlei Rolle. Eine Exposition geht nahtlos in die nächste über, Beginn und Ende einer einzelnen Exposition werden nicht am Erreichen eines bestimmten Anspannungsniveaus während der Konfrontation und am ausreichenden Abfall danach gemessen.

Diese Konzeption scheint, auch wenn es in der vorliegenden Literatur nicht explizit erwähnt wird, mehr dem Inhibitionslernen als dem klassischen Habituationskonzept zu entsprechen. Beim Inhibitionslernen geht es um das Zulassen und Tolerieren

vermiedener Gefühle unabhängig von deren Ausprägung und um zahlreiche und vielfältige neue Erfahrungen in unterschiedlichsten auslösenden Situationen.

Zukünftige Forschung wird zeigen, ob die vielversprechenden bisherigen Ergebnisse bestätigt werden können. Interessant wären Fragestellungen zur Wirksamkeit einzelner Komponenten des Formats (Gruppendynamik, Fokus auf Motivation/Verhaltensabsicht, Exposition auf Basis von Inhibitionslernen). Möglicherweise lassen sich daraus auch Behandlungskonzepte für den ambulanten Bereich ableiten. Vermutlich trägt zur geringen Dropout-Rate neben der Stärkung durch die Gruppe und dem Fokus auf die eigene Motivation primär das Konzept des Inhibitionslernens bei, das von Patient*innen nicht das Aushalten eines maximal aversiven Gefühls wie bei der Habituation fordert.

5. Forschungsbedarf

Mit KVT einschließlich Expositionen liegt ein vielfach überprüfter und evidenzbasiert wirksamer Behandlungsansatz vor, dessen Effektstärke zu den höchsten im Bereich der psychotherapeutischen Behandlung von psychischen Störungen gehört. Wiewohl die Effektstärke von KVT sehr hoch ist, zeigt dennoch etwa die Hälfte der Patient*innen nach einer KVT-Behandlung weiterhin klinisch relevante Symptome und gilt somit nicht als remittiert. Wie sich die 50%, die nach einer KVT nicht remittiert sind, auf Responder*innen sowie Non-Responder*innen mit ungenügendem bzw. therapieresistentem Ansprechen aufteilen, wird in der S3-Leitlinie nicht angeführt, wäre jedoch zur vertiefenden Wirksamkeitsbeurteilung von hoher Relevanz.

Zu den Prädiktoren bzw. Risikofaktoren für einen erfolgreichen Verlauf gibt es derzeit nur Patient*innenbezogene Ergebnisse, die jedoch aufgrund mangelhafter Studienkonzeption nicht aussagekräftig sind. Um die Wirksamkeit von KVT zu verbessern, bräuchte es dringend weitere Studien nicht nur zu Patient*innenbezogenen, sondern auch zu Therapiebezogenen Faktoren. Möglicherweise ließe sich eine höhere Wirksamkeit durch Hinzunahme, Reduktion oder Intensivierung bestehender bzw. neuer Interventionen erreichen. Derzeit lassen sich dazu keine stichhaltigen Aussagen treffen.

Adhärenz, die Mitbestimmung des/der Patient*in über die Behandlungsinterventionen und den Therapieverlauf, ist der einzige derzeit bekannte, den Therapieerfolg mitbestimmende evidenzbasierte Faktor (S-3 Leitlinie, 2022, S. 103). Daher lautet die S3-Expert*innen-Konsens-Empfehlung, Patient*innen in diagnostisch-therapeutische Entscheidungsprozesse mit einzubeziehen, da dies die Zufriedenheit und Compliance steigern und den individuell abgestimmten Behandlungserfolg optimieren kann (S3-Leitlinie, 2022, S. 220).

Zur Abbruchquote bei rein expositionsorientiertem Vorgehen werden in der Leitlinie (2022) voneinander abweichende Studienergebnisse angeführt deren Bandbreite

zwischen 6 und 40% liegt (S. 70). Das Wissen um die Ursachen könnte zu einer zielführenden Modifikation des Behandlungsansatzes führen.

Ein multimodales stationäres Vorgehen soll die Chance bieten, Therapieabbrüche zu minimieren, wobei eine empirische Überprüfung dieser Annahme bislang nicht erfolgte. Bisher wurden zwei, methodisch allerdings limitiert aussagekräftige Studien zu multimodalen stationären Ansätzen durchgeführt, die mit 11% bzw. 12,4% eine deutlich niedrigere Abbruchquote ergaben. (S-3-Leitlinie, 2022, S. 70). Zudem gibt es auch keine Ergebnisse, welche Faktoren ausschlaggebend für die geringere Abbruchquote waren. Liegt es an der Stärkung durch andere Zwangsbetroffene in der Gruppe, an der multimodalen Vorgehensweise oder an gänzlich anderen Faktoren?

Die Bestandsaufnahme deutschsprachiger Fachliteratur zur Behandlung von Zwangsstörungen ergab verschiedenste Expositionsvarianten hinsichtlich ihrer Ziele, ihrer Wirkfaktoren, ihrer Ausgestaltung und auch ihres Einsatz-Zeitpunktes im Therapieverlauf. Die Leitlinie (2022) spezifiziert Expositionen jedoch nicht genauer und führt folglich auch keine vergleichenden Forschungsergebnisse dazu an. Diese könnten möglicherweise aufschlussreiche Hinweise für deren Weiterentwicklung liefern.

Künftige Konzepte der KVT sollten eine Reduktion der derzeit vermuteten hohen Abbruchquote und eine höhere Remissionsrate bzw. sogar einen nennenswerten Recovery-Anteil zum Ziel haben. Dabei könnte nicht nur Psychoedukation und Adhärenz, sondern auch die Veränderungs-Motivation der Erkrankten eine entscheidende Rolle spielen. Weniger als die Hälfte der Erkrankten, die sich zu einer Behandlung entschlossen haben, werden mit evidenzbasierter KVT behandelt. Auf Patient*innenseite werden Befürchtungen und mangelnde Motivation als Gründe dafür genannt (S3-Leitlinie, 2022, S. 48). Auch an diesen Daten wird die Schlüssel-Rolle, die der Motivation zukommt, deutlich. Sich auf strikt vermiedene und höchst aversive Situationen einzulassen, benötigt ein Höchstmaß an Motivation. Diese sollte auch nach dem Therapieende vorhanden sein, damit die Betroffenen auch selbst Expositionen durchführen und somit die Stabilität der Therapieergebnisse absichern.

In der Leitlinie (2022) finden sich keine Hinweise zu Motivations-Aspekten, in der Fachliteratur beschäftigen sich Lakatos und Reinecker (2016, S. 45) und Rufer und Poppe (2022, S. 192) mit der trotz meist hohen Leidensdrucks ambivalenten Motivation der meisten Betroffenen.

Emotionen werden in der Leitlinie (2022) in Zusammenhang mit Ätiologie-Modellen und in Beschreibungen der Zwangssymptomatik, nicht jedoch als Bestandteil von Behandlungsansätzen genannt. Wie wirkt sich die Einbeziehung emotionsbezogener und biographischer Interventionen beispielsweise auf Motivation und kurz- und langfristige Wirksamkeit aus? Derzeit können dazu nur Mutmaßungen angestellt werden.

Grundsätzlich scheinen die VT-Ansätze in der klinischen Praxis und in der Fachliteratur weitaus vielfältiger und breiter aufgesetzt zu sein als in der Forschung, die primär noch der kognitiven Wende der VT zuzurechnen ist. Dieser Eindruck bestätigt sich, wenn in der Leitlinie (2022) von kognitiven und metakognitiven Techniken sowie verhaltensbezogenen Techniken der Exposition mit Reaktionsmanagement als Kernbestandteilen aktueller Praxis gesprochen wird (S. 49). Möglicherweise liegt dies auch an einer einfacheren Operationalisierbarkeit der Therapiefaktoren einer KVT. Je breiter aufgesetzt ein Behandlungsansatz, desto komplexer das Studiendesign bei gleichzeitig möglicherweise weniger vergleichbaren Ergebnissen.

6. Integrative Therapie

Die Integrative Therapie verfügt über keine explizit störungsspezifischen Behandlungsansätze, ergo auch nicht zu Zwangsstörungen. Daher werden in der Folge soweit für das Verständnis der Praxis erforderlich ihre theoretischen Grundpositionen und ihre behandlungstheoretischen Strategien vorgestellt.

Die IT wurde Mitte der 60-er Jahre von Hilarion Petzold, Johanna Sieper, Ilse Orth und Hildegund Heintl als Schulen-übergreifende *Humantherapie* gegründet. Ihre Konzeption ist sehr weit gefasst, betrachtet nicht nur den Menschen als Ganzes – folglich nicht nur seine Psyche – sondern auch Menschsein an sich. Humantherapie umfasst nicht nur Psychotherapie, Leibtherapie, Nootherapie, Soziotherapie, Supervision oder verschiedene Formen der Agogik, sondern auch kritische Kulturarbeit (Apfalter et al., 2021, S. 56).

Die Integrative Therapie - ein methodenübergreifendes Psychotherapieverfahren, das entwicklungs- und ökologie-orientiert und bio-psycho-sozial ausgerichtet ist – ist ein Bestandteil Integrativer Humantherapie (Leitner, 2010, S.43). Die Integrative (Psycho-) Therapie wird von Petzold (2008) auch als deren Kernbestandteil bezeichnet (S. 4). Sie ist multiätiologisch, methodenplural und multimodal und sowohl auf theoretischer als auch auf praktischer Ebene mehrperspektivisch.

Sie beinhaltet Elemente verschiedener Therapieverfahren u.a. der aktiven und elastischen Psychoanalyse (Sándor Ferenczi), der klassischen Gestalttherapie (Fritz und Laura Perls, Paul Goodman), des Psychodramas (Jakob L. Moreno), der Verhaltenstherapie (Frederick Kanfer, Klaus Grawe) und verschiedener leibtherapeutischer Ansätze (Leitner, 2010, S. 51). Hermeneutische, phänomenologische, tiefenpsychologische, systemische und behaviorale Theorien bilden ihre konzeptionelle Basis (Leitner, 2010, S. 187).

Integrative Therapie ist nicht nur Integrative Humantherapie bzw. ein methodenübergreifendes Psychotherapie-Verfahren, sondern zusätzlich auch ein theoretischer Ansatz systematischer Methodenintegration und Schulen übergreifender

Konzeptentwicklung. Ihr Integrationsparadigma steht für Entwicklung und Offenheit, für „„Standpunkte auf Zeit““ (Schuch, 2007, S 180) und nicht für die Geschlossenheit eines Verfahrens (Schuch, 2001, S. 130). Dieses Integrationsparadigma bildet die Basis für die Humantherapie und somit auch für das Psychotherapie-Verfahren.

Integrative Therapie als Bezeichnung eines geschlossenen Psychotherapie-Verfahrens bildet daher einen Widerspruch in sich. Laut Schuch (2001) bleibt die Integrative Therapie ausdrücklich ein Entwurf (S. 130). Je prägnanter sie sich definiert, desto größer wird die Gefahr, sich als geschlossenes System gegenüber anderen Verfahren abzugrenzen (Hintenberger et al., 2018, S. 249).

Die IT ist einer der umfassendsten philosophisch untermauerten Therapie-Ansätze. Für das Verständnis ihrer Praxis kommt man nicht umhin, ihre theoretische Grundstruktur zu umreißen, auch weil ihre behandlungspraktischen Strategien ohne deren metatheoretisches Fundament nicht ausreichend verständlich werden.

6.1. Tree of Science

Um sich in der Vielgestaltigkeit ihrer Theorien zu orientieren, wurde von Hilarion Petzold der *Tree of Science* als in vier Ebenen gegliederte, ordnende und zugleich offene Systematik erstellt. In ihm sind alle für die IT relevanten Theorien erfasst. Schuch (2007) bezeichnet diesen Wissensbaum als „„multiwissenschaftliches Referenzsystem““ (S. 184). Er sichert laut Petzold (2008) die konzeptuelle Konsistenz des Verfahrens (S. 2), wobei sich unter seinem Dach auch gegensätzliche oder einander sogar ausschließende Theorien befinden (Hintenberger, 2016, S. 4). Sein Strukturgerüst vernetzt zudem alle zentralen Wissensgebiete und unterstützt theoriegeleitetes, forschungsgegründetes und methodenbewusstes Integrieren (Leitner, 2010. S. 55). Im Tree of Science werden vier Theorie-Ebenen unterschieden:

1. Metatheorien
2. Klinische Theorien (realexplikative Theorien)
3. Praxeologie
4. Praxis

Metatheorien (large range theories) mit ihren Bestandteilen Erkenntnistheorie, Wissenschaftstheorie, Allgemeine Forschungstheorie, Anthropologie einschließlich

Gendertheorie, Gesellschaftstheorie, Kosmologie und Ethik, können wegen ihres umfassenden weltanschaulichen Charakters durch empirische Forschung zwar untermauert, aber letztlich nicht belegt werden.

Realexplikative Theorien oder *Therapietheorien* sind Theorien mittlerer Reichweite (middle range theories), wie etwa allgemeine und spezielle Therapietheorien, Persönlichkeitstheorie, Entwicklungstheorie und Gesundheits- und Krankheitslehre.

Die *Praxeologie* (small range theories) ist laut Schuch (2007) „die Lehre vom therapeutischen Handeln“ (S. 183). Sie setzt sich unter Berücksichtigung genderspezifischer Überlegungen mit Methoden, Techniken, Medien, Prozessen und ihrer Wirksamkeit bzw. ihren Nebenwirkungen auseinander. Petzold (2003) bezeichnet sie als die Wissenschaft der systematischen Praxis (S. 493). Ihre Theorieansätze bauen auf den Theorien der Meta- sowie der realexplikativen Ebene auf.

Zur Praxeologie zählen u.a.:

- Prozesstheorien
- Interventionslehre
- Theorie der Methoden, Techniken, Medien, Stile etc.
- Theorie Zielgruppen- und genderspezifischer psychotherapeutischer Praxis
- Theorie des Settings, der Institutionen, Praxisfelder, Zielgruppen

Die psychotherapeutische *Praxis* der IT erfolgt in verschiedenen Settings, wie der Dyade, in der Gruppe oder mit Paaren, und mit Patient*innen unterschiedlicher Altersstufen. Sie wird von den Theorien des Tree of Science getragen, womit eine stete Theorie-Praxis-Verschränkung gewährleistet wird (Leitner, 2010, S. 64).

6.2. Ausgewählte Kernkonzepte

Für ein besseres Verständnis der praxeologischen Heuristiken werden ausgewählte Kernkonzepte der Integrativen Therapie dargestellt und auf Grundprinzipien, wie sie von Anton Leitner (2010, S. 209f) ausgeführt wurden, sowie auf Kernintegratoren und Axiome Bezug genommen. Somit wird ein Teil der Essenz des pluriformen Ansatzes

sichtbar, der die Praxis wesentlich bestimmt, in den praxeologischen Theorien jedoch nicht in der Prägnanz erkennbar wird.

6.2.1. Leiblichkeitsprinzip

Der Mensch ist als Mann und Frau bzw. als 3. Geschlecht ein Körper-Seele-Geist-Subjekt im ökologischen und sozialen Kontext und Kontinuum, er ist folglich Leibsubjekt in der Lebenswelt (Apfalter et al., 2021, S. 9). Diese anthropologische Grundformel der Integrativen Therapie liegt sowohl ihrem Leiblichkeits- als auch ihrem Entwicklungsprinzip zu Grunde.

Der biologische Organismus wird als das materielle Substrat aller Lebensprozesse verstanden. Gedanken, Gefühle oder Willensakte sind hingegen transmaterielle Phänomene, die auf einer rein materiellen Ebene nicht zu fassen sind. Im Begriff des *Leibes* (Merleau-Ponty) wird der traditionelle Dualismus von Bewusstsein/Geist/Psyche (transmaterieell) und anatomischem Körper (materieell) aufgehoben. Der Körper wird in der IT als lebendiger Organismus definiert. Er ist weder nur ein Mechanismus aus Organen, Muskeln und Knochen, noch hat er nur die Rolle als Träger der Seele. In diesem Sinne sind mit Leib der beseelte lebendige Körper sowie auch der erlebende und sich selbst erlebende Körper gemeint. Kurz *Ich bin mein Leib* (Subjektbeziehung) und *Ich habe meinen Leib* (Objektbeziehung). Nach Osten (2011) wurde damit eine elegante Lösung des Problems der Körper-Seele-Geist-Welt-Verhältnisse entwickelt (S. 24).

Die leiblichen Kontaktfunktionen lassen sich grob in drei Bereiche unterteilen: Perzeption (Wahrnehmung), Memoriation und Reflexion (Gedächtnis/Denken) und Expression (Ausdruck/Handeln). Dementsprechend spricht Petzold vom perzeptiven, memorativ-reflexiven und expressiven Leib (zit. n. Rahm et al., 1999, S.105). Im memorativen Leib ist sowohl Unzugängliches, Verdrängtes und Unbewusstes, als auch Zugängliches-Bewusstes gespeichert.

Jegliche Erfahrung, die ein Leibsubjekt macht, wird in den immunologischen, neuronal-zerebralen und genetischen Speichern, den Archiven des Leibes, kontextuell aufgenommen und bildet das Leibgedächtnis, den *informierten Leib*. Dieser speichert sämtliche Inhalte von Lebenserfahrungen, kognitive, emotionale, motivationale und

volitive, gemeinsam mit dem dazugehörigen Kontext von Szenen, Atmosphären und Wörtern, weiters gemeinsam mit den im engeren Sinn leiblichen Phänomenen, mit emotionalen Bewertungen und last but not least auch mit kognitiven Einschätzungen (Jakob-Krieger, 2009, S. 273). Einmal gespeicherte Wahrnehmungen und Handlungen leiten die Struktur zukünftiger Wahrnehmungen und Handlungen.

Für die Praxis bedeutet dies u.a., dass der Leib im engeren Sinne in therapeutische Prozesse mit einbezogen wird. Die Archive des Leibsubjekts, also des Leibes im weiteren Sinne, werden in der Therapie mit Interventionen, die den Leib im engeren als auch im weiteren Sinn ansprechen, genutzt. Eine Erweiterung des Leibgedächtnisses durch Übungen auf allen perzeptiven und expressiven Leibebenen wird angestrebt – leibhaftiges Lernen leitet die Praxis.

