

Psychotherapie der Zwangsstörung

Was ist evidenzbasiert?

Die Zwangsstörung stellt eine massiv beeinträchtigende Erkrankung mit zumeist chronischem Verlauf dar, die etwa jeden 50. Menschen im Lauf seines Lebens erfasst. Noch vor wenigen Jahrzehnten galten Zwangssymptome als schwer zu behandeln. Bis 1960 war die Psychoanalyse die Methode der Wahl; die therapeutischen Bemühungen konnten jedoch gegen die quälenden Gedanken und zeitraubenden Rituale wenig ausrichten. Heute haben Betroffene eine gute Chance auf deutliche Besserung ihrer Symptomatik, wenn sie sich in geeignete psychotherapeutische Behandlung begeben.

Als Meyer 1966 die erste systematische Beschreibung von zwei Expositionsübungen bei Zwängen mit der Hoffnung auf zunehmende Verbreitung dieser Methode verband, konnte er noch nicht ahnen, damit das wirkungsvollste und bis zum heutigen Tag am besten erforschte Behandlungsverfahren im Kampf gegen die Zwangssymptomatik entdeckt zu haben.

Ein Cochrane-Review [1] evaluierte 8 randomisierte, kontrollierte Studien (RCTs) zur Wirksamkeit von kognitiver Therapie und Verhaltenstherapie im Vergleich zu unbehandelten Kontrollgruppen oder unspezifischem „treatment as usual“ (TAU). Beide Interventionsformen waren den TAU-Bedingungen nicht nur in der Reduktion der Zwangssymptomatik, sondern auch in der Verbesserung der allgemeinen Lebensqualität sowie der Verringerung von Depressions- und Angstsym-

ptomen in vergleichbarem Maße überlegen.

➤ Kognitive Therapieelemente sollten die Expositionsbehandlung idealerweise begleiten

Ebenso gelangten Rosa-Alcázar et al. [2] in einer 19 Studien umfassenden Metaanalyse zu dem Schluss, dass sowohl Expositionsbehandlung als auch kognitive Therapie und eine Kombination aus beiden Verfahren wirksame Ansätze zur Bekämpfung von Zwangssymptomen darstellen. Dabei fällt allerdings auch auf, dass die Therapieeffekte zwischen einzelnen Studien stark variieren. So weisen Therapien mit therapeutenbegleiteter Exposition fast 3-mal so hohe Effekte auf wie Studien mit Exposition in Eigenregie und Behandlungen mit intensiver Exposition schneiden deutlich besser ab als Behandlungen mit weniger Expositionseinheiten. Weiterhin konnten mangels kontrollierter Studien keine anderen Therapieformen wie etwa psychodynamische Ver-

fahren oder eine klientenzentrierte Therapie in die Evaluation einbezogen werden.

Auch nach Leitlinien stellt die kognitive Verhaltenstherapie (KVT) mit Reizkonfrontation und Reaktionsmanagement bei Zwangserkrankungen die Psychotherapiemethode der Wahl dar [3]. Etwa 60–70% der behandelten Patienten können durch diese Intervention eine mindestens 35%ige Besserung ihrer Zwangssymptomatik erlangen. Die Therapieresponse wird dabei meistens mit der Yale-Brown-Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS), einem ausführlichen Interviewverfahren zur Erfassung der Zwangssymptomatik, erfasst, mit dem sich Symptomveränderungen zuverlässig abbilden lassen. Kombiniert man diese Form der Psychotherapie mit Serotoninwiederaufnahmehemmern (SRI), kann durchschnittlich noch eine etwas höhere Verbesserungsrate erzielt werden. Insgesamt hat sich die alleinige Anwendung kognitiver Verhaltenstherapie jedoch als vergleichbar wirksam erwiesen, sofern nicht überwiegend Zwangsgedanken oder eine komorbide depressive Symptomatik vor-

Tab. 1 Ablauf der Psychotherapie von Zwängen

| |
|--|
| – Aufbau einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung |
| – Motivations- und Zielanalyse: ausführliche Analyse des Symptomverhaltens und der Funktionalitäten der Zwangssymptome |
| – Erarbeiten eines plausiblen Erklärungsmodells und Vermittlung des Therapierationales |
| – Erstellen der Angsthierarchie und graduierte Exposition mit Reaktionsmanagement therapeutenbegleitet und zu Hause |
| – Bearbeiten weiterer Problembereiche, Angehörigengespräche |
| – Rückfallprophylaxe |
| – Booster-Sitzungen über 3 bis 6 Monate |

liegen [4]. Die Behandlungserfolge sind auch nach einem Zeitraum von 6 bis 8 Jahren noch relativ stabil [5]; man geht heute davon aus, dass langfristig etwa 50% der Patienten von kognitiver Verhaltenstherapie profitieren.

In der o. g. Metaanalyse von Rosa-Alcázar zeigte sich, dass die KVT als Gruppentherapie vergleichbar wirksam war wie im Einzelsetting. Auch eine Übersichtsarbeit [6] zu kognitiv-behavioraler Gruppentherapie bei Zwangserkrankungen bescheinigte der Gruppenbehandlung einen beachtlichen durchschnittlichen Effekt von 1,18. Allerdings wurde nur in einer einzigen Studie individualisierte kognitive Verhaltenstherapie mit kognitiver Verhaltenstherapie als Gruppenbehandlung verglichen. Hier zeigte sich das Einzelsetting tendenziell, aber nicht signifikant überlegen.

