

Kognitive Therapie bei Zwanghaften

Nicolas Hoffmann und Raimund Förster

Zusammenfassung: Einige empirische Untersuchungen zu kognitiven Merkmalen von Zwangskranken wie Ambiguitätsintoleranz, Entscheidungsschwierigkeiten, Störgedanken und irrationale Annahmen werden referiert. Dann werden die wichtigsten kognitiven Ansätze dargestellt. Eine Fallstudie dient als Beispiel einer verhaltenstherapeutisch-kognitiven Therapiestrategie. Schließlich wird am Beispiel des Kontrollzwanges die Möglichkeit eines systematischen Trainings defizitärer kognitiver Funktionen angesprochen.

Die Auffassung, daß bei Zwangskranken eine primäre Störung des Denkens vorliegt, wurde schon in der Psychiatrie um die Jahrhundertwende vertreten (Westphal, Bumke usw.). Janet traf 1898 in seinen scharfsinnigen (und heute viel zu wenig berücksichtigten) Analysen die Unterscheidung zwischen Zwangsvorstellungen und Zwangshandlungen und zeigte auf, daß letzere als Reaktion auf die Zwangsvorstellungen anzusehen sind. Damit wird eine Auffassung vertreten, die bis zum heutigen Tag die Theorienbildung beherrscht und die in den letzten Jahren wiederholt empirisch belegt werden konnte (siehe z.B. Röper, Rachman & Hodgson, 1973), nämlich, daß durch die Zwangsgedanken oder -vorstellungen eine emotionale Spannung beim Betroffenen induziert wird, die er zumindest partiell durch die Zwangshandlungen (Abwehrverhalten) zu reduzieren in der Lage ist. Dadurch erklären sich, der Theorie zufolge, sowohl die Persistenz der Zwangshandlungen (negative Verstärkung) als auch die Tatsache, daß die Gedanken in bezug auf die Häufigkeit und Aversivität nicht der Löschung unterliegen. Trotz der langjährigen Tradition der Betonung kognitiver Faktoren gibt es bis auf den heutigen Tag keine befriedigende kognitive Theorie der Zwangserkrankung und die Anwendung kognitiver Verfahren in der Therapie ist über erste Ansätze nicht hinausgekommen. In diesem Beitrag soll über einige relevante Forschungsergebnisse sowie über erste Therapieansätze referiert werden. Anhand einer Fallstudie wird schließlich ein Beispiel einer verhaltenstherapeutisch-kognitiven Vorgehensweise dargestellt und diskutiert.

Kognitive Charakteristika von Zwanghaften

Aus den zahlreichen Untersuchungen, die sich mit kognitiven Faktoren bei Zwangspatienten beschäftigen, sollen kurz einige Ergebnisse dargestellt werden, die für das Verständnis der Störung und Therapie unmittelbar von Bedeutung sind.

Ambiguitätsintoleranz

Der Begriff der Ambiguitätsintoleranz wurde von Frenkel-Brunswick (1949) eingeführt. Sie nahm an, daß damit ein wesentliches Merkmal von "Rigidität" erfaßt werden könne. Hohe Ambiguitätsintoleranz, meinte sie, manifestiere sich mit

großer intra-individueller Konsistenz im Bereich der Wahrnehmung, der Gefühle und der Sozialbeziehungen und schlage sich nieder in einer Vorliebe für Bekanntheit, Symmetrie, genaue Definitionen und Regelmäßigkeit. Eine empirische Untersuchung der Ambiguitätsintoleranz von Neurotikern wurde von Hamilton (1957) durchgeführt. Die wichtigsten Ergebnisse sind:

1. Es zeigt sich eine beträchtliche intra-individuelle Konsistenz bei der Vermeidung oder Nicht-Vermeidung von Ambiguität.
2. Neurotiker zeigen mehr Ambiguitätsvermeidung als Normale.
3. Zwangshafte und Hysteriker zeigen mehr Ambiguitätsvermeidung als Angstpatienten.

Auch eine Anzahl von anderen Untersuchungen, die von Fransella (1974) zusammengefaßt werden, stützen die Auffassung, daß Zwangshafte große Schwierigkeiten haben, wenn es darum geht, Uneindeutiges oder Unscharfes zu tolerieren. Die Erklärung, die dafür einhellig von den Autoren angeboten wird, ist, daß Ambiguitätsintoleranz zum Ziel hat, das mögliche Auftreten von Angst und Konflikten auf ein Minimum zu reduzieren. Die Vorliebe von Zwangspatienten für klar strukturierte und definierte Situationen steht im Einklang mit anderen Ergebnissen, die zeigen, daß sie bessere Leistungen bei "geschlossenen" Aufgabensstellungen erbringen als bei solchen, denen mehr intuitive Herangehensweise gemäß wäre und daß sie dazu neigen, überstrenge Kategorienbildungen und Grenzbeziehungen vorzunehmen (siehe dazu Reed, 1985).

Entscheidungsschwierigkeiten und Risikoverhalten

Diverse Autoren (z.B. Beech, 1971; Reed, 1985) haben darauf hingewiesen, daß die Schwierigkeiten, die Zwangshafte haben, Entscheidungen zu treffen, ein grundlegendes kognitives Charakteristikum darstellen. So wurde gezeigt, daß Zwangspatienten bei Diskriminationsaufgaben, wenn sie die Wahl hatten, dazu neigten, immer wieder zusätzliche Informationen abzurufen, bevor sie eine Entscheidung trafen (Walker, 1967). Ein möglicher Grund für diese Unentschlossenheit ergibt sich aus einer Untersuchung von Carr (1974). Er konnte zeigen, daß Zwangshafte, besonders in Alltagssituationen, die Wahrscheinlichkeit, daß sich aus ihren Entscheidungen unangenehme Konsequenzen ergeben könnten, wesentlich höher als Normale einschätzen. Darüber hinaus hat Walker (1967) belegt, daß sie den Grad der Unannehmlichkeit, der sich aus einem möglichen Entscheidungsfehler ergeben könnte, für besonders hoch hielten. Eine weitere Eigenart scheint hinzuzukommen: Da der Zwangshafte viele Situationen, die andere als trivial und relativ bedeutungslos erleben, in ihrer Wichtigkeit für sich und andere überschätzt, ist er häufiger vor "Entscheidungen" gestellt als andere Personen, bei denen in solchen Fällen ein relativ automatisiertes, wenig reflektiertes Verhalten abläuft.

Auf die Art sieht sich der Zwangshafte mit mehr Entscheidungen konfrontiert, er erwartet besonders häufig negative Konsequenzen bei einer Fehlentscheidung und erlebt sie als besonders unangenehm. Daraus läßt sich eine weitere, empirisch belegte Eigenart verstehen: Zwangshafte erweisen sich als besonders risikoun-

freundlich (Steiner, 1972). In diesem Zusammenhang kann man, aus der klinischen Erfahrung, geradezu eine Pervertierung des Wahrscheinlichkeitsbegriffes feststellen: Manche Patienten "verteidigen" ihr Abwehrverhalten (z.B. Vermeidung von Berührungen mit Personen oder Objekten aus der Angst heraus, schwanger zu werden) mit dem "Argument", es liegt kein hundertprozentiger Beweis vor, daß das ausgeschlossen sei und somit dürften sie kein Risiko eingehen.

Bezieht man sich auf die Terminologie von Lazarus (1966), so wurden bislang Defizite beschrieben, die den Prozeß der (primären) Einschätzung von Bedrohung betreffen. McFall und Wollersheim (1979) postulieren in ihrem Modell der Zwangserkrankung darüberhinaus eine Störung der (sekundären) Einschätzung, die darin besteht, daß die Fähigkeiten, mit der Bedrohung in adaptiver und realistischer Art und Weise umzugehen, unterschätzt werden; dadurch kommt es zu einem besonders ungünstigen Verhältnis zwischen der wahrgenommenen Bedrohung und den aus subjektiver Sicht zur Verfügung stehenden Bewältigungsmöglichkeiten. Zwanghafte erleben sich demnach als hilflos angesichts von Bedrohungen, die zum Großteil aus ihren fehlerhaften Einschätzungen resultieren, wenn es darum geht, sie realitätsbezogen zu bekämpfen und erleben ihr symptomatisches Abwehrverhalten (Zwangsrübeln, Kontrollen, Waschroutale) als die besten ihnen zur Verfügung stehenden Mittel, in dem Sinne, daß dadurch immerhin ein gewisses Maß an Spannungsreduktion erzielt wird.