6.2.2. Entwicklungsprinzip, Kontext und Kontinuum

In der anthropologischen Formel der Integrativen Therapie wird der Mensch als Leibsubjekt in einem raum-zeitlichen Kontext und Kontinuum definiert. Nach Auffassung der IT bleibt der Mensch über die gesamte Lebensspanne, das gesamte Kontinuum hinweg, immer in Entwicklung (life span development). Pathogenetische als auch salutogenetische Ereignisse erfolgen über die gesamte Lebensspanne. Die Neuroplastizität des Gehirns ermöglicht lebenslange Entwicklungsschritte (Apfalter et al., 2021, S. 36; Leitner, 2010, S. 199). Für die Praxeologie und Praxis bedeutet dies, den Menschen im Kontinuum seiner Lebenszeit zu betrachten, weder mit einseitigem Fokus auf frühen Erfahrungen, noch ahistorisch mit alleinigem Fokus auf die Gegenwart.

Das Kontinuum ist untrennbar an den Kontext gebunden. In der Betonung des Kontextes kommt eine systemisch-ökologische Perspektive zum Ausdruck. Petzold unterscheidet zwischen sozialen und ökologischen Mikro-, Meso und Makrokontexten. Unter Mikrokontext ist beispielsweise im sozialen die Familie bzw. enge Freunde, im ökologischen die jeweilige Wohnsituation zu verstehen. Der soziale Mesokontext könnte eine dörfliche oder nachbarschaftliche Einbindung, der ökologische die Wohngegend oder Region sein. Der Makrokontext umfasst politische oder sozioökonomische Rahmenbedingungen (Apfalter et al., 2021, S. 73).

Mit dem Kontext/Kontinuums-Konzept, eine der zentralen theoretischen Kategorien der IT, findet der Umstand Berücksichtigung, dass sich Menschen immer in bestimmten Beziehungen, in einer bestimmten Lebenszeit und in einer bestimmten sozioökonomischen Lebenslage befinden. Damit wird nach Schuch (2007) der Individualisierung und Psychologisierung des Menschen eine weiter gefasste Perspektive zur Seite gestellt (S. 182). Diese breit angelegte Sichtweise spielt nicht nur anamnestisch-diagnostisch eine Rolle, sondern sollte auch in der Behandlung, der großen Spannbreite einer Therapie als Humantherapie folgend, Berücksichtigung finden.

6.2.3. Prozessuale Vorgehensweise, Szenisches Verstehen

Die Praxis der Integrativen Therapie ist per se prozessual, situativ-relational und mit dem jeweiligen Gegenüber kreativ neu zu gestalten. Es gilt das Prinzip *Geschehen Lassen, Wirken Lassen und Handeln*. Im Gewahrwerden des Augenblicks folgt ein Wort auf das andere, ein Gefühl dem anderen und eine Szene der anderen (Schuch, 2001, S. 169). Diese Vorgehensweise ist konträr zu manualisierten Ansätzen mit vorgegebenen Interventionsabfolgen.

Abweichungen dieses Prinzips müssen therapeutisch begründet werden, wie etwa im Fall von Kriseninterventionen, verhaltensbezogenen Übungen oder der Verwendung therapedidaktischer Strukturierungen wie kreativer Medien oder Rollenspiele (Leitner, 2010, S. 99). Auch forschungsbasierte Module können, wenn sie individualisiert angewandt werden, zum Einsatz kommen.

Zudem gilt der Leitsatz *von den Phänomenen zu den Strukturen zu den Entwürfen*. Welche Phänomene werden dabei in den Blick genommen? Zum einen Phänomene der Patient*innen, wie verbale und nonverbale Mitteilungen, Emotionen, Szenen und Atmosphären, weiters die phänomenale Realität der therapeutischen Beziehung und überdies Phänomene, die der/die Therapeut*in an sich etwa als gefühlsmäßige Verfasstheit wahrnimmt (Leitner, 2010, S. 214).

Das „Schau hin“ und „Spür hin“, die Förderung und Unterstützung der differenzierten Wahrnehmung der Patient*innen, ist jedoch nur der erste Schritt, quasi die Ausgangsbasis (Apfalter et al., 2021, S. 105). Die phänomenale Wirklichkeit wird in

einem nächsten Schritt durch Hermeneutik und Metahermeneutik überschritten. Das bedeutet konkret, Phänomene in einem gemeinsamen, intersubjektiven, korrespondierenden Prozess mit dem/der Patient*in auf dahinterliegende strukturelle Gegebenheiten hin zu untersuchen und neuen Erkenntnisprozessen zuzuführen. Symptome haben in dieser Konzeption also einen kommunikativen Aspekt. Sie teilen mit, was der inneren und äußeren Kommunikation entzogen ist. Wichtigstes Gültigkeitskriterium dieser hypothetischen Interpretationen ist der/die Patient*in – es muss ihm/ihr einleuchtend vorkommen und sich für ihn/sie stimmig anfühlen (Leitner, 2010, S. 100).

So gelangt man *von Phänomenen*, wie beispielsweise einem Lächeln oder komplexer einem Symptom oder einer Verhaltensweise, *zu den Strukturen*, z.B. Störungsbildern oder Narrativen, inneren Annahmen über die Welt, Abwehrstrukturen oder Persönlichkeitsstrukturen. Und weiter *zu den* oft biographisch determinierten *Entwürfen* (Leitner, 2010, S. 58, Rahm et al., 1999, S. 383f). Dieses hermeneutische Vorgehen wird in der IT auch mit einer Spiralbewegung, *hermeneutische Spirale*, aus Wahrnehmen, Erfassen, Verstehen und Erklären beschrieben, das oft, aber nicht immer zwingend ins Handeln führt (Apfalter et al., 2021, S. 55).

Anhand des Beispiels einer depressiven Patientin, die den Kontakt zu anderen durch ausweichende Körperhaltungen vermeidet, stellt Braunbarth (2009) diesen Prozess dar (S. 70). Zuerst nimmt die Patientin ihr Bewegungsmuster bewusst wahr (*Wahrnehmen*), im nächsten Schritt erkennt sie die dadurch bedingte Einschränkung ihres Blickfelds (*Erfassen*), in der Folge ist ein Begreifen der damit einhergehenden Kontaktmeidung möglich (*Verstehen*) und zuletzt wird ihr ihre Angst klar, sich auf andere einzulassen und dadurch verletzbar zu werden (*Erklären*).

In dieser fortlaufenden multiperspektivischen Verstehens-Bemühung (Petzold et al., 2018, S. 32) spielt auch das Erinnern verdrängter unbewusster Atmosphären und alter Gefühle eine Rolle. Unbekannte Sinnstrukturen und Bedeutungszusammenhänge sollen erfahrbar gemacht werden. Ziel dieser Vorgehensweise ist u.a., dass sich der/die Patient*in selbst vertieft erlebt, sich umfassender erkennt (Waibel et al., 2009, S. 16).

Der Begriff des „Szenischen“ in der Tradition von Ilinje und Moreno ist ein weiteres zentrales Teilkonzept der IT, das in der praktischen Vorgehensweise des *Szenischen Verstehens* eine große Rolle spielt. Konkret findet die szenische Qualität eines Symptoms, etwa mit den Fragen wann, wo, mit wem, welche Inhalte und welche Atmosphäre, Beachtung. In jeder Szene liegt mehr Sinnfülle, als den Betrachtenden auf erste zugänglich ist. Auch wenn eine Szene im Hier und Jetzt spielt, hat sie immer auch Geschichte und Zukunft (Apfalter et al., 2021, S. 133; Leitner, 2010, S. 103).

6.2.4. Therapeutische Beziehung

Ko-existenz, Ko-respondenz und Intersubjektivität sind weitere axiomatische Kern-Konzepte der IT. Sie bilden eine Folie für die Gestaltung der therapeutischen Beziehung (Leitner, 2010, S. 84ff). Diese drei Begriffe sind auf den Ebenen des Tree of Science, von Metatheorie bis zur Praxis, von hoher Relevanz und machen damit deutlich, dass die therapeutische Beziehung in der IT als *der* zentrale Wirkfaktor im therapeutischen Geschehen aufgefasst wird (Wörmer, 2013, S. 32).

Alles Leben, so eine der Grundannahmen, ist von seinem Wesen her ko-existent, menschliche Existenz nur als gemeinsame Existenz zu verstehen (Ko-existenz). Daraus folgend ist Bezogenheit ein grundlegendes Lebensprinzip. Als Menschen sind wir zudem immer in Ko-respondenz. Wir stehen in Beziehung zu unserer Umwelt und vor allem zu unseren Mitmenschen, können uns ohne diese nicht entwickeln und wären vielmehr ohne sie gar nicht zu verstehen (Rahm et al., 1999, S. 79).

Wir sind jedoch auch Mittelpunkt einer je eigenen leiblichen Welt. Dies hat zur Folge, dass wir letztlich nie ganz erfassen können, wie sich der andere erlebt (Konzept der Alterität). Wenn wir uns ein Bild des anderen machen, müssen wir uns bewusst sein, dass dies nur ein Bild, jedoch nicht die Wirklichkeit sein kann.

Nach Rahm et al. (1999) bedeutet Intersubjektivität ein grundlegendes Verständnis, dass aus der Sicht des anderen die Welt anders aussehen könnte als aus unserer eigenen (S. 79ff). Wir billigen dem Anderen Individualität und damit auch Selbstverantwortlichkeit zu. Im intersubjektiven therapeutischen Ko-respondenz-Prozess kann es daher nicht um die Definition einer objektiven Wirklichkeit gehen,

sondern um eine gemeinsame Verständigung über Emotionen, innere Bilder oder Szenen. Patient*innen werden unterstützt, ihre subjektive Wirklichkeit besser zu verstehen (Reichel, 2013, S. 24).

Informed Consent, eigentlich die von Information und Aufklärung getragene Einwilligung von Patient*innen in eine Behandlung, ist in der IT im besten Fall auch ein „informed decision making“ (Leitner, 2010, S. 189), ein respektvolles, gemeinsames, aktives Gestalten des Therapieprozesses. Therapeutische Interventionen kommen daher hoch situations- und indikationsspezifisch zum Einsatz.

Dafür braucht es eine „unterstellte“ Intersubjektivität, womit die Sichtweise gemeint ist, Patient*innen als gleichberechtigte Subjekte im Therapieprozess zu betrachten, ohne die Komplexität und Struktur der therapeutischen Zusammenarbeit etwa hinsichtlich des unterschiedlichen Wissensstandes zu verkennen (Leitner, 2010, S. 86).

6.3. Praxeologie

Die Praxeologie der IT ist als theoriegeleitete, systematische Praxis konzipiert. Im besten Falle, wie von Petzold immer wieder gefordert, forschungsgestützt, wobei die empirische Fundierung nur zu einem geringen Teil gegeben ist.

Das Therapiesgeschehen wird in der IT multimodal gedacht - elastisch, pluriform, integrativ. Das Therapieverfahren verfügt über ein reichhaltiges Instrumentarium an Methoden, Techniken etc., das vielfältig kombiniert werden kann, um in elastischer Anpassung an die Erfordernisse der Patient*innen und an die jeweilige Situation die intersubjektiv mit den Patient*innen zu vereinbarenden Ziele zu erreichen (Ebert & Könnecke-Ebert, 2007, S. 183).

Ziele

Ziele werden in der IT auf Basis von Problemen, Ressourcen und Potentialen definiert. Petzold (1996) hebt ausdrücklich hervor, dass die Ziele die Methode bestimmen sollen und nicht die Methode die Ziele (S. 208). Ziele können sich im Laufe des Therapieprozesses ändern und in der Folge wiederum andere Methoden verlangen. Eine variable und polyvalente Zielstruktur ist in der IT von besonderer Bedeutung (Petzold, 1996, S. 271).

Die IT geht zudem in dem, was sie gemeinsam mit und für die Patient*innen erreichen will, weit über ein ausschließlich am klinischen Krankheitsmodell ausgerichtetes Zielverständnis, wie es etwa die VT vertritt, hinaus. Vielmehr wird eine „Wiederherstellung der Ganzheit und Integrität“ (Petzold, 1996, S. 215) angestrebt. Nicht nur Heilung, sondern auch Förderung stehen im Fokus. Über die reparative Wiederherstellung hinaus, soll die Entwicklung von Fähigkeiten (Kompetenzen) und Fertigkeiten (Performanzen) immer in das therapeutische Handeln mit einbezogen werden (Petzold, 1996, S. 216).

Für Petzold (2003) sind im Therapieprozess nicht nur therapeutische Globalziele, wie die Gewährleistung von Selbstregulation und Selbstverwirklichung (Prophylaxe, Erhaltung, Restitution, Entwicklung, Coping) anzustreben, sondern auch eine Humanisierung des Lebenszusammenhangs an sich (S. 504f). Diese soll durch politische und infrastrukturelle Interventionen, beispielsweise zur Verbesserung sozioökonomischer Bedingungen, erreicht werden (Repräsentation, Amelioration). Auch hier wird die Konzeption der IT als Humantherapie deutlich erkennbar.

In einem so weit gefassten Therapieverständnis finden sich neben dem im klinischen Sinne verstandenen Ziel der Heilung (curing), Ziele der Bewältigung von irreversiblen Schäden (coping), der Stütze (support) in problematischen Situationen, der Erweiterung des persönlichen Horizonts (enlargement), der Bereicherung des Lebens (enrichment), aber auch das Ziel der Stärkung der Selbstbestimmtheit (empowerment) im Sinne des „kämpferischen Eintretens, wo Rechte verletzt und eingeschränkt werden“ (Petzold, 1996, S. 215).

Integrative Humantherapie hat daher neben der klinischen Dimension zum einen eine durch die Förderung eines gesundheitsbewussten und aktiven Lebensstils salutogene, gesundheitsfördernde und –erhaltende Dimension, zum anderen durch die Förderung persönlicher Souveränität, von Ressourcen und Potentialen eine persönlichkeitsentwickelnde Dimension und nicht zuletzt auch eine kulturkritische Dimension.

6.3.1. Prozesstheorie

Nach Petzold (1996) ist jede Therapie als ein höchst komplexes und spezifisches Geschehen mit zahllosen Einflussfaktoren zu verstehen, eine Simplifizierung ihrer Prozessabläufe erscheint nicht möglich (S. 270f). Therapeutische Prozesse haben in der IT grundsätzlich, wie bereits vorhin anhand des Intersubjektivitätsprinzips erläutert, keine vorab strukturierten Verläufe, sie sind höchst differentiell, spezifisch für jede Situation und für jeden/jede Patient*in (Apfalter et al., 2021, S. 110).

In Abgrenzung zu Phasenmodellen entwickelte Petzold (1996) daher das Konzept der *Viationen* und *Trajektorien* (S. 229). Eine Viation ist eine biographisch begründete Verlaufsbahn, die von den Interessen und der Psychodynamik des jeweiligen Menschen, seinen Einflüssen aus der aktuellen Lebenswelt und seinem sozialen Gefüge geprägt ist. Sowohl Patient*in als auch Psychotherapeut*in bringen ihre Viationen in den Prozess mit ein. Die Verläufe der Viationen eines konkreten Therapieprozesses sind variabel, weisen aber auch aufgrund des Gesetzes der Kontinuität eine gewisse Bestimmbarkeit auf (Apfalter et al., 2021, S. 146). Trajektorien sind Streckenführungen des/der Therapeut*in, also handlungsanleitende Konzepte und Strategien, wie etwa welcher Weg der Heilung gerade angebracht ist (Apfalter et al., 2021, S. 138). Viationen, sowohl des /der Patient*in als auch des/der Therapeut*in, bilden gemeinsam mit den Trajektorien des/der Therapeut*in einen konkreten therapeutischen Prozess.

Tetradisches Modell

Entgegen der ausdrücklichen Vorbehalte gegenüber Prozessmodellen ist das von Petzold Ende der 60er Jahre entwickelte Tetradische Modell nach Sieper (2001) bis heute eine Leitlinie der Prozessstrukturierung (S. 111). Es ist ein vierstufiges Prozessmodell mit Initial-, Aktions-, Integrations- und Neuorientierungsphase und dient als Grobstruktur für eine vertikale Sequenz, also den Ablauf einer Therapieeinheit, als auch als Struktur für horizontale Therapieverläufe, den therapeutischen Prozess als Ganzes.

Es ist nicht nur als beschreibendes idealtypisches Modell konzipiert, sondern soll auch handlungsanleitend für die Praxis sein. Die Übergänge zwischen den Stufen sind

nicht immer deutlich zu trennen. Phasen können oszillieren oder auch umschlagen, so kann z.B. eine Integrationsphase erneut in einer Aktionsphase münden. Die Abfolgen sind infolgedessen nicht zwingend als linear zu verstehen (Ebert & Könnecke-Ebert, 2007, S. 188; Leitner, 2010, S. 204).

Petzold (1996) betont jedoch explizit, dass das Modell aufgrund der großen Vielgestaltigkeit von Therapieverläufen nur als prinzipielle Orientierung gesehen werden darf und sieht es eher noch geeignet als Modell für eine vertikale Therapieeinheit, den Mikrobereich, als für horizontale Therapieverläufe, den Meso und Makrobereich (S. 230). In der Standardliteratur wird es hingegen weiterhin durchgängig als zentral angeführt (Apfalter et al., 2021, S. 132; Leitner, 2010, S. 226; Jobst & Reichel, 2013, S. 77ff, Rahm et al, 1999, S. 370ff).

Initialphase (Differenzierung – Komplexität)

Bezogen auf den gesamten Therapieverlauf erfolgt in dieser Phase Kennenlernen, Kontakt- und Vertrauensaufbau, anamnestisches Sammeln des Materials, eine vorläufige Hypothesen- und Zielbildung. Aus einer Fülle an Informationen und Daten entsteht durch Differenzierung und Strukturierung Prägnanz. Diese Phase hat eine diagnostisch-anamnestische Zielsetzung.

Bezogen auf die einzelne Therapiesequenz wird in der Initialphase das Thema identifiziert und die damit verbundenen Informationen und Affekte gesammelt. Ausgehend von aktuellen Phänomenen werden Ereignisse, die im memorativen Leib gespeichert sind, stimuliert und so Zugang zu alten Atmosphären und Szenen ermöglicht.