Die höchsten Effektstärken wurden bisher allerdings in Studien mit hoher Behandlungsintensität erzielt, wie dies in der Leitlinie des National Institutes of Clinical Excellence (NICE) aus dem Jahre 2005 dargestellt ist: Bei Studien mit jeweils mindestens 30 h Therapie lagen die Effektstärken im sehr hohen Bereich zwischen 1,38 und 1,91.

Traditionell besitzt kognitive Verhaltenstherapie bei Zwangsstörungen zwei Standbeine:

- das *Expositionstraining*, bei dem sich der Betroffene in die angstauslösenden Situationen begibt, ohne den Zwangsimpulsen nachzugeben (bspw. öffentliche Türkliniken ohne anschließendes Händewaschen berührt), sowie
- die *kognitive Arbeit*, d. h. die Identifikation und Revision ungünstiger Überzeugungen wie etwa perfektionistische Ansprüche oder unrealistische Gefahreinschätzungen, die zur Aufrechterhaltung der Symptomatik beitragen.

Während einige Autoren die alleinige Anwendung intensiver Exposition favorisieren und mit Untersuchungen untermauern konnten, fanden andere Autoren ähnliche Ergebnisse für kognitive Therapie ohne Expositionsübungen. In einigen der Vergleichsstudien zwischen einer rein kognitiven Therapie und einer Verhal-

Hier steht eine Anzeige.

 Springer

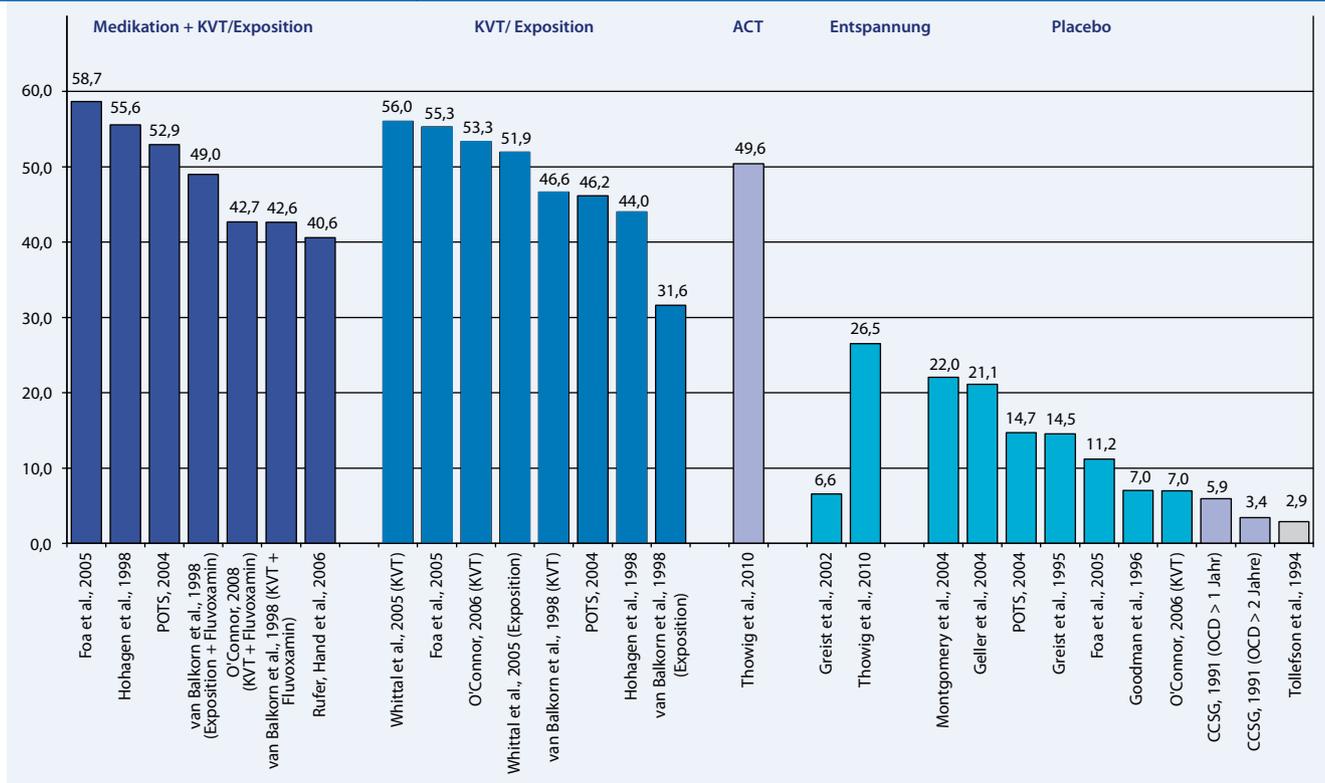


Abb. 1 ▲ Effekte verschiedener Therapien bei primärer Zwangsstörung. Auswahl kontrollierter Studien mit Besserung der Symptomatik in Prozent (Y-BOCS prä-post). KVT kognitive Verhaltenstherapie, ACT Akzeptanz- und Commitment-Therapie. (Mod. nach [26])

