Kapitel 5

Systemische Aspekte in der Verhaltenstherapie von Zwangsstörungen

Iver Hand

Einleitung

Ein Zwangssyndrom kann aus sehr unterschiedlichen Ursachen und Ursachenkombinationen entstehen und durch unterschiedliche Bedingungen und Funktionen aufrechterhalten werden: Von primär eher hirnorganischen oder -funktionalen Schädigungen bis hin zu individuellen und sozialen Entwicklungsstörungen und rekurrierenden Überforderungssituationen in der Lebensführung. Die Zwangsstörung scheint zwar überwiegend chronisch zu verlaufen, seit einigen Jahren wird jedoch aufgrund epidemiologischer Untersuchungen auch zunehmend die Bedeutung episodischer Zwangsstörungen betont (Rasmussen u. Eisen, 1999). Die unterschiedlichen Formen der Zwangsstörungen wechseln im Laufe des Lebens bei einigen Patienten mehrfach, bei anderen kommen sie über längere Zeiten kombiniert vor, und bei wieder anderen scheinen eher nur deren «spezifische» Zwangsformen aufzutreten. Es ist noch offen, welche Form von Verhaltenstherapie, mit oder ohne begleitende Pharmakotherapie, für welche Subgruppe und bei welcher Komorbidität – auf dem Hintergrund welcher Ursachen und Bedingungen – im Einzelfall die jeweils günstigste Prognose ableiten lässt. Manche Verhaltenstherapiestudien erwecken den Eindruck, mit 10 bis 15 Anwendungen einer Symptomtechnik 60 bis 80 % Erfolg zu haben, andere Verhaltenstherapeuten berichten selbst für multimodale Verhaltenstherapie (ggf. in Kombination mit Pharmakotherapie) in der Versorgung nicht selektierter Patienten nur eine Erfolgsquote von etwa 50 %. Gingen ganz unterschiedliche Patienten in diese Studien? Waren die einen Therapeuten herausragend gut und die anderen durchschnittlich oder schlecht? (Diskussion in Hand 2000 a u. 2001).

Übereinstimmend werden in der neueren Literatur zu Zwangsstörungen genetische und andere biologische Variablen als entscheidend bedeutsam eingestuft. Leider ist diese internationale Übereinstimmung unzureichend «evidence-based»: Weder ist der Wirkmechanismus der sog. Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer (die Depression, Angst- und Panik-Symptome sowie Zwangssymptomatik reduzieren, aber auch akzentuieren können) hinreichend geklärt, noch wissen wir im Hinblick auf die Klärung der möglichen Ursachen der Zwangsstörungen, welche Bedeutung dabei die so häufig zitierten PET-Befunde haben (Überaktivität in bestimmtem Hirnareal, z. B. nucleus caudatus, sagt nichts darüber aus, wo und wodurch sie induziert wird), noch haben wir «evidence-based» Informationen über eine besonders hohe Vererblichkeit der Zwangsstörungen. Koran (1999) hat die in den neunziger Jahren veröffentlichten Familien- und Zwillingsstudien zusammengefasst. Er fand in den Zwillingsstudien äußerst widersprüchliche (von 0 bis 87 % Konkordanz) Angaben; Familienstudien fanden bei zwangskranken Kindern und Jugendlichen 10 bis 25 % zwangskranke Elternteile, während eine entsprechende Studie mit Kontrollgruppe bei Angehörigen ersten Grades dann aber keine höhere Prävalenz von Zwangssymptomatik als bei Angehörigen in der Kontrollgruppe fand. In Familien, in denen Elternteile und Kinder Zwangssymptome zeigten, waren diese in der Regel unterschiedlich, weshalb Koran sogar eine soziale oder kulturelle Transmission in Frage stellt.

Diese Aspekte zum Thema «Zwangsstörung und Familie» werden vorangestellt, da in der Regel nur sie in den Lehrbüchern über Diagnostik und Therapie von Zwangsstörungen aufgeführt werden. Erst in den letzten Jahren wurde das Leiden von Angehörigen zwangskranker Menschen systematischer erfasst (Calvocoressi et al., 1995; Magliano et al., 1996; Übersicht und eigene Studie in Katschnig et al., 1998; Langkrär u. Demal, 1998). Bereits seit Ende der siebziger Jahre hat sich unsere Arbeitsgruppe intensiv mit der Einbeziehung von Angehörigen oder Partnern in die Motivationsanalyse, Therapieplanung und Therapiedurchführung bei Zwangsstörungen befasst (z. B. in Hand, 1981; Hand, 1982; Hand, 1988; Hand, 2000 a; Hand et al., 1977; eine besondere Berücksichtigung der Integration Angehöriger in unser störungsspezifisches Gruppentherapiemodell für Zwangsstörungen erfolgte ebenfalls früh, Hand u. Tichatzki, 1979).

Welchen Einfluss Partnerschafts- und Familienfaktoren im Rahmen der hypothetisch sehr heterogenen Einflussvariablen auf Krankheitsverlauf und Therapieeffekte haben können, soll nun im Folgenden mit Schwerpunkt auf den interaktionellen Aspekten der Zwangsstörung beschrieben, ansatzweise systematisiert und diskutiert werden.

Funktionalität des Zwangsverhaltens und Motivation zur Veränderung

Zwang(-sstörung) und soziale Interaktion

Eine Zwangsstörung führt zwangsläufig auch zu einer Kommunikationsstörung. Kommunikationsstörungen können aber auch Zwangsverhalten und Zwangsstörungen mit verursachen und aufrechterhalten. Ein Teil der Zwangskranken geht deshalb in soziale Isolierung, wobei dies eher Männer als Frauen zu betreffen scheint. Bei Vorliegen früher sozialer Defizite werden z. B. gar nicht erst Partnerbeziehungen aufgebaut. Der für die Umwelt «spleenige Sonderling» versucht so gut wie möglich seine Autonomie zu wahren. So kann dann eine vordergründige «Kontaminationsphobie» mit Waschzwang die Vermeidung jeglichen Körperkontaktes mit Mitmenschen erleichtern. Es hängt dann von anderen Einflussfaktoren ab, ob ein solcher Mensch trotzdem z. B. Popstar oder Großindustrieller – oder aber verelendeter Einzelgänger wird. Die intrapsychische und interaktionelle Funktionalität dieses Zwangssymptoms wird möglicherweise durch genetische Prädispositionen in tieferen Hirnbereichen unterstützt, da für viele Tierarten ein recht genau definierter Freiraum um den eigenen Körper gefordert und bei Grenzverletzung durch ein anderes Tier der gleichen Spezies mit heftigen Aggressionen beantwortet wird. (s. in Süllwold, 1994). Auf der psychologischen Ebene führt Zwang interaktionell zum «Gegenzwang» (Reaktanz) – und damit zu einem Autonomie-Konflikt zwischen Symptom-Träger und Sozialpartner.

Lebt der Zwangskranke in sozialen Bezugssystemen, so finden sich aus den genannten Gründen einige «typische» Konstellationen intrapsychischer und interaktioneller Funktionalitäten des Zwangsverhaltens, die für die Motivationsabklärung, die Therapie-Planung und -Durchführung, sowie deren Ergebnis erhebliche Bedeutung haben.

Intraindividuelle Funktionalität

Bei Zwangsstörungen und Zwangs-Spektrum-Störungen ist eine entscheidende, kurzfristige intraindividuelle Funktionalität die negative Verstärkung des Zwangsverhaltens durch die Reduktion negativer (emotional-kognitiv-physiologischer) Befindlichkeit. Eine weitere negative Verstärkung des Zwangsverhaltens erfolgt durch Pseudokompensation von Entwicklungsdefiziten.