Aktionsphase (Strukturierung – Prägnanz)

Hier erfolgt eine Bearbeitung der Probleme und Themen auf der Sach- und der Affektebene, etwa mit kreativen Gestaltungen. Alte Szenen werden sichtbar, der/die Patient*in erlebt emotional und leiblich, wie alte Narrative sein aktuelles Leben bestimmen. Dies führt zu einer emotionalen Verdichtung und/oder sachlichen Vertiefung oder, wie Rahm et al. (1999) es beschreiben, alte Wunden brechen wieder auf, werden wieder erlebt und durchgearbeitet (S. 371). Die Zielsetzung ist demzufolge eine psychokathartische (Sieper, 2001, S. 131). Emotionales Lernen findet statt und kann

auch zu einem Gefühl vitaler Evidenz, einem Verstehen auf allen Ebenen (emotionale Erfahrung, leibhaftiges Erleben, rationale Einsicht, soziale Bedeutsamkeit) führen.

Integrationsphase (Integration – Stabilität)

In dieser Phase geht es mit einer analytisch-kommunikativen Zielsetzung um die gemeinsame Reflexion der Aktionsphase, um ein vertieftes Verstehen und um die Integration des Erfahrenen (Sieper, 2001, S. 131).

Es ist eine Phase des Einsichtslernens. Das Erlebte wird neu geordnet, emotionales Geschehen der beiden vorangegangenen Phasen aufgearbeitet, in Beziehung gesetzt zu ähnlichen Erfahrungen, kognitiv eingeordnet. Alte Szenen verlieren ihre bestimmende Kraft. Zudem wird mit der Frage, welche Konsequenzen im Denken und Handeln sich daraus ergeben könnten, zu Handlungsmöglichkeiten übergeleitet. Das sprachlich-kognitive Integrieren des zuvor Erlebten ist die Basis für Veränderungen und für die nächsten Schritte. In der Aktionsphase zeigt sich das Thema und seine Veränderung noch primär im Inneren, im Fühlen und Denken und in der therapeutischen Beziehung (Jobst & Reichel, 2013, S. 86).

Neuorientierungsphase (Kreation – Transgression)

Diese letzte Phase hat mit einer verhaltensmodifizierenden Zielsetzung ein Verändern und Erproben im Fokus (Sieper, 2001, S. 131). Der/die Patient*in kann aus dem Wahrgenommenen, Erfassten und Verstandenen, den emotionalen Erfahrungen und rationalen Einsichten, Konsequenzen ziehen und zu verhaltensbezogenen Änderungen seines Lebens kommen. Das Gelernte wird also umgesetzt und führt zu Veränderungen im Alltag, Transfer findet statt.

Diese Phase hat ein deutlich behaviorales Element, das nach Sieper (2001) durchaus Konnektivierungen zu behavioristischen Traditionen aufweist (S. 111). Der Transfer in den Alltag (Beziehungen, Familie, Beruf etc.) führt oft auch zu Veränderungen des Kontextes des/der Patient*in. Die Erfahrungen, die er/sie damit macht, wirken entweder bestätigend oder führen zu einer Adaptierung des Versuchten.

Die Neuorientierungsphase kann somit wieder zum Beginn einer neuen Initialphase werden und zu einem weiteren Zyklus der tetradischen Abfolge führen (Leitner, 2010, S. 216). Der Prozess verläuft als Spirale, jede Windung umfasst die vier Schritte, die Themen kehren daher immer wieder, grundsätzlich progredierend, jedoch in jeweils erweiterter Form auf einer neuen Integrationsstufe (Rahm et al., 1999, S. 371).

Auf einer praxeologischen Ebene werden im tetradischen Modell verschiedene Ausrichtungen, etwa eine diskursiv-hermeneutische, eine tiefenpsychologische (Freud's Erinnern, Wiederholen, Durcharbeiten; Apfalter et al., 2021, S. 128) und auch eine behaviorale Ausrichtung miteinander verbunden (Waibel et al., 2009, S. 10). Sieper (2011) bezeichnet es daher auch als praxeologisches Integrationsmodell (S. 111).

Zudem liegt dem Modell die hermeneutische Spirale mit *Wahrnehmen - Erfassen - Verstehen – Erklären*, wie auch die therapeutische Spirale mit *Erinnern - Wiederholen - Durcharbeiten – Verändern* zu Grunde (Apfalter et al., 2021, S. 127). So findet Wahrnehmen/Erinnern in der Initialphase, Erfassen und Wiederholen in der Aktionsphase, Durcharbeiten, Verstehen und auch Erklären in der Integrationsphase und Verändern in der Neu-Orientierungsphase statt.

Die Dauer der Phasen innerhalb eines Therapieprozesses wird als sehr variabel beschrieben. Die Aktionsphase beginnt in der Regel erst dann, wenn in der Initialphase, die zwischen zwei und 20 Stunden dauern kann (Jobst & Reichel, 2013, S. 85), Sicherheit in der therapeutischen Beziehung gewonnen wurde. In der Mittelphase einer Therapie kommt es in der Regel zu größeren Tiefungen, in Abschlussphasen zu größeren Reichweiten (Rahm et al., 1999, S. 372).

Vier Ebenen der therapeutischen Tiefung

Zur differenzierteren Einordnung und Beurteilung eines Prozesses aber auch zur Auswahl und Lenkung therapeutischer Interventionen, liegt in der IT das Modell der vier Ebenen der therapeutischen Tiefung vor (Leitner, 2010, S. 218). Rahm et al. (1999, S. 377) nennen es „den Weg zu den frühen Szenen“. Zwischen diesen idealtypischen Ebenen gibt es keine klare Trennung, die Prozesse können auf verschiedenen Ebenen parallel laufen oder zwischen den Ebenen oszillieren (Schuch, 2001, S. 176).

1. *Ebene der Reflexion – Was ist bzw. war? Erzählen Sie einfach mal*

Erinnerungen kommen als gedankliche Inhalte ohne sichtbare emotionale Beteiligung ins Bewusstsein. Das exzentrische Ich wird aktiviert.

2. *Ebene des Bilderlebens und der Affekte – Wie erleben Sie das? Was spüren Sie?*

Die Exzentrizität ist schon etwas mehr eingeschränkt, das Ich wird vom Strom der Affekte affiziert, es wird eine stärkere gefühlsmäßige Beteiligung deutlich. Diese zweite Ebene wird in *Bilderleben ohne emotionale Beteiligung* – der/die Patient*in sieht die innere Szene wie einen Film vor sich ablaufen, der keine größere Beteiligung auslöst - und *Bilderleben mit emotionaler Beteiligung* unterschieden, bei dem er/sie vom Geschehen berührt wird, wie bei einem Film, der ihn/sie berührt, aber bei dem er/sie nach wie vor Zuseher*in bleibt (Schuch, 2001, S. 176f). Die emotionale Beteiligung kann dabei durchaus stark werden, der Körper bleibt dabei aber relativ unbeteiligt. Falls es doch zu Tränen kommt, so ist das Weinen meist flach und kurz (Leitner, 2010, S. 219).

3. *Ebene der Involvierung – Woran erinnert Sie das? Woher kennen Sie das? Fragen zur Konkretisierung der damaligen Szene (wie sah es dort aus, wer war dabei etc.)*

Der/die Patient*in ist nun nicht mehr Zuseher*in, sondern quasi in die Szene eingetreten. Erinnerungen, Szenen und Gefühle der Vergangenheit, häufig Themen aus der Kindheit und der Jugend (Apfalter et al., 2021, S. 138), steigen in großer Erlebnisintensität und Dichte auf. Im Hier und Jetzt der therapeutischen Situation wird die Vergangenheit wie gegenwärtig, der zeitliche und emotionale Abstand zur damaligen Szene ist aufgehoben. Die Außenrealität tritt stark zurück, die Kognitionen sind eingeschränkt, während Gefühle wie Schmerz, Zorn, Angst oder Freude den Körper durchrütteln können.

4. *Ebene der autonomen Körperreaktionen*

Es kommt zu massiven Regressionen, die kognitive Kontrolle ist nicht mehr vorhanden, der Körper scheint autonom zu agieren. Dies kann sich durch tiefes Atmen, Zittern, Würgen, Schreien äußern. Diese Ebene kann leise und ohne Ankündigung auftreten, oder durch tiefende Interventionen während der Involvierungs-Ebene wie „Folge deinem Körper, bleib bei diesem Gefühl“ induziert werden. Sie kann aber auch ad hoc, beispielsweise durch eine leibliche Intervention, angestoßen werden.

Entscheidend für eine induzierte Tiefung (top down) ist neben der dafür erforderlichen Indikation u.a. die Tragfähigkeit der therapeutischen Beziehung und der Blick auf den zeitlichen und räumlichen Rahmen, damit als Ziel am Ende einer Therapieeinheit mit Flachungs-Ansätzen (bottom up) wieder die erste Ebene der Reflexion erreicht werden kann.

Das Modell scheint noch aus einer Zeit zu stammen, in der kathartisches Durcharbeiten als der Königsweg der therapeutischen Vorgehensweise favorisiert wurde (Ebert & Könnecke-Ebert, 2007, S. 205). Je tiefer die Regression in der Wiederbelebung alter Szenen, je höher die Gefühlsintensivierung, umso besser.

Ebert und Könnecke-Ebert (2007) vertreten die Auffassung, dass mittlerweile alle Tiefungsebenen als gleichrangig betrachtet werden sollten, also unter Einbeziehung der vierten. Leitner schließt sich dem an (S. 219), ist hingegen gleichzeitig der Auffassung, dass es für eine aktiv tiefende therapeutische Vorgehensweise grundsätzlich einer spezifischen Indikation bedarf, da etwa bei Patient*innen mit einer posttraumatischen Belastungsstörung die Gefahr von Retraumatisierungen besteht (S. 219). Er meint zudem, dass die therapeutische Relevanz nicht vom Erreichen einer bestimmten Tiefungsebene abhängt und der sich spontan entwickelnde Prozess dem induzierten vorzuziehen ist (S. 219). Argumente, warum die vierte Ebene anzustreben wäre, werden nicht angeführt. Es entsteht der Eindruck argumentativer Uneinheitlichkeit einander widersprechender Aussagen.

Auf Basis aktuellen Wissenstands drängt sich die Frage auf, ob wir uns im therapeutischen Geschehen nicht bemühen sollten, zwischen der ersten und der dritten Tiefungsebene zu bleiben. Die müsste zu einer klaren Abänderung des Modells führen.

6.3.2. Interventionslehre

Interventionen sind zielbezogene, bewusst und auf ihre Auswirkungen hin achtsam gesetzte Handlungen und Strukturierungselemente, die den therapeutischen Prozess im Rahmen einer Methode leiten, begleiten und voranschreiten lassen. Nach der Interventionslehre der IT sollen diese theoriegeleitet und ethisch legitimierbar, unter Beteiligung und Einbeziehung der Patient*innen und unter Berücksichtigung von Kontext und Kontinuum, gesetzt werden (Apfalter et al., 2021, S. 66). Nach Petzold

(2003) benötigen sie eine ko-respondierende Vorbereitung, Erarbeitung und Realisierung (S. 503).

Petzold (2003) differenziert Interventionen nach deren Wirkungsbreite, also der Weite ihres Eingriff-Raumes, und nach deren Intensität, der Eingriffs-Tiefe (S. 506). Interventionen helfen nach Rahm et al. (1999) Phänomene zu verdeutlichen und führen zu szenischem Erleben von Vergangenen (S. 384).

Wie sich Therapeut*innen verhalten oder nicht verhalten, Blicke, Körperhaltungen, Gestik und Mimik, Tonfall u.a.m., sind ebenfalls bereits als Interventionen zu verstehen. Darüber hinaus wird auf das reiche Repertoire der methodischen Zugangsweisen der Integrativen Therapie zurückgegriffen.

Rahm et al. (1999) weisen darauf hin, dass der Begriff Techniken synonym mit Interventionen verwendet wird (S. 389). Die Differenzierung zwischen Interventions- und Methodenlehre ist in der vorliegenden Literatur nicht durchgängig konsistent. Techniken/Interventionen werden zum Teil als Bestandteil der Methodenlehre verstanden, zum Teil auch als eigene Interventionslehre der Methodenlehre an die Seite gestellt.

6.3.3. Methodenlehre

Die Methodenlehre ist nach Ebert und Könnecke-Ebert (2007) das Herzstück der Praxeologie der IT (S. 183). Die IT verfügt über ein vielfältiges Repertoire an Behandlungsmethoden, Techniken, Medien, Formen, Wegen, Modalitäten und Stilen. Diese sind alle darauf ausgerichtet, intersubjektiv unterfangen und theoriegeleitet, Ziele für und mit dem/der Patient*in zu erreichen.

„Man hat wie ein elastisches Band den Tendenzen des Patienten nachzugeben“.
Dieser Satz von Sándor Ferenczi, den Petzold zitiert (1996, S. 268), gilt sowohl für die Ziele, als auch die Wahl der Methoden, Techniken etc. In der klinischen Praxis spielen Theorie und Diagnose eine bedeutsame Rolle. Das Therapiegeschehen ist jedoch niemals ausschließlich oder überwiegend von Diagnose und Theorie, wie bereits zuvor in Zusammenhang mit dem Zielverständnis der IT skizziert, bestimmt.

Die Integrative Therapie sieht sich zudem ausdrücklich als Verfahren, in dem kreative Medien und Methoden als wichtige Elemente einbezogen werden (Apfalter et al., 2021, S. 88).

Definitionen

Unter *Methode* wird in der IT ein konsistentes, theoriegeleitetes Ensemble von Praxisstrategien verstanden, mit dem Therapieziele erreicht werden können (Apfalter et al., 2021, S. 92). Die IT als Verfahren verfügt mit der Integrativen Bewegungs- und Leibtherapie, der Kreativitätstherapie, der Tanz- und Musiktherapie und weiteren Therapieformen über verschiedenste Methoden (Jobst & Reichel, 2013, S. 92).

Techniken sind Instrumente zur Strukturierung von Situationen im Rahmen einer Methode wie beispielsweise Wahrnehmungsübungen, Rollenspiele, Imaginationen, leerer Stuhl-Techniken oder Bewegungsinterventionen.

Medien sind Träger von bewussten und unbewussten Informationen wie Tücher, Farben, Ton (Erde), Puppen oder Instrumente. Sie regen die Bewegungs- und Gefühlsqualitäten an und unterstützen verbales wie auch non verbales Ausdrucksvermögen (Jobst & Reichel, 2013, S. 93; Apfalter et al., 2021, S. 88).

Unter *Formen* sind verschiedene Settings gemeint, wie etwa die Arbeit in der Dyade (Einzeltherapie), Paar-, Familien-, Gruppen- oder Netzwerksettings.

Mit *Wegen* sind komplexe zielorientierte Grundstrategien im therapeutischen Vorgehen gemeint, die indikationsspezifisch einzeln oder kombiniert verfolgt werden können. In der IT wird zwischen *Vier Wegen der Heilung und Förderung* unterschieden (Apfalter et al., 2021, S. 93).

Die verschiedenen Interventionen können in unterschiedlichen *Modalitäten*, wie übungszentriert, erlebniszentriert, konfliktzentriert–aufdeckend, konservativ stützend, netzwerkaktivierend oder medikamentös, angewandt werden. Modalitäten sind sozusagen der Anwendungsmodus der Methode (Apfalter et al., 2021, S. 92f).

Stile sind Qualitäten der Intervention im Rahme der Methode wie direktiv/non-direktiv, abstinenz/zugewandt, aufdeckend/stützend, selektiv-offen oder partiell-teilnehmend (Apfalter et al., 2021, S. 129).

Nach Petzold (1996) sind vier Faktoren für die Gestaltung des Therapieprozesses entscheidend (S. 268):

1. Persönlichkeit des/der Patient*in
2. Persönlichkeit des/der Therapeut*in
3. Angestrebte Ziele
4. Rahmenumstände (Setting, Zeit etc.)

Vier Wege der Heilung und Förderung

In dem Versuch, die therapeutisch wirksamen Faktoren der IT herauszuarbeiten, kristallisierten sich aus der Vielzahl therapeutischer Vorgehensweisen vier große Wirkkomplexe heraus – die vier Wege der Heilung und Förderung (Petzold, 1996, S. 214). Sie wurden auf Basis klinischer Erfahrungen entwickelt und bilden die Basis des therapeutischen Handelns (Apfalter et al., 2021, S. 149). Die vier Wege werden je nach Patient*innen-Variablen (Störungsbild, Lebenssituation, Entwicklungsstand etc.) genutzt. Die Schwerpunkte können dabei variieren. Sie können als Hauptwege mit vielen Nebenwegen und Querverbindungen gesehen werden.

1. Weg Bewusstseinsarbeit / Sinnfindung / emotionales Verstehen

Im ersten Weg geht es darum, sich selbst, die Menschen, die Welt und das Leben wahrnehmen und verstehen zu lernen (Petzold, 2012, S. 25). Er ermöglicht Selbsterkenntnis und Selbstverständnis. Dafür braucht es zum einen Exzentrität, die Fähigkeit über sich selbst nachdenken zu können und das Erlebte aus einer emotionalen Distanz zu betrachten, und zum anderen die Fähigkeit zur Regression, da alte belastende Szenen und damit verbundene Affekte wiederbelebt und gefühlt werden. In Reflexion des hierbei Erlebten und mit größerem emotionalem Abstand ist schließlich ein größeres Verständnis für die Symptomatik oder das eigene Leben möglich.

Die hermeneutische Spirale verdeutlicht den intersubjektiv unterfangenen Prozess der Bewusstseinsarbeit – vom Wahrnehmen des unmittelbaren Erlebens zum Erfassen,

weiter zum Verstehen und schließlich zum Erklären der im Leben wirksamen Strukturen. So macht das Wahrgenommene Sinn, ermöglicht Einsicht in die eigenen Muster und lebensgeschichtlichen Zusammenhänge (Apfalter et al., 2021, S. 149). Der Sinn von Symptomen wird auf allen Ebenen verstanden und ermöglicht ein Erfahren von „vitaler Evidenz“.

Ziel des ersten Weges ist die Auflösung narrativer Fixierungen, kognitiver Strukturen, bzw. die Auflösung von Mustern und Lebensstilen. Es sollen kognitive Um- und Neubewertungen lebensgeschichtlicher Zusammenhänge stattfinden (Petzold, 1996, S. 219). Zudem wird ein neuer Zugang zur eigenen Biographie angestrebt, indem verdrängte Störungen, Konflikte, Traumata und Defizite bewusstgemacht werden.