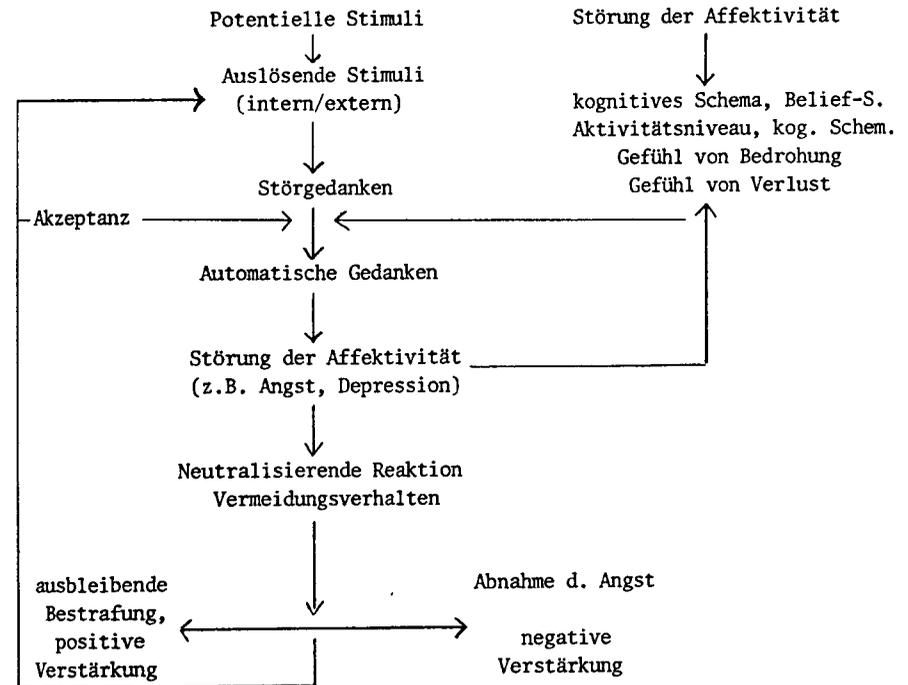
Störgedanken und irrationale Annahmen

In ihrem Versuch, "Die Welt der Zwangskranken" zu beschreiben, haben phänomenologisch ausgerichtete Autoren (Straus, 1938; von Gebattel, 1954) darauf verwiesen, daß die Betroffenen ständig von Gedanken, Bildern und Vorstellungen bedrängt werden, die ihnen Gefährliches, Schmutziges und Ekelhaftes als allgegenwärtig erscheinen lassen. Damit ist ein Grundphänomen der Störung angesprochen, nämlich die Tatsache, daß die Kranken ständig mit unerwünschten Gedanken konfrontiert werden, die scheinbar auf sie eindringen, ohne daß sie sich dagegen zur Wehr setzen können. Rachman (1981) definiert solche "intrusive unwanted thoughts" als "sich wiederholende Gedanken, Bilder oder Impulse, die inakzeptabel und/oder ungewollt sind" und präzisiert ferner, daß das Individuum sie als Störung seiner Aktivitäten erlebt, sie als aus seinem eigenen Innern herkommend ansieht und sie schwer kontrollieren kann. Nun haben Rachman und de Silva (1978) gezeigt, daß auch Normale häufig Störgedanken erleben, die sie allerdings wesentlich besser kontrollieren können und die in der Regel nicht zu gravierenden emotionalen oder verhaltensmäßigen Konsequenzen führen.

Die oben definierten Störgedanken sind nicht gleichzusetzen mit "automatischen Gedanken", wie Beck sie bei Depressionen beschrieben hat: Letztere erscheinen unmittelbar plausibel und werden als konsistent mit der Grundphilosophie des Individuums erlebt, so daß ihnen die Qualität des "Eindringens" weithin fehlt. Salkowskis (1985) zufolge können Störgedanken, die zu den Grunddenkweisen des Individuums in Widerspruch stehen (also Ich-dyston sind), dann zu stimmungsbeeinträchtigenden automatischen Gedanken führen, wenn sie mit dysfunktionalen Annahmen interagieren, wie z.B.

- den Gedanken an eine Tat haben ist dasselbe, wie die Tat ausführen;
- wenn einem der Gedanke kommt, man könnte sich selber oder ander schädigen, dann muß man unbedingt etwas dagegen unternehmen;
- nichts unternehmen gegen einen Gedanken heißt, das Betreffende wünschen;
- man ist verantwortlich für jeden Gedanken, der einem kommt;
- man kann zu jeder Zeit Kontrolle über seine Gedanken ausüben.

Folgende Abbildung soll die Zusammenhänge, wie Salkowskis sie sieht, verdeutlichen:



Somit nimmt der Autor an, daß ein Störgedanke umso mehr stimmungsbeeinträchtigende automatische Gedanken hervorruft, je stärker die mit ihm interagierenden dysfunktionalen Annahmen energetisiert sind; darüberhinaus führt die induzierte emotionale Erregung zu "Neutralisierungsversuchen" (Vermeidung, Zwangsroutale), die wiederum durch Spannungsreduktion verstärkt werden (siehe dazu auch die folgende Fallstudie).

Kognitive Ansätze bei Zwängen

Die dominierenden Verfahren bei der Verhaltenstherapie von Zwängen sind in den letzten Jahren die Expositionsbehandlung und Methode der Reaktionsverhinderung gewesen (siehe z.B. Boulougouris & Bassiakos, 1973; Emmelkamp & Kramer, 1977;

Marks, Hodgson & Rachman, 1975). Sie finden auch heute mit guten Erfolgen dort Anwendung, wo Zwangsverhalten im Vordergrund der Symptomatik steht, vor allem aber bei exzessivem Kontrollieren und bei Reinigungsritualen aufgrund von Kontaminationsängsten. Gilles (1982) hat in einer Fallstudie untersucht, ob die Erfolge einer Expositionsbehandlung in der Vorstellung und in vivo dadurch gesteigert werden können, daß dem Patienten eine Reihe rationaler Gedanken zur Verfügung gestellt werden, die gegen seine irrationalen Zwangsbefürchtungen sprechen, und er berichtet über positive Ergebnisse. Emmelkamp et al. (1980) hingegen waren nicht in der Lage, eine zusätzliche positive Wirkung von beruhigenden Selbstinstruktionen (im Sinne Meichenbaums) über die der Expositionsbehandlung allein nachzuweisen. McFall & Wollersheim (1979) schlagen - ihrem Modell folgend, nach dem Zwanghafte Defizite in der primären und sekundären Einschätzung von Bedrohung aufweisen - eine Reihe recht allgemeiner Therapiemaßnahmen vor, wie Versuche, das Selbstwertgefühl der Patienten zu steigern, sie ihre Gefühle besser ausdrücken zu lassen und sie dazu zu bewegen, ihre irrationalen Befürchtungen in Frage zu stellen.

