

Titelblatt

Beziehungsgestaltung in der Therapie mit Zwangskranken

**Dr. Angelika Lakatos-Witt, Universität Bamberg, Markusplatz 3, 96047
Bamberg, Tel. 0951 863/1908 Email: Angelika.Lakatos@uni-bamberg.de**

**Thomas Schneider, Praxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie,
Maroldsweisach**

Beziehungsgestaltung in der Therapie mit Zwangskranken

In diesem Beitrag werden Hinweise zur effektiven Beziehungsgestaltung bei Patienten mit Zwängen aus der Perspektive einer Verhaltenstherapeutin, die viel mit erwachsenen Betroffenen arbeitet, ergänzt durch die Sicht eines analytisch arbeitenden Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Zunächst werden die typischen Erfahrungen in der Kindheit/ Familienkonstellationen beschrieben und die daraus resultierenden Motive und Schemata, die das Beziehungsverhalten der Klienten steuern. Es geht hier zentral um das Gewinnen von Sicherheit und die Vermeidung von Unterdrückung. Auf diesem Hintergrund werden geeignete therapeutische Haltungen und Strategien im Umgang damit beschrieben, einschließlich des Bestehens von Beziehungstests. Zum Schluss wird eine Perspektive gezeichnet, welche Entwicklungsschritte im Verlaufe der Therapie anstehen und wie sie unterstützt werden können.

Erfahrungen in der Ursprungsfamilie In der Arbeit mit erwachsenen Klienten mit Zwängen lassen sich aus der Rückschau auf die Lebensgeschichte gehäuft Faktoren in der Ursprungsfamilie finden, die zu einer massiven Verunsicherung und Empfindlichkeit gegenüber Unterdrückung und Angst vor Fehlern geführt haben:

- Es fehlte an **Liebe und Geborgenheit, dem Ausdruck von Zuneigung und Gefühlen**, die materielle Versorgung des Kindes stand im Vordergrund.
- Der **Erziehungsstil** der Eltern war oftmals **stark kontrollierend bis hin zur Unterdrückung**. Der Alltagsablauf war übermäßig **stark von Regeln geprägt** und inneren Haltungen wie Rigidität, Perfektionismus und **Überbetonung sozialer Normen sowie der persönlichen Verantwortung**. Die Familienphilosophie zeichnete das „Leben als Kampf, für den man schlecht gerüstet ist“
- Es fehlte an **Einführung, Respekt und Anerkennung** sowohl der **Selbstständigkeit** des Kindes und der persönlichen Grenzen wie auch seiner Ängste und **Schutzbedürftigkeit**. Auch im Umgang der Bezugspersonen mit Angst und anderen negativen Gefühlen lässt sich ein wichtiger Vulnerabilitätsfaktor finden. Der Ausdruck negativer Gefühle beim Kind wurde durch die Eltern mit Zurückweisung beantwortet.

Fallbeispiel: Ein Klient beschreibt eine Szene aus seiner Kindheit, in der er 7 Jahre alt ist: Seine Eltern wollen abends ausgehen und haben keinen Babysitter besorgt. Als sie gehen wollen, sitzt er auf der Treppe und weint. Seine Mutter reagiert gereizt und schimpft ihn mit den Worten: „Einmal, wenn wir ausgehen wollen, dann machst Du so ein Theater!“. Der Junge geht daraufhin in sein Zimmer im Dach des Hauses, erbricht sich dort vor Erregung und Angst. Dann sieht er unter seinem Bett nach, ob dort keine Monster sind. Um seine Angst zu bewältigen, tut er dies vielfach, kontrolliert auch immer wieder andere Dinge in seinem Zimmer.

Eine andere relevante Episode aus seiner Kindheit, an die er sich erinnert: Seine Mutter wirft seine über alles geliebte Kakteensammlung, die er auf seinem Fensterbrett steht, als Bestrafung aus dem Fenster, weil er sich einer Anordnung von ihr widersetzt hat.