- Kurzfristige negative Verstärkung (Ë-) des Zwangs- und Zwangs-Spektrum-Verhaltens durch Ablenkung von negativer Befindlichkeit:

- Depression
- Schuldgefühlen
- Angst
- Innerer Anspannung (z. B. als Emotionsäquivalent bei Alexythymie)
- Erinnerungen an traumatische Erlebnisse in der biographischen Entwicklung

- Pseudokompensation von bzw. Vermeidung der Selbstkonfrontation mit Entwicklungsdefiziten, vor allem in folgenden Bereichen:
- Selbstwertgefühl
- Soziale Kompetenz
- Emotionale Wahrnehmung
- Toleranz für intensive Emotionen
- Interaktionelle Erlebnisfähigkeit

Interaktionelle Funktionalität

Neben den üblichen interaktionellen Funktionalitäten von Krankheitsverhalten (z. B. in Hand, 2000) ist bei Zwangskranken häufig der anankastische Interaktionsstil (mit ständiger latenter Aggressionsbereitschaft) ein besonderes Problem. Frühe soziale Defizite haben im Laufe der Sozialisation dazu geführt, diese zunehmend durch pseudo-assertives Verhalten (einschließlich des Zwangsverhaltens) zu überspielen. So hält allein schon das Symptomverhalten häufig andere Personen auf Distanz bzw. zwingt sie zur «Unterwerfung» im Sinne eines Tolerierens oder Mitmachens von Zwangshandlungen. Der latent aggressive Interaktionsstil stellt eine indirekte Strategie zur Vermeidung einer gefühlsbetonteren, spontaneren und engeren Beziehung dar. Die Angst vor Nähe und das interpersonale Misstrauen mit der Angst, abgewertet zu werden, werden so pseudo-kompensiert. Kurzfristige «Siege» in Interaktionen führen langfristig zu der sich selbst erfüllenden Prophezeiung, von anderen nicht gemocht und gemieden zu werden. Dieses Interaktionsmuster eines maladaptiven und repetitiven «prophylaktischen Machtspieles» (s. in Hand, 1991, 2000 a, 2001; March et al. und Livingston-van-Noppen et al. in Jenike et al., 1990) belastet nicht nur die alltäglichen sozialen Kontakte vieler Zwangskranker, sondern in der Therapie auch die Beziehung zu Therapeuten und Mitpatienten. Daraus ergibt sich als bedeutsamste interaktionelle Funktionalität:

- Zwangsverhalten als «Waffe in interpersonalen Machtkämpfen»

Motivations-therapeutische Konsequenzen aus den Funktionalitäts-Analysen

Die subjektiv hoch bedeutsame intraindividuelle Funktionalität der Ablenkung von negativer Befindlichkeit sollte bereits in den Vorgesprächen (probatorischen Sitzungen) mit Zustimmung des Patienten und in seinem Beisein den Angehörigen so vermittelt werden, dass sie diesen Mechanismus in Bezug auf ihre eigene Person an geeigneten Beispielen nachvollziehen können. Auf diese Weise können Angehörige lernen, dem oft provokativ wirkenden Verhalten des Zwangskranken mehr Verständnis entgegenzubringen. Der Angehörige sollte ja in die Lage versetzt werden, zu begreifen, weshalb der Betroffene mit großem Nachdruck immer wieder ein Verhalten durchführt, unter dessen mittelfristigen Konsequenzen nicht nur die Angehörigen, sondern auch er selbst nachfolgend leidet.

Mit Patient und Angehörigen sollte bei dieser Gelegenheit einfühlsam das Problem der beidseitigen «Verhaltensautonomie» erörtert werden. Der Zwangskranke will einerseits für sich das Recht behalten, seine Zwänge so oft und so anhaltend auszuüben, wie ihm dieses aufgrund deren intraindividueller Funktionalität notwendig erscheint, die Angehörigen sehen sich in ihren eigenen Autonomierechten dadurch zunehmend beeinträchtigt. Sie wollen daher bei der Abkürzung des Zwangsverhaltens einerseits helfen, um den erkennbaren Leidensdruck der Betroffenen zu reduzieren (womit sie ihn aber direkt erhöhen), sie wollen zunehmend aber auch sich selbst helfen, ihre Rechte zu wahren (z. B. selbst nach Bedarf die Toilette nutzen zu können). Bei progredienter Zwangssymptomatik kommt es dann nicht selten in solchen Situationen zu aggressiver Interaktion bis hin zu tätlicher Auseinandersetzung. Die Wahrscheinlichkeit der aggressiven Eskalation steigt um so mehr, je stärker – grundsätzlich und unabhängig vom Zwang – Machtkämpfe in der Beziehung stattgefunden haben und stattfinden. Deshalb ist auch die Vermittlung von gegenseitigem Verständnis für den Mechanismus der Pseudokompensation erheblich schwieriger, da hier die aggressive Komponente in der dekompensierenden Kommunikation zwischen Zwangspatient und Angehörigen viel stärker im Vordergrund steht. Zwangsverhalten wird in dieser Konstellation sowohl intrapsychisch wie interaktionell funktional. Die Verfügbarkeit der «Waffe» Zwang gibt den Betroffenen Sicherheit gegenüber seinem sozialen Umfeld (einschließlich der engsten Bezugspersonen) – beim Gegenüber führt dies dagegen verständlicherweise zu zunehmend aggressiven Gegenreaktionen aus der Angst heraus, manipuliert zu werden (Pseudokompensation von sozialer Angst durch prophylaktische Aggression, s. Hand, 1991 u. 2001).

Die mittelfristigen intraindividuellen wie interaktionellen Konsequenzen des Zwangsverhaltens sind auch für die Betroffenen überwiegend negativ – deshalb möchten sie ihr Zwangsverhalten reduzieren können. Dem steht jedoch die kurz-

fristige intraindividuelle und interaktionelle Funktionalität i. S. negativer Verstärkung des Symptomverhaltens gegenüber. Im Sinne eines Circulus vitiosus wird die subjektive Bedeutung der kurzfristigen negativen Verstärkung durch die mittelfristige Zunahme negativer Befindlichkeit aufgrund der mittelfristigen negativen Konsequenzen des Verhaltens immer größer – solange keine alternativen Bewältigungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen.

Für die Analyse der «Veränderungsmotivation» ergeben sich daraus die wichtigen Fragen: Was kann der Patient wirklich wollen? Kann er es sich sozial und moralisch leisten, dass er zwar den Abbau der Zwangssymptomatik wollen möchte, aber (noch) nicht wollen kann? Rational muss er den externen Veränderungsdruck akzeptieren – emotional kann er es aber noch nicht. Daraus resultiert dann oft eine nach außen verbalisierte Veränderungsmotivation bei aufrechterhaltenem inneren Veränderungswiderstand, d. h. eine Pseudomotivation (Einzelheiten in Hand, 1981 u. 2000 a).

Die Herstellung einer gemeinsamen «Therapieplattform» mit gleichgerichteter Motivation ist oft schwierig. Sie setzt die Kooperation möglichst aller Beteiligten voraus. Im Klärungsprozess gerät der Therapeut leicht unter den Vorwurf der Parteilichkeit – sei es, dass der Patient eine Koalition Therapeut-Angehöriger gegen sich selbst oder der Angehörige eine Koalition Patient-Therapeut gegen ihn zur gemeinsamen Schuldzuweisung befürchtet. Gelingt es mit Geduld, von beiden als Vermittler akzeptiert zu werden, schafft dies die optimalen Therapievoraussetzungen. Anderenfalls kann auch über eine Einzeltherapie eine systemisch orientierte Vorgehensweise eingeschlagen werden. Ähnliches gilt für die Einbeziehung von Familienangehörigen in den Therapieprozess, wenn eine systemische Intervention erforderlich erscheint, aber nur eine Mitarbeit in der symptombezogenen Intervention akzeptiert wird (s. u.).

