

EXPOSITION UND REAKTIONSVERHINDERUNG MIT BIOGRAFISCHER EXPLORATION BEI ZWANGSSTÖRUNGEN

WILLI ECKER

Institut für Fort- und Weiterbildung in klinischer Verhaltenstherapie,
Bad Dürkheim, und
Arbeitseinheit Klinische Psychologie und Psychotherapie,
Psychologisches Institut der Universität Heidelberg

ZUSAMMENFASSUNG: Während der Exposition/Reaktionsverhinderung erinnern Zwangserkrankte manchmal belastende oder traumatische, für die Entwicklung ihrer Zwänge relevante Lebensereignisse, die ihnen zuvor nicht zugänglich waren. Dieses Phänomen wird als Beispiel zustandsabhängiger Abrufbarkeit konzeptualisiert, wobei durch Exposition induzierte Emotionen und Erregungszustände als Abrufhilfen für das Auftauchen hoch emotionaler Erinnerungen an biographische Schlüssepisoden mit Bezug zum Beginn der Symptomatik fungieren. Wenn eine Verbindung zwischen Zwangsauslösern und biographischen Erinnerungen hergestellt ist, kann diese in Folgeexpositionen als nicht-bedrohliche Assoziation genutzt werden, um Inhibitionslernen zu fördern. Eine Variante von Exposition und Reaktionsverhinderung mit biografischer Exploration wird vorgestellt, anhand von fünf Fallbeispielen veranschaulicht und hinsichtlich wichtiger klinischer Aspekte des Ansatzes, seiner Vorteile und Begrenzungen diskutiert. Empirische Forschung zu diesem Ansatz mit Zwangserkrankten wird empfohlen.

SCHLÜSSELWÖRTER: Exposition und Reaktionsverhinderung, Zwangsstörung, biografische Exploration, zustandsabhängige Abrufbarkeit, Inhibitionslernen

EXPOSURE AND RESPONSE PREVENTION WITH BIOGRAPHICAL EXPLORATION IN OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER

ABSTRACT: During exposure and response prevention (ERP), patients with obsessive-compulsive disorder (OCD) sometimes remember distressing or traumatic life events relevant for the development of their OCD which were not accessible before ERP. This phenomenon is conceptualized as an example of state-dependent retrieval, with emotions and arousal states elicited via ERP as retrieval cues for the emergence of often highly emotional memories of biographical key episodes related to symptom onset. Once a link between obsessional stimuli and biographical memories is established, it can be utilized in subsequent exposure exercises as a non-threat association to facilitate inhibitory learning. A variant of ERP focusing on biographical exploration is

presented, illustrated by five case examples and discussed concerning important clinical aspects of the approach, its advantages and limitations. Empirical research on this approach with OCD patients is recommended.

KEYWORDS: exposure and response prevention, obsessive-compulsive disorder, biographical exploration, state-dependent retrieval, inhibitory learning

1 EINFÜHRUNG

Exposition und Reaktionsverhinderung bei Zwangsstörungen beinhaltet die Konfrontation mit angst erzeugenden oder anderen negative kognitiv-emotionale und physiologische Reaktionen auslösenden Situationen, Objekten, Personen oder auch Gedanken bei gleichzeitigem Verzicht auf offene oder kognitive Rituale, die auf eine Reduktion oder Vermeidung dieser aversiven Reaktionskomponenten abzielen. Metaanalysen zeigen konsistent, dass kognitive Verhaltenstherapie auf der Basis dieses Verfahrens zu einer beträchtlichen Verminderung von Zwangssymptomen führt (Eddy, Dutra, Bradley & Westen, 2004; Fisher & Wells, 2005; Rosa-Alcázar, Sánchez-Meca, Gómez-Conesa, Marín-Martínez et al., 2008, Olatunji, Davis, Powers & Smits, 2013; Öst, Havnen, Hansen et al., 2015). Als Wirkmechanismen werden u.a. diskutiert:

1. Habituation innerhalb der und zwischen den Expositionsdurchgängen im Sinne der Emotional Processing Theory (Foa, Huppert & Cahill, 2006).
2. Inhibitionslernen (Arch & Abramowitz, 2014; Abramowitz & Arch, 2014; Craske, 2015).
3. Die Korrektur von Fehlbewertungen von Zwangsgedanken (Clark, 2004).
4. funktionale Veränderungen im Hirnstoffwechsel (Baxter et al., 2000).

Es existieren zahlreiche prozedurale Varianten der Implementierung des Verfah-

rens (Blakey, Reuman, Jacoby & Abramowitz, 2015). Wegen seiner internationalen Gebräuchlichkeit wird im Folgenden der Begriff „Exposition und Reaktionsverhinderung“ beibehalten, obwohl die von Hand (z.B. 2015, S. 122) vorgeschlagene Alternative („Exposition mit Reaktionsmanagement“) inhaltlich korrekter ist, da „über die Unterlassung der motorischen und kognitiven Vermeidungsreaktion ... eine maximale Intensivierung“ der emotionalen und physiologischen Reaktionskomponenten „induziert werden“ und „der eigenständige Umgang“ mit diesen „eingeübt werden“ soll. Den Fokus dieser Arbeit bildet eine bislang nicht empirisch evaluierte Variante, Exposition und Reaktionsverhinderung mit biographischer Exploration.

2 VORGEHEN

Die klinische Erfahrung von Zwangsexperten (Hand, 1993, 2015; Oberhammer, 2001; Hauke, 2002; Hoffman & Hofmann, 2012; Ecker, 2005, 2014) weist darauf hin, dass während der Exposition bei Förderung einer „erweiterten Selbstexploration unter hoher emotionaler Erregung“ (Hand, 2015, S. 122) ein Zugang zu bislang nicht erinnerten, traumatischen oder zumindest sehr belastenden biografischen Episoden geschaffen werden kann, die für die Entwicklung und Aufrechterhaltung der Zwänge bedeutsam sind. Meist haben Zwangserkrankte

ja gelernt, sehr automatisiert und schnell durch Initiierung von offenen oder kognitiven Ritualen aus aversiven emotionalen Erfahrungen zu flüchten oder diese vollständig zu vermeiden. Schnelle Flucht aus oder vollständige Vermeidung von Angst, aber auch Ekel (McKay & Moretz, 2009), „Nicht-genau-richtig-Erleben“ (Summerfeldt, Kloosterman, Antony & Swinson, 2014; Ecker, Kupfer & Gönner, 2014), selbstbezogenem Unvollständigkeitserleben (Ecker, Gönner & Kupfer, 2013), Konglomeraten unterschiedlicher Gefühle, z.B. Angst und Wut, oder diffusum, nicht weiter differenzierbarem Unbehagen wirkt kurzfristig erleichternd, verhindert jedoch Habituation. Andererseits werden die genannten emotionalen Qualitäten möglicherweise jahrelang nicht mehr für hinreichend lange Zeitspannen erlebt, um sie bewusst und differenziert wahrnehmen zu können. Wie Liotti (1988, s. 76, deutsche Übersetzung Ecker) betont, ist „der Drang, unmittelbare Kontrolle über ein gegebenes Phänomen auszuüben, um es zu unterdrücken, im Grunde unvereinbar mit der Fähigkeit, dieses Phänomen sorgsam zu explorieren. Dies gilt insbesondere für unsere eigenen unangenehmen Gefühle“.