tenstherapie mit Exposition war die Anzahl von therapeutenbegleitenden Expositionssitzungen relativ gering oder es handelte sich nur um angeleitete Selbstexpositionen, sodass ein Vergleich der Ebenbürtigkeit beider Verfahren nicht möglich erscheint. Die Frage nach der besseren Wirksamkeit lässt sich zudem schwer beantworten, da beide Methoden Überschneidungen aufweisen und teilweise in Wechselwirkung zueinander stehen. So zeigt Exposition neben dem physiologischen Habituationseffekt auch kognitive Wirkungen wie die Widerlegung katastrophisierender Vorstellungen (z. B.: „Wenn ich nicht alles symmetrisch arrangiere, passiert meiner Mutter ein Unglück“). Außerdem ist in der Regel die Aufnahme einer Expositionsbehandlung ohne vorherige kognitive Vorbereitung nicht sinnvoll und auch kaum durchführbar. Umgekehrt erfordern kognitive Strategien wie Verhaltensexperimente zur Hypothesentestung eine aktive Auseinandersetzung mit der angstauslösenden Situation, was durchaus Expositionscharakter annehmen kann. Mc Millan und Lee [7] konnten kürzlich zeigen, dass bei Angst- und Zwangsstö-

rungen der zusätzliche Einsatz von Verhaltensexperimenten im Allgemeinen effektiver ist als Exposition alleine. Ähnlich resümiert Abramowitz auf Basis vorliegender Vergleichsstudien [8], dass kognitive Therapieelemente die Expositionsbehandlung idealerweise begleiten sollten; zu einem Ersatz der Reizkonfrontation durch alleinige kognitive Arbeit sei jedoch nicht zu raten.

Die Wirksamkeit der beiden Behandlungsformen sowie der Kombinationsbehandlung mit Medikation im Vergleich zeigt **Abb. 1**.

Expositionsbehandlung – korrekt durchgeführt

Bei der Exposition begibt sich der Patient entweder allmählich in angstauslösende Situationen mit steigendem Schwierigkeitsgrad (graduierte Exposition) oder konfrontiert sich direkt mit den am stärksten Angst auslösenden Reizen („flooding“), ohne Zwangshandlungen auszuführen. Während letzteres etwas effektiver ist, birgt ersteres eine geringere Gefahr innerer Vermeidungsstrategien

und ist oftmals mit höherer Compliance verbunden. Allgemein ist Exposition auch bez. Zwangsgedanken möglich, indem der Patient diese bspw. auf Tonband anhört, ohne sog. Neutralisierungsstrategien einzusetzen.

Es besteht Konsens darüber, dass Expositionstherapie nur dann Wirkung zeigen kann, wenn der gewählte Stimulus beim Patienten zu *psychophysiologischer Erregung* führt. Ein positiver Zusammenhang zwischen emotionaler Erregung während der Sitzung und dem Therapieergebnis konnte allerdings nur in einigen Studien nachgewiesen werden, andere fanden eine solche Korrelation nicht.

Gassmann und Grawe [9] sehen hierbei das Ausmaß an Ressourcenaktivierung während der Therapiesitzung als moderierenden Faktor. Die Autoren konnten nachweisen, dass *Problemaktualisierung* allein nicht zu therapeutischem Fortschritt führt, sondern nur in Kombination mit *Ressourcenaktivierung* ihr therapeutisches Potenzial entfaltet. Unter Problemaktualisierung verstehen die Autoren das In-Kontakt-Treten mit unangenehmen, bisher vermiedenen Emotio-

A.K. Külz · U. Voderholzer

Psychotherapie der Zwangsstörung. Was ist evidenzbasiert?

Zusammenfassung

Die Zwangsstörung ist eine schwere und massiv beeinträchtigende psychische Erkrankung, die ohne adäquate Behandlung in der Regel chronisch verläuft. Kognitive Verhaltenstherapie mit Exposition stellt zum heutigen Zeitpunkt das am besten untersuchte und nach wissenschaftlichen Kriterien wirksamste Verfahren bei Zwängen dar. 60–70% der Patienten können hiermit zu einer klinisch bedeutsamen Verbesserung ihrer Symptome gelangen. Richtig angewandt, ist Expositionsbehandlung in vielen Fällen vergleichbar wirksam wie deren Kombination mit medikamentöser Behandlung und kennt nur wenige Kontraindikationen. Allerdings

sind für die korrekte Durchführung einige Punkte zu beachten, die in dem folgenden Beitrag näher erläutert werden. Da ein Teil der Patienten von dem Behandlungsansatz dennoch nicht hinreichend profitiert, werden auch mögliche Alternativen und Erweiterungen des Expositionsansatzes vorgestellt. Bislang stehen Nachweise für deren Wirksamkeit über randomisierte, kontrollierte Studien jedoch noch aus.

Schlüsselwörter

Zwangsstörung · Psychotherapie · Kognitive Verhaltenstherapie · Expositionsbehandlung · Reizkonfrontation

Psychotherapy for obsessive-compulsive disorder. What is evidence based?

Summary

Obsessive-compulsive disorder is a severe, very disabling condition that usually takes a chronic course if no adequate treatment is applied. Up to now, cognitive behavioural therapy with exposure and response prevention (CBT) is the most thoroughly investigated and most effective intervention, leading to a clinically significant symptom reduction in 60–70% of the patients. Correctly applied, this treatment can be equally effective as its combination with pharmacological management. For a correct implementation, however, several points have to be con-

sidered which are described in the following review. Considering the fact that some of the patients are unable to benefit sufficiently from this approach, potential alternatives and extensions of CBT are discussed. To date, however, no other treatment approach has proven to be effective based on randomised controlled trials.