Als KJP erlebe ich die Interaktionsmuster in den Familien genau so. Es geht ganz häufig um das Funktionieren des Kindes, wenig um Beziehung und Gefühle. Auch die Eltern untereinander sind häufig aufgrund ungelöster Autonomiekonflikte wechselseitig verstrickt. Schuld und Schamgefühle dominieren. Der Druck der Eltern wird dann beim Auftreten der Zwänge wiederum auf das Unterlassen bzw. gänzliche Löschen der Handlungen gelegt, statt sich um das Verstehen des zugrundeliegenden emotionalen Bedürfnisses, den Sinn der Handlung, zu bemühen.

Fallbeispiel: Ein 14 jähriger Patient mit Wasch- und Kontrollzwängen, hier Peter genannt. Der Vater ist von seiner Ursprungsfamilie noch nicht abgelöst, die Familie lebt bei diesen im Haus ohne klare Trennung der Bereiche. Der Vater kümmert sich nicht um seinen pflegebedürftigen Vater, sondern appelliert an seinen Sohn, doch endlich selbständiger zu werden (bisher geht dieser nicht einmal alleine ins Bett, begründet über den Zwang: der Vater muss ihn nach oben begleiten und solange warten bis der Sohn ihn entlässt, was Stunden dauern kann). Die Mutter übernimmt die Pflege des Schwiegervaters und erlebt sich damit als unentbehrlich im ansonsten beziehungslosen Miteinander. Vordergründig droht sie aber damit, den Mann wegen der unerträglichen Verhaltensauffälligkeiten des Sohnes verlassen zu wollen. Ihre eigene Beziehung zum Sohn ist kühl, distanziert. Die Behandlung für den Sohn beginnt, als der Großvater stirbt und die Mutter eine Ausbildung zur Altenpflegerin beginnt und damit die Festung ins Wanken gerät.

Menschen mit Zwängen sind es aufgrund ihrer Erfahrungen in der Herkunftsfamilie gewöhnt, sich möglichst genau an den von außen gesetzten Vorgaben zu orientieren und persönliche Wünsche, Bedürfnisse und (negative) Gefühle zu ignorieren, denn das hätte bedeutet, den Schutz der Familie, die Bindung zu gefährden. Stattdessen besteht ein ausgeprägtes Bewusstsein für gesellschaftliche Normen und moralische Standards und ein sehr hohes Verantwortungsgefühl.

Motive und Schemata, die das Beziehungsverhalten steuern

Auf dem Hintergrund derartiger Erfahrungen von mangelnder Geborgenheit, Verlust, Ohnmacht und Demütigung ist es nicht verwunderlich, dass die entsprechenden Motive hoch valent sind. Zentral sind dabei:

- Das Motiv nach Sicherheit
- Das Motiv nach Respekt und Selbstbestimmung

Das **Selbst-** und **Fremdbild** sind entsprechend ungünstig und rigide. Die **Welt** wird als **gefährlich** erlebt. Im Kontakt mit anderen Menschen fühlen sich die Betroffenen leicht **unzulänglich**,

chancenlos und verletzlich, während die **Anderen nicht vertrauenswürdig, mächtig und bedrohlich** erscheinen.

Fallbeispiel: Nach einer Metapher dafür befragt, wie sie sich in ihren sozialen Beziehungen fühlt, nennt eine Patientin das Bild einer Löwenbändigerin, die als Dompteuse in der Manege die Raubkatzen in Schach und sich selbst vom Leib zu halten versucht. Sie glaubt, ihre Freunde jonglieren und manipulieren zu müssen, um nicht alleine zu sein, wenn sie Hilfe braucht.

Aus dem Beispiel wird deutlich, dass als kompensatorisches Schema ein ausgeprägter Wunsch besteht Situationen und andere Menschen **zu kontrollieren**. Umgekehrt ist die Toleranz gegenüber Unbestimmtheit sehr gering. Der Ausdruck „**etwas im Griff haben**“ wird von sehr vielen Klienten benutzt und ist die typische Versprachlichung dieses Bestrebens.

