



Pitsch • Schiele • Freyer

Akzeptanz- und Commitmenttherapie bei Zwangsstörungen

BELTZ

Pitsch • Schiele • Freyer

Akzeptanz- und Commitmenttherapie bei Zwangsstörungen



Dr. phil. Dipl.-Psych. Karoline Pitsch ist psychologische Psychotherapeutin an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Universitätsklinikum Freiburg sowie in eigener Praxis als VT-Therapeutin und -Supervisorin tätig. Sie war über Jahre für die Konzeption und Durchführung eines Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT) Stationskonzepts auf der Spezialstation für Angst- und Zwangsstörungen zuständig. Zudem ist sie Dozentin für ACT und Zwangsstörungen.



PD Dr. rer. nat. Miriam Schiele ist psychologische Psychotherapeutin und leitende Psychologin der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Freiburg. Sie leitet dort die Sektion »Klinische Psychologie und Psychotherapie«, die Spezialambulanz für Angsterkrankungen sowie die Forschungsgruppen »Experimentelle Psychiatrie und Psychotherapie« und »Zwangsstörungen«.



Dr. med. Tobias Freyer ist Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Chefarzt und Ärztlicher Direktor der Oberberg Parkklinik Wiesbaden Schlangenbad und der Oberberg Tagesklinik Frankfurt a. M.

Karoline Pitsch • Miriam Schiele • Tobias Freyer

Akzeptanz- und Commitmenttherapie bei Zwangsstörungen

| Mit E-Book inside und Arbeitsmaterial

BELTZ

Dr. phil. Dipl.-Psych. Karoline Pitsch
Praxis für Psychotherapie
Kaiser-Joseph-Straße 229
79098 Freiburg
E-Mail: Karoline.pitsch@uniklinik-freiburg.de

PD Dr. rer. nat. Miriam Schiele
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Universitätsklinikum Freiburg
Hauptstraße 5
79104 Freiburg
E-Mail: miriam.schiele@uniklinik-freiburg.de

Dr. med. Tobias Freyer
Oberberg Parkklinik Wiesbaden Schlangenbad
Rheingauer Straße 47
65388 Schlangenbad
E-Mail: tobias.freyer@oberbergkliniken.de

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme. Die Verlagsgruppe Beltz behält sich die Nutzung ihrer Inhalte für Text und Data Mining im Sinne von § 44b UrhG ausdrücklich vor.



Dieses Buch ist erhältlich als:
ISBN 978-3-621-28851-4 Print
ISBN 978-3-621-28974-0 E-Book (PDF)

1. Auflage 2024

© 2024 Programm PVU Psychologie Verlags Union
PVU Psychologie Verlags Union
in der Verlagsgruppe Beltz · Weinheim Basel
Werderstraße 10, 69469 Weinheim

Lektorat: Dagmar Kühnle Zerpa
Umschlagbild: ©GettyImages/Eoneren
Illustrationen: Lisa Derks
Herstellung: Uta Euler
Satz: WMTP Wendt-Media Text-Processing GmbH, Birkenau
Gesamtherstellung: Beltz Grafische Betriebe, Bad Langensalza
Beltz Grafische Betriebe ist ein klimaneutrales Unternehmen (ID 15985-2104-100).
Printed in Germany

Weitere Informationen zu unseren Autor:innen und Titeln finden Sie unter: www.beltz.de

Inhaltsübersicht

Geleitwort	9
Vorwort	10
I Grundlagen	
1 ACT bei Zwangsstörungen	14
2 Informationen zum Manual	28
II Behandlungsmanual	
3 Übersicht der Therapiephasen	36
4 Phase 1: Vorbereitungsphase	39
5 Phase 2: Übungsphase	94
6 Phase 3: Abschlussphase	124
7 Umgang mit schwierigen Therapiesituationen	139
8 Mehr als nur ein Manual ...	148
Anhang	
Hinweise zum Arbeitsmaterial	152
Literatur	156
Sachwortverzeichnis	158

Inhalt

Geleitwort	9
Vorwort	10

I Grundlagen

1	ACT bei Zwangsstörungen	14
1.1	Die Zwangsstörung und ihre Therapie: State of the Art	14
1.2	Wie ACT die Therapie von Zwangsstörungen bereichert	15
1.3	ACT-Modell der Zwangsstörung: Das Hexaflex und die Matrix	18
1.4	Wissenschaftliche Evidenz	26
2	Informationen zum Manual	28
2.1	Entwicklung des Manuals im stationären Setting	29
2.2	Zielgruppe des Manuals	30
2.3	Einleitung zum Manual	31