Keywords

Obsessive-compulsive disorder · Psychotherapy · Cognitive behavior therapy · Exposure therapy · Response to confrontation

nen, wie es bei der Exposition der Fall ist. Ressourcenaktivierung meint das Fokussieren auf gesunde Anteile in der Persönlichkeit des Patienten und Hervorheben intra- und interpersoneller Fähigkeiten. Erfolgreiche Therapeuten aktivierten in einer Untersuchung die Ressourcen ihrer Patienten besonders zu Beginn und gegen Ende der Sitzungen, was zu höherem Kompetenzerleben und niedrigerem Anspannungslevel der Patienten führte.

Therapeutenbegleitete Expositionsübungen haben sich als erfolgreicher erwiesen als Exposition in Eigenregie.

Viele Betroffene benötigen zunächst Unterstützung, um sich den stark automatisierten kognitiven und motorischen Vermeidungsstrategien widersetzen zu können. Allerdings ist ein eigenständiges Weiterüben der Patienten zwischen den Therapiesitzungen unbedingt erforderlich. *Expositionen in vivo* sind In-sensu-Übungen vorzuziehen. Dabei sollte die Konfrontation mit den tatsächlichen Auslösern im alltäglichen Umfeld des Patienten im Vordergrund stehen, da so die Generalisierung von Habituationseffekten gefördert wird.

Bezüglich der idealen *Frequenz der Sitzungen* lassen sich bislang keine endgültigen Aussagen machen. Rosa-Alcázar fand in ihrer Metaanalyse keine Effekte von Intensität oder Dauer der Behandlungsintervention auf die Wirksamkeit der Therapie, andere Autoren favorisieren mehrere Sitzungen pro Woche [2]. Salkovskis [10] empfiehlt ein gestuftes Vorgehen, bei dem in leichteren Fällen Beratungstermine am Telefon denkbar sind; am anderen Ende des Spektrums kann eine intensive KVT stehen, bei der die Betroffenen innerhalb von 8 bis 14 Tagen das gesamte Behandlungsprogramm von normalerweise 3-monatiger Dauer durchlaufen. In den S3-Leitlinien für Zwangsstörungen gilt kognitive Verhaltenstherapie dann als adäquat durchgeführt, wenn sie mindestens 30 Sitzungen mit mindestens einer therapeutenbegleiteter Exposition und 6 oder mehr Expositionsübungen im Eigenmanagement umfasst.

Eine eigene Untersuchung an stationär behandelten Patienten ergab, dass

Tab. 2 Mögliche Prädiktoren für den Erfolg kognitiver Verhaltenstherapie bei Zwangsstörungen

| Schlechteres Ansprechen auf KVT | Keine/maximal untergeordnete Bedeutung für den Therapieerfolg | Inkonsistente Ergebnisse oder unzureichende Anzahl an Untersuchungen (kursiv) |
|---|---|---|
| Zwanghaftes Sammeln und Horten | Alter | Schwere der Symptomatik ^a |
| Reine Zwangsgedanken | Geschlecht | Autogene vs. reaktive Zwangsgedanken |
| Lange Erkrankungsdauer/früher Beginn | Bildungsniveau | Traumatisierung in der Vergangenheit |
| Schwere Depression, einige Angststörungen | | Andere Achse-I-Störungen |
| Schizotype Persönlichkeitsstörung | | Andere Persönlichkeitsstörung |
| Geringe Einsicht und magisches Denken | | |
| Negative familiäre Interaktion | | |
| Mehrere Vorbehandlungen in der Anamnese | | |
| Geringe Adhärenz | | |

^a Gilt nur für prozentuale Besserung als Responsekriterium; Wahrscheinlichkeit für Remission ist konsistent reduziert. KVT kognitive Verhaltenstherapie.

Tab. 3 Therapeutische Vorgehensweise bei den häufigsten Komorbiditäten

| Komorbidies Störungsbild | Empfehlung für therapeutisches Vorgehen |
|------------------------------------|---|
| Depression | KVT und SRI, Effektivität der KVT evtl. etwas geringer als sonst Bei schwerer Depression initial zunächst Behandlung der depressiven Symptomatik |
| Soziale Phobie | KVT und SSRI, Effektivität der KVT evtl. etwas geringer als sonst |
| Posttraumatische Belastungsstörung | KVT |
| Essstörungen | Initial störungsspezifische Therapie der Essstörung |
| Psychose | Initial Behandlung der psychotischen Störung, wenn aktuell keine psychotische Symptomatik ggf. behutsam graduierte Exposition, bei eingeschränkter Belastbarkeit nur Optimierungsübungen bzw. Verhaltensexperimente |
| Substanzabhängigkeit | Interventionen bez. beider Erkrankungen |
| Körperdysmorphe Störung | KVT und SSRI |
| Pathologisches Spielen | KVT, Fluvoxamin oder Paroxetin |
| Tic-Störung/Tourette-Syndrom | KVT, zusätzlich SSRI, bei fehlender Response Neuroleptika (z. B. Risperidon); ggf. zusätzlich „habit reversal training“ |
| Achse-II-Störung | KVT, Effektivität der KVT evtl. etwas geringer |
| Asperger-Syndrom | KVT |
| Autistische Störung | Fluvoxamin |
| Neurologische Störung | Initial Behandlung der neurologischen Erkrankung; nach Stabilisierung SRI und/oder KVT |

^a In Anlehnung an die S3-Leitlinien. KVT kognitive Verhaltenstherapie, SSRI selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer.