Systemische Aspekte in der Verhaltenstherapie von Zwangsstörungen

Gerade in der Verhaltenstherapie von Zwangsstörungen sollte grundsätzlich bereits in den frühen Phasen der Motivations-, Verhaltens- und Funktionsanalysen geklärt werden, wieweit interaktionelle Funktionen im privaten oder beruflichen Umfeld des Patienten und interaktionelle Auswirkungen von möglicherweise auch im sozialen Umfeld vorliegenden Störungen die Entstehung, die Aufrechterhaltung und die Therapie der Zwangsstörung beeinflussen. Damit soll keineswegs der nach wie vor zentrale Stellenwert der Exposition mit Reaktions-Management (ERM; Hand, 1993, 2000 a, b) relativiert, sondern ergänzt werden (s. u.).

Unter formalen Gesichtspunkten lassen sich die systemischen Aspekte in der Verhaltenstherapie von Zwangsstörungen in 5 Hauptgruppen aufteilen:

- Die Familie mit einem zwangskranken Kind/Jugendlichen
- Die Zwangsstörung als eigenständige Erkrankung des Kindes/Jugendlichen
- Die Zwangsstörung als Reaktion auf Krankheit oder Interaktionsstörungen bei den Eltern
- Die Familie mit einem zwangskranken erwachsenen Kind, mit der entscheidenden Beziehungskonstellation
- Sohn-Mutter
- Tochter-Mutter
- Sohn-Vater
- Tochter-Vater
- Die Familie mit einem zwangskranken Elternteil
- Die Familie mit einem zwangskranken Kind und einem zwangskranken Elternteil
- Das Paar mit einem (zwei) zwangskranken Partner(n)
- Kurzfristige Beziehung und akuter Zwang
- Chronische Beziehung und akuter Zwang
- Chronische Beziehung und chronischer Zwang

Die nachfolgende Darstellung soll die multimodale Verhaltens-Analyse und -Therapie bei einigen der aufgelisteten systemischen Störungsmuster anhand konkreter Beispiele verdeutlichen. Dieser, aus der Sicht des Verhaltenstherapeuten für Erwachsene geschriebene Beitrag wird eingeleitet durch Bezugnahme auf verhaltenstherapeutische Publikationen zur Psycho- und Verhaltenstherapie zwangskranker Kinder u. Jugendlicher.

Die Familie mit einem zwangskranken Kind/Jugendlichen

Das Kind als Patient

In der Kinder/Jugend-Psychiatrie und -Verhaltenstherapie finden sich in den Publikationen über die Behandlung von Zwangsstörungen kaum systemische Ansätze im engeren Sinne. Die Eltern scheinen eher i. S. einer Psychoedukation über die Zwangsstörung und als Co-Therapeuten einbezogen zu werden, während eine Einbeziehung als Co-Patient (i. S. einer Familien- oder Paartherapie) eher seltener berichtet wird (Übersicht z. B. in Knölker, 1998). Knölker beschreibt die teilweise sehr drastischen «Machtübernahmen» von Kindern und Jugendlichen mit Hilfe der Zwangssymptomatik innerhalb der Familienhierarchie. Er stellt die Frage: «Was sind denn das für Familien, die bis zur Selbstaufgabe und Dekom-

pensation sich in die Symptomatik ihrer Kinder involvieren lassen, sich in geradezu tyrannischer Weise von ihnen herum kommandieren lassen, was hemmt sie, manchmal über Jahre hinweg, professionelle Hilfe anzunehmen, zumal doch der Leidensdruck zugegebenermaßen übermäßig groß bis fast unerträglich zu sein scheint?» Diese Frage lässt sich mühelos auf erwachsene Paare und Familien mit erwachsenen Kindern übertragen. Zur Beantwortung der Frage zitiert Knölker Yaryura-Tobias & Neziroglou (1997), die folgende Merkmale bei Familien mit zwangskranken Kindern/Jugendlichen beschreiben: Familienmitglieder ersten Grades haben höhere psychopathologische Auffälligkeiten; Eltern neigen zu Angst, Überfürsorglichkeit und zwanghaftem Verhalten; strenge, autoritäre Erziehung; Patienten beziehen Eltern fordernd in ihre Zwänge ein; Eltern haben eine hohe Erwartung an Leistung und Karriere ihrer Kinder; Eltern sind eher abweisend und wenig warmherzig; übermäßiger Stellenwert von Sauberkeit und Perfektionismus; Zwänge provozieren übermäßig viel Kritik und Frustration in der Familie. Aus einer eigenen Untersuchung ergänzt Knölker: Mangel und Abwehr von Spontaneität mit Neigung zum Rationalisieren; strenge Religiosität; Überanpassung; eingeschränkte Kontaktfähigkeit mit sozialen Isolierungstendenzen; Tabuisierung von Sexualität; symbiotische Mutter-Kind Beziehungen bei autoritären, restriktiven, aber auch unsicheren Vätern. Er zitiert ferner Lenane (1989), dass vor allem die Mütter mit dem zwangskranken Kind involviert seien; hinsichtlich des Umganges mit dem Zwangsverhalten seien zwischen den Eltern gegenseitiges Tadeln und Abwerten sowie ständiges Argumentieren statt gegenseitiger Unterstützung typisch. Aus eigenen (I. H.) klinischen Eindrücken bei vielen «Hausbesuchen» ist beeindruckend in Erinnerung geblieben, dass bei mehreren Kindern in solchen Familien die Geschwister ganz unterschiedliche Entwicklungen zu nehmen scheinen, wobei dann mühsam die Beziehungsqualität dieser Geschwister mit den Eltern zu eruieren ist. Es ergibt sich grundsätzlich immer die Frage, ob dafür eher genetische Faktoren oder unterschiedlich enge Bindungen an beide Elternteile oder schließlich unterschiedliche Sozialisationsbedingungen unter Gleichaltrigen außerhalb des Familienkreises als (mit-) ursächlich anzusehen sind. Lenane beobachtete darüber hinaus, dass Geschwister zwangskranker Kinder sich oft zurückgesetzt fühlen und das Familienleben für zerstört halten. Sie neigten daher zu Neid- oder Hassgefühlen und bräuchten oft «Geschwister-Unterstützungsgruppen».

Aus eher verhaltenstherapeutischer Sicht plädiert Steketee (1993) dafür, die Einbeziehung von Eltern als Co-Therapeuten hinsichtlich der Indikation sorgfältig zu überprüfen, da problematische Krankheitskonzepte oder mangelnde eigene Ressourcen sie in dieser Rolle überfordern können. In diesem Fall empfehle sie eher die Einzeltherapie des betroffenen Kindes oder eine stationäre Behandlung mit wenig Einflussnahme der Familie.