II Behandlungsmanual

3	Übersicht der Therapiephasen	36
4	Phase 1: Vorbereitungsphase	39
4.1	Grundhaltung und Beziehungsaufbau	39
4.2	Einführung in ACT und die Behandlung	46
4.3	Das »Zwangsmonster« kennenlernen: ACT-Anamnese	55
4.4	Fallkonzept gemeinsam erarbeiten	60
4.5	ACT-Expositionstraining vorbereiten	78
4.5.1	Aufgabe der Kontrollagenda mit Hilfe von Akzeptanz und Defusion	78
4.5.2	Psychoedukation zur ACT-Expositionsdurchführung	80
4.5.3	Konkrete Erstexpositionsplanung	87

5	Phase 2: Übungsphase	94
5.1	Werteorientiertes Expositionstraining: das Zwangsmonster mitnehmen	94
5.2	Durchführung spezieller Techniken ergänzend zum Expositionstraining	109
6	Phase 3: Abschlussphase	124
6.1	Werteorientierung beibehalten	124
6.2	Was, wenn das Monster wieder größer wird? Rückfallprophylaxe	126
6.3	Wohltuende Haltung stärken: Das Monster auf einen Tee einladen	130
6.4	Einbezug von Angehörigen	134
7	Umgang mit schwierigen Therapiesituationen	139
7.1	Im Kampf mit dem Zwang gefangen bleiben	139
7.2	Umgang mit Schwierigkeiten beim Expositionstraining	144
8	Mehr als nur ein Manual ...	148
Anhang		
	Hinweise zum Arbeitsmaterial	152
	Literatur	156
	Sachwortverzeichnis	158

Geleitwort

Zwangsstörungen sind mit einer Lebenszeitprävalenz von 1 bis 3 Prozent häufige und individuell wie sozioökonomisch äußerst belastende Erkrankungen. Mit der Pharmakotherapie, v. a. Serotonin-Wiederaufnahmehemmern, und der Kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) mit den Kernelementen der Reizkonfrontation und Reaktionsverhinderung liegen wirksame Therapieoptionen vor, die allerdings nur in ca. 50 Prozent der Fälle zur Remission führen. Entsprechend hoch ist der Bedarf an ergänzenden Therapieansätzen, die zusätzliche kausale oder aufrechterhaltende Mechanismen der Zwangsstörung adressieren.

Die Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT) als Verfahren der Dritten Welle der Verhaltenstherapie kann dazu beitragen, diese Lücke zu schließen. Auf einer Meta-Ebene wird der Fokus auf individuelle Lebenswerte, die Veränderung der oft verhaltenssteuernden Funktion von Zwangsgedanken sowie die Förderung der kognitiven Flexibilität und des achtsamen Erlebens gelegt.

Das vorliegende Therapiemanual basiert auf der langjährigen Erfahrung des multiprofessionellen Teams der 1992 an der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Freiburg i.Br. gegründeten Spezialstation für Zwangsstörungen. Seit 2015 ist dort das »Freiburger ACT-basierte Stationskonzept« (FACT) etabliert, das die wirksamsten Bestandteile der KVT und Pharmakotherapie mit achtsamkeits- und akzeptanzbasierten Strategien sowie mit Interventionen zur Werteklä rung kombiniert. FACT hat sich in der klinischen Praxis als ausgesprochen wirksam erwiesen und wird von den Patientinnen und Patienten sehr gut angenommen. In Weiterentwicklung dieses im stationären Kontext interdisziplinär angelegten Konzepts haben die Autorinnen und Autoren nun dankenswerterweise ein ACT-basiertes Manual für die Einzeltherapie entwickelt, das sowohl im stationären als auch im ambulanten Setting eingesetzt werden kann.

Mit dem Ziel der verbesserten Behandlung von Zwangsstörungen und damit der Entlastung der Betroffenen ist dem hier vorliegenden Manual eine weite Verbreitung zu wünschen.