über 80% der Betroffenen Expositionsbehandlung als hilfreich oder sehr hilfreich empfinden. Das Behandlungsverfahren wird zwar als belastend erlebt, der Nutzen überwiegt für die Betroffenen jedoch deutlich die Belastung. Demgegenüber steht noch immer eine relativ geringe Anwendungshäufigkeit der Exposition auf Therapeutenseite [11, 12]. Dabei schei-

nen allzu viele Skrupel gegenüber dem Verfahren nicht angebracht. So können unerfahrene Therapeuten neueren Daten zufolge nach angemessenem Training mit manualisierter Therapie unter Supervision ebenso erfolgreich Expositionstraining bei Zwangserkrankungen durchführen wie routinierte Kliniker nach langjähriger Praxis [13]. Gleichzeitig erfordert je-

de Expositionsbehandlung eine sorgfältige Planung, die auf die individuelle Problematik abgestimmt ist. So erläutern beispielsweise Pence und Kollegen [14] praktische Strategien im Umgang mit häufigen Problemen beim Einsatz von Reizkonfrontation. Um sicherzustellen, dass die Expositionsübungen zwischen den Therapiesitzungen auch auf Patientenseite in Erfolg versprechender Weise durchgeführt werden, wurde kürzlich eine Adhärenzskala für die Reizkonfrontation im Alltag entwickelt [15].

Die Konfrontationsbehandlung sollte in jedem Fall ein therapeutisches Gesamtkonzept eingebettet sein. **Tab. 1** zeigt die wichtigsten Bestandteile des Behandlungsablaufs.

Zur Erklärung der Zwangssymptomatik haben sich zwei Modelle bewährt: Das *2-Faktoren-Modell* sieht die Zwangsstörung als Ergebnis eines Konditionierungsprozesses. Gemäß des *kognitiv-behavioralen Modells* nach Salkovskis entstehen Zwangsgedanken durch die Interpretation aufdringlicher, jedoch nicht ungewöhnlicher negativer Gedanken oder Bilder als bedrohlich oder verwerflich, was deren Auftretenswahrscheinlichkeit massiv erhöht und einen Teufelskreis in Gang setzt.

Als *kognitive Techniken* haben sich bspw. die Veränderung überhöhten Verantwortungserlebens durch graphische Veranschaulichung und Disputation realer Verantwortungsanteile, die Überprüfung dysfunktionaler Erwartungen mit Verhaltensexperimenten oder die emotionale Distanzierung durch Identifikation der „Sprache des Zwangs“ im Rollenspiel bewährt.

Darüber hinaus ist die Bearbeitung möglicher *Funktionalitäten* [16] bzw. auch der systemischen Bedeutung von Zwangssymptomen [17] von großer Wichtigkeit für den Therapieerfolg.

Prädiktoren für den Behandlungserfolg

Auch wenn der Mehrheit der Patienten durch kognitive Verhaltenstherapie mit Exposition geholfen werden kann, erlangt ein Teil der Betroffenen nur unzureichende Besserung. Die Identifikation relevanter Risikofaktoren scheint insbesondere

vor dem Hintergrund erforderlich, dass die Mehrzahl der Zwangsbetroffenen unter Komorbiditäten leidet und das Bild der Zwangserkrankung selbst eine große Heterogenität aufweist.

Wie Maher und Mitarbeiter [18] kürzlich zeigen konnten, scheint der Einsatz von kognitiver Verhaltenstherapie bei SRI-behandelten Patienten dann weniger Erfolg versprechend, wenn die Patienten unter einer oder mehreren weiteren *Achse-I-Störungen* leiden, bereits mehrere Behandlungsversuche mit SRI unternommen und vor Beginn der Psychotherapie eine niedrigere Lebensqualität berichtet haben. Die anfängliche Schwere der Symptomatik erlaubt nach dieser Studie keine Vorhersage auf den Behandlungserfolg.

Die American Psychiatric Association (APA) gibt in ihren Leitlinien einige Hinweise auf mögliche Prädiktoren für geringen Behandlungserfolg. Hierbei werden genannt:

- geringe Adhärenz des Patienten,
- ein geringes Maß an Einsicht in die Übertriebenheit der Zwänge,
- das komorbide Vorliegen einer Depression und Angststörungen sowie
- das Vorliegen reiner Zwangsgedanken.

In solchen Fällen sollte das Vorgehen bei der Exposition entsprechend angepasst werden.

Mit dem Einfluss *traumatischer Erfahrungen* in der Anamnese auf den Erfolg kognitiver Verhaltenstherapie in der Gruppe beschäftigte sich kürzlich die Arbeitsgruppe um Shavitt [18]. Diesen Ergebnissen zufolge schmälert das Vorliegen eines oder mehrerer traumatischer Ereignisse oder gar einer posttraumatischen Belastungsstörung in der Anamnese nicht den Behandlungserfolg. Allerdings gibt es Hinweise darauf, dass ein feindseliges Verhalten von Familienangehörigen gegenüber Zwangspatienten ein Prädiktor sowohl für eine hohe Abbruchwahrscheinlichkeit als auch für geringes Profitieren von einer Expositionstherapie darstellt. Die Ergebnisse unterstreichen die Notwendigkeit, auch Angehörige in den Behandlungsprozess mit einzubeziehen.