Bei Störungsbildern, bei denen Zwangsgedanken und -grübeleien im Vordergrund stehen, ist die Literatur über kognitive Herangehensweisen ebenso spärlich. Die Verfahren, die am häufigsten zur Anwendung kommen, sind Gedankenstopp (siehe z.B. Martin, 1982) und Habituationstraining (Rachman, 1971), eine Technik, die darin besteht, den Patienten die störenden Gedanken über einen längeren Zeitraum, bis zu 15 Minuten, "festhalten" zu lassen, um eine Habituation oder eine Sättigung zu erreichen. Ein kognitives Verfahren zur Beeinflussung von Zwangsgedanken wurde 1971 von Lazarus vorgeschlagen, die Technik des "blow-up" oder Aufbauschens. Entgegen der spontanen Reaktion wird der Patient angeleitet, in Gedanken die möglichen negativen Konsequenzen seiner Befürchtungen nicht nur nicht zu vermeiden, sondern im Gegenteil, sie aufzubauschen und bis ins Groteske zu steigern. Über eine systematische Anwendung dieser Technik liegen allerdings keine Daten vor.

Eine interessante Fallstudie legen Salkowskis & Warwick (1985) vor. Bei einer Patientin mit Krebsangst (wobei eine große Anzahl von Stimuli wie Gesichtscreme usw. als gefährlich galten), die zuerst erfolgreich klassisch verhaltenstherapeutisch behandelt wurde (Exposition), erfolgte ein Rückfall, einhergehend mit einer starken depressiven Reaktion. Im Rahmen einer kognitiven Intervention wurde die Patientin angeleitet, die Wahrscheinlichkeit der automatischen Gedanken, die mit dem Gebrauch von Kosmetika verknüpft waren, einzuschätzen, und aus allen Lebensbereichen "Gegenbeweise" aufzulisten. Als Ergebnis berichten die Autoren über eine zunehmende Distanzierung von ihren ursprünglichen Befürchtungen und von einer deutlichen Besserung der Depression. Eine ähnliche Strategie wird auch in der folgenden Fallstudie illustriert.

Fallstudie

(Die Therapie wurde von R. Förster durchgeführt)

1. Beschreibung der Störung

Bei Zwangssyndromen unterscheidet man zwischen Zwangsgedanken und Zwangshandlungen. Das DSM III (diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen, DSM III, 1984)

beschreibt Zwangsgedanken als wiederkehrende Gedanken, Impulse oder Vorstellungen, die dem Patienten fremd vorkommen und als störend empfunden werden. Unter Zwangshandlungen versteht man ein ritualisiertes Verhalten, das bestimmte Ereignisse verhüten oder herbeiführen soll; es besteht jedoch kein vernünftiges Verhältnis zwischen der Zwangshandlung und deren Ziel; sie wird jedoch vom Betroffenen mit einem Gefühl des subjektiven Zwanges ausgeführt und ein Aufschieben führt zu Angstgefühlen, die erst durch das Ausführen der Zwangshandlung verringert werden können.

Unabhängig von dem Vorliegen eines Zwangssyndroms kann eine zwanghafte Persönlichkeitsstörung bestehen. Das DSM III (DSM III a.a.O., S. 340) versteht unter dieser Diagnose eine überdauernde Verhaltensweise des Betroffenen, die durch 1) die eingeschränkte Fähigkeit zum Ausdruck warmer und zärtlicher Gemütsbewegungen und 2) durch Perfektionismus gekennzeichnet sein kann. Weiter bestehen 3) zwanghafte Persönlichkeiten oft darauf, daß andere Personen sich ihrer Art, Dinge zu erledigen, anpassen müssen und es kann 4) eine Überbetonung der Arbeit zu Lasten der Freude an zwischenmenschlichen Beziehungen vorliegen. Häufig findet man auch 5) eine übertriebene Angst, Fehler zu machen, die zu einer Entschlußlosigkeit führen kann. Das DSM III fordert nun das Vorliegen von 4 dieser 5 Merkmale zur Diagnosestellung.

2. Vorgeschichte

Herr B. ist ein 48-jähriger Mann, der eine größere Bankfiliale leitet. Er ist seit 27 Jahren mit einer 5 Jahre älteren Frau verheiratet und hat einen Sohn, der nicht mehr zu Hause lebt. Der Patient ist durch seine Eltern religiös erzogen worden und hat seine christliche Orientierung bis heute beibehalten. Er schildert sich selbst als sehr gewissenhaft und genau; diese Einschätzung wird von seiner Ehefrau geteilt, die sich manchmal über die "Marotten" ihres Mannes lustig macht. Über seine Ehe sagt Herr B., daß sie bis vor 6 Monaten "ohne Tadel" gewesen sei; er habe mit seiner Frau eine gute Beziehung ohne größere Konflikte gehabt. Vor genau 6 Monaten sei jedoch eine ehemalige Schulfreundin, die er seit 30 Jahren nicht mehr gesehen habe, aufgetaucht und habe sein ganzes Leben in Unordnung gebracht. Er habe sich dem Einfluß dieser Frau nicht entziehen können, obwohl er sich sehr dagegen gestraubt habe. Aus einer Stimmung der Verliebtheit sei es nach wenigen Wochen zu einem "Seitensprung" und zu intimen Beziehungen gekommen. Dies habe zunächst massive Schuldgefühle bei ihm ausgelöst. Etwa 6 Wochen danach sah Herr B. eine Sendung über die Immunschwächekrankheit AIDS im Fernsehen, die ihn aufgrund der dort gezeigten Bilder sehr erschreckt hat. Noch am gleichen Tag sei ihm der Gedanke gekommen, daß er sich bei seinem "Seitensprung" infiziert habe und daß dies die Strafe Gottes für sein Fehlverhalten sei. Er habe sofort einen Aids-Test durchführen lassen, der negativ ausgefallen war. Obwohl er seine Verfehlung seiner Ehefrau gestanden und diese ihm auch verziehen habe, ließ ihn dieser Gedanke bis heute nicht mehr los und ängstige ihn. Im weiteren Verlauf habe er das Auftauchen mehrerer "fixer" Ideen bei sich beobachtet, die ihn nicht mehr losließen: Zuerst sei ihm beim Lesen die Idee gekommen, er habe etwas überlesen und so einen Fehler gemacht. Nur durch mehrmaliges Wiederholen des betreffenden Absatzes habe er sich beruhigen können, daß er richtig gelesen habe. Der Gedanke, einen Fehler gemacht zu haben, sei immer mit der Idee einhergegangen, an einer unheilbaren Krankheit erkranken zu können, sozusagen als Strafe für dieses Vergehen. Im weiteren Verlauf habe er befürchtet, bei dem Schreiben seines Namens etwas falsch zu machen, dann habe er gedacht, daß er Dinge nicht "richtig" weggeworfen hätte. Zum Schluß sei dasgleiche beim Rasieren und Zähneputzen passiert, dann bei dem Überschreiten von Bordsteinen, Fugen und Straßengullis. Beim Überqueren einer Fuge müsse er einem inneren Drang folgen und zurückgehen und die Fuge so überschreiten, daß er sicher sei, sie nicht betreten zu haben; manchmal seien bis zu neun Wiederholungen nötig, um ihm die Angst zu nehmen. Der Patient bemerkt hierzu, daß er wisse, daß sein Verhalten unsinnig sei. Dieses Wissen nütze ihm aber nichts, um sein Verhalten abzuändern. Diese "fixen" Ideen hätten sich in den letzten Wochen derart ausgebreitet, daß er seine Arbeit nicht mehr ausüben könne und nun krankgeschrieben sei.

3. Psychopathologischer Befund

Herr B. ist ein 48-jähriger adrett gekleideter Herr, der im Kontakt förmlich und steif wirkt, ihm sind keine Gefühlsregungen zu entlocken. Der Patient berichtet über Zwangsgedanken und Zwangshandlungen, die durch verschiedene äußere Reize ausgelöst würden

(siehe hierzu Tabelle 1). Sein Denken ist eingeeignet auf Schuldgefühle, die durch seinen Ehebruch ausgelöst wurden; er berichtet über Gedankendrängen. Die Stimmung ist deprimiert, hoffnungslos, er leidet unter starken Schuldgefühlen; affektiv wirkt er reduziert und wenig schwingungsfähig. Der Patient ist latent suicidal; er äußert Suicidideen, die er jedoch wegen seiner religiösen Einstellung nicht verwirklichen kann. Der Patient hat Einschlaf- und Durchschlafstörungen.