Ein verhaltenstherapeutisches Vorgehen, das den Eltern ein breiteres Feld co-therapeutischer Mitarbeit eröffnet, hat Döpfner (1998) vorgeschlagen:

1. Familiengespräche über die Zwangsstörung und ihre Auswirkungen auf die Familie; Klärung von Erfahrungen mit bisherigen Bewältigungsversuchen in der Familie.
2. Erarbeitung eines gemeinsamen angemessenen Krankheitskonzeptes und Begründung von symptomzentrierten Interventionen in der Familie.
3. Bearbeitung von Konflikten in der Familie, die vermutlich zur Aufrechterhaltung der Zwangssymptomatik beitragen (z. B. Geschwisterrivalität, Partnerkonflikte der Eltern, Konflikte im Rahmen der Autonomie-Tendenzen von Jugendlichen).
4. Thematisierung von perfektionistischen Ansprüchen, zwanghaften Tendenzen oder manifesten Zwangsstörungen bei den Eltern, wenn vorhanden.
5. Aufbau von regelmäßigen gemeinsamen angenehmen familiären Interaktionen, die durch das Auftreten von Zwangssymptomen beendet wurden.
6. Kontinuierliche Beobachtung und Aufzeichnung der Symptomatik durch den Patienten und eventuell auch durch Bezugspersonen.
7. Verminderung der elterlichen Unterstützung und Zuwendung bei der Durchführung von Zwangshandlungen.
8. Verminderung der elterlichen Unterstützung bei der Vermeidung von Situationen, die die Zwangssymptomatik auslösen.
9. Positive Verstärkung von adäquaten Bewältigungsbemühungen des Patienten und von Symptomreduktion.

Die Eltern als Patienten

In unserer Verhaltenstherapie-Ambulanz behandeln wir vom Versorgungsauftrag her nur erwachsene Patienten. Dennoch kommen hin und wieder Eltern mit ihren zwangskranken Kindern in die Erstsprechstunde. Dieser Weg erweist sich immer dann im Nachhinein als richtig, wenn sich im Erstinterview die Hypothese einer durch die Eltern induzierten Zwangssymptomatik mit intrapsychischer und interaktioneller Funktionalität ergibt. Wir führen das Gespräch dann bereits nach kurzer Zeit nur noch mit den Eltern weiter (wobei für eine Betreuung des Kindes während dieser Zeit gesorgt ist), um die Elternproblematik weiter zu klären. Zur Absicherung wird das Kind anschließend zur kinderpsychiatrischen und psychotherapeutischen Diagnostik vorgestellt. Bei übereinstimmender Indikationsstellung in beiden Therapiebereichen wird das Kind dann vorerst nicht in die Therapie einbezogen, sondern eine Behandlung mit den Eltern durchgeführt. Hypothesenentsprechend müsste ein Erfolg in der Behandlung der Eltern dann zum sukzessiven Rückgang der Symptomatik beim Kinde führen. Im Haley'schen

Sinne (Haley, 1977) wird auf diese Weise auch die adäquate Generationenhierarchie wieder hergestellt.

Diese Vorgehensweise und ihre Begründung im Einzelfall wird im Folgenden beispielhaft dargestellt (aus Hand, 2000):

Beispiel

Am folgenden Beispiel wird gezeigt, welche intraindividuelle und interaktionelle Funktionalität Zwangsverhalten bei Kindern im Rahmen einer bis dahin von den Eltern tabuisierten Paarproblematik gewinnen kann. Hypothesenentsprechend wird dann ausschließlich mit den hochmotivierten, primär kaum gestörten Eltern eine erfolgreiche Kurzzeittherapie durchgeführt.

Problematik:

Der 7-jährige Sohn hat seit 6 Monaten multiple Handlungs- und Denkzwänge, nachdem er bereits einmal im Alter von 3 Jahren eine diskrete Zwangssymptomatik entwickelt hatte.

An dem Erstinterview wird der Sohn nur für 10 Minuten beteiligt. Im folgenden Paargespräch erfährt der Ehemann erstmalig, dass seine Frau bereits seit einigen Jahren die Ehe verlassen möchte, sich aber handlungsunfähig fühlt. Auf symptomatischer Ebene ließ sich eine schon länger bestehende Paarstörung rekonstruieren: Bei der Ehefrau bestehen seit längerem Depressionen und völliger sexueller Rückzug; der Ehemann zeigt einen Rückzug in das häusliche Arbeitszimmer und betreibt abends einen moderaten, aber regelmäßigen Gebrauch von Alkohol; beide Ehepartner zeigen deutlich anankastische Persönlichkeitszüge.

Hypothese:

Der Sohn hatte die Depression und das Unglücklichsein der Mutter, zu der ein inniger Kontakt bestand, intuitiv zunehmend wahrgenommen und war durch ihren depressiven Rückzug und den immer seltener werdenden gemeinsamen Kontakt der Eltern mit ihm existenziell zutiefst verunsichert. Mit seinen überwiegend sehr magischen Handlungszwängen konnte er auf der Ebene der intraindividuellen Funktionalität eine Reduktion seiner Unsicherheit, Angst und seines Bedrohungsgefühls erreichen. Die interaktionelle Funktionalität der Zwänge (i. S. der Hypothese vom «Symptom als Problemlöseversuch») lag darin, dass diese aufgrund ihrer Konsequenzen – sehr auffälliges Verhalten bei Spaziergängen mit den Eltern in der Öffentlichkeit; auffälliges Verhalten in der Schule mit Rückmeldung der besorgten Lehrer an die Eltern; Abbruch seiner vorher intensiven Kontakte zu Mitschülern und Nachbarskindern – die Eltern zunehmend zu gemeinsamen Aktionen zwang und die Mutter durch den Appellcharakter seines Krankheitsverhaltens von ihrer Introspektion und Depressivität ablenkte. Damit hatte der Sohn indirekt für das weitere Schicksal der Mutter und der Eltern «Verantwor-

tung» übernommen und war, nach Haley, auf die Erwachsenenebene geraten; die Mutter war mit ihrer zunehmenden Passivität auf die Kinderebene gerutscht und der Vater, im Arbeitszimmer «versteckt», war verschwunden.

Behandlungsplan:
Eine direkte Therapie des Sohnes ist nicht erforderlich, sofern es gelingt, zuerst adäquates Elternverhalten im Umgang mit dem Sohn wieder aufzubauen und in einem 2. Schritt die gestörte Paarbeziehung zu verbessern bzw. eine einvernehmliche Lösung herzustellen. Den Eltern wurde das Hypothesen- und Behandlungsmodell detailliert vorgestellt; hochmotiviert sagten beide ihre Mitarbeit in dieser Therapieform zu.

Therapieprozess:
Im 1. Behandlungsschritt wurde rasch adäquates Elternverhalten wieder aufgebaut. Die Eltern erlernten im Umgang mit dem Sohn, nichtsymptomatisches Verhalten intensiv zu verstärken und Symptomverhalten minimal zu beachten; sie zeigten vor dem Sohn wesentlich mehr gemeinsame Aktivitäten als vorher. Bei gemeinsamen Freizeitaktivitäten mit dem Sohn waren sie erfolgreich bemüht, ihm gegenüber Übereinstimmung und gegenseitiges Verständnis zu zeigen. Innerhalb weniger Wochen ging das Zwangsverhalten des Sohnes drastisch zurück, er nahm wieder die früheren Kontakte mit Schülern und Nachbarskindern auf – im übertragenen Sinne: er konnte es wieder riskieren, die Eltern sich selbst zu überlassen, ohne sich Sorgen machen zu müssen. Im 2. Schritt wurde dann schwerpunktmäßig an der Klärung der Paarbeziehung gearbeitet (unter weiterhin klarer Trennung der Bereiche Elternverhalten und Paarverhalten). Als Resultat dieser Intervention ging die Ehefrau schließlich in eine Einzeltherapie, um eine Problematik aus ihrer Primärfamilie zu bearbeiten, die sie als erheblichen Störfaktor in der Gestaltung der Ehebeziehung betrachtete. In der gesamten Zeit blieb der Sohn nahezu symptomfrei, mit allerdings sensiblen Symptomreaktionen, wenn die Eltern zwischenzeitlich bei Zuspitzung im Rahmen der Paartherapie etwas überfordert waren, ihre Elternrolle untangiert weiter wahrzunehmen. Diese kleinen Rückfälle waren für die Eltern jedoch beeindruckende Bestätigung der Ausgangshypothese und verstärkten eher ihre Kooperation.