In den letzten Jahren werden verstärkt Bemühungen für eine differenziertere Betrachtung verschiedener Zwangsformen

unternommen. Während häufig eine geringere Therapieresponse bei *Hort- und Sammelzwängen* gefunden wurde, konnten Steketee und Kollegen [19] mithilfe eines auf diese Störungsform zugeschnittenen kognitiv-behavioralen Behandlungsprogramms ermutigende Therapieeffekte erzielen. Die Autoren merken allerdings auch an, dass es Patienten mit Hort- und Sammelzwängen oftmals schwerer fällt, sich auf das Behandlungskonzept einzulassen, wenngleich die Erfolgsaussichten bei hinreichender Adhärenz recht gut sind.

🔴 **Angehörige sollten in den Behandlungsprozess einbezogen werden**

Außerdem gibt es Hinweise darauf, dass sog. *autogene Zwangsgedanken* etwas besser auf kognitive Verhaltenstherapie ansprechen als sog. *reaktive Zwangsgedanken* [20]. Während autogene Zwangsgedanken typischerweise aversive Vorstellungen oder Bilder mit etwa sexuellem, blasphemischem oder aggressivem Inhalt ohne deutlich wahrgenommene externe Auslöser darstellen, handelt es sich bei reaktiven Zwangsgedanken um realistischere Vorstellungen, die um Themen wie z. B. Kontamination oder Versagen kreisen und weniger aufgrund ihrer geringen Akzeptabilität als wegen der gefürchteten Konsequenzen als bedrohlich empfunden werden. Allerdings sind die Ergebnisse der Studie angesichts der kleinen Stichprobengröße mit Vorsicht zu interpretieren.

Einen Überblick zu Prädiktoren für die Wirksamkeit kognitiver Verhaltenstherapie bei Zwängen nach bisherigem Stand gibt **Tab. 2**.

Insgesamt finden sich zwar Hinweise auf Faktoren, die die Erfolgsaussichten für KVT mit Exposition schmälern können, jedoch kaum absolute Kontraindikationen. Was komorbide Störungsbilder anbelangt, ist die Datenbasis für Effektivitätsnachweise noch recht schmal; die gegenwärtigen Empfehlungen für das therapeutische Vorgehen (**Tab. 3**) beruhen teilweise nur auf klinischem Konsens.

Neuere Ansätze und ergänzende Interventionen

Gleichzeitig beobachtet man im klinischen Alltag immer wieder, dass manche Patienten auch bei lege artis angewandter Reizkonfrontationsbehandlung ungenügend von diesem Verfahren profitieren; gelegentlich lehnen Betroffene Expositionstraining schlichtweg ab. Auf der Suche nach evidenzbasierten psychotherapeutischen Alternativen eröffnen sich allerdings nicht viele Wahlmöglichkeiten, da die KVT nach wie vor die einzige Therapieform darstellt, deren Wirksamkeit bei Zwangsstörung durch randomisierte, kontrollierte Studien belegt ist.

Eine Ausnahme bildet eine kürzlich erschienene randomisierte kontrollierte Studie zur vergleichenden Wirksamkeit von *Akzeptanz- und Commitment-Therapie* (ACT) und Entspannungstraining [21]. Hierbei konnten Patienten, die mit ACT behandelt wurden, ihre Symptomatik im Durchschnitt um knapp die Hälfte reduzieren (**Abb. 1**), die Dropout-Rate lag unter 10%. Allerdings waren ein Drittel der Patienten in der ACT-Bedingung und 44% der Patienten der Entspannungsbedingung (progressive Relaxation) zum Teilnahmezeitpunkt mit Psychopharmaka mediziert. Therapieelemente waren unter anderem die Besinnung auf persönliche Werte und Ziele, die Arbeit mit Metaphern und Verhaltensexperimenten zur Verdeutlichung von Gedanken als bloße „mentale Ereignisse“ sowie Achtsamkeitsübungen. Expositionsübungen während der Sitzungen oder als Hausaufgabe wurden zur Vermeidung konfundierender Effekte nicht explizit durchgeführt; die Patienten wurden aber ermutigt, bislang vermiedene Situationen gemäß der eigenen Werte und Ziele wieder in den Alltag zu integrieren. Es ist denkbar, dass der Ansatz manchen Patienten das Aufsuchen angstauslösender Situationen unter Verzicht auf Zwangsrituale im natürlichen Umfeld erleichtert, ohne explizit auf das klassische Expositionstraining zurückgreifen zu müssen.

Generell zeichnet sich eine Tendenz zur Anwendung von Strategien ab, welche auf eine veränderte Haltung gegenüber mentalen Prozessen abzielen. In den vergangenen Jahren werden im kli-

nischen Alltag oder in Selbsthilfemanualen (vgl. [22]) vermehrt *metakognitive Techniken* eingesetzt, welche weniger auf die Revision der gedanklichen Inhalte als der grundsätzlichen Überzeugungen bez. mentaler Prozesse (z. B. „ich muss meine Gedanken unter Kontrolle halten“) fokussieren. In einer unkontrollierten Studie an allerdings nur 8 Teilnehmern zeigte metakognitive Therapie in der Gruppe mit einer Effektstärke von 1,28 eine hohe Wirksamkeit [23].