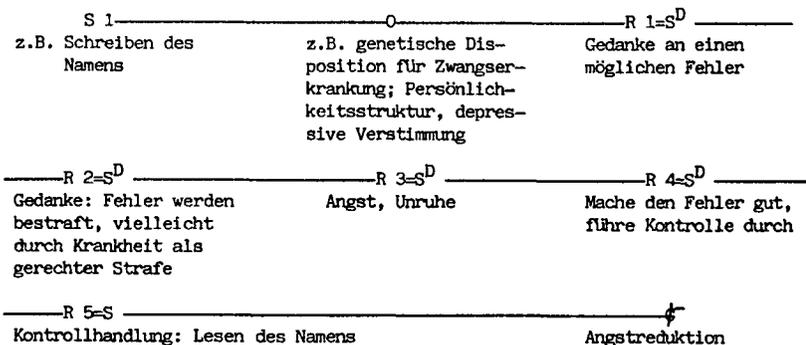
4. Verhaltensanalyse

Bei der Beschreibung des Falles nach einem verhaltensanalytischen Modell richten wir uns nach dem von Schulte (Schulte, 1976) vorgeschlagenen Vorgehen:

1) Beschreibung des symptomatischen Verhaltens: Siehe Vorgeschichte und Befund.

2) Beschreibung der vorausgehenden und nachfolgenden Reizbedingungen: Siehe Vorgeschichte und Befund.

Wir wollen im folgenden das symptomatische Verhalten nach der von Kanfer eingeführten Verhaltensgleichung (siehe Kanfer & Saslow, 1969) beschreiben.



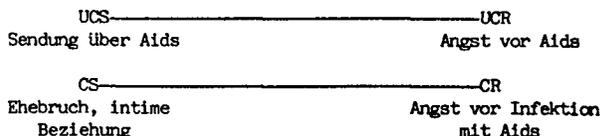
3) Organismusvariablen: Die organische Untersuchung ergab einen normalen Befund.

4) Selbstkontrolle: Der Patient verfügte über keine Selbstkontrolle seines symptomatischen Verhaltens.

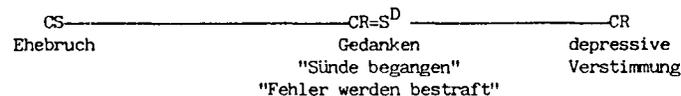
5) Vorläufiges Bedingungsmodell: Folgende Informationen sprechen dafür, daß das symptomatische Verhalten respondent ist:

1. Dem Zwangsverhalten geht eine starke Angstreaktion voraus, die von physiologischen Reaktionen wie Herzklopfen, Schweißausbruch begleitet wird.
2. Das symptomatische Verhalten erfolgt immer in Anwesenheit der Stimuli.
3. Nachfolgende positive Verstärkung ist nicht nachweisbar, im Gegenteil, die Konsequenzen sind für den Patienten deutlich aversiv (Kritik durch die Familie, Krankschreibung).
4. Selbstkontrolle war zu keinem Zeitpunkt möglich.

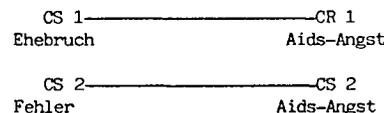
6) Genese: Folgendes Ereignis kann zur Hypothesenbildung über die Entwicklung der Symptomatik dienen: Der Patient berichtete über eine heftige Angstreaktion, die er bei dem Ansehen einer Sendung über AIDS hatte, die er kurz nach seinem Ehebruch sah. Er glaubte, sich infiziert zu haben, der Gedanke an den Ehebruch löste die Aids-Angst aus.



Weiter wissen wir aus der Entwicklung des Patienten, daß er religiös erzogen wurde und diese Orientierung beibehalten hat. Ehebruch war so zu einem konditionierten Stimulus für einen schweren Fehler geworden, einer Sünde, die bestraft würde; eine depressive Verstimmung war die Folge.



Durch das Zusammentreffen des Ehebruchs und der Einstellung des Patienten zu diesem Thema und der durch die Fernsehsendung ausgelösten Aidsfurcht konnten durch Reizgeneralisierung auch Fehler anderer Art zum konditionierten Stimulus für die Aids-Angst werden.



Weiter wissen wir über die Persönlichkeit des Patienten, daß er im Laufe seiner Erziehung durch operante Verstärkung gelernt hat, daß Fehler am besten durch Kontrolle wiedergutzumachen sind. Es liegt also nahe, daß der Patient zunächst bei dem Gedanken "hier könntest du einen Fehler gemacht haben" mit Kontrolle reagiert hat. Die von ihm mehrfach durchgeführten Kontrollen bewirkten eine Angstreduktion, was eine negative Verstärkung der Zwangshandlung bedeutet. Es ist interessant, wie im weiteren Verlauf eine Reizgeneralisierung stattfand: Zunächst wurden die Tätigkeiten zu konditionierten Stimuli, bei denen der Begriff des Fehlers noch einen Sinn ergab: Lesen von Texten und Schreiben des Namens. Im weiteren entfernten sich die Reize immer mehr von ihrer ursprünglichen Bedeutung: "Fehler" beim Wegwerfen von Gegenständen, beim Rasieren und Zähneputzen, beim Überschreiten von Bordsteinen, Fugen und Gullis. Es ist weiter von Bedeutung, daß die Annahme des Patienten, daß Fehler durch Krankheit bestraft werden könnten - dies war der Auslöser für seine Kontrollhandlungen - eine positive Verstärkung durch das Ausbleiben einer schweren Erkrankung nach erfolgter Kontrolle erfuhr.

7) Schlußfolgerungen aus der Genese: Die Hinweise aus der Genese bestätigen unsere Hypothese, daß das symptomatische Verhalten respondent erworben wurde resp. durch negative Verstärkung aufrechterhalten wird.

5. Beurteilung, Diagnose

Wir kommen nach psychopathologischem Befund und Verhaltensanalyse zunächst zu der Diagnose Zwangssyndrom (DSM III 300.30). Davon unabhängig zeigte der Patient die Merkmale einer depressiven Störung, die jedoch nicht von der Schwere und Dauer war, um die Kriterien zur DSM III Diagnose "Typische depressive Episode mit Melancholie" (DSM III 296.23), "Typische depressive Episode ohne Melancholie" (DSM III 296.22) oder "dysthyme Störung" (DSM III 300.40) zu erfüllen. Zutreffend erscheint uns jedoch die Diagnose Atypische Depression (DSM III 296.82).

Im weiteren hatten wir die Diagnose "zwanghafte Persönlichkeitsstörung" (DSM III 301.40) in Erwägung gezogen, mußten jedoch feststellen, daß der Patient Züge einer zwanghaften Persönlichkeit hat (er ist förmlich und zurückhaltend, perfektionistisch und wird von seiner Umgebung als eigensinnig erlebt), er erfüllt jedoch nicht Kriterium 4 und 5 (siehe Beschreibung der Störung) der DSM III Diagnose (zur Diagnose müssen 4 Kriterien erfüllt werden). Es bleibt aber festzuhalten, daß Teile der zwanghaften Persönlichkeit einen wesentlichen Einfluß bei der Herausbildung des Zwangssyndroms gespielt haben.