Die Arbeitsweise im ersten Weg ist vor allem konfliktzentriert und einsichtsorientiert. Oft ist diese Bewusstseins-Arbeit erst möglich, wenn über den zweiten und dritten Weg genügend Stabilität und Vertrauen entstanden ist. Das Geschehen spielt auf den ersten beiden Tiefungs-Ebenen, der Reflexion sowie des Bilderlebens und der Affekte (Petzold, 1996, S. 55). Die Persönlichkeitsbereiche des Ich und der Identität werden angesprochen.

Braunbarth (2009) vergleicht den ersten Weg mit dem Ansatz der KVT, die eine Bewusstmachung und Veränderung dysfunktionaler Denkmuster zum Ziel hat (S. 70). Im Unterschied zur VT ist die Vorgehensweise in der IT jedoch eingebettet in ein gesamt biographisches Verständnis und eine Aufhellung unbewusster Störungen und Konflikte.

2. Weg Nach- und Neusozialisation, emotionale Differenzierung, Grundvertrauen, Selbstwert

Ziel des zweiten Weges ist die weitest mögliche Behebung von Defiziten in der Persönlichkeitsentwicklung, also die Wiederherstellung von Persönlichkeitsstrukturen, die durch Traumata und Defizite beschädigt bzw. mangelhaft ausgebildet wurden. Zudem wird eine Nachsozialisation zur Wiederherstellung von beeinträchtigtem Grundvertrauen und zur Stärkung des Selbstwerts angestrebt. Sich zugehörig fühlen, beziehungsfähig werden, Liebe spüren und geben und sich selbst zum Freund werden, werden als Ziele genannt (Petzold, 1996, S. 236; Petzold, 2012, S. 29). Während es im

ersten Weg um Selbstverstehen geht, wird im zweiten Weg unmittelbar erlebbar, von einem anderen verstanden zu werden.

Dies geschieht, auf Basis einer tragfähigen therapeutischen Beziehung, zum einen durch emotionale Differenzierungsarbeit, also durch Spüren und Benennen bisher nicht verbalisierbarer Empfindungen und Gefühle, mit dem Ziel einer Erweiterung des emotionalen Erlebens- und Ausdrucksspektrums (Apfalter et al., 2021, S. 149). Zum anderen durch die Veränderung dysfunktionaler Narrative, die sich als Folge etwa traumatischer Erfahrungen herausgebildet haben. Und vor allem durch die Ermöglichung alternativer und korrekativer sowohl emotionaler als auch kognitiver Erfahrungen, kurz durch eine Verankerung neuer guter Szenen und Atmosphären mit Hilfe von Nach- und Neubeelterungs-Prozessen (Parenting und Reparenting). Dabei ist darauf zu achten, dass die „Als-ob“-Qualität deutlich bleibt. der/die Therapeut*in kann dem/der Patient*in nur *wie* ein guter Vater oder *wie* eine gute Mutter sein. Es wird also keine vollständige Regression angestrebt, der erwachsene Mensch bleibt immer präsent.

Der zweite Weg fußt auf Konzepten der Sándor Ferenczi-Schule (Balint, Winnicott etc.) und auf Ergebnissen der Säuglingsforschung (Leitner, 2010, S. 220). Menschen sollen das erhalten, was sie entbehren mussten. Er spricht alle Bereiche der Persönlichkeit an (Selbst, Ich, Identität), besonders jedoch das archaische Selbst (Petzold, 1996, S. 238).

Traumatisierte Patient*innen mit defizitären, verletzenden Beziehungserfahrungen, also mit frühen Schädigungen des archaischen Selbst und des archaischen, noch nicht voll ausgebildeten Ichs, sind der Indikationsbereich dieses Weges. Rahm et al. (1999) sprechen in diesem Zusammenhang von einer fördernden guten Komplementärrolle des/der Therapeut*in (S. 333).

Nach Petzold ist bei frühen Schädigungen rein verbale Therapie zu wenig (1996, S. 57), da diese überwiegend die sekundäre Struktur der Persönlichkeit, also das Ich, und nicht das archaische Selbst erreicht. Infolgedessen sollen leibliche Berührungen oder gute, identitätsstiftende Blicke mit einbezogen werden.

Am zweiten Weg wird vermehrt auf der Tiefungsebene der Involvierung gearbeitet. Der erste Weg, die Einsicht in Zusammenhänge mit Bewusstseinsarbeit, und der dritte Weg mit Erlebnisaktivierung sind mit einbezogen. Die Arbeitsweise/Modalität ist vor allem konfliktzentriert und erlebnis- und emotionsorientiert.

3. Weg Ressourcenorientierte Erlebnisaktivierung, Alternative Handlungsmöglichkeiten, Persönlichkeitsentfaltung

Hier steht die Entwicklung und Förderung von Ressourcen und Potentialen wie Kreativität, Phantasie oder Sensibilität im Vordergrund. Die Neugierde auf sich selbst und andere soll gefördert, der Erlebens- und Ausdrucksspielraum erweitert, sinnlich-eigenleibliche Selbstwahrnehmung und Persönlichkeitsvielfalt unterstützt werden (Petzold, 2012, S. 29; Apfalter et al., 2021, S. 149). Diesen Weg will Petzold (1996) nicht nur als therapeutische Maßnahme, sondern auch im Sinne des anthropologischen Krankheitsbegriffs als Aktion gegen multiple Entfremdungsprozesse verstanden wissen (S. 253).

Mittel hierzu ist Erlebnisaktivierung und multiple Stimulierung, die Erfahrung spielerischer und kreativer Atmosphären in der Dyade oder in der Gruppe. Das gesamte Spektrum der Methoden, Techniken und Medien, über das die Integrative Therapie mit ihren kreativen Medien verfügt, kann hier eingesetzt werden. Schreiben von Gedichten oder Märchen, Ausdruck in Farbe, Form oder Bewegung sowie Improvisation auf Instrumenten helfen, sich wieder als schöpferisches Wesen erfahren zu können (Petzold, 1996, S. 252f).

Meist ohne auf die Biographie einzugehen, entfaltet dieser Weg seine Wirkung, indem er vorhandene Defizite abfedert oder kompensiert, ohne dass die Quellen dieser Defizite unbedingt aufgedeckt bzw. bearbeitet werden müssen. Konfliktzentrierte Arbeit mit ihrer Zentrierung auf Defizite und Schwieriges findet im 3. Weg eine Ergänzung in der kreativitätstherapeutischen Förderung salutogener und protektiver Faktoren. Aufbauend auf Ressourcen und Potentialen des/der Patient*in können alternative heilende Erfahrungen gemacht werden, ohne dass es unbedingt Prozesse der Aufarbeitung geben muss.

Das Alltagsleben als Lern-, Experimentier- und Übungsfeld wird gezielt mit einbezogen. Hausaufgaben werden in der Therapie gemeinsam vorbereitet und sollen im Alltagsleben umgesetzt werden.

Petzold (1996) sieht diesen Weg vor allem bei hohem Abwehryniveau, wenig ausgeprägtem Introspektionsvermögen oder Einschränkungen in der Wahrnehmungs- bzw. Ausdrucksfähigkeit indiziert (S. 251). Er ist geeignet für Patient*innen mit verarmter Lebenswelt, mit Entfremdungsphänomenen (anthropologischer Krankheitsbegriff), zur Stimulierung und dem Ausdruck sinnlicher und eigenleiblicher Wahrnehmungen und für Patient*innen, die ihr Potential erweitern wollen.

Es wird vor allem mit erlebnis- und übungszentrierten, aber auch mit netzwerkorientierten und supportiven Modalitäten gearbeitet.

4. Weg *Alltagspraktische Hilfen, Förderung der Bildung psycho-sozialer Netzwerke, Ermöglichung von Solidaritätserfahrung*

Die Förderung von Solidaritätserfahrungen zwischen Therapeut*in und Patient*in und die Unterstützung beim Aufbau eines sozialen Netzwerkes sind bei diesem Weg im Fokus. Ziele sind die Vermittlung eines Gefühls der Eingebundenheit, die Ermöglichung der Erfahrung sozialer Zugehörigkeit und nicht zuletzt die Förderung von Souveränität und die Pflege altruistischen Engagements. Konkret praktizierter Altruismus soll zum einen gesundheitsfördernd-heilendes und persönlichkeits-entwickelndes Potential haben und zudem eine Verringerung von Hilflosigkeit und einen Zugewinn von Kontrolle und Selbstwirksamkeit ermöglichen (Apfalter et al., 2021, S. 150).

Im Sinne der Konzeption der IT als Humantherapie wird der 4. Weg auch als politische Aktion in Form wechselseitiger Unterstützung und Ermutigung verstanden. Neben die individuelle Psychopathologie und klinische Krankheitslehre stellt Petzold (1996) eine gesellschaftsbezogene anthropologische Krankheitslehre, die die individualisierende Perspektive übersteigt und den Blick in den gesellschaftlichen Raum weitet, um Gegenakzente gegen multiple Entfremdungsphänomene zu setzen (S. 264). Auch in der Therapie werden gemeinsam mit dem/der Patient*in exzentrisch und

metaperspektivisch die *Ursachen hinter den Ursachen* und die *Folgen nach den Folgen* in den Blick genommen (Schuch, 2001, S. 178)

Neben der Ermöglichung von Solidaritätserfahrungen stehen auch alltagspraktische Hilfen bei der Lebensbewältigung unter der Verwendung behavioraler, supportiver und netzwerktherapeutischer Methoden im Fokus (Schuch, 2001, S. 179). Dieser zweite Aspekt des vierten Weges wird von Petzold in den Standard-Texten allerdings nicht angeführt (Petzold, 2012, S. 27; Petzold, 1996, S. 260ff). Im vierten Weg kommen primär netzwerkorientierte und supportive Modalitäten zum Einsatz.

14 + 3 Heil- und Wirkfaktoren

Auf Basis der Wirkfaktorenforschung der 1980er und 1990er Jahre und der Auswertung langjähriger Therapie-Dokumentationen stellte Petzold 14 + 3 therapeutisch wirksame Faktoren bzw. Prozesse vor, die indikationsspezifisch und abhängig vom Prozessverlauf eingesetzt werden können (2012, S. 13; 2018). Petzold (2012) weist jedoch ausdrücklich darauf hin, dass die Wirksamkeit der Faktoren erst durch Forschung nachgewiesen werden müsste (S. 14) und noch mehr gesichertes, insbesondere störungsspezifisches Wissen bei deren spezifischer Anwendung sinnvoll wäre (S. 15). Die 14 + 3 Wirkfaktoren sind in die vier Wege der Heilung und Förderung eingebettet.

*Bei allen Patient*innen* kommen folgende Faktoren zum Einsatz:

1) Einführendes Verstehen, Empathie

Der/die Therapeut*in versucht zu fühlen und zu begreifen, wie der/die Patient*in fühlt und wahrnimmt. Das Verständnis des/der Therapeut*in wiederum ermöglicht es dem/der Patient*in, sich selbst besser zu verstehen.

2) Emotionale Annahme und Stütze

Der/die Patient*in wird von dem/der Therapeut*in bedingungslos akzeptiert. Dieses Erleben ermöglicht, negative selbstzuschreibende Gefühle und Denkmuster zu reduzieren (Weiß, 2019, S. 68).

3) *Förderung emotionalen Ausdrucks*

Gefühle brauchen adäquaten sprachlichen und mimischen Ausdruck. Erlebnisaktivierende Medien und vor allem die akzeptierende Präsenz des/der Therapeut*in wirken unterstützend bei Ausdruck und Benennung von womöglich bisher nicht zugelassenen Gefühlen. Defizite an affektiver Zuwendung und emotionaler Ansprache können zu Gefühlsarmut und flacher Emotionalität führen. Durch Nachsozialisation wird das emotionale Spektrum hinsichtlich Vielfalt und Intensität erweitert (Weiß, 2021, S. 68).

4) *Förderung kommunikativer Kompetenz und Beziehungsfähigkeit*

Viele Patient*innen sind in ihren Fähigkeiten mit anderen zu kommunizieren, eingeschränkt. Sie benötigen Unterstützung bei der Entwicklung von social skills wie etwa Empathie-Fähigkeit. Der Transfer von der therapeutischen Situation in den Alltag in Form von Erprobung neuer Kommunikationsmöglichkeiten darf dabei nicht außer Acht gelassen werden (Petzold, 2003, S. 1040).

5) *Förderung leiblicher Bewusstheit, Selbstregulation und psychophysischer Entspannung*

Eigenleibliches Spüren wird hier auf vielfältige Weise angeregt, dysfunktionale körperliche Selbstregulationen sollen wahrgenommen und Anregungen zur Veränderung auch in Form von Entspannungstechniken gegeben werden. Sich selbst leiblich wahrnehmen zu können, ist die Basis für das Initiieren leiblicher Regulierungsmöglichkeiten und wirkt salutogen (Petzold, 2003, S. 1041).

6) *Förderung von Lernmöglichkeiten, Lernprozessen und Interessen*

Hier wird das Bewusstsein über die Lerngeschichte des/der Patient*in gefördert und Anregungen, eigenen Interessen nachzugehen und neue Ideen umzusetzen, gegeben (Petzold, 2003, S. 1041f).

7) *Förderung kreativer Erlebnismöglichkeiten und Gestaltungskräfte*

Durch die Arbeit mit kreativen Medien (Ton, Farbe, Bewegung etc.) soll die Wahrnehmung mit allen Sinnen, das kreative Tun und die Freude am Gestalten und Ausdrücken angeregt werden. Zudem bieten kreative Medien einen unmittelbaren

Zugang zum Unbewussten und können in Prozessen der Symbolisierung komplexe Zusammenhänge zugänglich und bearbeitbar machen (Petzold, 2003, S. 1042).

8) *Erarbeitung von positiven Zukunftsperspektiven*

Die Identität eines Menschen basiert nicht nur auf seiner Vergangenheit, sondern umfasst auch seine Entwürfe für die Zukunft. Neben der Fokussierung auf die Vergangenheit soll im therapeutischen Prozess auch die Zukunftsperspektive in den Blick genommen werden. Hoffnung und positive Zukunftsperspektiven, Pläne und Lebensziele sollen aufgebaut und Befürchtungen abgebaut werden (Petzold, 2003, S. 1042).

9) *Förderung eines positiven, persönlichen Wertebezuges*

In der Wirkfaktorenforschung kommt dieser Faktor selten vor. In der IT spielt er jedoch auch aus identitätstheoretischen Überlegungen eine Rolle. Die Auseinandersetzung mit Werten und Normen und die Entwicklung persönlicher Werte ist eine der fünf Säulen der Identitäts-Theorie der IT.

Bei Patient*innen, mit denen der *erste Weg der Heilung* beschritten werden kann:

10) *Förderung von Einsicht, Sinneserleben, Evidenzerfahrungen*

Patient*innen sollen unterstützt werden, Zusammenhänge und Hintergründe zu verstehen. Dies soll in umfassender Weise, also nicht nur als kognitives Erkennen, sondern als Zusammenwirken emotionaler Erfahrung, körperlichen Erlebens und rationaler Einsicht, geschehen, als *felt meaning* oder vitale Evidenzerfahrung (Petzold, 2003, S. 1040).

11) *Förderung eines prägnanten Selbst- und Identitätserlebens*

Auch dieser Faktor ist verfahrensspezifisch für die IT. Die Konzeptionen von Selbst- und Identität gehören zu ihren zentralen realexplikativen Theorien. Selbst und Identität müssen bei sich verändernden Bedingungen immer neu reflektiert werden, positives Identitätserleben soll gefördert werden. Angestrebt wird ein klares Selbst- und Identitätserleben und damit Prägnanz durch Abgrenzung anderen gegenüber (Petzold, 2003, S. 1043).

Bei *Patient*innen*, mit denen der *vierte Weg der Heilung* beschritten wird, und die viel Stützung brauchen:

12) *Hilfen bei realitätsgerechten praktischen Lebensbewältigungen*

Tatkräftige Lebenshilfen, wie etwa den Kontakt zum/zur *Ärzt*in* herzustellen oder Kontakt mit Behörden aufzunehmen, stehen hier im Fokus. Diese Erfahrungen werden verinnerlicht und ermöglichen die Vergegenwärtigung möglicher Hilfeleistungen in der Zukunft.

13) *Förderung tragfähiger, sozialer Netzwerke*

Ein tragfähiges und unterstützendes soziales Netzwerk ist von zentraler salutogener Bedeutung, der/die *Patient*in* beim Aufbau eines solchen zu unterstützen. Auch dieser Faktor spielt in der Wirksamkeitsforschung eine untergeordnete Rolle und ist ein Spezifikum der IT. Der/die im Einzelsetting arbeitende *Therapeut*in* soll sich zudem vergegenwärtigen, dass die gesetzten Interventionen in die sozialen Netzwerke des/der *Patient*in* einwirken können (Petzold, 2003, S. 1044).

14) *Ermöglichen von Solidaritätserfahrungen*

Dieser Wirkfaktor entspricht dem vierten Weg der Heilung. Er wird durch Gruppentherapie oder Selbsthilfegruppen erfahrbar. Salutogen wirkt das Erleben, nicht allein mit einem Problem zu sein und die Erfahrung, dass andere am eigenen Leben Anteil nehmen (Petzold, 2003, S. 1045).

Die letzten drei Wirkfaktoren wurden zu einem späteren Zeitpunkt hinzugefügt (Petzold, 2018):

15) *Förderung eines lebendigen und regelmäßigen Naturbezugs*

Naturkontakte haben nach Petzold ein wesentliches entwicklungsförderndes Moment (2018, S. 30).

16) *Vermittlung heilsamer ästhetischer Erfahrungen*

Die ästhetische Erfahrung der Schönheit der Natur, der Musik, Poesie und Malerei haben protektiven und supportiven Charakter (Petzold, 2018, S. 31).

17) Synergetische Multimodalität

Hiermit betont Petzold multitheoretisches, mehrperspektivisches Konzeptualisieren etwa im Denken multipler Kausalitäten in Abgrenzung zu monokausalistischen Ätiologie-Ansätzen. Multiple Kausalitäten wiederum erfordern multimethodische Vorgehensweisen. Diese Herangehensweise sieht er nicht nur in der IT, „„die seit ihren Anfängen bedeutende behaviorale Elemente hat““ (Petzold, 2018, S. 32), sondern auch in multimodalen, integrativ orientierten Ansätzen der Dritten Welle der Verhaltenstherapie, wie Marsha Linehams DBT oder der Schema-Therapie, gegeben. Die IT fußt jedoch im Unterschied dazu auf gemeinsamen phänomenologisch-hermeneutischen Verstehens-Bemühungen von Patient*in und Therapeut*in.