In einem ersten Schritt sollte man daher im Rahmen einer explorativen therapeutischen Grundhaltung eine bewusste, differenzierte Selbstwahrnehmung des emotionalen Zustands fördern, der durch die Exposition zum bislang vermiedenen Stimulus ausgelöst wurde. Der Fokus liegt also auf der emotionalen *Qualität*, nicht allein auf der emotionalen *Quantität* im Sinne eines „Discomfort Ratings“ von 0-10. Dies erscheint besonders wichtig in Anbetracht der empirischen Evidenz für erhöhte Alexithymiescores bei Zwangserkrankten (Robinson & Freeston, 2014; Kang, Namkoong, Yoo, Jhung & Kim, 2012) und der positiven Korrelation von Alexithymie mit der Schwere der Zwän-

ge (Carpenter & Chung, 2011). Überdies wird so verhindert, dass Behandler vor schnell annehmen, es gehe auf der emotionalen Ebene sowieso immer um Angst – im Sinne einer trotz der Veränderungen im DSM-5 (Falkai & Wittchen, 2015) immer noch verbreiteten, aber zu engen Konzeptualisierung der Zwangsstörung als Angststörung (Ecker & Gönner, 2008), oder die Art des „Unbehagens“ sei irrelevant für das weitere Vorgehen (Ecker, 2014).

Sobald die Exploration dazu geführt hat, dass Patienten den erlebten emotionalen Zustand genauer beschreiben können, wird in einem zweiten Schritt erfragt, ob dieser ihnen aus einem biografischen Kontext vertraut ist („Woher kennen Sie genau dieses Gefühl?“; Hauke, 2002). Häufig, wenn auch nicht immer, ermöglicht diese Frage eine emotionale Brücke in die Vergangenheit und führt vom gegenwärtigen emotionalen Zustand zum Erinnern relevanter biografischer Episoden, die sich nach Hoffmann (1998) geradezu intrusiv aufdrängen können. Es sind also keine besonderen „Tricks“ notwendig – es genügt, Patienten ausgehend von ihrer genau explorierten emotionalen Selbstwahrnehmung direkt zu fragen. Diese erhöhte Zugänglichkeit biografischer Gedächtnisinhalte ist m.E. ein Beispiel zustandsabhängiger Abrufbarkeit von Erinnerungen (Lang, Craske, Brown & Ghaneian, 2001; Löffler, Myrtek & Peper, 2013; Garczynski & Brown, 2013). Hierbei fördern durch die Exposition induzierte Gefühle und Erregungszustände den Abruf hoch emotionaler Erinnerungen an biografische Schlüssepisoden, die häufig in engem zeitlichen Zusammenhang mit dem Beginn der Zwangssymptomatik stehen. Mit anderen Worten kann man den expositionsinduzierten emotionalen Zustand als Erinnerungsfragment verstehen, welches quasi als „Abrufhilfe“ für die Erinnerung

der vollständigen biografischen Episode dient. Das Wiedererinnern geht mit hoher emotionaler Beteiligung einher, weshalb Hand (1993, S. 64) von „kathartischer Entblockung“ spricht.

Im dritten Schritt können Patienten nun beim vollständigen Ausdruck und der Integration der mit der biografischen Episode verbundenen Emotionen unterstützt werden. Oft handelt es sich um „existentielle, zutiefst verunsichernde Ereignisse“, die „mit Gefühlen von Ohnmacht, Ausgeliefertsein, Versagen und Schuld“ (Oberhummer, 2001, S. 279) oder aber auch großer Angst, Trauer, Scham oder Wut verbunden sind. Entscheidend scheint zu sein, dass damals ein angemessener Ausdruck der entsprechenden Gefühle und ihre lösungsorientierte Verarbeitung nicht möglich waren, z.B. aufgrund fehlender sozialer Unterstützung oder defizitärer innerer Regulationsmechanismen (Hoffmann, 1998; Hoffmann & Hofmann, 2012) bzw. weil „das Ereignis primär nicht sprachfähig gemacht wurde“ (Oberhummer, 2001, S. 275). Umso wichtiger ist es, an dieser Stelle den Patienten Gelegenheit zu geben, mit therapeutischer Unterstützung über diese Erfahrungen zu sprechen und sie mit zusätzlichen Interventionen weiter aufzuarbeiten, d.h. es ist ein „Wechsel der Interventionsebene“ (Hand, 2015, S. 122) erforderlich.

In einem vierten Schritt können dann bereits erinnerte biografische Szenen in Folgeexpositionen genutzt werden: Die Betroffenen werden angeleitet, in Expositionssituationen die „passenden“ biografischen Szenen zu assoziieren und so den ausgelösten Affekt „dorthin einzuordnen, wo er seinen Ursprung hat und in Wirklichkeit hingehört“ (Hoffmann & Hofmann, 2012, S. 219).

Abschließend sei erwähnt, dass Exposition mit biografischer Exploration auch bei der Expositionsbehandlung von Angststörungen angewandt werden kann

(s. z.B. Hand, 2015; ausführliche Einzelfalldarstellung bei Wieben & Hand, 2004).

3

FALLBEISPIELE

Alle Fallbeispiele außer Fall 5 (aus Hoffmann & Hofmann, 2002) entstammen meiner eigenen klinischen Arbeit und werden mit Zustimmung der PatientInnen dargestellt. Ecker (2006) stellt den Fall einer ambulanten Patientin vor, deren schwere Zwänge u.a. über Exposition mit biografischer Exploration von einem Y-BOCS-Wert von 24 auf 11 reduziert wurden. Hauke (2002) skizziert ein Fallbeispiel aus dem stationären Setting.

FALLBEISPIEL 1

KONTAMINATIONSÄNGSTE UND EKEL

Herr M. (38) leidet unter territorialen Wasch- und Reinigungszwängen und kann keine Besucher empfangen, da diese seinen Wohnbereich mit Schweiß, Speichel, Urin etc. „verseuchen würden“. Schon mich die Wohnung betreten zu lassen und mir eine Tasse Kaffee anzubieten, stellt für ihn eine schwierige Expositionsübung dar (Speichelmoleküle an meiner Tasse könnten, falls diese später in die Spülmaschine kommt, sein gesamtes Geschirr „verseuchen“). Extrem starke Anspannung löst etwas später die Vorstellung aus, mich die Toilette benutzen zu lassen, da er nicht nur die Notwendigkeit späteren Sauberschubbens und „Sagrotanisierens“ antizipiert, sondern sogar der Gedanke einschießt, er müsse eventuell „die gesamte Toilette herausreißen lassen und ersetzen“. Nachdem er sich dennoch darauf eingelassen hat, mir die Benutzung seiner Toilette zu erlauben, explore ich seinen Gefühlszustand: Zuerst