6. Erfolgsmaße

Herr B. führte ab dem Therapievorgespräch ein 24-Stunden Protokoll, in dem er die Zwangshandlung beschrieb und die Anzahl der Wiederholungen festhielt, die nötig waren,

um die Angst zu reduzieren (z.B. Treten auf eine Fuge: sechsmal Zurückgehen). Die Anzahl der Wiederholungen über die verschiedenen Zwangshandlungen wurde pro Tag aus-
gezählt und diente als Erfolgskontrolle (siehe Abbildung 2). Er fertigte eine Liste der
unterschiedlichen Zwangshandlungen an und bewertete sie, indem er auf einer Prozentska-
la einschätzte, wieviel Angst sie auslösten, wenn er die Ausführung der Zwangshandlung
vermied. Dieses Rating wurde von ihm 6mal im Verlauf der Therapie und des follow-up
durchgeführt (siehe Tabelle 1). Zur Beurteilung der depressiven Störung verwendeten wir
die Hamilton Depression Scale (HAM-D). Diese Ratingskala wurde von einem unabhängigen
Rater, der den Patienten zu einem kurzen Gespräch sah, sechsmal im Verlauf der Therapie
und des follow-up ausgefüllt (die Ergebnisse sind ebenfalls in Tabelle 1 enthalten).

7. Therapie, Verlauf

Faßt man zusammen, so bezieht sich die Symptomatik von Herrn B. auf drei Bereiche:

- 1) Die Affektivität ist betroffen; Herr B. weist die Merkmale einer depressiven
Störung auf, die durch Schuldgefühle unterhalten wird.
- 2) Das Denken ist gestört, er leidet unter Zwangsgedanken.
- 3) Das Verhalten ist verändert; Zwangshandlungen bestimmen einen großen Teil seines
Verhaltens.

Unsere therapeutischen Maßnahmen wiesen dementsprechend 3 Schwerpunkte auf:

- 1) Therapie der depressiven Störung durch kognitive Therapie.
- 2) Therapie der Denkstörung durch Gedankenstop.
- 3) Therapie der Verhaltensstörung durch Reaktionsverhinderung.

Die Therapie von Herrn B. dauerte insgesamt 5 Wochen, in denen 13 Therapiesitzungen
stattfanden, weitere 5 Treffen in den folgenden 8 Wochen dienten zur Beobachtung des
Verlaufes:

- | | |
|---------------------|--|
| 1. Woche: | Vorgespräche, Diagnostik, Erhebung der base-line |
| ab 2. und 3. Woche: | kognitive Therapie (4 Therapiestunden) |
| ab 4. Woche: | Gedankenstop (1 Therapiestunde) |
| 5. Woche: | Reaktionsverhinderung (7 Therapiestunden) |
| 6. bis 13. Woche: | follow-up (5 Sitzungen) |

Erste bis vierte Therapiestunde: Kognitive Therapie

Da uns in den Vorgesprächen mit Herrn B. eine schwere depressive Verstimmung mit
latenter Suicidalität aufgefallen war, entschieden wir uns, mit einer antidepressiven
Therapie zu beginnen. Das depressive Bild stand in Zusammenhang mit Schuldgefühlen, die
der Patient wegen seiner außerehelichen Beziehung hatte. Wir begannen die Therapie mit
einer Evozierung der Gedanken des Patienten zu diesem Thema (Kognitionsevozierung;
siehe z.B. Linden & Hautzinger, 1981, S. 107). Herr B. fertigte am Ende der ersten
Therapiestunde eine Liste seiner Gedanken an, die er mit der Überschrift "Verstöße
gegen die Moral" versah:

1. Da ich mich zum Christentum bekenne, muß ich die Gebote der Christen einhalten.
Dazu gehört: "Du darfst nicht ehebrechen". Ehebruch ist eine schwere Sünde, die
nicht vergeben wird.
2. Sünden und Fehler dieser Art werden von Gott bestraft; eine schwere unheilbare
Krankheit kann eine gerechte Strafe sein.
3. Bei der Trauung legt man vor Gott ein Gelübde ab, das man nie brechen darf.
4. Dem Ehemann gibt man bei der Trauung ein Versprechen, nämlich das der Treue, das
man immer einhalten muß.
5. Ich war bislang meinem Kind ein Vorbild, durch mein Handeln habe ich die Vorbild-
rolle endgültig zerstört.

In den folgenden drei Therapiestunden erklärten wir dem Patienten das Vorgehen bei der
durch Ellis (s. z.B. Ellis & Grieger, 1977, 1986) bekannt gewordenen rational-emotiven
Therapie (RET). Herr B. fertigte zunächst, um den Zusammenhang zwischen seiner Verstimmung
und den verursachenden Gedanken zu verdeutlichen, mehrere ABC-Schemata am (A=Aus-

löser, B=belief, Gedanke, C=Consequenz). Um ihn mit kognitiver Therapie vertraut zu
machen, las er als Hausarbeit das Buch von Burns (1982). Durch verschiedene Methoden
des rationalen Disputierens (s. z.B. McMullin, 1986), die von dem Patienten von der 2.
Therapiestunde an auch als Hausarbeit geübt wurden, erreichten wir eine Einstellungs-
änderung, deren Ergebnis am Ende der Therapie wie folgt aussah:

1. In der Bibel steht: "Du darfst nicht ehebrechen", aber Jesus sagt auch in der
Geschichte von der Ehebrecherin: "Wer ohne Fehl ist, der werfe den ersten Stein".
Ich kann hoffen, daß Gott auch mir vergibt.
2. Wenn ich meinen Fehler wiedergutmache, habe ich keine Strafe zu erwarten; außerdem
gibt es keinen direkten Zusammenhang zwischen einem Fehler, so schwer er auch sein
mag, und einer Strafe. Die Wirklichkeit zeigt, daß Fehler oft keine Strafe
nach sich ziehen.
3. Menschen sind meistens nicht in der Lage, alle Gelübde einzuhalten, weil Menschen
mit Fehlern behaftet sind und menschliche Triebe stärker sein können als der
Vorsatz. Außerdem gibt es bestimmte Situationen, in denen die Kontrolle einge-
schränkt ist, z.B. erotische Situationen.
4. Untreue macht noch keinen schlechten Menschen aus mir. In der Vergangenheit konnte
sich meine Frau immer auf mich verlassen, ich kann durch mein Verhalten in der
Zukunft beweisen, daß es ein "Ausrutscher" war.
5. Es ist nicht sicher, ob es mein Sohn überhaupt erfährt. Sollte es ihm bekannt
werden, könnte ich ihm klarmachen, daß ein Mensch Schwächen und Fehler hat und
eben nicht in allem Vorbild sein kann.

Herr B. wurde durch diese Einstellungsänderung unmittelbar entlastet, seine Schuldge-
fühle wurden geringer und die Stimmung besserte sich (siehe hierzu die Hamilton Depres-
sion Scale, Ergebnisse Tabelle 1). Weiter beobachteten wir eine Abnahme der Angst/Un-
ruhe bei den Stimuli "Fugen überschreiten", "Dinge wegwerfen", "Gullis betreten" (siehe
Tabelle 1).

Fünfte Therapiestunde: Gedankenstop

In der 5. Therapiestunde wurde Herr B. die Technik des Gedankenstops erklärt: Er wurde
zunächst gebeten, einen Absatz in einem Text zu lesen und im Anschluß daran laut seine
Gedanken zu verbalisieren. Bei dem ersten Auftauchen von Zwangsgedanken (z.B. "Hast Du
etwa ein Wort überlesen, lies noch einmal") rief der Therapeut laut "stop" und verur-
sachte ein lautes Geräusch, indem er mit der Hand auf den Tisch schlug. Das Abreißen
der Gedanken in diesem Augenblick wurde dem Patienten deutlich. Er wurde gebeten, ein
Gummiband um das Handgelenk zu legen und selbst beim Auftauchen von Zwangsgedanken
"stop" zu rufen und am Gummi zu ziehen (siehe hierzu auch Linden & Hautzinger, a.a.O.,
S. 83). Ab der 5. Therapiestunde führte Herr B. den Gedankenstop selbständig beim
Auftauchen von Zwangsgedanken durch, indem er sich das Wort "stop" nur noch vorstellte
und an seinem Gummiband zog. Nach dem Stoppen des Gedankens fügte der Patient einen
alternativen Gedanken an (z.B. "Bei dieser Tätigkeit mache ich selten Fehler, Fehler
sind nicht schlimm").