Hinzu kann das Motiv nach Anerkennung kommen. Zitat eines Patienten: „Ich habe einen ganz besonderen Zwang. Ich komme auch gerne mal als Patient in ihre Vorlesung.“

Bei Adoleszenten ist aus Angst davor, dass sie sich schämen müssten, wenn deutlich wird, wie wenig Anschluss an eine peer group vorhanden ist und wie wenig die Ablösung von der Ursprungsfamilie bisher geglückt ist, oft die narzisstische Kompensation sehr hoch: „So viele unterschiedliche Zwänge hat Ihnen noch kein Patient präsentiert“ (dabei hielt er seine Liste der Zwänge wie eine Urkunde hoch).

Der psychosoziale Entwicklungsstand der meisten Klienten mit Zwängen ist mithin auf der Stufe von Jugendlichen, im **Spannungsfeld der beiden Kernbedürfnisse, dem Wunsch nach Bindung und Dazugehören** einerseits und **dem Streben nach Unabhängigkeit und Einzigartigkeit** andererseits. Der **Wunsch nach Eigenständigkeit und Selbstbestimmung** ist zwar vorhanden, aber kein inneres **Leitsystem dafür**.

Im Übergang von Pubertät zum Erwachsenenalter ist die Beschäftigung mit den immer gleichen Inhalten und das Festhalten an leicht zu kontrollieren Dingen und Stereotypen wie Computerspiele, Handys etc. hochgradig sicherheitsstiftend und normal. Bei Zwangskranken ist dies exzessiv und es gelingt der Übergang in die nächste Entwicklungsstufe nicht.

Das strategische Handeln in Beziehungen ist **Überanpassung bzw. Trotzverhalten**, gekoppelt auf emotionaler Ebene mit **Schuld- und Ohnmachtsgefühlen** respektive **Wutunterdrückung oder Wutausbrüchen**.

Fallbeispiel: Peter absolviert als bester Schüler seine Schule und lässt sich im Anschluss an seine Abschlussrede aufgrund Hyperventilation von Sanitätern aus der Schule tragen. Er hat die Schule nicht selbst verlassen, man musste ihn hinaustragen ins Leben.

Therapeutische Strategien

Aufgrund der oben geschilderten Schemata ist der Kontakt zum Therapeuten zunächst stark durch **Vermeidung von Nähe und Emotionalität** geprägt. Menschen mit Zwängen sind zunächst skeptischer und misstrauischer als andere Patienten und sie vermeiden es, sich emotional zu öffnen.

Es ist eine echte Herausforderung für diese Patienten sich überhaupt **vertrauensvoll auf ein Gegenüber einzulassen**.

Fallbeispiel: Eine Patientin mit Kontaminationsängsten wollte von der Therapeutin, dass sie sich einem HIV Test unterzieht, bevor sie mit ihrer Therapie beginnen könne.

Hinzu kommt die **Gefahr des Scheiterns**, die die alten Erfahrungen und Gefühle von Unzulänglichkeit und Ohnmacht schmerzlich wiederholen könnten. **Therapie** bedeutet per se ja Veränderung und damit **Instabilität, die sehr schwierig für diese Klienten ist**. Eine **ambivalente Motivation** der Therapie gegenüber ist daher, trotz des Leidensdrucks, eher die Regel als die Ausnahme.

„Wasch mich, aber mach mich nicht nass“ ist die typische Auftragsbotschaft.

Charakteristisch ist daher, dass die Klienten sehr viel erzählen, aber ohne emotionale Beteiligung und sich bei der Zielklärung zunächst in aller Regel nur das Verschwinden der Zwänge und keine Annäherungsziele ergeben.

Menschen mit Zwängen sind Guerillas, die genau wissen wogegen sie kämpfen, aber nicht wofür!

Das Beziehungsangebot des Therapeuten muss in der Anfangsphase der Therapie also über die Basisvariablen wie Empathie und Wertschätzung hinausgehen und eine Komplementarität zu den Motiven des Klienten herstellen und darauf abzielen:

- Das **Sicherheits- und Zugehörigkeitsbedürfnis der Klienten** zu stillen
- **Seine Angst vor Fremdbestimmung** möglichst nicht zu triggern

Aufbau von Sicherheit.