beschreibt er ein Kippen der ängstlichen Anspannung in intensiven Ekel. Kennt er dieses Gefühl aus seiner Lebensgeschichte? Herr M. erinnert zunächst den intensiven Geruch von Urin am Bett des schwer erkrankten Vaters, der mit seiner Inkontinenz sehr unkonventionell umgegangen war: Er hatte die nassen Laken nicht gewaschen, sondern stets „trocken gefönt“. Rasch kippt das Ekelgefühl in einen massiven und lang anhaltenden Trauerdurchbruch, der Patient weint eine halbe Stunde lang bitterlich. Es kristallisiert sich heraus, dass es nach zeitlebens schwieriger Beziehung gerade durch die Erkrankung des Vaters zu einer emotionalen Annäherung zwischen Vater und Sohn gekommen war, wonach der Vater „viel zu früh“ verstorben sei. Der nun noch einmal aufgebrochene Trauerprozess sei für ihn so „unerträglich schlimm“ gewesen, dass er damals zur Vermeidung weiterer schmerzlicher Verluste beschlossen habe, „niemanden mehr an mich heran zu lassen“. Nach Ausklingen des Trauerdurchbruchs ist dem Patienten der Zusammenhang mit seiner Zwangsstörung, die ja nähere Kontakte zu anderen Menschen stark behindert, sehr deutlich. Gleichzeitig ist für ihn die Tatsache der Toilettenbenutzung durch mich nun emotional bedeutungslos: Herr M. teilt mir mit, ich könne beruhigt nach Hause gehen, er werde jetzt ein paar Stücke Klavier spielen und sich dabei an seinen Vater erinnern.

FALLBEISPIEL 2

MISCHUNG VON ANGST UND WUT

Herr S. (47) leidet unter schweren Wiederholungszwängen und beschreibt seine emotionale Erfahrung während der Exposition als „Mischung von Angst und Wut“. Ist ihm diese Mischung aus seiner Lebensgeschichte vertraut? Der Patient erinnert

sich, wie sein Vater nachts wutentbrannt in sein Zimmer stürmte und wegen eines geringfügigen Vergehens mit einem Holzstock auf den zunächst noch schlafenden Achtjährigen einprügelte und ihn „halb tot“ schlug. Im Aufwachen hatte der Patient Verwirrung, Panik, Schmerz und schließlich, als er sich allmählich der Situation bewusst wurde, Wut auf den Vater verspürt. Zu Behandlungsbeginn fehlten Herrn S. Kindheitserinnerungen aus seiner Herkunftsfamilie fast völlig. Nach dieser Expositionssitzung wird er ermutigt, seinen Bruder, zu dem seit Jahren kein Kontakt mehr bestand, über die gemeinsame Kindheit zu befragen, und es wird deutlich, dass die erinnerte Episode nur ein Beispiel für eine Familienatmosphäre war, die insgesamt durch sehr drastische „Erziehungsmethoden“ und oft sadistische Bestrafung beider Söhne durch einen extrem jähzornigen, gewalttätigen und gleichzeitig emotional kalten Vater geprägt war. Zur weiteren Aufarbeitung werden u.a. kreative Medien genutzt (z.B. Malen eines Bildes mit dem Titel „Mein Vater und ich“).

FALLBEISPIEL 3

ANGST BEZOGEN AUF EINEN ZWANGSGEDANKEN

Seit dem 15. Lebensjahr war Frau S. (21) durch den Zwangsgedanken gequält, sie könne, ohne es zu bemerken, zum Telefon greifen und anderen Menschen erzählen, ihre Schwester sei schwanger von einem Asylbewerber. Sie hatte ausgeprägte Kontrollrituale entwickelt, um zu überprüfen, ob sie tatsächlich das Telefon benutzt hatte, und vermied die Telefonbenutzung völlig. Sie lebte noch in der Ursprungsfamilie und hatte dieser den Inhalt der Zwangsgedanken nie eröffnet. Während der imaginalen Exposition zu den „zu Ende gedachten“ ka-

tastrophalen Konsequenzen des umgesetzten Gedankeninhalts trat starke Angst auf, verbunden mit der Befürchtung, den Ruf der Familie zu schädigen. Nachdem sie in den beiden ersten Expositionssitzungen allmählich habituierte, aber keine biografischen Erinnerungen angab, tauchte in der dritten Exposition die Erinnerung an einen tatsächlich stattgefundenen Schwangerschaftsabbruch bei ihrer ein Jahr jüngeren Schwester im Alter von 14 auf, nachdem diese von einem Asylbewerber schwanger geworden war. Die im Ausland vorgenommene Abtreibung war damals sowohl vor ihr als auch vor Menschen außerhalb der Familie streng geheim gehalten worden. Die Patientin erinnerte jedoch, dass sie ein Gespräch zwischen ihrer Mutter und ihrer Schwester belauscht hatte, in dem die Mutter die Wichtigkeit der Geheimhaltung betont hatte, „um der Familie keine Schande zu machen“. Obwohl Frau S. nun ein klares Erinnerungsbild dieses Gesprächs hatte, dass sie von hinter der Tür aus mitbekommen hatte, gab sie auch nach der Exposition noch Restzweifel am Wahrheitsgehalt ihrer Erinnerung an. Erst eine direkte Befragung der Schwester, die unter Tränen zugab, dass tatsächlich eine Abtreibung stattgefunden hatte, löste diese Restzweifel auf.

FALLBEISPIEL 4 KONTAMINATIONSÄNGSTE UND EKEL

Frau P. (34) leidet an schweren Wasch- und Reinigungszwängen, die auf die Reduktion von Kontaminationsängsten und Ekel bezüglich Blut generell und HIV im Besonderen abzielen. Während der Exposition (Berührung roter Objekte, die durch „unsichtbares“ Blut kontaminiert sein könnten, sogar roter Graffiti an Wänden) steht Ekel im Vordergrund, insbesondere nachdem Aidsängste durch

Korrektur abnormer Risikoeinschätzung über kognitive Methoden reduziert werden konnten. Kennt sie dieses Ekelgefühl aus ihrer Lebensgeschichte? Die Patientin erinnert häufige ekelbezogene sexuelle Erfahrungen mit ihrem früheren Partner über acht Jahre hinweg zwischen dem 20. und 28. Lebensjahr: Die attraktive Patientin litt unter „Komplexen“, da sie sehr groß war (1,85 m), und hatte bis zum 20. Lebensjahr keinen Partner. In einem verzweifelten Versuch, „einen Freund zu haben wie die anderen Mädchen auch“, willigte sie in eine Beziehung zu einem jungen Mann ein, den sie sympathisch fand, in den sie jedoch nicht verliebt war. Innerhalb kurzer Zeit realisierte sie, dass sie sich sexuell gar nicht zu ihm hingezogen fühlte. Dennoch blieb sie vor dem Hintergrund einer komorbiden dependenten Persönlichkeitsstörung mit ihm zusammen, bis er sich nach acht Jahren trennte: Sie habe sich unfähig gefühlt, ihn durch sexuelle Zurückweisung oder Trennung zu verletzen, da er sie ja wirklich zu lieben schien und aus Angst, er könnte dann Selbstmord begehen oder sie könnte ihre Eltern enttäuschen, die ihn ja bereits „wie ihren eigenen Sohn“ behandelten. Auf das Wiedererinnern ihrer damaligen sexuellen Erfahrungen während der Exposition reagiert Frau P. mit extremer Übelkeit und Brechreiz, was dann in intensive Wut auf ihren Ex-Freund und ihre Eltern kippte. Sie wird ermutigt, ihre Wut durch Schreien auszudrücken, und fühlt sich danach erleichtert.

