

Klaus-Grawe-Institut für Psychologische Therapie
Workshop 09./10. Juni 2023

Zwangsstörungen und verwandte Störungen

Prof. Dr. Michael Rufer
michael.rufer@triaplus.ch

Kurshandout Teil 6

Expositionstherapie bei Zwangsstörungen





Praxis der Exposition

Möglichkeiten der Durchführung

- Graduiert / massiert (flooding)
- Therapeutenbegleitet / in Eigenregie
- In vivo / in sensu

Empfehlungen für die Durchführung

- In der Praxis meist graduiertes Vorgehen
- In-vivo (wenn möglich)
- Therapeutenbegleitet, z.B. 3x3 Stunden
- Zwischen den Sitzungen weitere Expositionen in Eigenregie
- Erst Zwangshandlungen, später Zwangsgedanken (wenn dann noch notwendig)

Vorbereitung der Exposition

- Therapierational vermitteln
- Zwangshierarchie erstellen
- Genügend Zeit einplanen



- Zum Teil ambivalente Veränderungsmotivation
- Bagatellisierung oder «Verschweigen» bestimmter Zwänge
- Fehlende eigene Standards der Patienten
- Detaillierte und wiederholte Schilderungen der Zwänge
- Versteckte Aggressionen des Patienten

Durchführung der Exposition

- „Raus aus dem Therapiezimmer“
- Direkte Konfrontation mit der gefürchteten Situationen
- Der Therapeut ...
 - ... leitet Reaktionsmanagement an
 - ... verstärkt und motiviert, fungiert ggf. als Modell
 - ... achtet auf versteckte Vermeidungsstrategien
 - ... fördert kognitive Neubewertungen
 - ... exploriert und nutzt Erkenntnisse für die weitere Therapie

- ⇒ Stärkung der therapeutischen Beziehung
- ⇒ Emotionsmanagement als Bewältigungsstrategie
- ⇒ Veränderung von Fehlinterpretationen
- ⇒ Förderung einer aktiven Haltung auch gegenüber anderen Problembereichen



- Deutliche Habituation manchmal erst nach Stunden
- Es können ganz unterschiedliche Gefühle auftreten
 - Ekel, Verzweiflung, Angst, diffuses Unwohlsein, „not just right experiences“, ...
- Subtile Vermeidungsstrategien
 - Sich Kontaminationsinseln merken
 - Verantwortung an Therapeuten abgeben
 - Rückversicherungen während der Exposition einholen
 - Detail-Diskussionen führen
 - Neutralisierende Gegengedanken
 - Späteres Ungeschehenmachen bzw. Neutralisieren
 - ...

Aufgaben des Therapeuten nach der Exposition

- Zusammen mit Patienten Resümee ziehen, Erfolge hervorheben, Erkenntnisse zusammenfassen
- Betonung, dass die Übung für den Patienten noch nicht vorbei ist
 - Planung der nächsten Stunde und Tage in Bezug auf mögliches nachträgliches Neutralisieren
 - Evtl. Telefontermin zur Besprechung
 - «Belohnung»
- Planung von Expositionen in Eigenregie bis zur nächsten Sitzung
 - Häufig: Wiederholungen, ggf. mit Option zur Erweiterung

Mögliche alternative Sichtweise

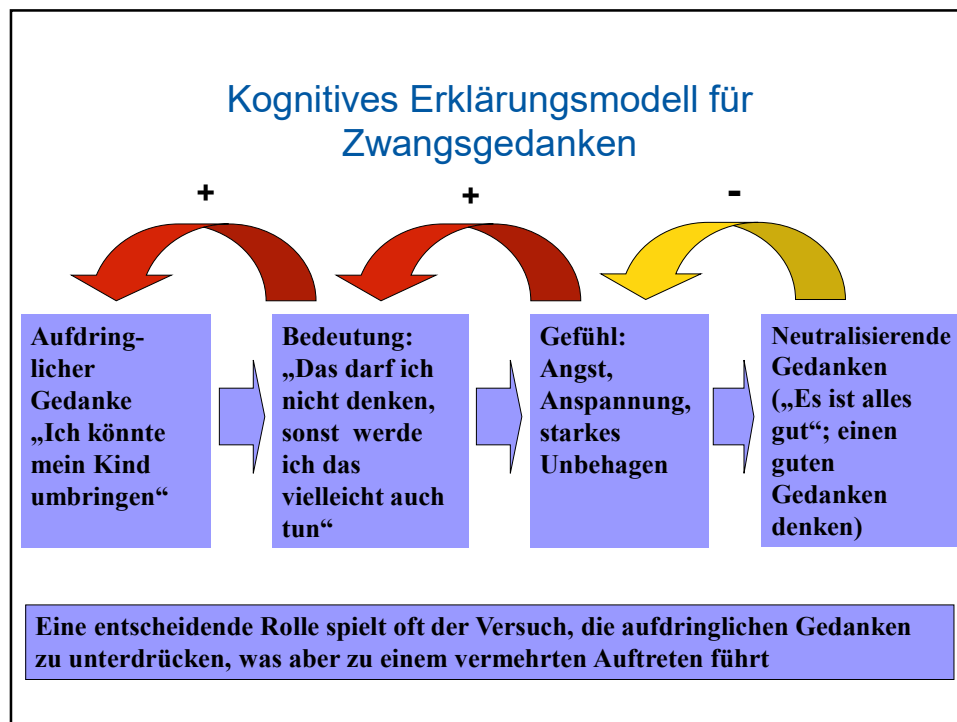
„Dieser Gedanke ist nur ein Zwangsgedanke, der nicht wirklich bedeutet, was er sagt. Ich kann ihn nicht verhindern, muss ihm aber auch keine Aufmerksamkeit schenken. Meine Entscheidung ist, wie ich auf ihn reagiere“