Sicherheit wird zunächst **Vertrauen in die Kompetenz** des Therapeuten bedeuten, dann erst **Vertrauen in die Person**. Ersteres lässt sich aufbauen durch kundige Fragen und das interessierte Ausleuchten des komplexen Zwangssystems und dessen Logik. Dabei kann man seine Expertise zeigen, indem man bestimmte, typische Handlungsabläufe vorhersagt oder weiß, dass bestimmte Regionen am Körper oder im persönlichen Bereich besonderer Behandlung unterzogen werden z.B. der Kopf und die Haare ganz besonders vor Kontamination geschützt werden müssen oder die Wohnung als „Schutzraum“ oder das Bett als das „Reinste““ darin gesehen wird.

Hier ist es oft sehr erleichternd für die erwachsenen Klienten Beispiele von anderen Betroffenen zu hören und damit Akzeptanz für ein Phänomen, dem sie selbst oft genug verständnislos gegenüber stehen. Dies bedeutet ein Stück weit auch Normalisierung.

Bei Kindern ist es wichtig, dass Sicherheitshandlungen sein dürfen z.B. seine Playmobilmännchen am Beginn der Stunde immer erst in eine bestimmte Formation bringen zu dürfen und der Therapeut dies unkommentiert zulässt (permissive Haltung). Die beim Therapeuten ausgelösten Gefühle werden erst zu einem späteren Zeitpunkt in entwicklungsfördernder Absicht gedeutet.

Vertrauen in die Person wird sich aus der gleichbleibenden und geduldigen Zuwendung und Freundlichkeit des Therapeuten ergeben, die auch der ewigen Unsicherheit und Rückversicherungstendenz der Klienten nicht nur mit Solidarität begegnet, sondern die zugrundeliegenden Motive und Bedürfnisse versprachlicht, anerkennt und wertschätzt.

Formulierungsbeispiel bei Erwachsenen: „ Sie wünschen sich die gefühlte Sicherheit, dass ihre Eltern allein klar kommen und Sie und ihr Mann ihr eigenes Leben führen dürfen.“

Beispiel aus der Kindertherapie: Im Rahmen einer Sandspieltherapie stellt eine achtjährige Patientin wiederholt eine Kinderfigur auf, die umgeben von mächtigen Tieren (Löwe, Tiger, Dinosaurier,...) ist, welche den Blick in die Welt hinaus richten. In der anderen Ecke des Sandbildes wird immer wieder eine Feuerwehr im Einsatz gezeigt und ein Rettungswagen in gleicher Weise arrangiert. Das Kompetenzerleben, sich selbst szenisch sichern zu können, wird vom Therapeuten stellvertretend verbalisiert: „ Oh, da würde ich mich aber sicher fühlen!“ Im Verlauf der Sandspieltherapie lässt diese Notwendigkeit nach, die direkte Beziehungsaufnahme zum Therapeuten nimmt zu.

Einen hohen Stellenwert hat auch **die explizit geäußerte Sicherheit (auch über den Erfolg der Therapie)** seitens des Therapeuten, damit der unentschlossenen Grundhaltung des Klienten etwas entgegen gesetzt wird.

Zitat eines Klienten am Ende der Therapie: „Was mir am meisten geholfen hat, war, dass Sie sich immer sicher waren, dass ich es nicht tue, auch wenn ich mir gar nicht sicher war.“

Der Klient hatte den Zwangsgedanken, dass er ein Kind missbrauchen könnte.

Rückversicherungen über die Gefährlichkeit von Dingen oder über alltägliche Tätigkeiten und Belange (Wie oft reinigen Sie denn ihre Fingernägel? War da etwas an mein Hosenbein gekommen?) sind etwas, worauf sich der Therapeut zu Beginn und während krisenhafter Zuspitzungen(z.B. im Verlaufe der Exposition) **selbstverständlich** einlässt und was er dann erst schrittweise ausblendet. Wobei dies kein linearer Prozess ist, sondern etwas, das man dem jeweiligen emotionalen Zustand, der gefühlten Unzulänglichkeit des Moments, entsprechend fein angepasst regulieren wird. Zum Ausschleichen sind (nonverbale) Signale der Verbundenheit und des Verständnisses zunehmend wichtiger als sachbezogene Antworten.