FALLBEISPIEL 5 SELBSTBEZOGENES UNVOLLSTÄNDIGKEITSERLEBEN

Exposition kann auch Unvollständigkeits-erleben auslösen. In der neueren Literatur werden zwei klar voneinander differenzierbare Aspekte des Unvollständigkeits-

erlebens beschrieben, deren klinische Bedeutsamkeit sich u.a. darin zeigt, dass sie substanzielle, voneinander unabhängige Vorhersagebeiträge zur Schwere der Zwänge liefern (Ecker et al., 2013):

1. „Nicht-genau-richtig-Erleben“ („not just right experiences“, „NJREs“) (Coles et al., 2003, 2005; Summerfeldt et al., 2014; Ecker et al., 2014), eine quälende innere Unzufriedenheit mit eigenen Handlungen oder Wahrnehmungen, die Zwangserkrankte nur schwer „zum Abschluss kommen“ lässt. NJREs werden als zwangsstörungsspezifische Variante von Perfektionismus im Sinne eines empfindungsbasierten bzw. sensorischen Perfektionismus (Coles et al., 2005) konzipiert. Sie lösen einen starken „just right“-Drang aus, aufgrund dessen Betroffene sich bemühen, durch Handlungswiederholungen doch noch ein „Genau-richtig-Gefühl“ zu erlangen. Quälende NJREs kommen in ganz unterschiedlichen Modalitäten vor, z.B. visuell (Haar sieht noch nicht „genau richtig“ in der Mitte gescheitelt aus), auditiv (ritualisiertes Gebet hört sich noch nicht mit „genau richtiger“ Frömmigkeit gesprochen an) oder propriozeptiv (Schnürsenkel sind rechts und links noch nicht mit „genau identischer“ Spannung gebunden).
2. *Selbstbezogenes Unvollständigkeits-erleben (SU)* meint ein verändertes Selbsterleben während bzw. unmittelbar vor/nach einer Zwangshandlung. Hoffmann (1998, S. 71) spricht von „Unvollständigkeit bezogen auf die eigene Person“: Die Betroffenen fühlen sich „nicht richtig da“, von der eigenen Person entfremdet, wie in Trance, als ob sie träumen, „neben sich stehen“, sich von außen beobachten, mechanisch oder „wie Roboter“ handeln. Diese zwangsspezifische Aus-

prägungsform von Depersonalisationserleben geht manchmal zusätzlich mit Derealisationserleben und im Extremfall mit bizarren, aber dennoch klar ichdystonen Erlebensweisen einher, etwa wenn ein Betroffener beim Verlassen des Badezimmers das Gefühl hat, „nicht ganz aus dem Spiegel herauszukommen“.

Das folgende Fallbeispiel bezieht sich auf einen von Hoffmann & Hofmann (2002, S. 116-118) behandelten 46-jährigen Patienten, dessen Zwänge der Vermeidung von SU dienten: Er litt u.a. darunter, dass er „Wegveränderungen wie Fugen, andersfarbige Gehplatten, Kanaldeckel“ etc. „nicht überqueren“ durfte, häufig davor stehen blieb und sich „hilflos und wie unwirklich“ fühlte. Das während der Exposition (z.B. Treten auf Fugen) auftretende Erleben („ich bin nicht richtig da, fühle mich nicht mehr richtig, ich bin wie im Nebel“) löste Erinnerungen an sehr ähnliche Erfahrungen im Kontext einer damals sehr überraschenden, extrem demütigenden fristlosen Kündigung nach langjähriger Betriebszugehörigkeit aus: „Ich fühlte mich plötzlich so losgerissen, ein schreckliches Schweben über dem Boden, ein Verlorensein in der Welt ohne Halt und Sicherheit. Es kam mir alles wie verschwommen vor.“

4

WICHTIGE KLINISCHE ASPEKTE DER EXPOSITION UND REAKTIONS- VERHINDERUNG MIT BIOGRAFISCHER EXPLORATION

1. Die Fallbeispiele verdeutlichen, dass dieser Ansatz unabhängig davon umsetzbar ist, welche emotionale Qualität durch die Expositionsaufgabe induziert wird, sei es Angst, Ekel, selbstbezogenes Unvollständigkeits-

- erleben oder eine Mischung unterschiedlicher Gefühle.
2. Die Etablierung einer „Brücke in die Vergangenheit“ ist nur bei genauer Exploration des emotionalen Zustands während der Exposition möglich, welcher ja die passende „Abrufhilfe“ für biografische Erinnerungen darstellt. Ein nur „Discomfort“ quantifizierender Ansatz und die Instruktion, einfach in der Situation zu bleiben, bis eine hinreichende Habituation erfolgt ist, reichen nicht.
 3. Abrupte Wechsel von einem Affektzustand in einen anderen können vorkommen, z.B. ein Kippen von Angst in Ekel und dann in Trauer wie in Fallbeispiel 1.
 4. Da die auftauchenden biografischen Szenen für die Patienten wie für den Therapeuten kaum vorhersagbar sind, ist man immer nur „auf gleicher Höhe“ mit den Patienten und sollte sich vor voreiligen Hypothesen hüten (z.B. „Ekel bei Frauen mit Waschzwängen hat immer einen Bezug zu sexuellem Missbrauch“). Diese können zwar manchmal korrekt sein, aber aversive biografische Erfahrungen sind extrem idiosynkratisch (man kommt nicht hypothesengeleitet auf trocken gefönte Bettlaken!) und nicht immer traumatisch im strengen Sinne des Wortes (s. alle Fallbeispiele außer 2).
 5. Häufig ist eine neu erinnerte biografische Episode nur ein Beispiel für chronisch schwierige Erziehungsatmosphären oder Lebensbedingungen, die einen kumulativen Effekt hatten (Hauke, 2002; s. auch Fallbeispiel 2).
 6. Oft werden intensive Emotionen ausgelöst, deren Be- und Verarbeitung mehrere Stunden am Stück erfordern kann. Patienten brauchen therapeutische Unterstützung, um die emotionale Intensität tolerieren zu können, und Ermutigung, die induzierten Gefühle voll auszudrücken (s. Fallbeispiel 1 und 4). Daher ist biografische Exploration schwieriger umzusetzen, wenn es sich um Zwangssymptome handelt, die eine direkte Begleitung durch den Therapeuten aufgrund der Tendenz zur Delegation von Verantwortung erschweren (v.a. Kontrollzwänge).
 7. Ein wichtiger positiver Effekt der biografischen Exploration ist ein verbessertes Verständnis der lebensgeschichtlichen Entwicklung und aktuellen Funktion der Symptomatik (s. Fallbeispiel 1 oder 3). Hierdurch verbessert sich die Fähigkeit der Patienten, sich von ihren Zwängen zu distanzieren, und die Motivation zu Folgeexpositionen verstärkt sich, wenn sie die „Plausibilität der Symptome in ihrem ursprünglichen Kontext erkennen“ (Liotti, 1988, S. 62/63, deutsche Übersetzung Ecker).
 8. Regelmäßig erfordert die neue Perspektive der Patienten auf ihre biografische Entwicklung zusätzliche Interventionen. So erinnerte Herr S. (Fallbeispiel 2) weitere Episoden sadistischer Bestrafung, nachdem er mit seinem Bruder über ihre Kindheit gesprochen hatte, und brauchte Unterstützung bei der Bewältigung dieser Erfahrungen. Frau S. (Fallbeispiel 3) wurde sehr wütend auf ihre Eltern und warf ihnen die „heuchlerische“ Vertuschung der Schwangerschaft der Schwester vor. Eine Versöhnung war erst nach zwei sehr emotionalen Familiengesprächen möglich, nachdem sich die Eltern bei Frau S. und ihrer (depressiven) Schwester entschuldigt hatten und zum ersten Mal die negativen Konsequenzen ihrer „Geheimhaltungspolitik“ für beide Kinder voll realisiert hatten. Im Einzelfall erfordert also die Integration der Exposition