Modalitäten

Unter Modalität wird in der IT der Anwendungsmodus einer Methode verstanden. Es wird zwischen sechs indikationsspezifisch einzusetzenden Modalitäten unterschieden, wobei die 6. Modalität (medikamentöse Unterstützung) nicht therapeutischer Arbeit zuzurechnen ist (Apfalter et al., 2021, S. 92f; Leitner, 2010, S. 217f; Schuch, 2001, 175f). Künftig können weitere Modalitäten erschlossen werden, beispielsweise psychotherapie-relevante naturheilkundliche Verfahren oder internetbasierte Therapie.

1. Konfliktzentriert-aufdeckende Modalität

Hier steht das Auffinden, Bewusstmachen und Bearbeiten unbewusster Störungen, psychodynamischer Konflikte und Defizite und von Szenen aus der Lebensgeschichte im Zentrum. Verdrängtes biographisches Material wird mit Methoden der aktiven Psychoanalyse, der Gestalttherapie oder des Psychodramas ko-respondierend leibhaftig bewusst gemacht. Durch die stützende und schützende Präsenz der/des Therapeut*in werden korrigierende Erfahrungen ermöglicht.

2. Konservativ-stützende, palliative Modalität

In Phasen schmerzlicher Lebensereignisse oder bei der Bewältigung überfordernder Lebensaufgaben erfahren Patient*innen Begleitung, Entlastung und Beistand.

3. Erlebniszentriert-stimulierende Modalität

Mittels kreativer Medien und multisensorischer Methoden (Integrative Bewegungstherapie, Kreative Medien, Rollenspiel, Imaginationsübungen) wird an multipler Stimulierung, Förderung der Persönlichkeitsentwicklung, Erschließung neuer Erlebens- und Ausdrucksmöglichkeiten und Aktivierung von Ressourcen gearbeitet. Insbesondere Patient*innen, die sehr kognitiv orientiert sind oder in ihrer Erlebnisfähigkeit eingeschränkt sind, profitieren von dieser Modalität. Neues Erleben wird gebahnt, problematisches geschwächt, nach dem neurobiologischen Prinzip, dass das Gehirn seine Muster nutzungsabhängig weiterentwickelt oder rückbildet. So können Verhaltensänderungen oder Symptomreduktionen auch ohne konfliktorientiertes Durcharbeiten erreicht werden (Waibel et al., 2009, S. 12).

4. Übungszentriert-funktionale Modalität

Diese Modalität dient dem Aufbau und der Stabilisierung der leiblichen Funktionen, einer funktional günstigen Haltung, Bewegung oder Atmung etwa durch die Regulierung von Spannung und Entspannung in Form von Entspannungsmethoden, körpertherapeutischen Übungen oder etwa Lauftherapie.

Bei Ebert und Könnecke-Ebert (2007) wird die übungszentrierte-funktionale Modalität in Abweichung dazu mit strukturierten Übungsangeboten, die auf Behebung, Minderung bzw. Kompensierung vorhandener Defizite gerichtet sind (S. 201), also nicht explizit leiblich, beschrieben. Auch Waibel et al. (2009) verstehen diese Modalität allgemein als Üben und Einüben neuer oder anderer Verhaltensweisen vor dem Hintergrund, dass Veränderung häufige Wiederholungen braucht (S. 11).

5. Netzwerkaktivierende Modalität

Diese Modalität ist, wie bereits in anderem Zusammenhang erwähnt, ein Spezifikum der IT. Dabei werden Ressourcen sozialer Netzwerke aktiviert, die Entwicklung neuer tragfähiger sozialer Strukturen, in denen der/die Patient*in Zugehörigkeit, Partnerschaft, Nachbarschaft, oder Kollegialität erfahren kann, unterstützt. Toxische, nicht funktionierende Netzwerke werden hingegen sichtbar gemacht und ein Umgang damit gesucht. Mapping Techniken können das soziale Netzwerk verdeutlichen.

7. VT in IT – Konnektivierung

Als methodenplurales Psychotherapie-Verfahren beinhaltet die IT auch behaviorale Theorien. Wo und in welchem Zusammenhang werden behaviorale Quellen in der IT sichtbar? Was ist mit dem Begriff *behaviorial*, den die IT verwendet, genau gemeint? Auf welche VT bezieht sich die IT? Wie können VT-Zwangsstörungs-Interventionen abgewandelt werden, sodass sie mit der IT kompatibel sind?

7.1. Behaviorales in IT

Als Behaviorismus wird die erste Phase der Verhaltenstherapie bezeichnet, in der rein äußerlich beobachtbares Verhalten, seine beobachtbaren vorausgehenden Bedingungen und auch seine nachfolgenden Konsequenzen im Zentrum der Lern- und damit Veränderungstheorie standen. Als Abgrenzung zu diesem rein auf beobachtbares Verhalten beschränkten klassischen VT-Lernbegriff wird in der IT mit *behaviorial* ein bewusst breiter Verhaltensbegriff verwendet. Er umfasst nicht nur sichtbares Verhalten, sondern auch Kognitionen, Emotionen, Volitionen und interaktiv-kommunikatives Geschehen (Sieper, 2001, S. 107). Nur das Denken, das in der VT mit der kognitiven Wende in den Fokus kam, und das Verhalten in den Blick zu nehmen, greift in der IT zu kurz. Das Phänomen des Leibes wird hierbei nicht berücksichtigt und Kognition und Denken nicht als embodied aufgefasst (Apfalter et al., 2021, S. 145).

Sieper (2001) versteht unter behaviorialer Optik verhaltensbezogene und lerntheoretische Perspektiven, die sie in der IT neben eine entwicklungsbezogen-psychodynamische, eine gestalttherapeutisch-humanistische und eine systemisch-interaktional-ökologische Perspektive gestellt wissen möchte (S. 109 S. 129). Die theoriegeleitete Verbindung und Vernetzung bzw. Konnektivierung, so der IT-Fachbegriff, dieser vier sehr unterschiedlichen Ansätze bzw. Optiken ist ein Charakteristikum Integrativer Theorie und Praxis. Konnektivierung bedeutet systematisches Vernetzen von Differentem, ohne dass damit schon Integration erreicht werden muss (Apfalter, 2021, S. 71).

Mit jeder dieser vier Brillen, also unter mehreren Perspektiven/Optiken (*mehrperspektivisch*), kann psychotherapeutisches Geschehen betrachtet werden. Die jeweilige Optik wirkt sich nach Sieper (2001) auch auf Prozess-Strukturierung und Behandlungstechniken aus (S. 110).

Der in der VT wichtige Transfer in den Alltag findet sich in der IT in der vierten Phase des tetradischen Modells, einer übungsorientierten Phase mit dem Ziel verhaltensbezogener Lebensänderungen. Petzold, zitiert nach Sieper, meint dazu „„Was nicht geübt wird, bahnt sich nicht, schleift sich nicht, und ohne Habitualisierung haben Veränderungen keinen Bestand““ (2001, S. 128). Sieper (2001) weist darauf hin, dass nach Petzold in jedem Therapieprozess nach rationaler Einsicht und emotionalen Erfahrungen eine verhaltensmodifizierende Phase folgt (S. 132). Apfalter et al. (2021) sehen diesen verhaltenstherapeutischen Therapie-Alltag-Transfer in der IT nur als teilweise integriert an (S. 145).

Der Begriff der Performanz weist in der IT auf die Bedeutung praktischer Umsetzung hin. Entsprechende Fähigkeiten, *Kompetenzen*, müssen in kognitive, emotionale und physische Fertigkeiten, *Performanzen*, münden, um ein Ziel erreichen zu können (Apfalter et al., 2021, S. 102). Der VT-Begriff der Skills dürfte den Performanzen der IT entsprechen.

Welche VT-Interventionen werden in der IT-Literatur genannt? VT-Interventionen gehören nach Sieper (2001) bereits von Anfang an zur Vorbereitung von Transferschritten, zur Einübung einsichtsbegründeter Verhaltensänderungen aber auch zur Intervention in akuten Belastungssituationen, zum Standardrepertoire der IT (S. 133). Sieper (2001) weist darauf hin, dass in der IT schon in den 70er Jahren Techniken der Desensibilisierung, die heute in der VT nur noch bei Kontraindikationen für eine Konfrontationstherapie angewandt werden (Parfy et al., 2016, S. 96), des Flooding (intensive Reizkonfrontation in Kombination mit Reaktionsverhinderung), des assertive trainings (Einübung von Vertrauen und sozialer Kompetenz) sowie operantes Konditionieren eingesetzt wurden (S. 132).

Hausaufgaben, Alltagstrainings, behavioral ausgerichtete Imaginationen, also Imaginationen eines realen Handlungsvollzugs, einer konkret ausgerichteten Verhaltensvorstellung im Sinne eines mental trainings, und auch in-vivo Expositionen stellen laut Ebert und Könnecke-Ebert (2007) und Sieper (2001) wesentliche Elemente einer störungsspezifischen Therapie dar und werden infolgedessen von den Autor*innen befürwortet (S. 190; S. 127ff). Erstaunlicherweise erwähnen Ebert und Könnecke-Ebert (2007) explizit eine störungsspezifische Denkweise der IT. Störungsspezifisches und symptomorientiertes Vorgehen, ein Charakteristikum der VT, ist in der IT-Basisliteratur allerdings nur sehr vereinzelt zu finden.

So ordnet Schuch (2001) symptomorientierte Interventionen praktischer Problembewältigung im Sinne konkreter Lebenshilfen zu (S. 181). Er versteht darunter Entspannungsverfahren bei Schmerzen, Reizexpositionen bei Angstzuständen, Bewegungs- und Atemübungen bei Angst oder Rollenspiele für Verhalten in sozialen Situationen. Auch Sieper (2001) nimmt konkret in Zusammenhang mit Angststörungen, nicht nur bei Phobien sondern auch bei generalisierten Angststörungen, Bezug auf verhaltenstherapeutische Methoden (S. 129). Petzold (2003) weist ebenfalls auf eine störungsspezifische Indikation klinisch erprobter Verfahren hin. So sieht er Phobien besonders den Verhaltenstherapeut*innen, schwere Persönlichkeitsstörungen der Psychoanalyse, Ausdruckshemmungen und psychosomatische Störungen der Gestalttherapie (S. 756f) zugeordnet.

Die empfohlenen störungsspezifischen VT-Interventionen werden in den genannten Quellen nicht in ein IT-Gesamtkonzept integriert, sondern lose und bezugslos, ohne systematische Konnektivierung oder Reflexion angeführt. Damit entsprechen sie mehr einem unreflektierten Eklektizismus ohne Prüfung auf Vereinbarkeit mit IT-Quelltheorien. Dem Grunde nach grenzt sich die IT eigentlich gegen eine solche unreflektierte Übernahme ab (Hintenberger, 2016, S. 2).

Eher einer Konnektivierung entspricht der Einbau des verhaltenstherapeutischen Therapie-Alltag-Transfers in IT-Konzepte. Konzepte bzw. Interventionen der kognitiven VT werden in der IT nicht rezipiert.

7.2. Expositionen in IT / Reflektierter Eklektizismus

Wie geht man/frau als Integrative Therapeutin mit dem aktuellen Wissensstand zur Behandlung von Zwangsstörungen um? Die Wirksamkeit von KVT, vor allem von Expositionen, ist klar belegt, während Wirksamkeitsnachweise für andere Therapieverfahren und für am Symptom vorbei arbeitende Vorgehensweisen bis dato ausständig sind. Ist es ethisch vertretbar, Zwangsbetroffene mit Wunsch nach Symptombesserung nicht lege artis zu behandeln? Welchen Grundprinzipien der IT widersprechen Expositionen? Wie könnte die Einbeziehung von Expositionen in die Integrative Therapie aussehen?

Die Integrative Therapie war von Beginn an ein Psychotherapieverfahren, das unterschiedliche methodische Ansätze integrierte. Damit war der Entwicklungsweg der Integrativen Therapie zu einem multitheoretischen Verfahren eingeschlagen. Leitner (2010) weist darauf hin, dass die Psychotherapie heute mit einem monotheoretischen Ansatz allein nicht auskommt, um dem Menschen als vielschichtiges, facettenreiches, komplexes Wesen gerecht zu werden (S. 68). Die Arbeit mit unterschiedlichen theoretischen Modellen und therapeutischen Praktiken in einem übergreifenden Systemverbund, wie sie die Integrative Therapie anbietet, scheint sinnvoll. Auch Petzold (2015) sieht die Zukunft der Psychotherapie in einer schulen übergreifenden Konzeption, in der u.a. „„wirksame, evidenzgestützte Methoden zur Behandlung von Störungen mit Krankheitswert [und] zur Bewältigung von pathogenen Belastungen““ zur Anwendung kommen (S. 13).

Die IT ist zudem auch ein theoretischer Ansatz systematischer Methodenintegration, sie steht für Offenheit und Entwicklung. Demgegenüber steht jedoch die Definition der IT als geschlossenes Psychotherapie-Verfahren. Wie geht man als Integrative*r Therapeut*in mit diesem Widerspruch um? Was beinhaltet das geschlossene IT-Verfahren? Was bedeutet es, dass Expositionen von IT-Autor*innen, wie oben ausgeführt, als legitimes, störungsspezifisch indiziertes Therapie-Element bezeichnet werden? Genügt dies oder ist ein Abgleich mit Kernkonzepten der IT erforderlich? Hintenberger (2016) spricht in diesem Zusammenhang zurecht von einem großen Maß an Ambiguitätstoleranz, das Integrativen Therapeut*innen abverlangt wird (S. 2).

Was müsste bei einer Anwendung therapiefremder Techniken berücksichtigt werden, um nicht einem unreflektierten Eklektizismus anheim zu fallen? Welche Formen der Integration kennt die IT? Petzold (2002) unterscheidet zwischen schwacher Integration im Sinne eines collagierenden Vernetzens vorhandener Wissensbestände in Form eines reflektierten Eklektizismus, starker Integration als Überschreitung vorhandener Konzepte durch systematische Arbeit hin zu neuen Synthesen und einer noch stärkeren Form der Integration durch spontane Herausbildung übergeordneter Modelle und Prinzipien.

Bezugsgröße sind sogenannte Integratoren, also Kernkonzepte, die Petzold (2002) entlang des Tree of Science definierte. Anhand derer werden neue Elemente auf konzeptsyntone bzw. -dystone Parameter überprüft und ihre Integrationsdichte bzw. -Reichweite festgestellt. Eine hohe Integrationsdichte bedeutet eine große Anzahl konzept-syntoner Evaluierungen auf möglichst allen Ebenen des Tree of Science. Die Integrationsreichweite setzt neben die Kompatibilität mit Integratoren auch einen Gewichtungparameter. Konzepte, die mit Ebenen großer Reichweiten, also Metatheorien der IT, übereinstimmen, verfügen über eine höhere Reichweite als Konzepte, die nur auf der praxeologischen Ebene kompatibel sind. Sollten Elemente, die mit Kernintegratoren auf der metatheoretischen Ebene nicht vereinbar sind, angewandt werden, müssen diese entsprechend adaptiert werden (Hintenberger, 2016, S. 5f).

Bei der Frage der Anwendung von Expositionen in IT-Therapieprozessen konzentrieren sich die Überlegungen auf den Bereich des collagierenden Integrierens, also einem reflektierten Eklektizismus auf praxeologischer Ebene. Diesem kommt laut Hintenberger (2016) in der Praxis relevante Bedeutung zu (S. 3).

Hintenberger (2016) hat zur Frage der Anwendung von Expositionen bei Angststörungs-Patient*innen einen Abgleich mit IT-Integratoren durchgeführt (S. 6ff). Als bedeutsame Faktoren des Menschenbilds der IT nennt er ihre Konzepte zur Leiblichkeit wie die Theorie des informierten Leibs, die intersubjektive Ausrichtung mit der Betonung auf der Bedeutung der therapeutischen Beziehung sowie die Einbeziehung von Kontext und Kontinuum.

Weitere Kernintegratoren sind auf metatheoretischer Ebene die phänomenologisch-hermeneutische Orientierung sowie eine diskursive Ethik zur Gewährleistung von Integrität, auf realexplikativer Ebene die Annahme von Entwicklungsmöglichkeiten über die gesamte Lebensspanne hinweg und ein die pathogenetische Perspektive ergänzender Blick auf Ressourcen und Potentiale. Klinische Phänomene der Relationalität im Sinne von Übertragung und Gegenübertragung, forschungsbasierte Wirkfaktoren sowie methodenplurale und multiple Wege der Heilung und Förderung zählen auf praxeologischer Ebene zu Kernintegratoren (Petzold, 2002; Leitner, 2010, S. 116f; Hintenberger, 2016, S. 5).

Wie sind Expositionen mit einer *Ethik der Integrität* und dem Prinzip der Intersubjektivität vereinbar? Patient*innen Situationen auszusetzen, die sie bis dato strikt vermieden haben und in der sie auf die bis dato zwingend erforderlichen aktiven und passiven Neutralisierungshandlungen verzichten müssen, ist ethisch fragwürdig und folglich in der IT nur in einem intersubjektiv unterfangenen Szenario, in dem der/die Patient*in sich aus freien Stücken für eine Exposition entscheidet, vorstellbar. Sollten sich die Wirksamkeitsvermutungen von Inhibitions-Expositionen bestätigen, wären diese ethisch sicher leichter zu vertreten. Bei den ethischen Abwägungen muss jedoch auch die Frage Berücksichtigung finden, inwieweit es vertretbar wäre, eine evidenzbasiert wirksame Intervention, wie es die Exposition ist, nicht vorzuschlagen.

Die *intersubjektive Ausrichtung* der IT findet sich nur in Ansätzen in VT-Konzepten und dies, anders als bei der IT, nicht als prinzipielle Haltung, sondern zielorientiert um Patient*innen für Expositionen zu gewinnen. Während die IT von einer gemeinsamen Gestaltung des Therapieprozesses ausgeht, gibt etwa die Leitlinie nur die Empfehlung einer aktiven *Einbeziehung* in diagnostisch-therapeutische Entscheidungsprozesse (S3-Leitlinie, 2022, S. 220). Dennoch führt sie Adhärenz, also Mitbestimmung des/der Patient*in über die Behandlung, als wichtigen Faktor an, was nicht ganz konsistent scheint. Zwischen aktiver Einbeziehung, Mitbestimmung bzw. gemeinsamer Gestaltung des Therapieprozesses liegen nicht unwesentliche Unterschiede.