Das **Bündnis** zum Klienten wird **entscheidend erleichtert**, wenn der **Zwang externalisiert** wird. Er wird aus dem Gesamtsystem der Psyche des Patienten herausgenommen und von der „eigentlichen Person“, dem „eigentlichen Selbst“ getrennt. Dies gelingt, indem man dem Zwang durch den Klienten einen individuellen Namen geben lässt und eine Metapher. Beispielsweise bezeichnete eine Klientin ihren Zwang als ihren „**eifersüchtigen Liebhaber**“. So wird es möglich sich als Therapeutin mit der Klientin gegen den „blöden eifersüchtigen Liebhaber“ zu verbünden. Weitere Beispiele für die sprachliche Etikettierung dieser Externalisierung sind: „Mein Zwang will das, aber ich nicht“. „Mein Zwang dieser Widerling“, „mein Zwang ist wie ein kleiner Teufel, der auf meiner Schulter sitzt und Sie sind jetzt mein Engel, auf der anderen Schulter“ (vgl. White & Epston, 2009).

Kinder drücken dies bildnerisch oder szenisch aus, indem sie getrennte Objekte malen. Bsp. Ein Kind malte sich als sehr bunte Figur mit einem schwarzen Waschteufel in der Hand.

Hier sehe ich einen fließenden Übergang zwischen der Beziehungsgestaltung und speziellen inhaltlichen Interventionen, die ich als „**Verschiebung der Problemsicht**“ bezeichnet habe. Sie sind in Lakatos & Reinecker, 2007 beschrieben.

Bestehen von Beziehungstest

Die typischen Beziehungstests, denen man seitens der Klienten ausgesetzt sein kann, sind Machtkämpfe. Ich erinnere mich an einen Klienten, der immer exakt 14 Minuten zu spät kam, wobei die Regel bei mir lautet, dass nach 15 Minuten Verspätung die Sitzung nicht mehr begonnen wird, weil dann die Zeit nicht mehr reicht um konstruktiv zu arbeiten).

Subtiler gehen Klienten vor, die Fragebögen nicht ausfüllen, auf die gestellten Fragen nie wirklich eingehen, sondern sich stattdessen in weitschweifigen Situationsschilderungen ergehen. Andere machen Hausaufgaben nicht bzw. andere als ausgemacht. Manche Klienten sind unterschwellig aggressiv (Haben Sie sich die Hände nach der Toilette gewaschen!?)

Wie bei der Therapie von Persönlichkeitsstörungen und -stilen ist es auch hier meines Erachtens nach am wichtigsten sich zu vergegenwärtigen, dass die Klienten dies **nicht tun um uns zu ärgern**, sondern dass es **Teil des Problems ist und Ausdruck ihrer Angst die Kontrolle über das Geschehen zu verlieren**.

Es mag dann leichter fallen, solche interaktionellen Tests zu bestehen, indem man sich als **Therapeut so kooperativ und machtfrei wie möglich verhält und den Patienten als Menschen mit „unpassenden“ Gefühlen und Verhaltensweisen (natürlich in vernünftigen Grenzen) so lange auszuhalten gewillt ist**, bis andere therapeutische Interventionen greifen.

Dies wird in der Regel dann der Fall sein, wenn die Phase der Exposition beginnt und die Klienten korrigierende Beziehungserfahrungen machen dürfen: Dass sie auch in **ihrer Verletzlichkeit und Not** und Bedrängnis **weder im Stich gelassen werden, noch dafür mit Unterwerfung bezahlen müssen**, sondern selbstbestimmt sein dürfen.

Die Kunst bei der Durchführung der Exposition ist also sich so feinfühlig zu verhalten, dass der Zögerlichkeit und Vermeidungstendenz des Klienten etwas entgegengesetzt wird, aber die Angst vor Fremdbestimmung nicht getriggert wird (vgl. Artikel. Hofmann und Hoffmann in diesem Heft)

Diese Feinfühligkeit betrifft **den richtigen Zeitpunkt und die Art und Weise des Vorschlagens der Exposition** sowie die richtige **Balance zwischen Änderungsdruck und vs. Akzeptanz.**

Die richtige Haltung des Therapeuten dazu ist meiner Meinung nach:

- Der Klient ist vollkommen frei in seiner prinzipiellen Entscheidung für oder gegen Exposition
- Er kann jederzeit vollkommen selbstbestimmt entscheiden, ob er während der Expositionen weitermachen möchte oder nicht
- Aber er trägt, wenn er sich dagegen entscheidet, auch die Verantwortung dafür, dass sich die Zwänge ggf. nicht reduzieren werden.