und Reaktionsverhinderung mit biografischer Exploration in einen multimodalen Gesamtbehandlungsplan auch Interventionen auf systemischer Ebene (s. Hand, Spoehring & Stanik, 1977; Hand, 1988). Frau P. (Fallbeispiel 4) wurde durch die Erinnerung an ihre eklassoziierten sexuellen Erfahrungen mit ihrem Ex-Partner mit dem enormen negativen Einfluss ihrer dependenten Persönlichkeitsmuster auf ihr Leben konfrontiert, was sie stark motivierte, in der Therapie an deren Abmilderung zu arbeiten. Wenn Traumata wiedererinnert werden, kann es im Nachgang sinnvoll sein, zur Bearbeitung EMDR einzusetzen (Böhm & Voderholzer, 2010).

9. Im Anschluss an die „kathartische Entblockung“ und den möglichst vollständigen Ausdruck der entsprechenden Gefühle hat der initiale Stimulus der Expositionsaufgabe (z.B. Toilettenbenutzung durch den Therapeuten in Fallbeispiel 1) oft zumindest vorübergehend seine emotionale Bedeutung für den Patienten verloren. Dies bedeutet jedoch nicht, dass der „gordische Knoten durchschlagen“ und der Patient geheilt ist: Obwohl eine solche Erfahrung vielfach im Rückblick als „Meilenstein“ bewertet wird, ist eine kontinuierliche Fortführung von auch ohne therapeutische Begleitung durchgeführten Expositionsübungen erforderlich, um die „überlernten“ neuronalen Kreisläufe zu destabilisieren, die zur Aufrechterhaltung chronifizierter Zwänge beitragen.
10. In manchen Fällen tauchen biografische Erinnerungen erst nach mehreren Expositionssitzungen auf (Fallbeispiel 3; s. auch Hand, 2006).

5

ZUSTANDSABHÄNGIGE
ABRUFBARKEIT

Nach Garczynski & Brown (2013, S. 371, deutsche Übersetzung Ecker) spricht man von zustands- und kontextabhängigem Gedächtnis, „wenn das Individuum eine bessere Gedächtnisleistung zeigt, wenn während Enkodierung und Abruf der gleiche innere, körperliche Zustand oder externe Kontext vorherrscht“. Nach Loeffler et al. (2013, S. 308, deutsche Übersetzung Ecker) hat „ein vorhandener Stimmungszustand die Neigung, Enkodierung und Abruf von Stimuli mit der gleichen affektiven Valenz zu verbessern, d.h. mit einem gegebenen Stimmungszustand kongruente Information wird besser erinnert als mit ihm inkongruente“. Im Labor werden solche zustandsabhängigen Gedächtniseffekte verlässlicher durch „starke, stabile emotionale Zustände mit begleitender Erregung“ produziert (Lang et al., 2001, S. 695, deutsche Übersetzung Ecker). Die Autoren, die zustandsabhängige Gedächtniseffekte bei Probanden mit Spinnen- und Schlangenphobien nachwiesen, schließen auch, dass „unter Furchtbedingungen in der Vergangenheit mit Furcht assoziierte Information zugänglicher werden wird“. Obwohl ausschließlich experimentelle Laborforschung sog. „stimmungskongruente Gedächtnisphänomene“ („mood-congruent memory (MCM) phenomena“, Loeffler et al., 2013, S. 308) empirisch nachweist, ist die Annahme plausibel, dass das Wiedererinnern biografischer Episoden während der Exposition ein zustandsabhängiges Abrufphänomen darstellt. Nach dieser Hypothese fungieren Emotionen, Empfindungen und Erregungszustände, die durch die Exposition hervorgerufen werden, als „Abrufhilfen“, die den Zugang zu für die Symptomentwicklung relevanten biografischen Episoden erleichtern, de-

ren Erinnerung zuvor vermieden wurde, weil sie extrem aversiv oder schmerzlich gewesen wäre. Demnach würden Zwangssymptome nicht nur über negative Verstärkung offener oder kognitiver Rituale durch Vermeidung von oder Flucht aus negativen Emotionen und sie begleitenden Erregungszuständen aufrechterhalten, sondern auch über negative Verstärkung durch Vermeidung aversiver/schmerzlicher/bedrohlicher Gedächtnisinhalte. Hand (2006, S. 12) spricht hier von „Traumaamnesie als aufrechterhaltende(r) Bedingung“. Weil sich die Vermeidung dieser Gedächtnisinhalte nach ihrem Wiedererinnern während der Exposition erübrigt, würde Exposition mit biografischer Exploration also einen wichtigen aufrechterhaltenden Faktor für Zwangssymptome beseitigen.

6

INHIBITORISCHES LERNEN

Aktuell wird die einflussreiche Emotional Processing Theory (EPT; Foa et al., 2006), die postuliert, dass der Erfolg von Exposition daraus resultiert, dass zunächst Angst aktiviert wird und die Exposition dann aufrechterhalten wird, bis es sowohl innerhalb als auch zwischen den Expositionssitzungen zu Angstreduktion (Habituation) kommt, aufgrund ihr widersprechender empirischer Befunde in Frage gestellt wird (s. Arch & Abramowitz, 2014): So ist erfolgreiche Habituation kein verlässlicher Prädiktor der Langzeitergebnisse von Exposition, und die EPT kann das Wiederaufflackern von Angst („return of fear“) nach augenscheinlich erfolgreicher Exposition mit konsistenter Habituation innerhalb und zwischen den Sitzungen nicht erklären (Craske, 2015). Auch als Reaktion auf neuere Entwicklungen in der lern- und gedächtnistheoretischen Grundlagenforschung ist als alternati-

ver Ansatz zur Erklärung der Effektivität von Exposition die sog. „Inhibitory Learning Theory“ (ILT) vorgeschlagen worden (Craske, 2015; Abramowitz & Arch, 2014; Arch & Abramowitz, 2015).