Nachuntersuchungen:
Mit den Eltern wurden über mehrere Jahre Nachgespräche und therapeutische «Auffrischsitzungen» geführt. Es kam schließlich zu einer Scheidung und neuen Partnerschaften auf beiden Seiten. Die heranwachsenden Kinder wurden adäquat in diesen Prozess einbezogen, bei dem Sohn traten keine Rückfälle im Krankheitsverhalten auf, obwohl dieser Prozess natürlich mit etlichen Turbulenzen für alle beteiligten Personen verbunden war.

Die Gesamtfamilie als Patient

Der Ausgang solcher elternbezogenen systemischen Interventionen im verhaltenstherapeutischen Kontext hängt sehr stark von der psychischen Gesundheit beider Elternteile ab, sowie von ihrer Bereitschaft und Fähigkeit, die angebotene Trennung von Elternrolle und Paarrolle, gerade auch im Interesse des Kindes zu vollziehen. Bei Eltern mit eigenen ausgeprägten Störungen und regressiven Tendenzen und nicht auflösbarer, aggressionsreicher Ambivalenz und bei (vermutlich) genetisch höherer Vulnerabilität für Zwangsverhalten beim Kinde sind trotz intermittierend beeindruckender Erfolge die mittelfristigen Krankheitsverläufe eher deprimierend. Dies soll an dem folgenden Beispiel verdeutlicht werden (aus Hand, 2000):

Beispiel

Am 2. Familienbeispiel wird herausgearbeitet, wie tiefgehende primäre Störungen bei den veränderungsambivalenten Eltern die Behandlung und die Langzeitprognose des jugendlichen Symptomträgers beeinträchtigen.

Problematik:

Der 15jährige Sohn leidet seit 2 1/2 Jahren unter teilweise bizarren Handlungs- und Denkzwängen, seit 2 Jahren hat er deshalb den Schulbesuch eingestellt. Die Eltern sind tagsüber berufstätig, in dieser Zeit nimmt der Sohn den größten Teil seines täglichen Schlafs. Nachts verbringt die Mutter viele Stunden mit ihm, um zum Teil gemeinsam mit ihm Zwänge abzuwickeln, ihn mit – auf seine Aufforderung hin – sehr ausgefallenen Speisen zu versorgen oder auch ihn nach Einnässen wieder «trockenzulegen». Die Symptomatik des Sohnes begann, als der Vater eine Intimbeziehung zu einer Wohnungsnachbarin aufgenommen hatte. Der Vater gab diese Beziehung schließlich auf, nachdem der Sohn «sehr krank» geworden war, die Freundin zog aus dem Haus aus.

Die Paarbeziehung der Eltern bleibt weiterhin schwer gestört, der Ehemann sieht sich aufgrund der Erkrankung des Sohnes zu seinem Verbleib in der Familie genötigt, die Ehefrau ist mit dem Sohn inzwischen eine «Ersatz-Ehe» eingegangen.

Hypothese:

Die Erkrankung des Sohnes ist hinsichtlich der intraindividuellen wie der interaktionellen Funktionen als Reaktion auf den drohenden Zerfall der Familie durch die väterliche außereheliche Beziehung und als Rettungsversuch für die in dieser Situation tief depressiv dekompensierte Mutter zu verstehen.

Behandlungsplan:

Aufgrund der Erstgespräche war ein hohes Interesse des 15-jährigen Sohnes an einer Paartherapie für die Eltern erkennbar. Er signalisierte unübersehbar, dass er

den Beginn einer solchen Therapie durch massive Reduktion seiner Zwangssymptomatik und entsprechende Entlastung der Eltern im Hause «honorieren» würde. Zugleich wurde aber deutlich, dass der Sohn mittlerweile durch den 3-jährigen Rückzug in die Familie (über den Zeitraum seiner Pubertät) bereits erhebliche sekundäre soziale Defizite in der Interaktion mit Gleichaltrigen entwickelt und zugleich pathologische Kommunikationsmuster zur Kontrolle über andere in der Interaktion mit den Eltern erlernt hatte. Es wurde daher ein 3-stufiges Vorgehen geplant, dem alle Familienmitglieder von vornherein zustimmen sollten: Beginn mit einer Familientherapie, in der schwerpunktmäßig neue «Verhaltenskontrakte» über den Umgang miteinander und mit den Zwängen zu vereinbaren waren. Das Ausmaß des Zwangsverhaltens des Sohnes und seiner Forderungen an die Eltern von Mitausführung von Zwangshandlungen war dabei sowohl sein «Spielgeld» wie auch für die Therapeuten der Gradmesser des Wirksamwerdens dieser Intervention. Im nächsten Schritt: parallele Durchführung einer Paartherapie für die Eltern und einer Einzeltherapie für das Symptomverhalten des Sohnes (letzteres eher als Alibi gegenüber den Eltern gedacht, damit der Sohn den mehrstufigen Symptomabbau als Erfolg einer spezifischen Therapie darstellen konnte, um nicht Gefahr zu laufen, bei einfachem «Symptomablegen» von den Eltern nachträglich Vorwürfe wegen bösartiger Quälerei der Eltern zu erhalten).

Im 3. Schritt – falls beide Maßnahmen die vorher festzulegenden Therapieziele erreichen: Durchführung einer Gruppentherapie in einer Gleichaltrigengruppe für den Sohn, um dessen sekundäre soziale Lerndefizite aufzuarbeiten.

Therapieprozess:

Es dauerte etwa 1 Jahr, bis die Eltern sich auf diese hierarchisierte, multimodale Behandlung einlassen konnten. In der Zwischenzeit unternahmen sie mehrere, aufgrund des Widerstandes des Sohnes vergebliche Versuche, ihn stationär psychiatrisch unterzubringen. Ab dem Tage der Zustimmung der Eltern zu diesem Behandlungsplan reduzierte der Sohn kontinuierlich die vor allem die Eltern belastenden Zwänge; er beendete sein nächtliches Einnässen oder Einkoten, er wusch sich wieder täglich (vorher allenfalls einmal in der Woche) und seine Haare in mehrtägigen Abständen (vorher in mehrmonatigen Abständen), so dass die vorgebrachten Bedenken (geheimer Wunsch?) der Eltern, aufgrund seiner Symptome die ambulanten Termine gar nicht wahrnehmen zu können, gegenstandslos wurden.

Ab diesem Zeitpunkt kooperierten Eltern und Sohn über 1 Jahr. Das äußerliche Verhalten der Eltern wurde im elterlichen wie im Paarbereich weitgehend störungsfrei, die Mutter und der Sohn entflochten ihre Beziehung auf ein adäquates Maß, der Sohn ging wieder zur Schule und ließ sich sogar erstmalig auf eine kurz dauernde Beziehung zu einem Mädchen ein. Langfristig scheiterte diese Behandlung trotz ihrer fast dramatischen Anfangserfolge an 2 Bereichen:

a) Von Seiten des Ehemannes entwickelte sich trotz der sehr positiven äußeren Veränderungen in der Interaktion des Paares keine neue Zuneigung zu seiner Frau, sondern diese Verhaltensänderungen waren eher Pflichtübungen im Hinblick auf das Wohl des Sohnes und im Hinblick darauf, zu Hause wieder eine entspannte Atmosphäre zu haben – die emotionale Beziehung in der Ehe konnte also nicht wiederhergestellt werden, zugleich wurde aber von beiden Elternteilen klar signalisiert, dass eine geordnete Trennung, unter weiterer Wahrnehmung der elterlichen Funktionen gegenüber dem Sohn, nicht einmal diskutiert werden durfte.
b) Der Sohn verweigerte hartnäckig die abschließende Beteiligung an einer Gruppentherapie mit Gleichaltrigen, da er ja schon genesen sei.