Günstig ist es die Verantwortungs- und Anstrengungsbereitschaft des Klienten als Ressource zu betonen und zu nutzen und entsprechende Botschaften zu vermitteln:

„Da Sie ein anstrengungsbereiter Mensch sind, weiß ich, dass Sie es schaffen können“
„Ich bleibe an Ihrer Seite, aber Sie entscheiden selbst, was Sie tun möchten

Mit dieser Haltung kann man nicht nur die Unentschlossenheit im Kontext der Exposition auflösen, sondern auch das grundsätzliche Problem, dass uns die Klienten mit ihrer mangelnden Fähigkeit zur Selbstbestimmtheit dazu verleiten im Therapieprozess zu stark die Steuerung zu übernehmen. Sie können nicht für sich selbst entscheiden, wollen aber auch keinen anderen über sich bestimmen lassen, weil sie sich sonst vereinnahmt und bedrängt fühlen. Ein Dilemma das man lösen kann, indem **Widerspruch und Widerstand nicht nur ermöglicht, sondern voraussagt:**

„Es wird Phasen geben, in denen sie sich einfach darauf beschränken möchten, den Status Quo zu halten oder sich nur ausruhen wollen. Auch das ist in Ordnung...“

Entwicklungsziele fördern

Meiner Erfahrung nach ist die direkte Arbeit an den Zwangssymptomen der erste Schritt in der Therapie, denn dafür sind die Klienten am meisten motiviert. Erst im Zuge der Reduktion der Fremdbestimmung durch die Zwangssymptome kann es immer mehr auch um das Finden von

Annäherungszielen gehen. „ Was stattdessen ?“ Dann geht es um die Beantwortung der Fragen: „Was sind meine wirklichen Bedürfnisse und Interessen? Womit will ich meine Zeit füllen? Was sind mir wichtige Lebensziele?“ Wie kann ich dabei Konflikte angemessen austragen und ein gutes Gleichgewicht finden zwischen meinen Bedürfnissen und den Erwartungen der Anderen?

Abhängig davon, wo die Klienten jeweils hinsichtlich ihrer psychosozialen Entwicklung stehen, wird man sie als Therapeut dort abholen und in ihrer Weiterentwicklung fördern. Bei den „**pubertierenden Kämpfern**“ steht als Entwicklungsziel im Vordergrund **die übergroße Angst vor Unterdrückung zu überwinden und damit Anschluss an andere Menschen zu gewinnen und ihre Isolation aufzugeben**. Bei den etwas **reiferen Klienten** wird der Fokus mehr darauf liegen **sich zu behaupten, innerlich besser mit der vorgestellten und oder wirkliche Ablehnung Anderer zurecht zu kommen**. Dazu ist die Bewältigung von **Scham und Schuldgefühlen** notwendig.

Die Arbeit an diesen Entwicklungsthemen findet viel in der Beziehung zum Therapeuten statt, aber auch in der Besprechung von Konflikten und Gefühlen in Bezug auf andere Menschen und geht streckenweise parallel, streckenweise alternierend mit der Symptomarbeit vor sich. Die erlebte Selbstwirksamkeit in dem einen Bereich stärkt die Zuversicht für den anderen. Wenn die Expositionsphase eher ins Selbstmanagement übergeht, kann man als Therapeutin seine Aktivität immer mehr begleitend werden lassen und respektvoll miterleben wie sich die Zwänge als notwendiger Teil der Selbstwerdung überlebt haben und nun von Selbständigkeit abgelöst werden.