Nach der ILT werden zuvor erlernte Angstassoziationen während der Exposition nicht verlernt, sondern müssen nachfolgend stattdessen mit über die Exposition neu erworbenen Sicherheitsassoziationen konkurrieren. Dementsprechend ist nach der Exposition ein Angstauslöser *sowohl* mit der ursprünglichen exzitatorischen Bedeutung (Gefahr) *als auch* mit der neuen inhibitorischen Bedeutung (Sicherheit) verknüpft. Exposition würde also Patienten dabei unterstützen, zu zwangsauslösenden Stimuli Sicherheitsassoziationen zu generieren und deren Zugänglichkeit gegenüber den älteren Gefahr-Assoziationen zu verbessern, d.h. Sicherheitslernen sollte ältere, angstbasierte Assoziationen hemmen (s. Blakey et al., 2015, S. 4/5).

Aus Platzgründen können aus der ILT abgeleitete prozedurale Modifikationen von Exposition/Reaktionsverhinderung hier nicht dargestellt werden (s. hierzu Abramowitz & Arch, 2014; Arch & Abramowitz, 2014; Craske, 2015). Die ILT kann jedenfalls leicht auf Exposition mit biografischer Exploration übertragen werden:

Nach der Wiedererinnerung ist der auslösende Stimulus (z.B. Urin im Fallbeispiel 1) demnach sowohl mit der ursprünglichen Bedeutung (Gefahr durch Kontamination der Wohnung) als auch mit einer neuen, diese Gefahrenassoziation hemmenden (inhibitorischen) Bedeutung verknüpft (hier: stechender Uringeruch am Bett des Vaters, aber auch Versöhnung mit dem Vater und Trauer über seinen Tod). Die biografische Exploration hat also eine *inzwischen nicht mehr bedrohliche* lebensgeschichtliche Assoziation generiert, deren Zugäng-

lichkeit verstärkt wird durch wiederholte Imagination des biografischen Kontexts während der Folgeexpositionen, wie sie ja von Hoffmann & Hofmann (2012) empfohlen wird. Die ILT betont überdies, dass sprachliche Verarbeitung und Affektbenennung während der Exposition die assoziativen inhibitorischen Prozesse fördern (Craske, 2015). Auch dies ist im Ansatz von Hoffmann & Hofmann (2012) bereits umgesetzt: Der biografische Kontext soll explizit verbalisiert werden, wodurch die Assoziation des auslösenden Stimulus mit nachvollziehbaren Aspekten der eigenen Lebensgeschichte verfügbar gemacht und relativ hierzu die Assoziation mit irrationalen zukünftigen Bedrohungen geschwächt bzw. inhibiert wird.

Voraussetzung hierfür ist, dass die biografische Assoziation zu einer Sicherheitsassoziation im Sinne der ILT geworden ist. Hier kommt der „Wechsel der Interventionsebene“ (Hand, 2015, s. oben) nach Wiedererinnern der traumatischen oder zumindest aversiven Gedächtnisinhalte ins Spiel: In der Regel ist eine Nachbearbeitung mit zusätzlichen, individualisierten Interventionen *außerhalb* der Exposition (z.B. EMDR bei Traumata, im Fallbeispiel 3 Familiengespräche) erforderlich, bevor dann die biografische Erinnerung in Folgeexpositionen als Sicherheitsassoziation genutzt werden kann.

7

WARUM „FUNKTIONIERT“ EXPOSITION UND REAKTIONS- VERHINDERUNG MIT BIOGRAFISCHER EXPLORATION IN MANCHEN FÄLLEN UND IN ANDEREN FÄLLEN NICHT?

Da es hierzu bislang keine empirische Forschung gibt, kann ich nur eine Hypothese auf der Basis klinischer Erfahrung anbieten: Der Ansatz „klappt“ häufiger in Fällen mit abruptem Beginn als in sol-

chen mit schleichendem Beginn. „Kontrollzwänge beginnen eher schleichend, Waschzwänge überwiegend abrupt“ (Reinecker, 2009, S. 7). In Übereinstimmung hiermit sind biografische Erinnerungen meinem klinischen Eindruck nach bei Waschzwängen leichter zugänglich als bei Kontrollzwängen. Im Einklang mit Befunden zur Verbindung zwischen Dissoziation und traumatischen Erfahrungen bei Menschen mit Zwängen (Fricke, Köhler, Moritz & Schäfer, 2007; Maier, Külz & Voderholzer, 2009) scheint überdies SU, eine Unvollständigkeitsvariante mit dissoziativer Einfärbung, häufig im Kontext belastender oder traumatischer Erfahrungen in engem zeitlichem Zusammenhang mit einem abrupten Beginn der Zwangssymptomatik zu entstehen, die erst während der Exposition erinnert werden (Ecker et al., 2013). Andererseits gewinnt man in Fällen, bei denen die Zwangssymptome durch NJREs motiviert sind, sehr viel seltener einen biografischen Zugang. Hier ist wiederum ein schleichender Beginn die Regel, was für die Sichtweise von Summerfeldt et al. (2014) spricht, dass Nichtgenau-richtig-Erleben die Zuspitzung zwanghafter, „pathologisch perfektionistischer“ Persönlichkeitszüge darstellt.

8

NICHT ERINNERLICHE BIOGRAFISCHE GEDÄCHTNISINHALTE VERSUS KOMORBIDE POSTTRAUMA- TISCHE BELASTUNGSSTÖRUNG

Nur eine Minderheit der Individuen mit Traumaerfahrungen entwickelt eine posttraumatische Belastungsstörung (Brewin, Lanius, Novac, Schnyder & Galea, 2009), andere sind resilient und bleiben gesund oder entwickeln andere psychische Störungen, u.a. eben Zwangsstörungen. In einer Pilotstudie zu frühen traumatischen Erfahrungen bei Menschen mit Zwangs-

störung fanden Fricke et al. (2007) sexuellen und/oder körperlichen Missbrauch bei einem Drittel, emotionalen Missbrauch und emotionale Vernachlässigung bei mehr als der Hälfte ihrer Stichprobe. Im Kontrast hierzu erfüllten nur sieben Prozent ihrer Patienten die Kriterien für eine posttraumatische Belastungsstörung. Auch bei den von mir beschriebenen Fällen handelte es sich mit Ausnahme von Fallbeispiel 2 nicht um Traumata im strengen Sinne, d.h. „Konfrontation mit tatsächlichem oder drohendem Tod, ernsthafter Verletzung oder sexueller Gewalt“ (Falkai & Wittchen, 2015, S. 369), und kein Patient erfüllte die Kriterien einer posttraumatischen Belastungsstörung.