► Angehörige sollten in den Behandlungsprozess einbezogen werden

Einen ähnlichen, möglicherweise ganzheitlicheren Effekt könnten auch die in ACT anklingenden *achtsamkeitsbasierten Ansätze* vermitteln, indem sie die Identifikation mit Gedanken und Gefühlen verringern und mehr Gelassenheit und Akzeptanz bez. aversiver mentaler Inhalte ermöglichen. Gorbis et al. [24] boten 139 auf herkömmliche Behandlung wie KVT und SRI nicht respondierenden Patienten mit Zwangsstörung achtsamkeitsbasierte Verhaltenstherapie mit Exposition an. Ein Fokus lag hierbei auf der sog. 4-Schritte-Methode von Schwartz. Die Symptomschwere, gemessen mit der Y-BOCS, reduzierte sich durchschnittlich um 60%. Leider lässt diese Studie keine Schlüsse auf die spezifische Wirksamkeit der Achtsamkeitselemente zu, da die Therapie noch weitere Elemente wie bspw. Schreibübungen zu möglichen Katastrophenszenarios beinhaltete. Während weitgehend Konsens darüber besteht, dass Achtsamkeit im Sinne einer bewussten, nicht wertenden Haltung gegenüber gegenwärtigen Erfahrungen eine unterstützende Funktion im Rahmen des Expositionstrainings einnehmen kann, muss in künftigen Studien noch deutlicher geklärt werden, ob und in welcher Weise Achtsamkeitstraining per se einen positiven Einfluss auf die Zwangssymptomatik besitzt.

Weitere Ansätze fokussieren auf die *Bearbeitung belastender Erfahrungen und maladaptiver Bewältigungsmuster* aus ungünstigen lebensgeschichtlichen Prägungen. Allerdings werden einzelne Therapierichtungen, wie beispielsweise die Schematherapie, für das Störungsbild der

Zwangserkrankung gerade erst erprobt und stehen sozusagen am Vorabend der wissenschaftlichen Erfolgskontrolle. Da Zwangssymptome häufig der Regulation aversiver Emotionen dienen [16], könnten emotionsaktivierende und -modifizierende Ansätze für Zwangsstörungen in Zukunft durchaus von Bedeutung sein.

Fazit für die Praxis:

- Die Expositionstherapie stellt nach wissenschaftlichen Kenntnissen den Goldstandard zur Behandlung von Zwängen dar, idealerweise ergänzt durch kognitive Elemente. Diese Behandlungsform kann im Einzel- oder Gruppensetting umgesetzt werden; für das Einzelsetting existiert bislang eine breitere Basis an Wirksamkeitsnachweisen.
- Wer klinisch mit Zwangserkrankten arbeitet, ist daher gut beraten, sich in erster Linie umfassende Expertise in kognitiver Verhaltenstherapie mit Exposition anzueignen. Einige Weiterentwicklungen verdienen Beachtung als mögliche Bereicherungen und Erweiterungen der verhaltenstherapeutischen Arbeit mit Zwangsstörungen, bedürfen aber zunächst noch eingehender empirischer Überprüfung.

Korrespondenzadresse

Dr. A.K. Külz



Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie,
Universitätsklinikum Freiburg
Hauptstr. 5, 79194 Freiburg
anne.katrin.kuelz@
uniklinik-freiburg.de

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Gava I, Barbui C, Aguglia E et al (2007) Psychological treatments versus treatment as usual for obsessive compulsive disorder (OCD). Cochrane Database Syst Rev Issue 2
2. Rosa-Alcázar AI, Sánchez-Meca J, Gómez-Conesa A, Marín-Martínez F (2008) Psychological treatment of obsessive – compulsive disorder: a meta-analysis. Clin Psychol Rev 28(8):1310–1325
3. Koran LM, Hanna GL, Hollander E et al (2007) American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder. Am J Psychiatry 164(7):5–53

Hier steht eine Anzeige.

 Springer

Erster Deutscher Gesundheitsbericht für Männer

Dem Ersten Deutschen Männergesundheitsbericht zufolge müssen Präventionsangebote und medizinische Versorgung besser an die unterschiedlichen Bedürfnisse von Männern und Frauen ausgerichtet sein. Dies gilt insbesondere für psychische Erkrankungen. Der Bericht stellt fest, dass Männer das weitgehend vernachlässigte Geschlecht sind. Allzu lange waren Wissenschaft, Politik und Krankenkassen zögerlich, männliche Gesundheitsprobleme zu akzeptieren und zielgerichtet zu beheben. So fehlte bisher auch ein Männergesundheitsbericht, während ein Frauengesundheitsbericht bereits seit 2001 vorliegt. Mit dem jetzigen Pilotbericht ist der Auftrag an die Politik erteilt, einen offiziellen staatlichen Männergesundheitsbericht auszuarbeiten. Bundesfamilienministerin Dr. Kristina Schröder verwies bei der Vorstellung des Berichts darauf, dass die Bundesregierung nun erstmals eine Jungen- und Männerpolitik betreibe. Moderne Familienpolitik funktioniere nicht mehr ohne Männer, da häufig nicht Mädchen, sondern Jungen als Problemkinder erschienen. Der Männergesundheitsbericht könnte den gesundheitlichen Belangen von Männern nicht nur zu medizinischer, sondern auch zu gesellschaftlicher Aufmerksamkeit verhelfen.