Da die beiden wesentlichen Rückfallrisiken nicht abgebaut werden konnten, stellten wir intern eine schlechte Prognose. 2 Jahre nach Therapie-Ende begann ein zunehmender Rückfall. Auch jetzt gelang es in vielfachen Anläufen nicht, den Sohn für die genannte Gruppentherapie zu motivieren. Ein weiteres Jahr später war das Verhalten aller 3 Familienmitglieder wieder vergleichbar mit dem vor Therapiebeginn, mit nachfolgender weiterer Chronifizierung.

Die Familie mit einem zwangskranken erwachsenen Kind

Wie auch bei anderen Symptomstörungen, so kommt bei einer solchen Konstellation der Analyse der Elternbeziehung einerseits und von Mutter-Sohn-, Mutter-Tochter-, Vater-Sohn- und Vater-Tochter-Beziehungen eine wesentliche Bedeutung bei. Aus systemischer Sicht befindet sich eine solche Familie, die ein erwachsenes zwangskrankes Kind (zumeist ohne nachhaltige Therapieversuche in der Vergangenheit) umfasst, in einer delikaten Beziehungs-Balance. Eine nachhaltige Veränderung einer Person wird mit hoher Wahrscheinlichkeit zu gravierenden Reaktionen der anderen Personen führen, wenn diese in den Therapieprozess nicht einbezogen werden, nachdem ihre Motivation für und gegen bestimmte Richtungen von Veränderungen abgeklärt sind.

Die Eltern als Ko-Patienten

Beispiel:
Ein 23-jähriger Sohn mit schwerer Zwangssymptomatik und einer deutlichen Kommunikationsstörung wird von den Eltern zum Erstgespräch gebracht. Er war vorher vergeblich ambulant behandelt worden, dann monatelang in betreutem Wohnen untergebracht und schließlich längere Zeit in Nervenkliniken (mit der Diagnose einer beginnenden Schizophrenie) gewesen. Nachdem anfänglich nur

die Eltern geredet hatten, konnte im Einzelgespräch mit ihm beobachtet werden, dass bei alltäglichen Themen scheinbar gravierende Verständnisprobleme bestanden oder an einer Frage vorbeigeredet wurde. Beim Ansprechen komplexer Familienprobleme (die aus schriftlicher Vorinformation dem Interviewer bekannt waren) wurden dagegen Gedankenabläufe und Sprache überraschend klar und eindeutig. Aus der von allen Familienmitgliedern erhobenen Vorgeschichte ergab sich, dass bei einem Jahre zurückliegenden Autounfall, bei dem der Vater den Pkw mit seinem Sohn und seiner Tochter gesteuert hatte, die Tochter ums Leben gekommen war. In den Folgejahren war der Vater ständig präsuizidal gewesen, hatte trotzdem alle seine beruflichen Verpflichtungen weiter erfüllt. Er war in der Familie dem Sohn gegenüber aber so versteinert, dass dieser zu ihm keinerlei Gefühlszugang mehr bekommen konnte. Die Eltern waren häufig in stummer Trauer vereint, auch dann war der Sohn eher ausgeschlossen. Das vorher rege Sozialleben der Familie wurde massiv reduziert, dadurch auch die Sozialkontakte des heranwachsenden Jugendlichen zu Gleichaltrigen. Unter diesen Bedingungen entwickelte sich sukzessive eine Zwangssymptomatik, die dann in den letzten Jahren an Progredienz massiv zugenommen hatte, bei gleichzeitiger Entwicklung fraglich psychotischer Symptomatik.

Über einen Zeitraum von 2 Jahren erfolgten bei uns dann mehrere stationäre Behandlungen des Sohnes mit intensiven verhaltenstherapeutischen und pharmakotherapeutischen Maßnahmen für die Zwangssymptomatik. Eine wesentliche Begleitmaßnahme stellte die teilweise Aufarbeitung der Familiengeschichte sowohl mit dem Patienten alleine wie auch in gemeinsamen Therapiesitzungen mit beiden Elternteilen dar. Dabei ergab sich, dass auch die Mutter, die durch ihre äußere Stabilität entscheidend zum Zusammenhalt der Familie beigetragen hatte, in viel höherem Maße hilfsbedürftig war als ursprünglich angenommen. Der Vater lehnte die angebotene intensive Nachbearbeitung seines Traumas und seiner Schuldgefühle aus Angst vor Dekompensation ab, ließ sich jedoch voll auf die Familiensitzungen ein, bei denen das vergangene Erlebnis nur als Auslöser angesprochen und dann die Folgen für die Restfamilie in den Vordergrund gestellt wurden. Diese stationären Behandlungsmaßnahmen wurden am Wohnort durch verschiedene ambulante Maßnahmen und Rehahilfen unterstützt. Es kam zu einem kontinuierlichen Besserungsprozess bei allen Beteiligten (auch die Mutter begab sich schließlich noch in eine eigene kurze, aber intensive stationäre Therapie), weitere stationäre Maßnahmen für den Sohn waren in der Folgezeit nicht mehr erforderlich. Dessen eigenständige Funktionsfähigkeit im Alltagsleben (einschließlich des Eingehens von Beziehungen) nahm kontinuierlich zu.

Diesem Vorgehen lag die Hypothese zugrunde, dass von zentraler initialer Bedeutung für das Gesamtsystem Familie das Trauma vor vielen Jahren war, dann der verzweifelte, aber erfolglose Versuch des verbliebenen Sohnes, emotional Zugang zu dem versteinerten (und sich dadurch vor Suizid schützenden) Vater zu

gewinnen, sowie das überfordernde Bemühen der Mutter, ein Familienleben aufrecht zu erhalten. In dieser Situation entwickelte der Sohn dann in entscheidenden Reifungsjahren als Jugendlicher die zunehmende Symptomatik sowohl als intrapsychische Pseudo-Copingstrategie, wie auch mit der interaktionellen Funktionalität, doch noch liebevolle, anerkennende Aufmerksamkeit vor allem des Vaters, aber auch der Mutter zu erlangen.

Die Familiensitzungen verliefen außerordentlich emotionsreich für alle Beteiligten. Aus therapeutischer Sicht schien oft die Grenze der Belastbarkeit einzelner Mitglieder in einer Sitzung erreicht, und Vorsichtsmaßnahmen zur akuten Nachbetreuung wurden bereitgestellt, jedoch überraschenderweise nie benötigt. Der anfangs für die Familie und auch den Therapeuten sehr belastende emotionale Konfrontationsprozess hatte aus Sicht aller Beteiligten wesentlichen Anteil daran, dass die sukzessive Genesung wieder möglich wurde.

Diese stark geraffte Darstellung des diagnostisch-therapeutischen Prozesses gibt natürlich viele weitere Facetten der Gesamttherapie nicht wieder.