Sechste bis zwölfte Therapiestunde: Reaktionsverhinderung

In der 6. Therapiestunde wurde dem Patienten die Technik der Reaktionsverhinderung
(siehe Linden & Hautzinger, a.a.O., S. 159) erklärt. In den folgenden 6 Therapiesitzun-
gen erschien Herr B. an jedem Tag zum Zähneputzen und Rasieren, das er nach wie vor
nach einem bestimmten Ritual ausführte (obwohl die Unruhe abgenommen hatte), beim
Therapeuten, um sich in nicht-ritualisierter Weise zu rasieren und die Zähne zu putzen.
Weiteres Rasieren und Zähneputzen war die ersten Tage untersagt, und später nur in
"normaler" Form unter Aufsicht eines Familienmitgliedes erlaubt. Mit Herrn B. wurde
außerdem das Lesen von Texten ohne Kontrolle des Gelesenen geübt. Er führte dies dann
als Hausarbeit durch. Der Patient lernte an diesen Beispielen die Reaktionsverhinde-
rung, die er dann selbständig praktizierte. Diese Behandlungsmaßnahme führte zu einer
Reduktion der Zwangshandlungen beim Rasieren und Zähneputzen und beim Lesen (s. Tab.1).

Verlauf

Die in den Therapiestunden 1 bis 4 durchgeführte kognitive Therapie entlastete den
Patienten deutlich von seinen Schuldgefühlen, seine Stimmung besserte sich (siehe die

Ergebnisse des Ratings mit der Hamilton Depression Scale, Tab. 1). Der Patient führte sechsmal im Verlauf der Therapie und des follow-up ein Rating der Angst bzw. Unruhe durch, die die konditionierten Reize bei der Vermeidung der betreffenden Zwangshandlung auslösten. Die Ergebnisse des Ratings sind in Tabelle 1 enthalten.

Stimuli	IEnde	I...	I...	I...	I...	I...	I
	11.Woche	12.Woche	13.Woche	14.Woche	15.Woche	13.Woche	I
Gullis	I 80%	I 40%	I 30%	I 10%	I 20%	I 5%	I
Zähneputzen/Ras.	I 80%	I 70%	I 60%	I 40%	I 5%	I 5%	I
Lesen	I 70%	I 70%	I 70%	I 60%	I 40%	I 10%	I
Namen schreiben	I 70%	I 50%	I 50%	I 10%	I 10%	I 5%	I
Fugen	I 50%	I 10%	I 10%	I 5%	I 0%	I 0%	I
Dinge wegwerfen	I 50%	I 30%	I 20%	I 30%	I 20%	I 10%	I
Hamilton Dep.Sc.	I 23	I 18	I 11	I 8	I 4	I 2	I
Therapie	I -	I -	I RET	I GEd.-St	I Reakt-VI	I -	I

Tabelle 1

Weiter haben wir den Patienten die Frequenz der Zwangshandlungen über 8 Wochen protokollieren lassen (s. hierzu Abbildung 2). Es zeigt sich schon bei optischer Inspektion der Daten ein deutlicher Behandlungseffekt. Bereits für die kognitiven Interventionen (RET und Gedankenstopp) wird ein Effekt deutlich, was für eine Wirksamkeit der Einstellungsänderung auf die Zwangshandlungen spricht. Andererseits wird deutlich, daß eine erhebliche Reduktion des Zwangsverhaltens durch die Reaktionsverhinderung erreicht wurde.

Diskussion

Wir beziehen uns in der Diskussion zunächst auf das von uns bereits erwähnte Modell von Salkovskis (s. Abbildung 1) und diskutieren im Zusammenhang hiermit unsere Behandlung. Von besonderer Bedeutung ist bei diesem Modell die Unterscheidung zwischen Störgedanken (intrusions), automatischen Gedanken und kognitiven Schemata, beliefs.

Wir wenden diese Unterscheidung auf unseren Patienten an:

Störgedanke	automatischer Gedanke	kognitives Schema
"hier hast Du einen Fehler gemacht"	"Wenn ich den Fehler nicht beseitige, werde ich an AIDS erkranken"	religiöse Orientierung Moralvorstellungen Wertvorstellungen

Salkovskis nimmt nun an: "Es ist offensichtlich, daß Störgedanken häufig in normalen Individuen vorkommen, ohne zu einer ernsten Verstimmung zu führen. Es scheint wahrscheinlich, daß sie nur dann zu einer andauernden Quelle einer Verstimmung werden, wenn sie durch eine Interaktion zwischen Störgedanken und dem Belief-System des Individuums zu negativen automatischen Gedanken werden". (1985a, S. 573). In unserem Fall war also nicht der Gedanke des Patienten, daß er einen Fehler gemacht haben könnte, von entscheidender Bedeutung, sondern die Tatsache, daß es zu einer Interaktion zwischen dem Belief-System des Patienten und dem Störgedanken gekommen war.

Wie konnte es zu dieser Interaktion kommen? Salkovskis (1985a, S. 579) sieht in dem Aktivitätsniveau der kognitiven Schemata die größte Bedeutung: Ein kognitives Schema ist sowohl durch die Art der in ihm enthaltenen Gedanken als auch durch sein Aktivitätsniveau gekennzeichnet. Ist dieses hoch, so ist es leichter für eine Interaktion zugänglich als wenn das Aktivitätsniveau niedrig ist. Dies wird von Borkovec et al. (1982) unterstützt, die bei der Untersuchung von Schlafstörungen festgestellt haben, daß zwei Faktoren beteiligt sind: Ein "Sorgenfaktor", der die kognitiven Anteile der Störung repräsentiert und ein emotionaler Faktor, der von einem physiologischen Aktivitätsniveau unterhalten wird. Die Existenz von irrationalen Beliefs im Sinne von Ellis (s. z.B. Ellis & Grieger, 1977, S.3 ff) und die Energetisierung der kognitiven Schemata im Sinne von Beck (s. z.B. 1976) führen also zu den charakteristischen automatischen