Literatur:

Bardehle D., Stiehler M. (Hrsg.) (2010) Erster Deutscher Männergesundheitsbericht. W. Zuckschwerdt-Verlag.

Quelle: *Stiftung Männergesundheit*, www.stiftung-maennergesundheit.de

4. Hohagen F, Winkelmann G, Rasche-Räuchle H et al (1998) Combination of behaviour therapy with fluvoxamine in comparison with behaviour therapy and placebo. Results of a multicentre study. *Br J Psychiatr (Suppl 35)*:71–78
5. Rufer M, Hand I, Alsleben H et al (2005) Long-term course and outcome of obsessive-compulsive patients after cognitive-behavioral therapy in combination with either fluvoxamine or placebo: a 7-year follow-up of a randomized double-blind trial. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 255(2):121–128
6. Jonsson H, Hougaard E (2009) Group cognitive behavioural therapy for obsessive-compulsive disorder: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand* 119:98–106
7. McMillan D, Lee R (2010) A systematic review of behavioral experiments vs exposure alone in the treatment of anxiety disorders: a case of exposure while wearing the emperor's new clothes? *Clin Psychol Rev* 30(5):467–478
8. Abramowitz JS (2006) The psychological treatment of obsessive-compulsive disorder. *Can J Psychiatry* 51:407–416
9. Grawe K, Gassmann D (2006) General change mechanisms: the relation between problem activation and resource activation in successful and unsuccessful therapeutic interactions. *Clin Psychol Psychother* 13(1):1–11
10. Salkovskis PM (2007) Obsessive-compulsive disorder is uncommon but associated with high levels of comorbid neuroses, impaired function and increased suicidal acts in people in the UK. *Evid Based Ment Health* (3):93
11. Marques L, LeBlanc NJ, Weingarden HM et al (2010) Barriers to treatment and service utilization in an internet sample of individuals with obsessive-compulsive symptoms. *Depress Anxiety* 27(5):470–475
12. Külz AK, Hassenpflug K, Riemann D et al (2009) Ambulante psychotherapeutische Versorgung bei Zwangserkrankungen. Ergebnisse einer anonymen Therapeutenbefragung. *Psychother Psychosom Med* 59:1–8
13. Oppen P van, Balkom AJ van, Smit JH et al (2010) Does the therapy manual or the therapist matter most in treatment of obsessive-compulsive disorder? A randomized controlled trial of exposure with response or ritual prevention in 118 patients. *J Clin Psychiatry* 71(9):1158–1167
14. Pence SL Jr, Sulkowski ML, Jordan C, Storch EA (2010) When exposures go wrong: troubleshooting guidelines for managing difficult scenarios that arise in exposure-based treatment for obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychother* 64(1):39–53
15. Simpson HB, Maher M, Page JR et al (2010) Development of a patient adherence scale for exposure and response prevention therapy. *Behav Ther* 41(1):30–37
16. Külz AK, Lumpp A, Herbst N et al (2010) Welche Funktionen erfüllen Zwangsstörungen? Ergebnisse einer deskriptiven Erhebung an stationären Patienten. *Verhaltenstherapie* 20:101–108
17. Hand I (2008) Strategisch-systemische Aspekte der Verhaltenstherapie. Springer, Wien
18. Maher MJ, Huppert JD, Chen H et al (2010) Moderators and predictors of response to cognitive-behavioral therapy augmentation of pharmacotherapy in obsessive-compulsive disorder. *Psychol Med* 26:1–11
19. Shavitt RG, Valério C, Fossaluzza V et al (2010) The impact of trauma and post-traumatic stress disorder on the treatment response of patients with obsessive-compulsive disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 260(2):91–99
20. Steketee G, Frost RO, Tolin DF et al (2010) Waitlist controlled trial of cognitive behaviour therapy for hoarding disorder. *Depress Anxiety* 27:476–484
21. Belloch A, Cabedo E, Carrió C, Larsson C (2010) Cognitive therapy for autogenous and reactive obsessions: clinical and cognitive outcomes at post-treatment and 1-year follow-up. *J Anxiety Disord* 24(6):573–580
22. Twohig MP, Hayes SC, Plumb JC et al (2010) A randomized clinical trial of acceptance and commitment therapy versus progressive relaxation training for obsessive-compulsive disorder. *J Consult Clin Psychol* 78:705–716
23. Moritz S (2010) Erfolgreich gegen Zwangsstörungen: Metakognitives Training – Denkfallen erkennen und entschärfen. Springer, Heidelberg
24. Rees CS, Koesveld KE van (2008) An open trial of group metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 39(4):451–458
25. Gorbis E, Molnar C, O'Neill J et al (2007) Mindfulness-based behavioral therapy (MBBT) for severe obsessive compulsive disorder improves therapy outcome for people who were previously unresponsive to traditional interventions. Abstract presented at the 5th annual conference of the Center for Mindfulness in Medicine, Healthcare, and Society, Worcester, MA, March 28–April 1, 2007
26. Voderholzer U, Hohagen FC (2010) Therapie psychischer Erkrankungen. State of the art. Elsevier, München