Freiburg i.Br., im April 2024

*Univ.-Prof. Dr. Dr. med. Katharina Domschke,
M.A. (USA)*

Vorwort

Liebe Kolleginnen und Kollegen, es ist uns eine besondere Freude, Sie in die faszinierende Welt der Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT) für Zwangsstörungen einzuführen. Die effektive Behandlung von Zwangsstörungen stellt für uns Therapeutinnen und Therapeuten in der ambulanten Praxis weiterhin eine anspruchsvolle Herausforderung dar. Dies ist insbesondere der Fall, weil viele Menschen mit Zwangsstörungen bereits erfolglose Therapien hinter sich haben, teilweise schlechte Erfahrungen mit nicht leitliniengerechten Behandlungen gemacht haben und ein intensives Training zur Veränderung von eingefahrenen Verhaltensmustern benötigen. Wir möchten Ihnen mit diesem Manual einen Weg aufzeigen, wie Sie diese Herausforderung den Wünschen und Zielen Ihrer Patient:innen entsprechend meistern und selbst Freude und Erfolgserlebnisse in der Therapie erleben können. Wir sind der festen Überzeugung, dass ACT bei Zwangsstörungen dies ermöglicht und möchten unsere Erfahrungen und unsere Begeisterung dafür mit Ihnen teilen.

In diesem Manual haben wir uns das Ziel gesetzt, eine effektive und innovative Herangehensweise vorzustellen, die den Weg zu einer tieferen Akzeptanz der Zwangssymptomatik und den dahinter stehenden Lebensthemen sowie einem sinnerfüllten Leben für Patient:innen ebnet. Wir wünschen uns, dass das Manual Sie dazu anregt und ermutigt, mit Patient:innen mit Zwangsstörungen nicht weiter im »Drüberreden« stecken zu bleiben, sondern Lebendigkeit und neue Wege in die Therapie von Zwangsstörungen einzuladen.

Dabei gilt es, gemeinsam mit den Patient:innen aus dem Kampf mit dem Zwangsmonster auszusteigen und dadurch wieder Energie freizuschaukeln, um sich um die wirklich wichtigen Dinge im Leben kümmern zu können. Diese verstärkte Werteorientierung kann auch einen Mehrwert für Patient:innen bringen, die bereits klassische verhaltenstherapeutische Therapieansätze ausprobiert haben und auf der Suche nach etwas Neuem sind, was sie weiterbringen kann.

Wir freuen uns, mit unserer Arbeit mit ACT bei Zwangsstörungen vor allem den Patient:innen Hoffnung zu vermitteln, die vielleicht schon etwas therapiemüde sind und sich etwas anderes wünschen. Wir selbst haben uns diesen neuen Zugang in der Arbeit mit Patient:innen mit Zwangsstörungen in den letzten Jahren auf der Spezialstation für Angst- und Zwangsstörungen des Universitätsklinikums Freiburg erarbeitet. Die hier gesammelten wertvollen Übungen und Metaphern, die wir dabei einsetzen, haben wir größtenteils nicht selbst erfunden. In der Regel sind sie von unseren geschätzten ACT-Kolleg:innen wie Russ Harris, Steven Hayes und Co. inspiriert und speziell auf den Umgang mit Patient:innen mit Zwangsstörungen angepasst.

Wir danken an dieser Stelle den Urheber:innen und Vorreiter:innen der ACT-Therapie für das durch und durch positive Menschenbild und die tollen Techniken und Übungen, die unseren Praxisalltag bereichern und die wir in vielen Workshops, Kongressen und Tagungen mit viel Freude gemeinsam erleben und kennenlernen durften.

Grundsätzlich ist ACT ein explizit transdiagnostischer Ansatz. Dennoch erachten wir es als lohnenswert, ACT speziell auf die Therapie von Zwangsstörungen zu übertragen, da wir einen großen Bedarf an angemessener spezialisierter Therapie für diese Patientengruppe sehen.