Fallbeispiel: Peter überwand seine Angst vor dem Internet(da könnte man Unkontrollierbares auslösen), nutzte dies gleich um das Arbeitszimmer seines Vaters zu renovieren und in ein Wohnzimmer für sich(!) selbst umzugestalten. Als dies fertig war, fragte er den Therapeuten: „Meinen Sie, dass mich ein Mädchen attraktiv finden könnte?“ und begann sich in Internetpartnerbörsen umzusehen. An dieser Stelle der Therapie wechselte die Behandlungsform von der Einzel- in die Gruppentherapie. „Ich bin nicht allein so verrückt, zusammen schafft man es leichter!“

Fazit: In der Beziehungsgestaltung bei Menschen mit Zwängen geht es primär darum das Sicherheits- und Zugehörigkeitsbedürfnis zu stillen und eine Nachreifung der Autonomie-Entwicklung zu ermöglichen. Günstiges Therapeutenverhalten sollte dabei über die Basisvariablen hinaus komplementär so gestaltet werden, dass man zunächst Sicherheit über die Kompetenz des Therapeuten vermittelt, dann das Vertrauen in die Person, die sich extrem gewährend und trotz Provokationen immer so kooperativ machtfrei wie möglich verhält. Im Kontrast zu ihren Erfahrungen in der Ursprungsfamilie können die Betroffenen so lernen, dass Bindung und Vertrauen keineswegs nur um den Preis der Unterwerfung „ zu ihrem eigenen besten“ zu erlangen sind. Vielmehr ermöglicht der Therapeut die neue Erfahrung, „ich stehe an deiner Seite, aber du darfst selbst bestimmen, was gut für dich ist“. In der Verhaltenstherapie kann man diese neue Lernerfahrung besonders eindrücklich über die Art und Weise, wie man die Begleitung bei der Exposition gestaltet, vermitteln.

Literatur:

Crombach, G. (2002). Persönlichkeitsstörungen, Rang- und Bindungsdefizite bei Zwangsstörungen. In W. Ecker (Hrsg.), Die Behandlung von Zwängen: Perspektiven für die klinische Praxis (S. 101-112). Bern: Hans Huber.

Ecker, W. (2005). Therapeutische Fehler und Misserfolge in der kognitiv-behavioralen Therapie von Zwangserkrankungen aus der Perspektive der klinischen Praxis. Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin. Vol 26(2), 239-26

Fricke, S., Moritz, S., Andresen, B., Hand, I., Jacobsen, D., Kloss, M. & Rufer, M. (2003). Einfluss von Persönlichkeitsstörungen auf den Erfolg einer multimodalen Verhaltenstherapie bei Zwangserkrankungen- Teil II: Ergebnisse einer empirischen Studie. Verhaltenstherapie, 13, 172-182.

Hand, I. (2002). Systemische Aspekte in der Verhaltenstherapie von Zwangsstörungen. In W. Ecker (Hrsg.), Die Behandlung von Zwängen: Perspektiven für die klinische Praxis (S. 81-100). Bern: Hans Huber.

Hoffmann, N. (2005). Therapeut-Patient-Beziehung bei Menschen mit Zwangsstörungen. In: H. Ambühl. Psychotherapie der Zwangsstörungen. Stuttgart. Thieme Verlag. (S. 194-200)

Liebler, A. (2001). "Ich sitz' in meiner Burg und draußen tobt der Krieg". Abgrenzungsbedürfnis und sozialer Rückzug als relevante Aspekte bei Zwangsstörungen. Psychotherapeut, 46, 182-187.

Lakatos, A. (1997). Kognitiv-behaviorale Therapie für Zwangsstörungen. Eine Therapievergleichsstudie. Regensburg: Roderer.

Lakatos, A. & Reinecker, H. (2007). Kognitive Verhaltenstherapie bei Zwangsstörungen. Ein Therapiemanual. 3. überarbeitete Auflage. Göttingen. Hogrefe. (3. vollständig überarbeitete Auflage. 159 S).

Lakatos, A. (2008). Beziehungsgestaltung bei Zwangsstörungen. In M. Hermer & B. Röhrle (Hrsg.) Handbuch der therapeutischen Beziehung. Band 2. Spezieller Teil. DGVT-Verlag. Tübingen.