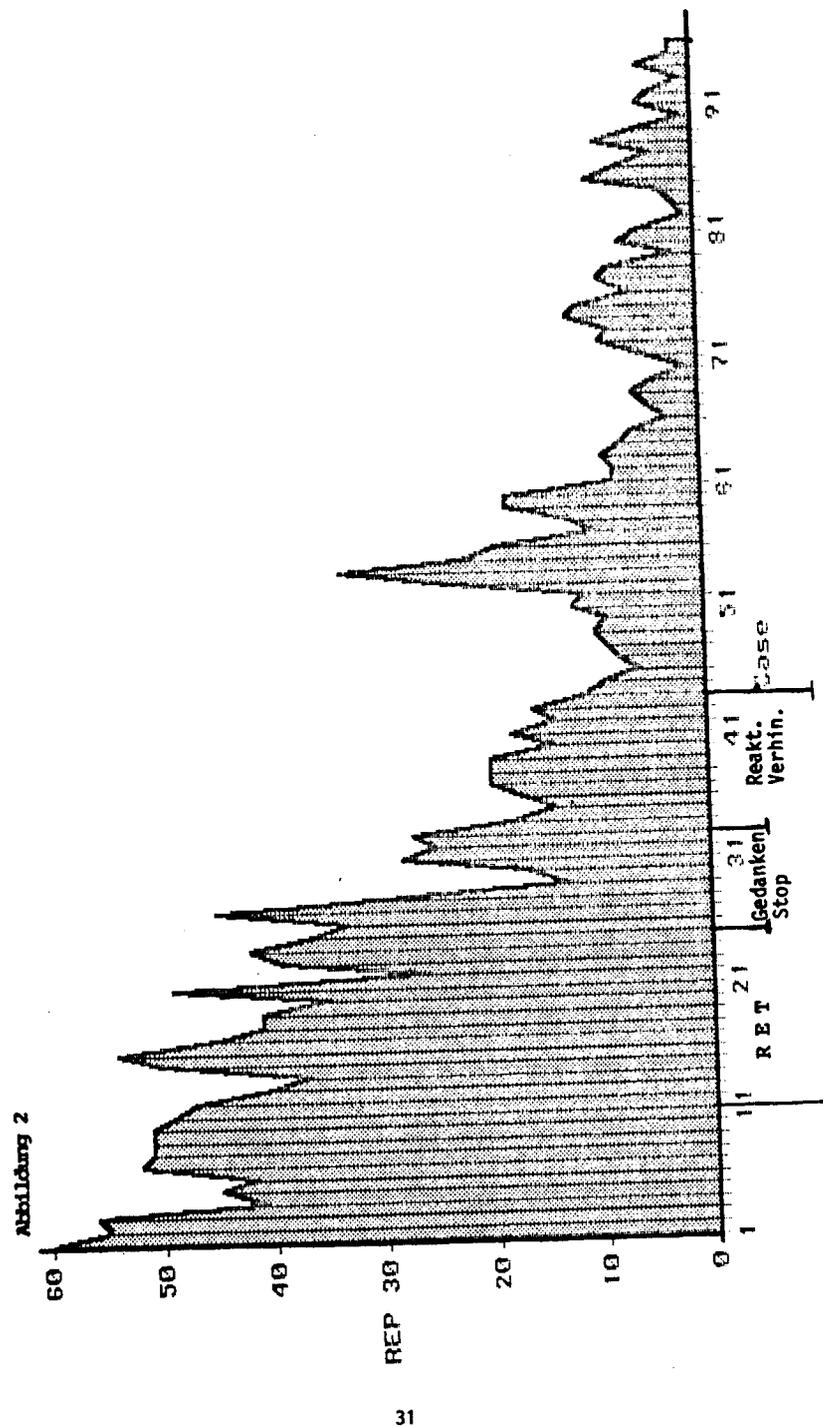


Abbildung 2

Gedanken, die die Angstreaktion und das Zwangsverhalten bedingten. In unserem Fall war also nicht der Gedanke bzw. Einfall des Patienten, daß er einen Fehler gemacht haben könnte, von entscheidender Bedeutung, sondern die Tatsache, daß er der Ansicht war, daß er den Fehler beseitigen müßte, um nicht an einer unheilbaren Krankheit zu erkranken. Weiter ist von entscheidender Bedeutung, daß durch seinen Ehebruch sein Beliefsystem in hohem Maße "energetisiert" war und er sich außerdem durch eine mögliche Aidsinfektion bedroht fühlte. Die von uns intendierte Einstellungsänderung durch kognitive Therapie ergibt also einen zweifachen Sinn: Zunächst war sie wegen der latenten Suizidalität des Patienten geboten, dann veränderte sie den für das Auftreten der Zwangserkrankung entscheidenden Teil, seine durch strenge Moralvorstellungen erzeugte Depression und Schuldgefühle.

Perspektiven

Die Faszination, die Zwangserkrankungen schon immer sowohl auf Theoretiker als auch auf Praktiker ausgeübt haben, steht in krassem Mißverhältnis zum Stand der Theorienbildung und zu der Verlässlichkeit der Therapieverfahren. Die praktikabelsten verhaltenstherapeutischen Methoden, zumindest bei Zwangsverhalten, nämlich Expositionstraining und Reaktionsverhinderung, sind weitgehend atheoretisch-pragmatisch und common-sense geleitet; mehr oder weniger geglückte Versuche einer lerntheoretischen Untermauerung vermögen daran wenig zu ändern. Hinzu kommt, daß bei einer Reihe von Fällen, bei denen z.B. eine schwere Depression oder das Vorhandensein überwertiger Ideen (die dazu führen, daß der Patient an seine Zwangsbefürchtungen mehr oder weniger fest glaubt - im Gegensatz zur inneren Distanz, die andere dazu haben) zur Symptomatik gehören, verhaltenstherapeutische Methoden oft scheitern (Foa, 1979).

Kognitive Modelle, von denen man sich gerade bei dieser Störung viel versprechen könnte, sind noch recht rudimentär und liefern relativ wenig bewährte Therapieanweisungen. In diesem Zusammenhang ist es wichtig zu sehen, daß die bisherigen kognitiven Ansätze vor allem den inhaltlichen Aspekt zwanghafter Kognitionen in den Mittelpunkt der kognitiven Arbeit stellen. So wird versucht, den irrationalen Charakter oder zumindest die extreme Unwahrscheinlichkeit dessen, was befürchtet wird, etwa durch direkten Disput (kognitive Therapie im engeren Sinne) oder durch einen Realitätstest (wie bei der Reaktionsverhinderung) aufzuzeigen. Eine Alternative dazu ist die Schwerpunktlegung auf die mehr formal-strukturellen Aspekte der Kognitionen im Sinne einer Beeinflussung der Art, wie Zwanghafte Informationen aufnehmen, ordnen und als Basis ihres Handelns einsetzen (siehe dazu als Parallele die Ansätze bei Schizophrenie).

So kann man in der Praxis Patienten mit Kontrollzwängen immer wieder darüber klagen hören, daß sie, wenn sie mit der Aufgabe konfrontiert sind, etwa festzustellen, ob ein Wasserhahn zuge dreht ist, ein merkwürdiges "Abwesenheitsgefühl" empfinden, so als würden sie die Szene bloß träumen. Diese Beobachtung deckt sich übrigens mit der These Janets, daß Zwanghafte in kritischen Situationen an einem Verlust der "Realitätsfunktion" leiden, den er auf eine krankhaft herabgesetzte psychische Spannung zurückführt. Hier kann der Patient lernen, durch einfache Konzentrationsübungen (wie Kopfrechnen) einen Zustand größerer Wachheit und stärkeren Ichgefühls herzustellen. Auch starke Emotionen, die der Patient in der entsprechenden Situation empfindet, respektive versucht hervorzurufen, können sein Realitätsgefühl steigern; so kann er instruiert

werden, sich vor der Kontrolle möglichst stark über den Zeitverlust zu ärgern, den er immer durch seinen Zwang erleidet usw. (Am Rande vermerkt: Anleitungen zur Entspannung in kritischen Situationen sind nach dieser Sichtweise nicht nur nutzlos, sondern ausgesprochen gegenindiziert).

Weiter fällt auf, daß der Patient oft ein falsches Kriterium hat, um die Entscheidung (der Hahn sei zuge dreht) zu treffen. Statt des Kriteriums: "Feststellen, ob Wasser aus dem Hahn fließt oder nicht", wartet er, bis ihm ein "Gefühl in der Magengegend" "sagt", daß der Hahn zuge dreht ist. Da dieses Gefühl sich lange Zeit nicht einstellen kann, ist er "gezwungen", immer wieder hinzublicken, am Hahn zu drehen usw. Hier muß wieder gelernt werden, die relevanten Kriterien vor einer Entscheidung klar zu explizieren und gleichzeitig die üblichen, "zwangsbedingten" im vorhinein aktiv zu verwerfen. Schließlich, um bei derselben Art von Patienten zu bleiben, berichten sie über große Schwierigkeiten, Handlungsabläufe zu beenden und kognitiv ab- respektive umzuschalten. Dabei soll der Patient wieder in die Lage versetzt werden, sich selber klare Signale für die Beendigung von Handlungen zu geben, wenn die für die Entscheidung relevanten Kriterien erfüllt sind.

Einiges von dem, was einleitend als psychische Charakteristika von Zwanghaften beschrieben wurde, erscheint, so gesehen, in einem etwas anderem Licht. Was als Ambiguitätsintoleranz beschrieben wurde, kann sehr wohl darauf zurückzuführen sein, daß Zwanghafte viele Situationen aufgrund ihrer "verschommenen Wahrnehmung" und ihres mangelnden Realitätsgefühls wirklich als wesentlich uneindeutiger und unschärfer erleben als andere. Auch Entscheidungsschwierigkeiten können teilweise darin bestehen, daß der Patient seine Entscheidung immer wieder in Frage stellt, weil er Schwierigkeiten hat, sich von den Handlungsabläufen zu lösen.