Eine generell intersubjektive Haltung wäre aber auch im Sinne des Störungsbilds zielführend, da Zwangspatient*innen meist ein erhöhtes Kontrollbedürfnis aufweisen

(Benoy, 2022, S. 179). Zudem gehört die Vermeidung von Fremdbestimmung und Unterdrückung sowie das Streben nach Sicherheit zu zentralen, durch Erfahrungen in der Ursprungsfamilie bedingten Motiven bei Zwangspatient*innen (Lakatos & Reinecker, 2016, S 38; Lakatos-Witt; 2020, S. 471).

Was trägt zu einem „informed decision making“, wie es Leitner (2010) für die IT fordert, bei (S. 189)? Zum einen eine tragfähige therapeutische Beziehung, die in der IT von Anfang an eine große Rolle spielte und die in der VT erst über das Konzept der komplementären Beziehungsgestaltung von Grawe und Caspar Eingang gefunden hat. Zum anderen Psychoedukation, bei der wiederum die IT von der VT profitieren kann. Psychoedukation im Sinne von Störungs- und Interventionswissen, aber auch im Sinne der Erarbeitung eines individuellen Erklärungsmodells für die Entstehung der Zwangsstörung, wie sie mit kognitiv-behavioralen Ätiologiemodellen (s. vorne) oder dem integrativen Modell von Lakatos-Witt ausgearbeitet wurden (S. 474). Diese sollten dem/der Patient*in individuelle und plausible Erklärungen liefern. Beides, sowohl Psychoedukation als auch Erarbeitung eines individuellen Entstehungsmodells, könnten dem ersten Weg der Heilung der IT zugeordnet werden.

Leibtheoretische Theorien, wie sie in der IT im Konzept des informierten Leibs bzw. in der Arbeit mit dem Leib im engeren Sinn zum Tragen kommen, scheinen bis dato von der VT noch nicht rezipiert worden zu sein. Sie fanden in der analysierten Literatur keine Berücksichtigung. Petzold (2009) spricht von einer Ausgrenzung der Leiblichkeit in den traditionellen Psychotherapieformen und nennt diesbezüglich auch explizit u.a. die KVT (S. 40).

Lässt man/frau ethische Fragen außer Acht und verfolgt eine unkonventionelle Denkweise, so könnte die Wirkung von Expositionen auch unter dem Aspekt des Öffnens von Leibarchiven betrachtet werden. In allen skizzierten Zwangsexpositions-Konzeptionen werden durch die Unterlassung aktiver und passiver Neutralisierungen bis dato vermiedene und verdrängte Emotionen sichtbar, was man in IT-Terminologie auch als Öffnen der Archive des Leibs bezeichnen könnte. Zudem ist die Frage, ob Expositionen nicht auch unter dem Aspekt einer bottom-up-Herangehensweise, eines leibhaftigen Lernens, gesehen werden können, indem sie neue Bahnungen, bzw. nach

dem Konzept des Inhibitionslernens die Hemmung bestehender Bahnungen, und damit eine Erweiterung des Leibgedächtnisses ermöglichen.

Die Einbeziehung des Leibes etwa mit der Frage nach dem unmittelbar leiblichen Erleben oder der Ausdruckshaltung eines bestimmten Gefühls, könnte förderlich sein bei der Wahrnehmung und Differenzierung von Emotionen, beides nach Lakatos und Reinecker (2016) für Zwangsbetroffene eher schwierig (S. 96). Auch die emotionale Differenzierungsarbeit des zweiten Wegs der Heilung könnte in der Arbeit mit Zwangspatient*innen von Nutzen sein.

Szenisches Verstehen ist ein weiteres Kernkonzept der IT. Übertragen auf Zwangsstörungen würde es bedeuten, die szenische Qualität der Zwangshandlungen und Zwangsgedanken (wann, wo, welche Inhalte, welche Qualität) auf individueller Ebene zu decodieren. Die Sinnfülle einer Zwangshandlungs-Szene zu begreifen, über diese gemeinsam intersubjektiv mit dem/der Patient*in nachzudenken und ihren möglicherweise symbolischen Charakter zu dechiffrieren, wäre eine notwendige Ergänzung bei einer Anwendung von Expositionen im Rahmen der Integrativen Therapie.

Als Beispiel für einen Patienten mit hohem individuellen Symptom-Symbolcharakter führt Lakatos-Witt (2020) einen jungen Mann mit latent homosexuellen Neigungen aus einer streng katholischen Familie an. Dieser hatte den Kontrollzwang, seine Hose auf Glasfaserteilchen mit der Befürchtung zu untersuchen, dass diese ihn jucken könnten. Es juckte ihn quasi seine Homosexualität auszuleben, was ihm aber aufgrund von Schuldgefühlen gegenüber der Familie nicht möglich war (S. 472).

Die szenische Vorgehensweise müsste jedoch auch mit übergeordneten Überlegungen ergänzt werden. Warum neigt ein*e Patient*in zu Kontrollzwängen, während ein*e andere*r Wasch und- Reinigungsrituale ausführt? Dies kann, muss jedoch nicht symbolisch-individuelle Aussagekraft haben. Mitzudenken ist auch eine makro-kontextuelle Einordnung, da die Form der Zwangsrituale auch mit kultur-, religions- und geschlechtsspezifischen Faktoren zusammenhängt (Kizilhan, 2022, S. 166ff). Zudem stellt sich die Frage, warum stets die gleichen typischen Handlungen wie

Waschen, Kontrollieren oder Ordnen ausgeführt werden? Dieser Aspekt wird von der Forschung in der Diskussion kulturübergreifend stabiler Zwangs-Subtypen aufgegriffen (s. vorne).

Der szenische Zugang zu sexuellen, aggressiven oder blasphemischen Zwangsgedanken muss zudem zwingend auf Basis von Störungswissen erfolgen, damit etwa vordergründige Überlegungen zu den Inhalten nicht zu einer weiteren Belastung für die Betroffenen bzw. zu einem Therapieabbruch führen. Denn Zwangsgedanken sind nach allen Autor*innen inhaltlich konträr zu den Wertesystemen, stellen keineswegs eine vermeintlich unbewusste Absicht der Betroffenen dar und werden nicht in die Tat umgesetzt (Rufer & Poppe, 2022, S. 188; Poppe & Voderholzer, 2017; S. 295; Lakatos & Reinecker, 2016, S. 39).

Werden *Kontext und Kontinuum*, weitere Kernkonzepte der IT, bei VT-Expositionen einbezogen bzw. mitgedacht? Das *Kontinuum* ist bei klassischen Expositionskonzeptionen nur mit dem Aspekt der Gegenwart und beim Bergen 4-Day-Treatment mit einem expliziten Zukunftsblick im Sinne einer motivierenden Zielvorstellung von Belang. Vergangenheit ist bei Ansätzen wie der biographischen Exposition von Ecker (2016) oder bei multimodalen Ansätzen, die interaktionelle und intrapsychische Symptomfunktionen in den Blick nehmen, und am explizitesten bei der integrativen Konzeption von Lakatos-Witt (2020) von Interesse.

Hinsichtlich des *Kontextes* gilt es zwischen der Ebene der Analyse und der Behandlung zu differenzieren. Anamnestisch-diagnostisch wird der soziale wie auch ökologische Mikrokontext, wo treten Symptome auf, wer ist mit einbezogen, von allen KVT-Expositionskonzepten berücksichtigt. Familie und nahe Bezugspersonen, in IT-Terminologie der soziale Mikrokontext, sind sowohl in der Leitlinie als auch in allen VT-Herangehensweisen von hoher Bedeutung, da sie oft in das konkrete Zwangssystem eingebunden sind. Hinsichtlich der Behandlung sind beide Therapierichtungen, wiewohl in der IT die Relevanz von Polylogen und Netzwerken hervorgehoben wird, primär auf ein dialogisches Therapiesetting ausgerichtet und bereiten nicht auf Settings im häuslichen Umfeld unter Einbeziehung von Partner*innen oder Familie vor.

Der IT-Vorgehensweise *von den Phänomenen zu den Strukturen zu den Entwürfen* liegt die Wahrnehmung von Phänomenen als Ausgangsbasis zu Grunde. Mit ihrer Ausrichtung auf Phänomene müsste sie dem Grunde nach der VT, die eng an die deskriptive Diagnostik der Diagnosemanuale angeschlossen ist, nahestehen. Die IT nimmt aber nicht nur Patient*innenseitige Phänomene, sondern auch die phänomenale Realität auf Seiten der/des Therapeut*in und der therapeutischen Beziehung in den Blick. Dies unterscheidet sie von allen VT-Ansätzen, ob klassisch oder 3. Welle bzw. integrativ wie bei Lakatos-Witt (2020). Die explizite Fokussierung auf Phänomene in der IT könnte zudem auch ein gutes Korrektiv sein, wenn die VT-Brille des Störungswissens oder störungsspezifischen Behandlungswissens zu vorschnellen Schlüssen verleitet.

Die in der IT erfolgende Herausarbeitung von Strukturen und Entwürfen findet sich in der klassischen Expositions-Konzeption nicht wieder, steht jedoch dem integrativen Ansatz von Lakatos-Witt (2020) nahe. Unorthodox gedacht könnte man allerdings die im KVT-Ätiologie-Modell eingeführten dysfunktionalen Überzeugungen/Schemata auch als Strukturen begreifen, wenngleich diese auf kognitive Aspekte beschränkt sind. Lakatos-Witt (2020) vertritt sogar die Auffassung, dass kognitiv-affektive Schemata, wie sie in von Grawe inspirierten Psychotherapie-Ansätzen oder in neueren psychoanalytischen Konzepten vorkommen, und dysfunktionale Schemata der KVT verschiedene Begrifflichkeiten für im Grunde immer das Gleiche wären (S. 468).

Es ist anzunehmen, dass den von der Leitlinie erfassten Expositions-Studien eine manualisierte Interventionsabfolge zugrunde liegt. Das VT-Vorgehen in der Praxis ist jedoch weitaus flexibler und weniger statisch, zumindest was die multimodalen VT-Vorgehensweisen angeht. Eine manualisierte Abfolge widerspricht der IT mit ihrer *prozessualen Vorgehensweise* und dem Prinzip des Geschehen Lassens, Wirken Lassens und Handelns. Abweichungen davon müssen in der IT therapeutisch begründet werden (Leitner, 2010, S. 99), forschungsbasierte Module, wie es Expositionen sind, können jedoch individualisiert angewandt werden

Die IT setzt jedoch auch selbst Interventionen, etwa aus dem reichen Repertoire aus leibbezogenen oder kreativen Techniken, ein. Es darf daher zur Diskussion gestellt werden, ob Expositionen nicht unter denselben Voraussetzungen wie diese zur

Anwendung kommen können. Therapeutisch begründet und intersubjektiv mit dem/der Patient*in vereinbart.

Ressourcen und Potentiale, in der IT neben Problemen wichtige realexplicative Integratoren, spielen weder in den multimodalen KVT-Ansätzen, noch im integrativen Modell von Lakatos-Witt eine Rolle. Diese würden in IT-Therapieprozessen jedenfalls Berücksichtigung finden.

Die von der KVT angestrebte Überführung der Expositionen in das Selbstmanagement der Betroffenen ist mit dem *4. Weg der Heilung* und der funktional-übenden Modalität der IT kompatibel.

Leitner (2010) fasst die Bedingungen, unter denen verhaltenstherapeutische Interventionen in der IT zum Einsatz kommen können, zusammen. Er vertritt die Meinung, dass diese beschränkt auf mehrere Sitzungen eines Therapieverlaufs auf Grundlage emotionaler Erlebnis- und kognitiver Einsichtsprozesse in einen beziehungstheoretischen Rahmen eingebunden werden können. Zudem sollte die Auswirkung auf den therapeutischen Prozess reflektiert werden (S. 24f).

Um nicht eklektizistisch vorzugehen, sollen die in der IT verwendeten VT-Techniken immer in einen integrativen, intersubjektiven und beziehungsorientierten Rahmen eingebunden werden (Sieper, 2001, S. 133). Zudem ist nach Schuch (2001) der szenische Gehalt sowie die Übertragungs- und Gegenübertragungskonstellation zu reflektieren (S. 181).

8. Reichweiten und Grenzen

8.1. Grenzen und Reichweite verhaltenstherapeutische Ansätze

Bringt man beide Psychotherapie-Verfahren hinsichtlich der Behandlung von Zwangsstörungen auf den Punkt, so verfügt die VT, basierend auf engem Kontakt zu empirisch-experimenteller Forschung, über ein sehr großes Repertoire an Störungswissen und störungsspezifischen Behandlungskonzepten.

Expositionen stellen in allen VT-Konzepten, auch in den multimodalen, das zentrale Wirkelement dar. Die Effektstärken von Expositionen gehören zu den höchsten bei der Behandlung psychischer Störungen. Die Analyse deutschsprachiger Fachliteratur zeigt jedoch unterschiedliche Ausprägungen sowohl hinsichtlich des Wirkfaktors als auch der inhaltlichen Ausgestaltung. Bei einem Großteil der Expositionen ist Habituation das Ziel, einzelne jüngere Ansätze gehen hingegen in Richtung Inhibitionslernen. Zukünftige Forschung wird zeigen, ob das Habituations-Konzept von dem Modell des Inhibitionslernens in Bezug auf Effektivität abgelöst werden wird. Dies könnte möglicherweise zu einer geringeren Abbruchrate bei Expositionen beitragen.

Auch der inhaltliche Fokus der Expositionen variiert in den verschiedenen VT-Ansätzen beträchtlich, je nachdem ob die Autor*innen auch Symptom-Funktionen, Emotionen oder Emotionen als Affektbrücken zu biographischen Episoden im Blick haben. Die empirische Überprüfung der konzeptionell weiter gefassten Expositionen steht derzeit jedoch noch aus.

Die analysierte VT-Fachliteratur zeigt, im Unterschied zur VT der S3-Leitlinie, ebenfalls ein sehr heterogenes Bild. Systemische, psychodynamische und humanistische Ansätze werden, zumeist ohne deren Bezüge auszuweisen, integriert. Es entsteht der Eindruck, dass sich die VT im deutschsprachigen Raum, auch abseits von ausgewiesenen Dritte-Welle Ansätzen wie Schematherapie, ACT oder Achtsamkeitsmethoden, implizit in Richtung Dritte Welle entwickelt hat. So werden intrapsychische und interpersonelle Symptomfunktionen, Emotionen, die therapeutische Beziehung und biographische Bezüge in den Blick genommen, wenngleich zumeist

vorwiegend in der Analyse, und nur vereinzelt auch in deren Bearbeitung. Die empirische Wirksamkeit der multimodalen Ansätze ist ebenfalls noch ausständig. Es wird sich weisen, ob auch hier das VT-Credo, demnach nur rezipiert wird, was wirkt, zutreffen wird.

Im Vergleich mit der IT verfügt die VT auch in Hinblick dieser dazu gekommenen Aspekte über ein großes, phänomenologisch orientiertes störungsspezifisches Wissen. Allerdings spielt die Bearbeitung dieser Elemente im Vergleich zum Stellenwert, der der Analyse zugestanden wird, nur eine geringe Rolle. Auch der therapeutischen Beziehung wird in den multimodalen Konzepten Augenmerk geschenkt. Resonanz- bzw. Übertragungsphänomene oder nachnährende Aspekte werden hingegen nicht oder nur am Rande thematisiert.

Sieht man von Expositionen mit biographischer Exploration ab, finden unbewusste Prozesse zum Teil, allerdings nicht explizit, Berücksichtigung. Erlebnisorientierte Methoden werden nur vereinzelt angewandt. Dies geschieht mit dem Ziel einer Problemaktualisierung impliziter Gedächtnisinhalte und einer Stimulierung emotionalen Erlebens.

Man/frau gewinnt den Eindruck, dass die multimodalen Ansätze, mit Ausnahme des integrativen Konzepts von Lakatos-Witt, zwar einzelne Interventionselemente rezipieren, diese aber nicht zu konsistenten Behandlungskonzeptionen zusammenführen.

Dies wird auch in Hinblick auf das, den multimodalen Ansätzen zu Grunde liegende Ätiologie-Modell deutlich. Trotz der nun deutlich breiter gefassten Behandlungsansätze, denen entsprechend adaptierte Ätiologie-Konzeptionen zu Grunde liegen müssten, wird weiterhin vom klassischen, kognitiv-behavioralen Ätiologie-Modell von Salkovskis ausgegangen.

Kognitive Interventionen spielen bei allen Ansätzen, auch bei multimodalen, eine Rolle. Einige, wie die Verschiebung der Problemdefinition – von einer objektiven Problemdefinition, sich anzustecken hin zu einer subjektiven Problemdefinition des

häufigen Händewaschens –, Psychoedukation, Adhärenz und die Bearbeitung der meist bei Zwangsbetroffenen gegebenen Gedanken-Taten-Fusion sind wesentliche, aus Sicht der Autorin auch hinsichtlich des Aufbaus einer Veränderungsmotivation unersetzliche Behandlungselemente.

Einzelne kognitive Techniken wie Tortendiagramme oder Wahrscheinlichkeitsrechnungen sind der kognitiven Welle der VT zuzuordnen, in der die Bearbeitung der Inhalte und nicht der Funktionen von Kognitionen angestrebt wurde. Diese Interventionen werden zum Teil auch in der VT-Literatur als wenig zielführend erachtet, da sie nicht zu einer ausreichenden emotionalen Verankerung führen und dem bei Zwangspatient*innen beobachtbaren Streben nach umfassender Sicherheit nicht Genüge leisten können.

Auch in der Ausgestaltung der kognitiven Ansätze ist die Transformation hin zur dritten Welle erkennbar. Zum einen wurden kognitive Schemata eingeführt, die aus der Metaperspektive betrachtet den IT-Definitionen von Strukturen und Entwürfen zugeordnet werden könnten. Zum anderen geht es in den bereits mehr von der dritten Welle geprägten Ansätzen nicht nur um die Veränderung der Schemata-Inhalte, sondern auch um deren biographische Einordnung.

Keinerlei Rolle spielt in den vorliegenden VT-Ansätzen die Definition der Behandlungsziele durch die Betroffenen selbst, wiewohl diese auch zur Stärkung der bei Zwangserkrankten meist ambivalenten Änderungsmotivation beitragen könnte. Ziele an sich werden in allen Ansätzen implizit angenommen, jedoch nicht explizit thematisiert.