Die Familie mit einem zwangskranken Elternteil

Auch für die Beurteilung der interaktionellen Funktionalität des Zwangsverhaltens eines Elternteiles in einem Familiensetting ist zumindest der Versuch einer Analyse der Eltern-Kinder Beziehungen, wie sie oben differenziert ist, sinnvoll.

Zwangsverhalten als tabuisierte Aggression

Unter familienbiographischen Gesichtspunkten ist die früheste Störungsform hier das Vorliegen oder Erstauftreten einer Zwangsstörung bei einem Elternpaar mit einem Baby oder Kleinkind. Die Mutter mit dem Zwangsgedanken, sie könne mit dem Küchenmesser oder anderen scharfen Gegenständen ihr Baby «abschlachten», kommt gequält und mit Selbstvorwürfen zum Erstgespräch: Selbst wenn sie die Handlung nie vollziehen würde, sei sie schon dadurch schwer schuldig, dass sie überhaupt solche Gedanken denken könne. Liegt hier eine psychiatrische, individuelle Erkrankung i. S. etwa einer postpartalen Depression mit wahnhafter Ausgestaltung – oder, am anderen Ende des denkbaren Spektrums, eine Störung mit überwiegend interaktioneller Funktionalität vor? Letztere ist etwa dann in Erwägung zu ziehen, wenn sich bei der sorgfältigen Anamneseerhebung herauskristallisiert, dass Ehemann und Patientin sich bei der Familienplanung über eine Aufteilung elterlicher und beruflicher Aufgaben geeinigt hatten und nach der Geburt des Kindes der Ehemann seine Zusagen zurückgezogen hat. Versuche der Ehefrau, die eigene Enttäuschung vorzutragen, sich doch noch durchzusetzen, endeten mit aggressiven Hinweisen des Ehemannes auf die finanziellen Notwen-

digkeiten der jungen Familie, die «Sachzwänge», die ihm keine Alternative ließen. Seine Frau müsse dies verstehen und akzeptieren. Aufkommende Gedanken an eine Trennung verschrecken die junge Mutter zutiefst, lösen Angst vor der alleinigen Bewältigung der Erziehung des Kindes aus und werden unterdrückt. Hypothetisch kann hierin eine Ausgangsbedingung für die Entwicklung einer aggressiv getönten Depression (als DD zur Zwangsstörung) gesehen werden, wobei die aggressiven Impulse nur gegenüber dem Kind wahrgenommen werden «dürfen». Jeder Therapeut, der mit solchen Familien gearbeitet hat, hat auch Einzelfälle gehabt, in denen es möglich war, eine hypothesenentsprechende Therapie mit dem Ehepaar durchzuführen und dadurch die Zwangsgedanken schrittweise aufzulösen. Daraus kann aber nicht abgeleitet werden, dass regelhaft bei dieser Symptomatik diese Hypothese in den Vordergrund gestellt werden darf.

Zwangsstörungen bei struktureller Dekompensation

Eine völlig andere Ausgangssituation besteht bei jener Patientin, die bereits lange vor der Eheschließung deutlich anankastische Persönlichkeitszüge mit überzogenen Reinigungs- und Ordnungsritualen entwickelt hatte, die sie gegenüber dem Freund bis zum Bezug einer gemeinsamen Wohnung weitestgehend verbergen konnte. Nach Heirat und Einzug in die gemeinsame Wohnung stand sie aufgrund der höheren Kontaktdichte unter deutlich größerem inneren Druck, der dann nach der Geburt des Kindes so zunahm, dass es zum Ausbruch ausgeprägter Wasch- und Ordnungszwänge kam. Zugleich empfand die junge Mutter deutlich reduzierte Möglichkeiten, eine emotional innige Beziehung zum Säugling aufzubauen. Der bestürzt reagierende Ehemann sorgte innerhalb weniger Monate für ein gemeinsames Aufsuchen der Erstsprechstunde. Der schließlich gemeinsam akzeptierte Therapieplan bestand schwerpunktmäßig aus folgender Interventions-Sequenz:

1. Alleinige Aufnahme der Ehefrau zur Behandlung der schon vor der Eheschließung und Schwangerschaft vorhandenen Zwangstendenzen und jetzt aufgetretenen Zwangssymptomatik in einer intensiven Symptomtherapie. In dieser Zeit nimmt der Ehemann am Arbeitsplatz Urlaub und betreut das Kind. Beide vereinbaren täglich telefonisch, ob ein Besuchstermin in der Klinik am jeweiligen Tag stattfindet.
2. Aufnahme des Kindes in das Einzelzimmer der Mutter, Erlernen von zwangsfreiem Umgang mit dem Baby und Aufbau einer emotional innigen Beziehung. Hierbei erlebte die Patientin spontane, intensive Unterstützung von weiblichen wie männlichen Mitpatienten auf der Station.
3. Zunehmende Probe-Beurlaubungen nach Hause und Paargespräche zur Klärung solcher Differenzen in der täglichen Lebensführung, die die Zwangs-

symptomatik wieder triggern könnten. Im Anschluss an die insgesamt sehr positive Entwicklung in der stationären Behandlung erfolgte dann ambulante verhaltenstherapeutische Nachbehandlung.

Empfehlungen für die Praxis

Die dargestellten Beispiele aus den ersten 3 der 5 vorgeschlagenen typischen Familien- bzw. Paarkonstellationen (s. S. 6 u. 7) zeigen, dass ganz unterschiedliche Bedingungen und Funktionen bei Patienten und Angehörigen – selbst innerhalb einer bestimmten Familienkonstellation – wirksam werden können. Die Beispiele zeigen sehr unterschiedliche, daraus resultierende «Therapie-Pakete» mit unterschiedlicher Sequenz der einzelnen Maßnahmen. Sie stellen dennoch nur einen kleinen Ausschnitt der gesamt möglichen Vielfalt von Interventionen unter Berücksichtigung systemischer Aspekte dar (weitere Beispiele z. B. in Hand, 1988. u. 2000 a).

Bezüglich möglicher Interventionen bei den letzten beiden Familienkonstellationen kann im Rahmen dieses Beitrages nur kurz erwähnt werden:

- In einer Familie mit einem zwangskranken Kind und einem zwangskranken Elternteil ist naheliegenderweise erst einmal zu klären, wie sich die zeitliche Sequenz des Auftretens der Zwangssymptomatik bei dem einen und dann bei dem anderen Familienmitglied darstellt. Wie «infektiös» Zwänge eines Elternteiles für ein Kind tatsächlich sind, ist gegenwärtig eher wieder umstritten (s. Koran, 1999). Funktionsanalytisch kann z. B. das Auftreten von Zwangsverhalten bei der erwachsenen Tochter einer seit jeher sehr zwangskranken Mutter i. S. eines «Gegenzwanges» interpretiert werden: Die mit den Eltern noch zusammenlebende Tochter entwickelte einen «Tischtuch-Schüttelzwang», nachdem sie von der Mutter über Jahre mit hoher «Pingeligkeit» in der Haushaltsführung drangsaliert worden war. Die entstandenen Aggressionen konnten nicht direkt ausgelebt werden, da die Familienstruktur dann bedroht worden wäre. Der Tischtuch-Schüttelzwang entwickelte sich aus dem von der Mutter ursprünglich geforderten Schüttelritual, mit dem auch die letzten Essenskrumen vor dem Zusammenlegen des Tischtuches beseitigt werden mussten. Die Tochter dehnte dieses Ritual schließlich zu einem 30 bis 60-minütigem Zwang aus, bei dem zur Sicherstellung des perfekten Erfolges «zwingend» auch die Mutter mithelfen musste. Diese reagierte dann ihrerseits auf dieses, als zunehmend lästig empfundene Verhaltensdiktat mit Aggressionen, die sie aus Gründen des Familienfriedens ebenfalls nicht direkt zeigen «durfte». In dieser Situation «drohte» sie dann zunehmend mit «Herzanfällen», die tödlich enden könnten. Erst jetzt suchte die Familie Hilfe.