Die kritischen kognitiven Funktionen können bei solchen Patienten auch außerhalb der Zwangssituation systematisch geschult und trainiert werden, im Sinne von Konzentrations- und Aufmerksamkeitsübungen, von Maßnahmen zur Herstellung eines angemessenen Ich-Gefühls (auch mittels körperzentrierter Übungen), von Entscheidungstraining und anhand von Übungen zur kognitiven Flexibilität und Fähigkeit zum Umschalten. Dies kann und sollte, vielleicht zumindest am Anfang, anhand von Material erfolgen, das nicht unmittelbar mit den konkreten Zwangssituationen im Zusammenhang steht. In den kritischen Situationen kann dann die angemessene Verkettung der Einzelfunktionen geübt werden, diesmal mit dem direkten Ziel einer Reduzierung oder Eliminierung der Symptome. Vielleicht gelingt es durch weitere Erforschung der grundlegenden psychischen Mechanismen, die für Zwangsgedanken und Zwangsverhalten verantwortlich sind, neue Therapieverfahren zu entwickeln, wirkungsvoll und jenseits von "Reaktionsverhinderung".

Trotz 100 Jahre Beschäftigung mit den Phänomenen des Zwanges ist gerade in diesem Bereich noch vieles unerklärt, fremd, ja geheimnisvoll. Nur wenn es gelingt, "die Welt der Zwanghaften" besser zu verstehen, können wir hoffen, ihnen zu helfen, aus dieser Welt der allgegenwärtigen Gefahren, der Angst, des Ekels, der absurden Bemühungen und des ewigen Scheiterns herauszugelangen -

einer Welt, in der sie, vielleicht an unser aller statt, zu leben gezwungen sind.

Literatur

- BECK, A. T. 1976. Cognitive therapy and the emotional disorders. New York: Int. University Press.
- BEECH, H. R. (Ed.) 1974. Obsessional states. London: Methuen.
- BORKKOVEC, T. D., ELWOOD, R., PRUZINSKY, T. & DEPREE, A. J. 1983. Preliminary exploration of worry (1). Behavior Research and Therapy, 21(1),9-16.
- BOULOUGOURIS, J. C. & BASSIAKOS, L. 1973. Prolonged flooding in obsessive-compulsive neurosis. Behavior Research and Therapy, 11,227-231.
- BURNS, D. 1982. Angstfrei: Mit Depressionen umgehen. Pflungstadt: Minotaurus Projekt.
- CARR, A. 1974. Compulsive neurosis: A review of the literature. Psychological Bulletin, 81,311-318.
- DSMIII 1984. Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen. Weinheim: Beltz.
- ELLIS, A. & GRIEGER, G. 1986. Handbook of rational-emotive therapy, Vol.II. New York: Springer Publ.Comp.
- EMMELKAMP, P. M. & KRAMER, G. 1977. Therapist-controlled exposure in vivo versus self-controlled exposure. Behavior Research and Therapy, 15,491-495.
- FOA, E. B. 1979. Failures in treating obsessive-compulsives. Behavior Research and Therapy, 17,169-176.
- FRANSELLA, F. 1974. Thinking and the obsessional. In: Beech, H. R. (Ed.): Obsessional States, London: Methuen.
- FRENKEL-BRUNSWIK, E. 1949. Intolerance of ambiguity as an emotional perceptual personality variable. Journal of Personality, 18,108-143.
- GEBSATTEL, v. E. 1954. Die Welt des Zwanghaften. Heidelberg.
- GILLES, T. R. 1982. Cognitive restructuring and exposure with a compulsive washer: A test of reciprocal inhibition. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 13,221-224.
- HAMILTON, V. 1957. Conflict avoidance in obsessionals and hysterics and the validity of the concept of dysthymia. Journal of Mental Sciences, 103,666-676.
- JANET, P. 1896. Les obsessions et la psychoasthénie. Paris: Alcan.
- KANFER, F. H. & SASLOW, G. 1969. Behavioral diagnosis. In: Franks, C. M. (Ed.): Behavior therapy: Appraisal and status, New York, 417-444.
- LAZARUS, A. A. 1971. Behavior therapy & beyond. New York: McGraw Hill.
- LAZARUS, R. S. 1966. Psychological stress and the coping process. New York: Methuen.
- LINDEN, M. & HAUTZINGER, M. 1981. Psychotherapiemanual. Berlin: Springer.
- MARKS, I. M., HODGSON, R. & RACHMAN, S. 1975. Treatment of obsessive-compulsive neurosis by in vivo exposure. The British Journal of Psychiatry, 12,349-364.
- MARTIN, L. G. 1982. Thought-Stopping and stimulus control to decrease persistent disturbing thoughts. Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry, 13,215-220.
- MCFALL, M. E. & WOLLERSHEIM, J. P. 1979. Obsessive-compulsive neurosis: A cognitive-behavioral formulation and approach to treatment. Cognitive Therapy and Research, 3,333-348.
- MCMULLIN, R. E. 1986. Handbook of cognitive therapy techniques. New York: Norton.
- MORELLI, G. 1983. Adolescent compulsions: A case study involving cognitive-behavioral treatment. Psychological Reports, 83,519-522.
- RACHMAN, S. 1971. Obsessional ruminations. Behaviour Research and Therapy, 9,229-235.
- RACHMAN, S. 1981. Unwanted intrusive cognitions. Advances in Behaviour Research and Therapy, 3,89-99.
- RACHMAN, S. 1983. Irrational thinking with special reference to cognitive therapy. Advances of Behaviour Research and Therapy, 3,87-123.
- RACHMAN, S. & DE SILVA, P. 1981. Abnormal and normal obsession. Behaviour Research and Therapy, 16,233-248.
- REED, G. F. 1983. Obsessive-compulsive disorder: A cognitive structural approach. Canadian Journal of Psychology, 24,3-5.
- REED, G. F. 1985. Obsessional experience and compulsive behaviours. Orlando: Academic Press.
- ROBERTSON, J., WENDIGENSON, P. & KAPLAN, I. 1983. Towards a comprehensive treatment of obsessional thoughts. Behaviour Research and Therapy, 21,347-356.
- RÖPER, G., RACHMAN, S. & HODGSON, R. 1973. An experiment on obsessional checking. Behaviour Research and Therapy, 11,271-277.
- SALKOVSKIS, P. M. 1985a. Obsessive-compulsive problems: A cognitive-behavioral analysis. Behaviour Research and Therapy, 23,571-583.
- SALKOVSKIS, P. M. & WARWICK, H. M. C. 1985. Cognitive therapy of obsessive-compulsive

disorder: Treating treatment failures. Behavioural Psychotherapy, 13,243-253.

SCHULTE, D. 1974. Diagnostik in der Verhaltenstherapie. München: Urban & Schwarzenberg.

STEINER, J. 1972. A questionnaire study of risk-taking in psychiatric patients. British Journal of Medical Psychology, 45,365-374.

Keywords: obsessive-compulsive disorder, cognitive therapy, cognitive training

Summary: Some empirical studies on cognitive characteristics of obsessional-compulsive disorders like avoidance of ambiguity, decision-making difficulties, intrusive thoughts, and irrational beliefs are discussed. Then the most important cognitive approaches to psychotherapy are reviewed. A case study exemplifies the behavioral-cognitive strategy. Finally, the possibility of training systematically deficient cognitive functions is discussed.

Anschrift der Autoren:

Dr. Nicolas Hoffmann
Institut für Verhaltenstherapie, Berlin
Teltower Damm 7
1000 Berlin 37

Raimund Förster, Arzt, Dipl.-Psych.
Neue Kantstr. 21
1000 Berlin 19