Die Einbeziehung von Angehörigen wird zwar als wichtig erachtet, systemische Expertise in welcher Art dies idealerweise erfolgen sollte und was dabei zu berücksichtigen wäre, nicht rezipiert.

Hinsichtlich ihrer sprachlichen Verständlichkeit verfügt die analysierte VT-Literatur über eine hohe Reichweite. Sie ist für Praktiker*innen ohne Kenntnis weiterer

Basiskonzepte und Hintergrundtheorien verständlich, was deren Rezeption und Anschlussfähigkeit unterstützt.

Die detaillierten störungsspezifischen Behandlungskonzepte der VT könnten jedoch mit einer ent-individualisierenden Einengung von Blick und Herangehensweise verbunden sein. Am stärksten würde dies bei störungsspezifischen Manualen, die nur bestimmte Inhalte und eine klare Abfolge vorgeben, erkennbar werden. Aber auch hier zeigt die Fachliteratur-Analyse, dass zwar die Bezeichnung *Manuale* rezipiert wird, die Inhalte jedoch offener und deren Abfolge in den allermeisten Fällen nicht strikt festgelegt ist.

8.2. Grenzen und Reichweite von IT- Ansätzen

Die IT verfügt über keine störungsspezifischen Konzepte, ihre praxeologischen, nicht symptombezogenen Ansätze sind zum größten Teil nicht evidenzbasiert. Mit ihrem praxeologischen Kernrepertoire ist sie in der Behandlung von Zwangsstörungen auf indirekte Symptomtherapie bzw. Therapie am Symptom vorbei beschränkt und damit entsprechend den Aussagen der S3-Leitlinie zur Effektivität anderer Verfahren nicht evidenzbasiert wirksam.

Aspekte wie die Arbeit mit Emotionen, biographische Bezüge oder der Stellenwert der therapeutischen Beziehung, die in multimodalen VT-Ansätzen zwar Einzug gehalten, aber noch nicht umfassender gedacht werden, sind hingegen zentrale Elemente der IT-Praxeologie und könnten somit wertvolle Ergänzungen sowohl für die direkte symptombezogene Arbeit mit Expositionen als auch für die indirekte Symptomtherapie der multimodalen VT-Ansätze darstellen.

Ob Arbeit an biographischen Bezügen zum Ziel führen kann, hängt auch von der Krankheitsätiologie ab. Biographie-Arbeit setzt voraus, dass der genetische Faktor wenig ausschlaggebend für die Krankheitsgenese ist, nach derzeitigem Wissensstand beeinflusst Genetik die Krankheitsentstehung zu ca. 50% (s. vorne).

Die therapeutische Beziehung stellt einen zentralen Wirkfaktor in der IT dar. Die im zweiten Weg der Heilung enthaltene Nachsozialisation und Nachnahrung durch den/die

Therapeut*in, könnte bei Zwangsbetroffenen, die häufig unter affektarmen biographischen Bedingungen aufgewachsen sind, zu korrigierenden und alternativen Erfahrungen führen.

Zudem hat die IT Phänomene der Übertragung und Gegenübertragung im Blick, erfasst somit auch Störungen der therapeutischen Beziehung und kann sie für den therapeutischen Prozess nutzbar machen. Eine Sichtweise, die die analysierten VT-Konzepte noch nicht aufgegriffen haben und die auch zum Verständnis des therapeutischen Geschehens beitragen könnte.

Wie ausgeführt wäre zudem die generell intersubjektive Haltung der IT auch im Sinne des Störungsbilds von Zwangserkrankungen, in Bezug auf Kontrollbedürfnis und Vermeidung von Fremdbestimmung, von Nutzen. Zudem garantiert Intersubjektivität die Betroffenen nicht nur durch die Brille des Störungs- und Behandlungswissens zu betrachten, sondern immer wieder auf Basis der Phänomene zu einer gemeinsamen Verständigung zu gelangen. Somit könnte sie als notwendiges Korrektiv zu störungsspezifischem Wissen und Erfahrungen fungieren. Die IT betrachtet Intersubjektivität jedoch nicht unter dem Aspekt des Nutzens, wie etwa die VT bei den Konzeptionen von Adhärenz oder des shared decision makings, sondern als axiomatische Haltung im therapeutischen Prozess.

Die intersubjektiv geleitete Bewusstseinsarbeit im Zuge der hermeneutischen Spirale führt im Optimalfall zum Verstehen von Symptomen auf allen Ebenen und zur Einsicht in biographische Zusammenhänge. Diese Vorgehensweise kann bei hoher Symptomfunktion hilfreich sein, führt jedoch in der Regel nicht zum Rückgang der Zwangssymptome.

Die IT verfügt im dritten Weg der Heilung über ein großes Spektrum von Methoden, Techniken und Medien, die zur Erweiterung des oft bei Zwangskranken eingeschränkten Erlebens- und Ausdrucksspielraums führen könnten. Emotionale Differenzierungsarbeit bisher nicht verbalisierbarer Empfindungen und Gefühle führt zu einer Erweiterung des emotionalen Erlebens- und Ausdrucksspektrums.

Die IT könnte auch in Hinblick der in der Leitlinie angeführten 30% Abbruchquote bei rein expositionszentriertem Vorgehen bzw. bis zu 40% der Patient*innen, die Expositionstherapie ablehnen (S3-Leitlinie, 2022, S. 70), interessante Angebote setzen. Möglicherweise vermindert eine intersubjektiv vorbereitete Exposition bzw. eine Exposition, die in eine intersubjektive Gesamttherapie eingebettet ist, die Abbruch- und/oder Ablehnquote. Genauere Forschungen zu den Abbruch-Gründen sind noch ausständig, vorläufig weisen laut S-3 Leitlinie Studienergebnisse diesbezüglich auf eine Stützung multimodaler Ansätze hin (2022, S. 70).

Auch Ziele werden in der IT intersubjektiv festgelegt. Dies könnte förderlich für den therapeutischen Prozess sein, da Zwangspatient*innen zumeist ein erhöhtes Kontrollbedürfnis aufweisen.

Die Entwicklung und Förderung von Ressourcen sind weitere zentrale Elemente der IT. Erstaunlicherweise spielen diese in den vorliegenden störungsspezifischen VT-Konzepten keinerlei Rolle. Gerade weil *Heilung/Recovery* bei Zwangsstörungen selten zu erreichen ist (s. oben), könnte die IT durch die salutogene Perspektive einen Beitrag zur Verbesserung subjektiver Lebensqualität und damit auch zur Rückfallprophylaxe leisten.

Die Komplexität ihrer auch philosophischen (Meta)-Theorien sorgt für konzeptuelle Konsistenz der IT, ihre Kenntnis ist jedoch Voraussetzung für das Verständnis ihrer praxeologischen Konzepte. Dies und die zumeist überaus hohe sprachliche Komplexität ihrer Kernliteratur, könnte zu Grenzen ihrer Anschlussfähigkeit führen. In großen Teilen ist sie zudem ihrem Schulengründer verhaftet, was sich auch in der zögerlichen Adaptierung bereits überholter Konzepte, wie der autonomen Körperreaktion zeigt und möglicherweise die Weiterentwicklung hemmen könnte.

9. Diskussion und Schlussfolgerungen

Zwangsstörungen gehören zu den hartnäckigsten und schwersten psychischen Erkrankungen. Die oft komplexen Erkrankungsbilder sind nicht selten mit starken Einschränkungen der Alltagsfähigkeit und einer ausgeprägten Chronifizierung verbunden. Spontan-Remissionen kommen nur sehr vereinzelt vor. Aus Schamgefühl oder Furcht vor Stigmatisierung verbergen viele ihre Erkrankung, professionelle Unterstützung wird nur zu einem geringen Teil in Anspruch genommen, zwangsbezogene Screening-Fragen sollen daher Teil des Anamnese-Prozesses sein. Die Störung ist zu Behandlungsbeginn bereits meist chronisch.

Laut S3-Leitlinie (2022) zählt die Effektstärke von Kognitiver Verhaltenstherapie mit Schwerpunkt auf Expositionen zu den höchsten bei der psychotherapeutischen Behandlung psychischer Störungen (Empfehlungsgrad A mit höchstem Evidenzgrad; S. 57), während die Wirksamkeit anderer psychotherapeutischer Verfahren nach wie vor nicht belegt werden kann und deren Einsatz nicht empfohlen wird (S. 94ff). Expositionen werden jedoch in der Behandlung von Zwangs-Betroffenen zu selten und falls doch zu wenig intensiv angewandt, die lege artis-Behandlungsquote ist gering (Voderholzer, 2022, S. 686).

Ein Großteil deutschsprachiger VT-Autor*innen betrachtet Habituation als Wirkmechanismus von Expositionen. Aversive Gefühle sollen dabei in maximaler Intensität zugelassen werden. Damit kann die Erfahrung gemacht werden, dass bisher vermiedene Emotionen nicht endlos ansteigen, sondern nach gewisser Zeit auch wieder abflachen. Nach wiederholter Konfrontation erleben die Betroffenen den Reiz als harmlos. Habituation tritt ein, der Reiz wird künftig ignoriert.

Einzelne jüngere VT-Ansätze konzipieren Expositionen hingegen auf Basis des Konzepts des Inhibitionslernens (Hoffmann & Hofmann, 2018, S. 25f; Rubart, 2020, S. 370; Bergen 4-Day Treatment, S-3 Leitlinie, 2022, S. 54, S. 66). Es ist dabei nicht erforderlich, ein Maximum an belastenden Gefühlen auszuhalten und zu habituierten, sondern vielfältige neue Erfahrungen in unterschiedlichsten auslösenden Situationen

und unabhängig vom Anspannungsgrad zu sammeln. Die ursprünglichen Reaktionen werden dadurch inhibiert/gehemmt und neue konkurrierende Gedächtnisinhalte geschaffen. Diese Konzeption ist noch jung, die Forschung zur Wirksamkeitsquote im Vergleich zu Habituations-Expositionen noch ausständig.

Die S-3 Leitlinie (2022) rät weiters zu einem intensivierten Expositions-Blockformat mit mehrstündigen Sitzungen an mehreren direkt aufeinander folgenden Tagen, das hochsignifikant wirksamer als das übliche Intervall von 1-2 Sitzungen in der Woche ist (Empfehlungsgrad B; S. 67).

Zudem wird empfohlen, Expositionen in dem Umfeld, in dem die Zwangssymptome jeweils vorkommen, durchzuführen, also meist außerhalb von Praxis und Klinik (S-3 Leitlinie, 2022, S. 69). Ferner sollen die Betroffenen nach einer Therapeut*innenbegleiteten Expositions-Phase weitere Expositionen im Selbstmanagement durchführen (S. 69). Empfohlen wird auch die Erarbeitung von Strategien zur Rückfallprophylaxe (S. 58) und die Einbeziehung von Bezugspersonen in den Behandlungsprozess (S. 222).

Wie sind nun die Wirksamkeits-Ergebnisse von KVT bei Zwangspatient*innen? Trotz hoher Effektstärke gilt nur rund die Hälfte nach Therapieende als signifikant gebessert oder remittiert, die Rate der remittierten Patient*innen bleibt daher verbesserungsbedürftig (S3-Leitlinie, 2022, S. 57). Der Begriff *Heilung/Recovery* findet in den Studien zur Zwangsbehandlung, im Unterschied etwa zur Depression, selten Erwähnung (S3-Leitlinie, 2022, S. 133).

Zu den Therapieerfolg bestimmenden Faktoren ist derzeit evidenzbasiert wenig bekannt. Der einzige belegte Faktor ist die Adhärenz. Patient*innen nehmen eine aktive Rolle innerhalb eines Behandlungs-Prozesses ein und bestimmen die Behandlung mit (S3-Leitlinie, 2022, S. 220).

Ferner gibt die Leitlinie (2022) eine Abbruchquote bei rein expositionszentriertem Vorgehen zwischen je nach Studie sechs bis 40% an und interpretiert dies als „vorläufige Stützung des multimodalen Ansatzes“ (S. 70), wobei die genauen Abbruchgründe bis dato noch nicht evidenzbasiert vorliegen.

Pharmakotherapie (SSRI) als Monotherapie ist nur dann indiziert, wenn KVT abgelehnt wird oder wegen der Schwere der Symptomatik nicht durchgeführt werden kann. Derzeit wird von einer höheren Wirksamkeit von KVT im Vergleich mit Pharmakotherapie ausgegangen (bessere Ergebnisse bei einer KVT zusätzlich zu Pharmakotherapie; keine nachweisbare Überlegenheit bei einer zusätzlichen Pharmakotherapie während einer KVT). Zusätzlich zu Pharmakotherapie sollen, mit dem höchsten Empfehlungsgrad A, KVT mit Expositionen durchgeführt werden (S3-Leitlinie, 2022, S. 201)

Die Leitlinie gibt keine Empfehlung zu bestimmten kognitiven KVT-Interventionen, die Verschiebung der Problemdefinition wird jedoch in der Fachliteratur als zentral erachtet. Die von Zwangspatient*innen befürchteten Ereignisse liegen oft in der Zukunft. Im Unterschied zu Angstpatient*innen erleben sie im Zuge der Exposition nicht, dass vom befürchteten Ereignis keine unmittelbare Gefahr ausgeht. Ziel der Intervention und damit auch Voraussetzung für Expositionen ist die Erkenntnis, dass das Problem nicht in den befürchteten Konsequenzen wie Kontamination durch Keime (objektive Problemdefinition), sondern in der Unsicherheit und der hohen Emotionalität der Betroffenen besteht (subjektive Problemdefinition)

Die in der Leitlinie repräsentierte VT entspricht direkter Symptomtherapie (Exposition und kognitive Interventionen). Eine Analyse der deutschsprachigen VT-Fachliteratur zu Zwangsstörungen zeigt hingegen weitaus vielfältigere Ansätze, die auch indirekte Symptomtherapie und Therapie am Symptom vorbei, wie etwa biographisch, emotions- und erlebensorientierte Ansätze, beinhalten. Auch intra- und interpersonelle Symptomfunktionen oder therapeutische Beziehungsgestaltung haben Bedeutung. Alle Autor*innen stimmen allerdings darin überein, dass diese nur als Add-On zur als unverzichtbar erachteten direkten, störungsspezifischen Symptomtherapie betrachtet werden können.

In die VT der deutschsprachigen Zwangsstörungs-Fachliteratur und der klinischen Praxis sind offensichtlich auch Ansätze aus der Tiefenpsychologie, der humanistischen und der systemischen Schule eingeflossen. Die Analyse der Fachliteratur bestätigt den

Eindruck von Egger (2015), demnach die VT inzwischen eine undogmatische und offene Konzeption von Teiltheorien geworden ist (S. 155).

Die IT ist mit ihrem praxeologischen Kernrepertoire auf indirekte Symptomtherapie bzw. Therapie am Symptom vorbei beschränkt und damit, wie die anderen Nicht-VT-Verfahren auch, nicht evidenzbasiert wirksam (S3-Leitlinie, 2022, S. 94ff).

Unter der Voraussetzung, dass eine nicht lege-artis-Behandlung von Zwangspatient*innen ethisch nicht vertretbar ist, stellt sich die Frage, wie eine Einbeziehung von Expositionen in die Integrative Therapie aussehen könnte.

Hintenberger (2016) spricht hierbei von collagierendem Integrieren, also einem reflektierten Eklektizismus (S. 3), bei dem Kernkonzepte wie Intersubjektivität, Leiblichkeit, Szenisches Verstehen, Kontext und Kontinuum und die Ausrichtung auf Phänomene und prozess-orientierte Therapiegestaltung Bezugsgrößen darstellen.

Expositionen sind in der IT auch aus ethischen Gründen nur intersubjektiv unterfangen vorstellbar. Sollten sich die Wirksamkeitsvermutungen von Inhibitions-Expositionen bestätigen, wären diese ethisch leichter zu vertreten, da sich Patient*innen bis dato vermiedenen, Situationen nicht bis zum Erreichen eines aversiven Emotions-Peaks aussetzen müssen. In die ethischen Überlegungen muss jedoch auch einbezogen werden, inwiefern es vertretbar wäre, eine evidenzbasiert wirksame Intervention wie die Exposition nicht zu empfehlen.

Eine intersubjektive Haltung wäre auch im Sinne des Störungsbilds zielführend, da Zwangspatient*innen häufig ein erhöhtes Kontrollbedürfnis aufweisen, und könnte überdies zu einer geringeren Abbruchrate bei Expositionen beitragen, da Adhärenz laut S3-Leitlinie evidenzbasiert das Abbruch-Risiko vermindert.

Leibtheoretische Überlegungen spielen in den VT-Expositions-Konzeptionen keinerlei Rolle. Expositionen könnten jedoch, unkonventionell gedacht, als Öffnung von Leibarchiven betrachtet und als bottom up-Methode eines leibhaftigen Lernens in IT-Terminologie konzipiert werden.

Zwangssymptome können, aber müssen nicht zwingend durch szenisches Verstehen erschließbar sein. Szenisches Verstehen im Kontext von Zwangsstörungen muss zwingend von Störungswissen und einer makro-kontextuellen Einordnung der Symptome, die meist kultur-, religions-, oder geschlechtsspezifisch-übergreifend, auftreten, begleitet werden. Vor allem bei sexuellen, aggressiven oder blasphemischen Zwangsgedanken, die immer hoch ich-dyston hinsichtlich des Wertesystems der Betroffenen sind, könnten vordergründige Überlegungen den Therapieerfolg stark gefährden.

Die Einbeziehung des sozialen Kontextes ist bei Zwangs-Betroffenen hoch ratsam, da nahe Bezugspersonen häufig in das Zwangssystem mit eingebunden sind und dieses mit aufrechterhalten.

Die phänomenologische Ausrichtung ist sowohl in der IT als auch der VT zentral, wobei die Schwerpunkte anders gelagert sind. Die IT könnte von der sehr differenzierten störungsspezifischen phänomenologischen Ausrichtung der VT profitieren, während die VT einen Nutzen von der erweiterten Beachtung auch therapeut*innenseitiger und Therapiebeziehungs-relevanter Phänomene in der IT ziehen könnte.

Die Einbeziehung von Expositionen würde den prozessualen Grundsatz der IT unterbrechen, wobei dies bei verhaltensbezogenen Übungen oder forschungsbasierten Interventionen therapeutisch begründet legitimierbar ist (Leitner, 2010, S. 99) und zudem beim Einsatz kreativer Interventionen, einem praxeologischen Kerncharakteristikum der IT, durchgehend akzeptiert ist.