- Bei einem Paar mit einem oder zwei zwangskranken Partnern finden wir in der Regel eine einfache Behandelbarkeit bei kurzfristiger Beziehung und akut aufgetretener Zwangssymptomatik; die am schwierigsten zu behandelnde Konstellation ist eine chronische Beziehung mit chronischem Zwang. In ersterer Konstellation liegt sowohl auf der Bindungs- wie auf der Symptom-Ebene noch kein fixiertes Rollenverhalten vor, und die therapeutischen Interventionen müssen nicht unbedingt intensivere Maßnahmen für die Zwangssymptomatik beinhalten. Bei der chronischen Beziehung und dem chronischen Zwang finden wir in der Regel schwerwiegende Entwicklungsdefizite in der Vorgeschichte beider Partner, die dann sowohl die Aufrechterhaltung einer pathologischen Partnerbeziehung wie auch der Zwangssymptomatik (und häufig ähnlicher oder anderer Krankheitssymptomatik beim Partner) bedingen (Beispiele in Hand, 2000). Da nach so langer Pseudo-Kompensation von Defiziten auf beiden Seiten geradezu panische Angst vor Veränderungen in der Beziehung vorliegt, sind rasche, einschneidende Veränderungen auch in der Zwangssymptomatik nur schwer erreichbar. In der Regel ist ein eher zurückhaltendes therapeutisches Vorgehen indiziert. Im Extremfall mag sich ein Paar erst nach mehr als 2 Jahrzehnten zu einer Paartherapie entscheiden, nachdem es vorher in einer symptomzentrierten Therapie soviel Erleichterung erfahren hatte, dass eine erträgliche Lebensführung wieder möglich wurde. In einem solchen Falle kann ein Stück indirekter, «heimlicher» Paartherapie im Rahmen der Symptomtherapie (bei Einbeziehung der Partnerin als scheinbarer Co-Therapeutin) von Nutzem sein (ausführliche Einzelfalldarstellung in Hand et al., 1977): Dieses Vorgehen ist ethisch allerdings nicht einwandfrei; es besteht ja kein «informed consent» über diesen Teil der Interventionen. Da diese aber nicht schaden können, allenfalls wirkungslos bleiben und im günstigen Falle von Nutzen sind, darf wohl in Ausnahmefällen so gehandelt werden.

Dieser Beitrag soll nicht den nach wie vor zentralen Stellenwert des symptomgerichteten «Exposition-Reaktions-Management» (ERM, Hand, 1993 u. 2000b; als Weiterentwicklung der ursprünglichen «Exposition-Reaktions-Verhinderung», ERP, Exposure Response Prevention) bei der Verhaltenstherapie von Zwangsstörungen relativieren! Das erkrankte Individuum benötigt nach allen bisherigen Erfahrungen – zumindest nach längerer Krankheitsdauer – diese «Symptom-Technik», um einen vermutlich auch genetisch mitbedingten «Zwangs-Regelkreis» wieder zu «deprogrammieren». Eine «ursachen»bezogene Therapie (z. B. Abbau primärer Defizite) alleine hat relativ selten (vor allem dann, wenn Zwänge akut und hochgradig funktional auftreten) hinreichenden Erfolg auf die Zwangssymptomatik.

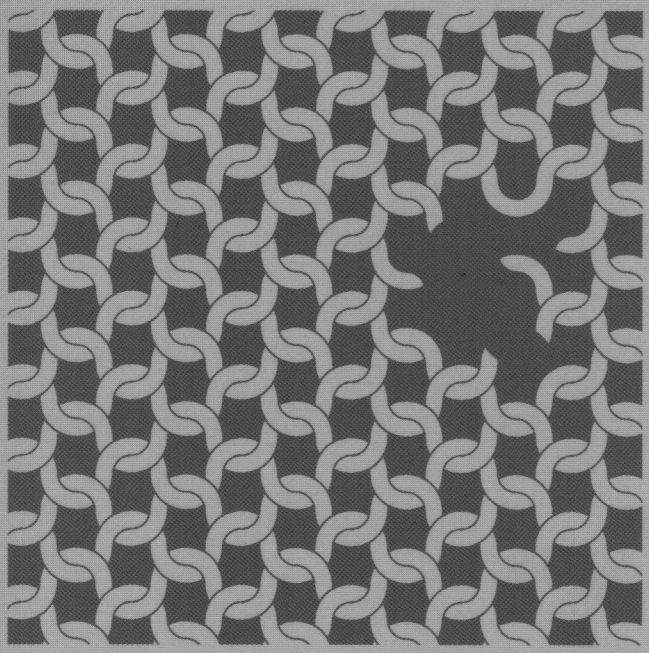
Die systemisch orientierten zusätzlichen Maßnahmen im Rahmen eines multimodalen Therapiepaketes – zur interaktionellen Neuregulation – dienen vor

allem der Erhöhung der Veränderungsmotivation bei Therapiebeginn und der Reduzierung heterogener Rückfallrisiken. Mitunter kommt den systemisch orientierten Analysen «nur» der Stellenwert eines besseren Verständnisses des Krankheitsablaufes bei, mitunter erhalten daraus abgeleitete Interventionen die Funktion eines therapeutischen Adjuvans, nicht selten sind solche Interventionen im Hinblick auf den Gesamteffekt der Therapie aus klinischem Eindruck den Effekten der Expositionstherapie aber auch durchaus gleichwertig. Angesichts der Heterogenität der erforderlich werdenden Interventionen erscheint es allerdings äußerst schwierig, deren Bedeutung in absehbarer Zeit im Sinne der sog. «evidence-based» Medizin oder Psychotherapie abzusichern. Dennoch sollten aus therapeutischer Sicht heute Therapeutenmanuale, die sich praktisch ausschließlich auf individualpsychologische und symptomtechnische Aspekte der Zwangsstörung beziehen, nicht mehr als hinreichend informativ eingestuft werden (z. B. Emmelkamp u. van Oppen, 2000, s. dagegen Lakatos u. Reinecker, 1999). In der strategisch-systemischen Verhaltenstherapie der Zwangsstörung geht es nicht nur darum, psychoedukative Elemente (s. Demal u. Lankrär, i. Vorbereitung) für die Familienmitglieder der Einzeltherapie im Symptombereich oder bei der Bearbeitung von Entwicklungsdefiziten des Patienten hinzuzufügen, sondern das Interagieren der Familienmitglieder unter dem Gesichtspunkt der jeweils individuellen Bedürfnisse und Defizite zu erkennen und bei der Veränderung einzelner Personen daraus resultierende Rückwirkungen auf das Gesamtsystem zu berücksichtigen. Für die gesundheitspolitische Diskussion bleibt es ein ungelöstes Problem, wie so ein Postulat «datenmäßig» untermauert werden kann. Wir benötigen darüber hinaus auch noch eine Systematik (Strategie) der Ordnung individueller und systemischer Interventionen im Rahmen des multimodalen Gesamtbehandlungsplanes. Es wäre schön, wenn dieser Beitrag auch dazu anregen könnte.

Willi Ecker (Hrsg.)

Die Behandlung von Zwängen

Perspektiven für die klinische Praxis
Mit einem Geleitwort von Hans Reinecker



Verlag Hans Huber

Klinische Praxis