Gershuny, Baer, Jenike, Minichiello & Wilhelm (2002) zufolge hat eine komorbide posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) bei Zwangsstörungen einen negativen Effekt auf das Behandlungsergebnis. Gershuny, Baer, Radomsky, Wilson & Jenike (2003) beobachteten im Rahmen einer Fallserie von vier Zwangserkrankten mit komorbider PTBS ein dynamisches Wechselspiel zwischen beiden Störungsbildern, wobei es bei Reduktionen der Zwangssymptomatik zu Zunahmen PTBS-spezifischer Symptome und bei Zunahmen der Zwangssymptomatik zu Reduktionen PTBS-spezifischer Symptome kam. Sie schrieben Zwangssymptomen eine protektive Funktion bei der Bewältigung traumabezogener Gedanken und Emotionen zu, die ansonsten psychologisch zu unerträglich oder zu schwer aushaltbar wären. Trotz der Ähnlichkeit dieser Konzeptualisierung mit meiner Sichtweise, warum in meinen Fallbeispielen biografische Episoden vor der Exposition nicht erinnert wurden (negative Verstärkung der Zwangssymptomatik durch Vermeidung aversiver Gedächtnisinhalte), sind die Fallbeispiele von Gershuny et al. (2003) insofern unterschiedlich, als die Unterdrückung oder Ablenkung von

traumabezogenen Stimuli (Flashbacks, traumabezogenen intrusiven Gedanken) durch Zwangssymptome nur für sehr kurze Zeitspannen gelingt und daher traumatische Erinnerungen auch vor der Exposition verfügbar sind: Alle Zwangserkrankten von Gershuny et al. (2003) berichten im diagnostischen Interview multiple PTBS-Symptome und erinnern sich auch vor der Exposition zu zwangsbefreienden Stimuli an ihr Trauma. In diesen Fällen muss die funktionale Analyse dementsprechend das Zusammenspiel der Symptome beider Störungsbilder berücksichtigen (Gershuny et al., 2003). Im Gegensatz hierzu bleibt die funktionale Analyse in den oben skizzierten Fallbeispielen aufgrund der völligen Vermeidung aversiver (wenn auch nicht immer im engeren Sinne traumatischer) Erinnerungen notwendigerweise vor der Exposition unvollständig.

9

DISKUSSION

Das Wiedererinnern bislang nicht zugänglicher Gedächtnisinhalte während der Exposition bei Zwangserkrankten ist ein von einer Reihe von Zwangsexperten beschriebenes klinisches Phänomen (Hand, 1993, 2006, 2015; Oberhammer, 2001; Hauke, 2002; Hoffmann & Hoffmann, 2012; Ecker, 2005, 2006, 2014). In Lehrbüchern wurde es allerdings bislang bestenfalls am Rande erwähnt, so dass diese Arbeit darauf abzielt, klinisch arbeitende KollegInnen auf die potenzielle Nützlichkeit biografischer Exploration während der Exposition aufmerksam zu machen. Da PatientInnen den Prozess der biografischen Rekonstruktion während der Exposition oft als sehr hilfreich erleben, sollte er besser empirisch erforscht werden. Meine Überlegungen zu seiner theoretischen Einordnung als zu-

standsabhängiges Abrufphänomen wie auch zur Nutzung wieder erinnertes Gedächtnisinhalte im Sinne einer Förderung von Inhibitionslernen in Folgeexpositionen verstehe ich als hoffentlich plausible Hypothesen zur Anregung einer weiterführenden Diskussion zu Wirkmechanismen dieses Vorgehens.

LITERATUR

- Abramowitz, J. S. & Arch, J. J. (2014). Strategies for improving long-term outcomes in cognitive behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: insights from learning theory. *Cognitive and Behavioral Practice, 21*, 20-31.
- Arch, J. J. & Abramowitz, J. S. (2015). Exposure therapy for obsessive-compulsive disorder: an optimizing inhibitory learning approach. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders, 6*, 174-182
- Baxter, L. R., Ackermann, R. F., Swerdlow, N. R., Brody, A., Saxena, S., Schwartz, J. M. et al. (2000). Specific brain system mediation of obsessive-compulsive disorder responsive to either medication or behavior therapy. In W. K. Goodman, M. V. Rudorfer & J. D. Maser (Eds.), *Obsessive-compulsive disorder: contemporary issues in treatment* (pp. 573-609). Personality and Clinical Psychology Series. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Blakey, S. M., Reuman, L., Jacoby, R. J. & Abramowitz, J. S. (2015). Exposure therapy. In D. McKay, E. Storch & J. S. Abramowitz (Eds.), *Handbook of obsessive-compulsive disorder across the lifespan*. Wiley Publishing.
- Böhm, K. & Voderholzer, U. (2010). EMDR in der Behandlung von Zwangsstörungen: Eine Fallserie. *Verhaltenstherapie, 20*, 175-181.
- Brewin, C. R., Lanius, R. A., Novac, A., Schnyder, U. & Galea, S. (2009). Reformulating PTSD for DSM-V: life after criterion A. *Journal of Traumatic Stress, 22*, 366-373.
- Carpenter, L. & Chung, M. C. (2011). Childhood trauma in obsessive-compulsive disorder: the roles of alexithymia and attachment. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 84*, 367-388.
- Clark, D. (2004). *Cognitive-behavioral therapy for OCD*. New York, London: Guilford.
- Coles, M. E., Frost, R. O., Heimberg, R. G. & Rheaume, J. (2003). "Not just right experiences": Perfectionism, obsessive-compulsive features and general psychopathology. *Behaviour Research and Therapy, 41*, 681-700.
- Coles, M. E., Heimberg, R. G., Frost, R. O. & Steketee, G. (2005). Not just right experiences and obsessive-compulsive features: experimental and self-monitoring perspectives. *Behaviour Research and Therapy, 43*, 153-167.
- Craske, M. (2015). Optimizing exposure therapy for anxiety disorders: an inhibitory learning and inhibitory regulation approach. *Verhaltenstherapie, 25*, 134-143.
- Ecker, W. (2005). Therapeutische Fehler und Misserfolge in der kognitiv-behaviouralen Therapie von Zwangerkrankungen aus der Perspektive der klinischen Praxis. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin, 26*, 239-260.
- Ecker, W. (2006). Ambulante verhaltenstherapeutische Behandlung einer Patientin mit Zwangsgedanken. In: S. Fricke, M. Rufer & I. Hand (Hrsg.), *Verhaltenstherapie bei Zwangsstörungen. Fallbasierte Therapiekonzepte* (S. 133-146). München: Elsevier Urban & Fischer.
- Ecker, W., Kupfer, J. & Gönner, S. (2013). Selbstbezogenes Unvollständigkeitserleben bei Zwangsstörungen. *Verhaltenstherapie, 23*, 12-21.
- Ecker, W., Kupfer, J. & Gönner, S. (2014). Incompleteness and harm avoidance in OCD, anxiety and depressive disorders, and non-clinical controls. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders, 3*, 46-51