Die nicht nur patho- sondern auch salutogene Ausrichtung der IT könnte auch einen wesentlichen Beitrag zur Rückfallprophylaxe leisten und wäre eine wesentliche Ergänzung zu VT-Konzepten.

Bringt man all diese Aspekte auf den Punkt, so könnten sich aus Sicht der Autorin in der Behandlung von Zwangsstörungen Störungswissen und störungsbezogene Behandlungsinterventionen der VT und das prozessuale, intersubjektive und phänomenologische Vorgehen der IT fruchtbringend im Sinne einer möglicherweise

höheren Remissions-Rate ergänzen und müssen keine Gegensätze sein, wie im Therapie-Schulen-Abgrenzungsdenken tradiert.

Das Therapiegesehen in der IT ist nicht ausschließlich oder überwiegend von Diagnose und Theorie bestimmt. Gerade in der Behandlung von Zwangsbetroffenen sollte und müsste aber auch phänomenologisches Störungswissen und Evidenzbasierung im Sinne einer Einbeziehung von Expositionen einfließen.

LITERATURVERZEICHNIS

- Apfalter, I., Stefan R., & Höfner, C. (2021). *Grundbegriffe der Integrativen Therapie. Ein Nachschlagewerk*. Facultas.
- Backenstraß, M. (2022). Diagnostik. In C. Benoy & M. Walter (Hrsg.), *Zwangsstörung. Grundlagen – Formen – Interventionen* (S. 85-95). Kohlhammer.
- Benoy, Ch. (2022). Evidenzbasierte Behandlung der Zwangsstörung. In C. Benoy & M. Walter (Hrsg.), *Zwangsstörung. Grundlagen – Formen – Interventionen* (S. 177-187). Kohlhammer.
- Beucke, J. (2023). Was sind die Ursachen von Zwangsstörungen? OCD-Land Podcast #19 vom 28.04.2023. <https://www.ocdland.com/podcast/19>
- Braunbarth, I. (2009). Die „Vier Wege der Heilung und Förderung“ bei Depression. In M. J. Waibel & C. Jakob-Krieger (Hrsg.), *Integrative Bewegungstherapie. Störungsspezifische und ressourcenorientierte Praxis* (S. 65-80). Schattauer.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde. (2022). *S3-Leitlinie Zwangsstörungen – Langversion* (1. Revision). AWMF online. <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/038-017.html>

- Dilling, H., Mombour, W., & Schmidt, M.H. (Hrsg.). (2015). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch diagnostische Leitlinien* (10. überarb. Aufl.). Hogrefe.
- Ebert, W., & Könnecke-Ebert, B. (2007). Einführung in die Integrative Beratung und Therapie mit Suchtkranken. Grundlegungen des Integrativen Konzeptes der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit. In H. Petzold, P. Schay, & W. Ebert (Hrsg.), *Integrative Suchtherapie. Theorien, Methoden, Praxis, Forschung* (2. überarb. Aufl.; S. 159-200). Verlag für Sozialwissenschaften.
- Ecker, W. (2016). Exposition und Reaktionsverhinderung mit biographischer Exploration bei Zwangsstörungen. *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin*, 37 (3), 250-264.
- Egger, J. W. (2015). *Integrative Verhaltenstherapie und psychotherapeutische Medizin. Ein biopsychosoziales Modell*. Springer.
- Endres, D., Domschke, K., & Schiele, M. A. (2022). Neurobiologie der Zwangsstörung. *Der Nervenarzt*, 93, 670–677. <https://doi.org/10.1007/s00115-022-01341-y>
- Fink-Lamotte, J., & Exner, C. (2022). Kognitive Ansätze in der Behandlung der Zwangsstörung. In C. Benoy & M. Walter (Hrsg.), *Zwangsstörung. Grundlagen – Formen – Interventionen* (S. 202-211). Kohlhammer.
- Förstner, U., Külz, A. K., & Voderholzer, U. (2011). *Störungsspezifische Behandlung der Zwangsstörungen. Ein Therapiemanual* (1. Aufl.). Kohlhammer.

Fricke, S. (2016). *Therapie-Tools Zwangsstörungen*. Beltz.

Hand, I. (2006). Das Spektrum der Verhaltenstherapie bei Zwangsstörungen. In S. Fricke, M. Rufer, & I. Hand (Hrsg.), *Verhaltenstherapie bei Zwangsstörungen. Fallbasierte Therapiekonzepte* (S. 1-22). Urban & Fischer.

Hand, I. (2008). *Strategisch-systemische Aspekte der Verhaltenstherapie. Eine praxisbezogene Systematik in ihren historisch-autobiografischen Bezügen*. Springer.

Heinzel, C. V., & Wahl, K. (2022). Theoretische Modelle der Zwangsstörung. In C. Benoy & M. Walter (Hrsg.), *Zwangsstörung. Grundlagen – Formen – Interventionen* (S. 45-53). Kohlhammer.

Hintenberger, G. (2016). Wie integriert die Integrative Therapie? In S. G. Gahleitner, G. Hintenberger, B. Kreiner, C. Pieh, & R. Reichel (Hrsg.), *Integrative Entwicklungen. Das biopsychosoziale Leibkonzept in Theorie und Praxis* (S. 73-83). Facultas.

Hintenberger, G., Gahleitner, S. B., & Pasch, S. (2018). Methodenintegration in Beratung und Psychotherapie. *Zeitschrift für Psychodrama und Soziometrie*, 17(2), 247–259. <https://doi.org/10.1007/s11620-018-0444-y>

Hoffmann, N., & Hofmann, B. (2018). *Expositionszentrierte Verhaltenstherapie bei Ängsten und Zwängen* (4., überarb. Aufl). Beltz.

- Hoyer, J., Helbig-Lang, S., & Reinecker, H. (2020). Kognitive Verhaltenstherapie. In W. Senf, M. Broda, D. Voos, & M. Neher (Hrsg.), *Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch* (S. 231-266). Thieme.
- Kizilhan, J. I. (2022). Kulturspezifische Aspekte der Zwangsstörung. In C. Benoy & M. Walter (Hrsg.), *Zwangsstörung. Grundlagen – Formen – Interventionen* (S. 164-173). Kohlhammer.
- Klinische Abteilung für Sozialpsychiatrie, Medizinische Universität Wien. (2017). *Prävalenz und Versorgung psychischer Krankheiten in Österreich*.
https://www.meduniwien.ac.at/hp/fileadmin/sozpsychiatrie/pdf/Abschlussbericht_Wissenschaft_Wancata.pdf
- Klesse, C., Riedel, A., & Pitsch, K. (2022). Differentialdiagnostik und Komorbidität. In C. Benoy & M. Walter (Hrsg.), *Zwangsstörung. Grundlagen – Formen – Interventionen* (S. 117-131). Kohlhammer.
- Külz, A. K., Lumpp, A., Herbst, N., Stelzer, N., Förstner, U., & Voderholzer, U. (2010). Welche Funktionen erfüllen Zwangssymptome? – Ergebnisse einer Analyse im stationären Setting. *Verhaltenstherapie*, 20, 101-108.
<https://doi.org/10.1159/000295428>
- Lakatos-Witt, A. (2012). Emotionsorientierte und systemische Techniken in der Verhaltenstherapie bei Zwangsstörungen. In J. Siegl, D. Schmelzer, & H.

Mackinger (Hrsg.), *Horizonte der Klinischen Psychologie und Psychotherapie. Festschrift für Hans Reinecker* (S. 190-194).

Lakatos-Witt, A. (2020). Zwangsstörungen. In W. Senf, M. Broda, D. Voos, & M. Neher (Hrsg.). *Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch.* (S. 463-480). Thieme.

Lakatos, A., & Reinecker, H. (2016). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Zwangsstörungen. Ein Therapiemanual* (4. überarb. Aufl.). Hogrefe.
<https://doi.org/10.1026/02673-000>

Leitner, A. (2010). *Handbuch der Integrativen Therapie.* Springer.

Lieb, R., & Michè, M. (2022). Epidemiologie und Verlauf. In C. Benoy & M. Walter (Hrsg.), *Zwangsstörung. Grundlagen – Formen – Interventionen* (S. 32-44). Kohlhammer.

Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., Busch, M. A., Maske, U., Hapke, U., Gaebel, W., Maier, W., Wagner, M., Zielasek J., & Wittchen, H. U. (2014). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). *Der Nervenarzt*, 85, 77-87.
<https://doi.org/10.1007/s00115-013-3961-y>

- Jakob-Krieger, C. (2009). Supervision. In M. J. Waibel & C. Jakob-Krieger (Hrsg.), *Integrative Bewegungstherapie. Störungsspezifische und ressourcenorientierte Praxis* (S. 273-283). Schattauer.
- Jobst, A., & Reichel, R. (2013). Über der/die Praxis. In R. Reichel & G. Hintenberger (Hrsg.), *Die Praxis der Integrativen Therapie. Österreichische Perspektiven* (S. 77-86). Facultas
- Margraf, J. (2009). Hintergründe und Entwicklung. In J. Margraf & S. Schneider (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (3. Aufl., Bd. 1, S. 4-45), Springer.
- Oelkers, C., & Hautzinger, M. (2013). *Zwangsstörungen. Ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Behandlungsmanual*. (2. überarb. Aufl.). Beltz.
- Osen, B. (2008). Verhaltenstherapie von Zwangsstörungen: Praktische Ansatzpunkte und Vorgehensweisen. *Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie*, 9 (4), 52-59.
- Osten, P. (2011). Integrative Psychotherapeutische Diagnostik. *Polyloge*, 14/2011, 1-97. Verfügbar unter https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=polyloge_osten-integrative-psychotherapeutische-diagnostik-polyloge-14-2011.pdf
- Parfy, E., Schuch, B., & Lenz, G. (2016). *Verhaltenstherapie – Moderne Ansätze für Theorie und Praxis* (2. überarb. Aufl.). utb.

- Petzold, H. G. (1996). *Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Ein ganzheitlicher Weg leibbezogener Psychotherapie* (3. überarb. Aufl., Bd. 1). Junfermann.
- Petzold, H. G. (2002). Zentrale Modelle und Kernkonzepte der „Integrativen Therapie“. *Polyloge*, 2/2002, Keine Seitenangaben. Verfügbar unter <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/polyloge/Petzold-Kernkonzepte-Polyloge-02-2002.pdf>
- Petzold, H. G. (2003). *Integrative Therapie. Modelle, Theorien und Methoden einer schulenübergreifenden Psychotherapie* (2. überarb. Aufl, Bd. 2). Junfermann.
- Petzold, H. G. (2008). Zur Wissensstruktur der Integrativen Therapie – für PsychotherapekollegInnen. *Polyloge*, 03/2009, 1–24. Verfügbar unter: https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=polyloge_petzold_pol-03-2009_2008g_wissenstruktur_druck.pdf.
- Petzold, H. G. (2009). Der „informierte Leib“. In M. J. Waibel & C. Jakob-Krieger (Hrsg.), *Integrative Bewegungstherapie. Störungsspezifische und ressourcenorientierte Praxis* (S. 27-44). Schattauer.
- Petzold, H. G. (2012). Integrative Therapie – Transversalität zwischen Innovation und Vertiefung. Die „Vier WEGE der Heilung und Förderung“ und die „14 Wirkfaktoren als Prinzipien gesundheitsbewusster und entwicklungsfördernder Lebensführung. *Integrative Therapie* 3. 1-45. <https://www.fpi-publikation.de/polyloge/>

- Petzold, H. G. (2015). Geleitwort. In: J. W. Egger, *Integrative Verhaltenstherapie und psychotherapeutische Medizin. Ein biopsychosoziales Modell* (S. 13-21). Springer.
- Petzold, H. G., Orth, I., & Sieper, J. (2018). „14 plus 3“ Wege des Integrierens und Einflussfaktoren im Entwicklungsgeschehen: Metafaktoren, Belastungs-, Schutz-, Resilienzfaktoren bzw. -prozesse und die Wirk- und Heilfaktoren/-prozesse der Integrativen Therapie. <https://www.fpi-publikation.de/>
- Poppe, C., & Voderholzer, U. (2017). Zwangsstörungen. In S. Herpertz, F. Caspar & K. Lieb (Hrsg.), *Psychotherapie: Funktions- und störungsorientiertes Vorgehen* (S. 283-301). Elsevier.
- Reichel, R. (2013). Rund um die Praxis. In R. Reichel & G. Hintenberger (Hrsg.), *Die Praxis der Integrativen Therapie. Österreichische Perspektiven* (S. 15-25). Facultas
- Reinecker, H. (2022). Erscheinungsbild und Klassifikation. In C. Benoy & M. Walter (Hrsg.), *Zwangsstörung. Grundlagen – Formen – Interventionen* (S. 21-31). Kohlhammer.
- Rahm, D., Otte, H., Bosse, S., & Ruhe-Hollenbach, H. (1999). *Einführung in die Integrative Therapie. Grundlagen und Praxis*. Junfermann.
- Rubart, A. (2020). Expositionstherapie – Schritt für Schritt. *PSYCH up2date*, 14, 370-375. <https://doi.org/10.1055/a-0928-4961>

- Rufer, M., & Poppe, Ch. (2022). Kognitive Verhaltenstherapie der Zwangsstörung. In C. Benoy & M. Walter (Hrsg.), *Zwangsstörung. Grundlagen – Formen – Interventionen* (S. 188-201). Kohlhammer.
- Salkovskis, P. M., Ertle, A., & Kirk, J. (2018). Zwangsstörung. In J. Margraf & S. Schneider (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie: Psychologische Therapie bei Indikationen im Erwachsenenalter* (4. überarb. Aufl., Bd. 2). (S. 67-86). Springer.
- Schuch, H. W. (2001). Integrative Therapie – eine kurze Übersicht. In A. Leitner (Hrsg.), *Strukturen der Psychotherapie* (S. 129-194). Krammer.
- Schuch, H. W. (2007). Darum Integrative Therapie. Integrative Therapie als angewandte, kritische Humanwissenschaft mit dem Ziel der Humantherapie. Vortrag zur Jubiläumstagung 25 Jahre Integrative Therapie. *Polyloge*, 08/2016, S. 179-197. Verfügbar unter: fpi-publikation.de/downloads/?doc=polyloge_schuch-darum-integrative-therapie-angewandte-kritische-humanwissenschaft-polyloge-08-2016.pdf
- Sieper, J. (2001). Das „Behaviorale Paradigma“ und der Begriff des „Komplexen Lernens“ im Integrativen Ansatz klinischer Therapie, Soziotherapie und Agogik. Lernen und Performanzorientierung, Behaviourdrama, Imaginationstechniken und Transfertraining. *Integrative Therapie*, 1-2, 105-144. <https://www.fpi-publikation.de/integrative-therapie/2001-1-4-evidenzbasierte-qualitaetssicherung-lernprozesse-in-der-psychotherapie-integrative-traumatherapie-in-der-praxis/>

- Simons, M., & Korn, O. (2016). „Nicht mal ignorieren!“ – Metakognitive Therapie der Zwangsstörungen. *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin*, 37 (3), 282-298.
- Voderholzer, U., Favreau, M., Rubart, A., Staniloiu, A., Wahl-Kordon, A., Zurowski, B., & Kathmann, N. (2022). Therapie der Zwangsstörungen: Empfehlungen der revidierten S3-Leitlinie Zwangsstörungen. *Der Nervenarzt*, 93, 678–687. <https://doi.org/10.1007/s00115-022-01336-9>
- Voderholzer, U., & Rufer, M. (2021). Zwangsstörungen. In M. Bauer, A. Meyer-Lindenberg, F. Kiefer, & A. Philipsen (Hrsg.), *Referenz Psychische Störungen* (S. 300-313). Thieme.
- Voderholzer, U., Schlegl, S., & Külz, A.K. (2011). Epidemiologie und Versorgungssituation von Zwangsstörungen. *Der Nervenarzt*, 82, 273–280. <https://doi.org/10.1007/s00115-010-2960-5>
- Waibel, M. J., Petzold, H. G., Orth, I., & Jakob-Krieger, C. (2009). Grundlegende Konzepte der Integrativen Leib- und Bewegungstherapie (IBT). In M. J. Waibel & C. Jakob-Krieger (Hrsg.), *Integrative Bewegungstherapie. Störungsspezifische und ressourcenorientierte Praxis* (S. 1-25). Schattauer.
- Weiß, A. A. (2019). *Der Humor als Wirkfaktor der Integrativen Psychotherapie. Qualitative Inhaltsanalyse einer Befragung von elf ausgewählten ExpertInnen* (Unveröffentlichte Dissertation). Universidad Central de Nicaragua.

WHO Family of International Classifications. ICD-11 (2022). <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2f%2fid%2fentity%2f1321276661>

Wörmer, I. (2013). Der gemeinsame Kontext: Begegnungen im Alltag. In R. Reichel & G. Hintenberger (Hrsg.), *Die Praxis der Integrativen Therapie. Österreichische Perspektiven* (S. 29-36). Facultas

Zarbock, G. (2011). *Praxisbuch Verhaltenstherapie. Grundlagen und Anwendungen biographisch-systemischer Verhaltenstherapie* (3. Aufl.). Pabst.

Zaudig, M. (2011). Heterogenität und Komorbidität der Zwangsstörung. *Der Nervenarzt*, 82, 290-298. <https://doi.org/10.1007/s00115-010-2966-z>

Zaudig, M. (2022). Zwangsspektrumsstörungen nach ICD-11 und DSM-5. *Der Nervenarzt*, 93, 661–669. <https://doi.org/10.1007/s00115-022-01341-y>

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1. Unterschiede Diagnose Manuale

S. 12

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1	Kognitiv-behaviorales Ätiologie-Modell	S. 19
Abbildung 2	Kognitiv-behaviorales Ätiologie-Modell nach Salkovskis	S. 20
Abbildung 3	Spannungskurvenverlauf bei Habituation	S. 43
Abbildung 4	Integratives Ätiologie-Modell (Lakatos-Witt)	S. 64

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

CBT	Cognitive Behavioral Therapy / Kognitive Verhaltenstherapie
IT	Integrative Therapie
KKP	Klinischer Konsenspunkt, Expertenmeinung, Empfehlungsgrad der revidierten S3-Leitlinie 2022
KT	Kognitive Therapie
KVT	Kognitive Verhaltenstherapie
VT	Verhaltenstherapie