Kognitiv-verhaltenstherapeutische Bausteine bei Zwangsgedanken

- Informationen über Zwangsgedanken, deren Bedeutung und darüber, dass diese so gut wie nie ausagiert werden
- Erarbeiten des kognitiven Erklärungsmodells für Zwangsgedanken
- Demonstration des paradoxen Effektes von Gedankenunterdrückung
- Expositionsübungen
- Kognitive Techniken



„This time, try not to think of a white bear...“
Wegner et al., 1987



Exposition in-vivo bei Zwangsgedanken

- Prinzip: Provokation der aufdringlichen Gedanken, Unterlassung der neutralisierenden Gedanken und Handlungen (sofern vorhanden), Emotionsmanagement
- Beispiele für Provokation aufdringlicher Gedanken
 - Externe Stimuli (z.B. Messer, Scheren, etc. bereitlegen bei Tötungsgedanken)
 - Aufdringliche Gedanken aufschreiben, vorlesen, auf Papier mit nach Hause nehmen, ...
 - Kassettenaufnahmen
 - „Gedankenmühle“
 - ...

Exposition in sensu bei Zwangsgedanken

- Genaue Exploration der aufdringlichen Gedanken / Bilder / Vorstellungen
 - Fließender Übergang zur Exposition
- Vorbesprechen der Möglichkeiten zur Verhinderung neutralisierender Gedanken
 - Spontan auftretende neutralisierende Gedanken werden während der Imagination mitgeteilt
- Imagination folgt auch dem Erleben des Patienten
 - z.B. je nach spontan auftretenden neutralisierenden Gedanken
- Beschreiben der Wahrnehmungen aller Sinne und von Gefühlen, Gedanken, Verhalten, körperlichen Reaktionen
- Exposition auf Kassette aufnehmen
 - Für Übungen in Eigenregie

Weitere Aufgaben des Therapeuten bei der Exposition in sensu

- Mehrfach Level von Angst / Unbehagen erfragen (Skala), ohne zu sehr von der Imagination abzulenken
- Ausreichend Zeit nehmen
 - Imagination ggf. ausdehnen
- Bestärkung des Patienten
 - Mut, Bewältigungsverhalten, etc.
- Humorvolle Bemerkungen können hilfreich sein, wenn „passend“ zum Patienten / Therapeuten / Situation

Schwierigkeiten bei der Exposition

- „Soll ich das jetzt machen?“
- „Wie oft ist denn normal?“
- „Nein, das mache ich nicht.“
- „Die Angst wird nicht weniger, ich weiss ja nicht, ob das Unterlassen der Zwänge nicht mittelfristig doch negative Konsequenzen hat.“
- Starke Reaktionen (Schreien, „Zusammenbrechen“, sich an Therapeuten klammern, ...)
- Sehr ausführlich Erzählungen der Patienten, detaillierte Diskussionen
- Es tritt keine Habituation ein
- Kein Auftreten von intensiven Emotionen
- Keine Generalisierung auf andere Situationen
- Auftreten von Dissoziationen

Neigung zur dissoziativer Absorption ⇔ Expositionstherapie

- Aufmerksamkeitsfokus verengt sich bei emotionalem Arousal in der Exposition
- Wahrnehmung von Umgebungsreizen weitgehend eingestellt
- Zeitweiliger Verlust jeglichen Zeitgefühls

- Kontakt zum Therapeuten in der Exposition teilweise aufgehoben
- Eingeschränkte Realitätsüberprüfung
- Verlauf der Angstkurve wird nicht erlebt (keine Habituation)
- Kognitive Neubewertung nicht ausreichend möglich

Konsequenzen für die Therapie

- Stärkere Beachtung möglicher Dissoziationen vor Therapiebeginn bzw. vor Beginn der Expositionen
- Modifiziertes therapeutisches Vorgehen bei Patienten mit Neigung zur Dissoziation, z.B.
 - vor Expositionsbeginn Verbesserung der Fähigkeiten dieser Patienten, mit emotional belastenden Situationen umzugehen
 - stärker graduiertes Vorgehen in der Exposition
 - genaue Beobachtung, ob die Patienten das emotionale Arousal während der Expositionen erfolgreich bewältigen können
 - ggf. Vermittlung von Techniken gegen akute Dissoziation
 - prophylaktische Achtsamkeit
 - „grounding“ / Reorientierung