- Ecker, W. (2014). Die Behandlung von Zwängen in der kognitiven Verhaltenstherapie. Ausgewählte neuere Entwicklungen. *Psychotherapie im Dialog*, 2, 16-22.
- Eddy, K., Dutra, L., Bradley, R. & Weston, D. (2004). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy and pharmacotherapy for obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology Review*, 24, 1011-1030.
- Fisher, P. L. & Wells, A. (2005). How effective are cognitive and behavioral treatments for obsessive-compulsive disorder? A clinical significance analysis. *Behaviour Research & Therapy*, 43, 1543-1558.
- Foa, E. B., Huppert, J. D. & Cahill, S. P. (2006). Emotional processing theory: an update. In B. O. Rothbaum (Ed.), *Pathological anxiety: emotional processing in etiology and treatment* (pp. 3-24). New York: Guilford.
- Fricke, S., Köhler, S., Moritz, S. & Schäfer, I. (2007). Frühe interpersonale Traumatisierungen bei Zwangserkrankungen: Eine Pilotstudie. *Verhaltenstherapie*, 17, 243-250.
- Garczynski, A. M. & Brown, C. M. (2013). Active self-aspects as a basis of encoding specificity effects in memory. *Self and Identity*, 12, 370-381.
- Gershuny, B. S., Baer, L., Jenike, M. A., Minichiello, W. E. & Wilhelm, S. (2002). Comorbid posttraumatic stress disorder: impact on treatment outcome for obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 159, 852-854.
- Gershuny, B. S., Baer, L., Radosky, A. S., Wilson, K. A. & Jenike, M. A. (2003). Connections among symptoms of obsessive-compulsive disorder and posttraumatic stress disorder: a case series. *Behaviour Research & Therapy*, 41, 1029-1041.
- Hand, I., Spoehring, B. & Stanik, E. (1977). Treatment of obsessions, compulsions and phobias as hidden couple counselling. In J. C. Boulougouris & A. D. Rabavilas (Eds.), *The treatment of phobic and obsessive-compulsive disorders* (pp. 105-114). Oxford: Pergamon.
- Hand, I. (1988). Obsessive-compulsive patients and their families. In I. Falloon (Ed.), *Handbook of behavioral family therapy* (pp. 231-256). New York: Guilford.
- Hand, I. (1993). Expositions-Reaktions-Management (ERM) in der strategisch-systemischen Verhaltenstherapie. *Verhaltenstherapie*, 3, 61-65.
- Hand, I. (2006). Das Spektrum der Verhaltenstherapie bei Zwangsstörungen. In S. Fricke, M. Rufer & I. Hand (Hrsg.), *Verhaltenstherapie bei Zwangsstörungen. Fallbasierte Therapiekonzepte* (S. 1-22). München: Elsevier Urban & Fischer.
- Hand, I. (2015). Exposition und Konfrontation. In M. Linden & M. Hautzinger (Hrsg.), *Verhaltenstherapiemanual*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Hauke, W. (2002). Praxis des Reizkonfrontationstrainings bei Zwangsstörungen. In M. Zaudig, W. Hauke & U. Hegerl (Hrsg.), *Die Zwangsstörung. Diagnostik und Therapie*. Stuttgart, New York: Schattauer.
- Hoffmann, N. (1998). *Zwänge und Depressionen. Pierre Janet und die Verhaltenstherapie*. Berlin: Springer.
- Hoffmann, N. & Hofmann, B. (2002). Expositionen mit Anleitung zur Subjektkonstituierung. In W. Ecker (Hrsg.), *Die Behandlung von Zwängen. Perspektiven für die klinische Praxis* (S. 113-133). Bern: Huber.
- Hoffmann N. & Hofmann, B. (2012). *Expositionen bei Ängsten und Zwängen. Praxishandbuch*. Weinheim: Beltz PVU.
- Janet, P. (1903). *Les obsessions et la psychasthénie*. Paris: Alcan.
- Kang, J. I., Namkoong, K., Yoo, S. W., Jhung, K. & Kim, S. J. (2012). Abnormalities of emotional awareness and perception in patients with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 141, 286-293.
- Lang, A. J., Craske, M. G., Brown, M. & Ghanian, A. (2001). Fear-related state dependent memory. *Cognition and Emotion*, 15, 695-703.

- Liotti, G. (1988). Attachment and cognition: a guideline for the reconstruction of early pathogenic experiences in cognitive psychotherapy. In C. Perris, I. M. Blackburn & H. Perris (Eds.), *Cognitive psychotherapy. Theory and practice* (pp. 62-79). New York, London: Springer.
- Loeffler, S. N., Myrtek, M. & Peper, M. (2013). Mood-congruent memory in daily life: evidence from interactive ambulatory monitoring. *Biological Psychology*, *93*, 308-315.
- Maier, S., Külz A. K. & Voderholzer, U. (2009). Traumatisierung und Dissoziationsneigung bei Zwangserkrankten: Ein Überblick. *Verhaltenstherapie*, *19*, 219-227.
- McKay, D. & Moretz, M. W. (2009). The intersection of disgust and contamination fear. In B. O. Olatunji & D. McKay (Eds.), *Disgust and its disorders: theory, assessment, and treatment implications* (pp. 211-227). Washington, DC.: American Psychological Association.
- Oberhammer, I. (2001). Stellenwert von Lebensereignissen für Entwicklung und Ausprägung von Zwangssyndromen. *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin*, *22*, 263-284.
- Olatunji, B. O., Davis, M. L., Powers, M. B. & Smits, J. A. J. (2013). Cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis of treatment outcome and moderators. *Journal of Psychiatric Research*, *47*, 33-41.
- Öst, L. G., Havnen, A., Hansen, B. et al. (2015). Cognitive behavioral treatment of obsessive-compulsive disorder. A systematic review and meta-analysis of studies published between 1993-2014. *Clinical Psychology Review*, *40*, 159-169.
- Reinecker, H. (2009). *Zwangshandlungen und Zwangsgedanken*. Göttingen: Hogrefe.
- Robinson, L. J. & Freeston, M. H. (2014). Emotion and internal experience in obsessive-compulsive disorder: reviewing the role of alexithymia, anxiety sensitivity and distress tolerance. *Clinical Psychology Review*, *34*, 256-271.
- Rosa-Alcázar, A. I., Sánchez-Meca, J., Gómez-Conesa, A. & Marín-Martínez, F. (2008). Psychological treatment of obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *28*, 1310-1325.
- Summerfeldt, L. J., Kloosterman, P. H., Antony, M. M. & Swinson, R. P. (2014). Examining an obsessive-compulsive core dimensions model: Structural validity of harm avoidance and incompleteness. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, *3*, 83-94.
- Wieben, A. & Hand, I. (2004) Expositions-Reaktions-Management in sensu bei einer spezifischen Phobie vor dem Verschlucken und Ersticken mit Pavor Nocturnus. *Verhaltenstherapie*, *14*, 43-50.



PROF. DR. DIPL.-PSYCH. WILLI ECKER
 INSTITUT FÜR FORT- UND WEITERBILDUNG
 IN KLINISCHER VERHALTENSTHERAPIE (IFKV)
 KURBRUNNENSTRASSE 21A
 D-67098 BAD DÜRKHEIM
 E-MAIL: dw-ecker@gmx.de