Lakatos-Witt, A. (2012). Emotionsorientierte und systemische Techniken in der Verhaltenstherapie bei Zwangsstörungen. In: J. Siegl, D. Schmelzer & H. Mackinger. Horizonte der Klinischen Psychologie und Psychotherapie. Pabst-Verlag. Lengerich. (S. 190-194)

Myhr, G., Sookman, D. & Pinard, G. (2004). Attachment security and parental bonding in adults with obsessive-compulsive disorder: a comparison with depressed out-patients and healthy controls. Acta Psychiatrica Scandinavica, 109, 447-456.

Reinecker, H. & Lakatos, A. (2005). Was kommt nach dem Ritual? Umgang mit Emotionen während und nach der Emotion. In P. Neudeck & H. Wittchen (Hrsg.) Konfrontationstherapie bei psychischen Störungen.. Hogrefe. Göttingen (S. 127-142).

Röper, G. (1998). Auf der Suche nach Sicherheit. Ein klinisch-entwicklungspsychologisches Modell zur Entstehung und Aufrechterhaltung der Zwangsstörung. Psychotherapie, 3, 263-280.

Röper, G. (2001). Chronische Unsicherheit und ihre Bedeutung für die Entstehung der Zwangsstörungen- ein klinisch-entwicklungspsychologisches Störungsmodell. In G. Röper, C. Hagen &

G. Noam (Hrsg.) Entwicklung und Risiko: Perspektiven einer klinischen Entwicklungspsychologie. Ein Lehrbuch (S. 240-269). Weinheim: Psychologie Verlags Union.

White, M. & Epston, D. (2013). Die Zähmung der Monster: Der narrative Ansatz in der Familientherapie. Carl-Auer-Verlag (7.unveränderte Auflage).

CME Fragen

1. Eine komplementäre Beziehungsgestaltung in der Therapie von Menschen Zwänge bedeutet vor allem welche Motive/Bedürfnisse zu stillen?

A, Das Bedürfnis nach Anerkennung und Selbstwerterhöhung

B, Das Bedürfnis nach Wichtigkeit und Aufmerksamkeit

C, Das Bedürfnis nach Sicherheit und Autonomie

D, Das Bedürfnis nach realistischen Grenzen

E, Das Bedürfnis nach Selbstdarstellung

(Lösung ist C)

2. Welche dysfunktionalen Selbst- und Fremdschemata sollte man möglichst nicht triggern?

A, „ Ich bin unzulänglich, chancenlos und unterlegen. Die Anderen sind übermächtig und bedrohlich“

B. „ Ich bin nicht wichtig und werde nicht ernst genommen. Die anderen sind immer interessanter“.

C. „Ich bin nicht liebenswert. Keiner mag mich“.

D. „Ich werde immer enttäuscht. Man kann niemandem vertrauen.“

E. „ Ich bin ein Versager. Die anderen merken, dass ich nur ein Bluffer bin.“

(Lösung ist A)

3. Welche Ressourcen, die Zwängepatienten aufweisen, lassen sich gut für die Therapie nutzen:

A. Die Klienten sind selbstreflektiert

B. Die Klienten sind gewissenhaft und genau

C. Die Klienten sind freundlich

D. Die Klienten sind anstrengungsbereit und haben ein hohes Verantwortungsgefühl

E. Die Klienten haben einen hohen moralischen Standard

(Lösung ist D)

Kurzbiographien

Dr. Angelika Lakatos-Witt

Wissenschaftliche Angestellte am Lehrstuhl für Klinische Psychologie der Universität Bamberg

Psychologische Psychotherapeutin, Verhaltenstherapieausbildung,

Dozentin und Supervisorin am CIP Bamberg und anderen Verhaltenstherapie- Instituten, Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Zwangsstörungen, prozessorientierte Psychotherapieforschung.

Thomas Schneider

Analytischer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut in eigener Praxis, Dozent und Supervisor am Würzburger Institut für Psychoanalyse und Psychotherapie,

Besondere Arbeitsschwerpunkte: Kinder mit Traumatisierungen und Heimerfahrung, Analytische Gruppentherapie für Kinder und Jugendliche.