Unsere eigene Interpretation der ACT-Therapie speziell für Patient:innen mit Zwangsstörungen hat sich über die Jahre im interdisziplinären Team geschärft und herauskristallisiert, wodurch dieses Manual entstanden ist. Es basiert sowohl auf umfangreicher Forschung als auch auf jahrelanger klinischer Erfahrung in der stationären und ambulanten Behandlung von Menschen mit Zwangsstörungen. Für die Möglichkeit, dieses Manual in unserer klinischen Praxis entwickeln zu können, danken wir dem gesamten Team der Station 6 der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Universitätsklinikum Freiburg – vor allem für die Offenheit und Bereitschaft, nach 20 erfolgreichen Jahren störungsspezifischer kognitiv-verhaltenstherapeutischer Arbeit immer noch über neue Ansätze und Methoden nachzudenken, sie zu prüfen und in die tägliche Arbeit zu integrieren. Besonderer Dank gebührt in dieser Hinsicht dem Pflgeteam der Station, die mit ihrem stets herausragenden Engagement die Akzeptanz fördernde und werteorientierte Arbeit mit unseren Patient:innen mit Zwangsstörungen tatkräftig unterstützt haben. Ohne eure einmalige Kompetenz in der Behandlung von Menschen mit Zwangserkrankungen wäre die Umsetzung von ACT bei Zwangsstörungen im stationären Rahmen nicht machbar gewesen. Zudem danken wir unserer langjährigen Gestaltungs-therapeutin Marlene Stecher-Sperlich dafür, dass sie uns Bilder von Patient:innen zur Verfügung gestellt hat und über die Jahre unseren Blick für einen breiteren Zugang zum Zwang und ACT geweitet hat. Ein großer Dank gebührt auch Frau Lisa Derks für die Illustrationen in diesem Manual.

Unser Dank gilt darüber hinaus Frau Professor Dr. Dr. Katharina Domschke, Ärztliche Direktorin der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, und Herrn Professor Dr. Mathias Berger, ehem. Direktor der Klinik, für ihre Wertschätzung, Inspiration und Unterstützung. Ohne das große Vertrauen der Klinikleitung wären die Umsetzung und Weiterentwicklung von gut etablierten Konzepten nicht in dieser Form möglich.

Schließlich möchten wir auch dem Beltz-Verlag, insbesondere Frau Kühnle Zerpa, für die geduldige und konstruktive Unterstützung unseres Projektes danken. Wir wissen die Offenheit und das Verständnis dafür zu schätzen, wenn beim Schreiben des Manuals mal wieder das Leben dazwischengekommen ist und sich doch an der ein oder anderen Stelle die Abgabefristen verschoben haben. Last but definitely not least: ganz herzlichen Dank an alle unterstützenden Freund:innen, Kolleg:innen und Familien, die das Schreiben dieses Buches überhaupt erst ermöglicht haben!

Wir hoffen, mit dem vorliegenden Manual einen Beitrag zur Verbesserung der Versorgungssituation für Betroffene mit Zwangsstörungen zu leisten. Wir danken Ihnen für Ihr wichtiges Engagement und wünschen Ihnen viel Freude dabei, Ihre Patient:innen »vom Kopf ins Leben« zu begleiten!

Freiburg i.Br., im April 2024

*Karoline Pitsch
Miriam Schiele
Tobias Freyer*



Grundlagen

- 1 ACT bei Zwangsstörungen
- 2 Informationen zum Manual

1 ACT bei Zwangsstörungen

- 1.1 Die Zwangsstörung und ihre Therapie: State of the Art
- 1.2 Wie ACT die Therapie von Zwangsstörungen bereichert
- 1.3 ACT-Modell der Zwangsstörung: Das Hexaflex und die Matrix
- 1.4 Wissenschaftliche Evidenz

1.1 Die Zwangsstörung und ihre Therapie: State of the Art

Mit einer Lebenszeitprävalenz von 1 bis 3 Prozent (Ruscio et al., 2010) stellt die Zwangsstörung eine häufige psychische Erkrankung dar. Sie beginnt meist im Jugend- bzw. jungen Erwachsenenalter (Anholt et al., 2014) und verläuft häufig chronisch (Ruscio et al., 2010), was für die Betroffenen mit großen Einschränkungen in der Alltagsführung und der Lebensqualität einhergeht (Robbins et al., 2019).

Psychotherapie. Für die Behandlung der Zwangsstörung stellt die Kognitive Verhaltenstherapie mit Exposition und Reaktionsmanagement gemäß S3-Leitlinie (DGPPN, 2022; Voderholzer et al., 2022) das psychotherapeutische Verfahren der Wahl dar, deren Wirksamkeit gut belegt ist (Öst et al., 2015).

Psychopharmakologie. Psychopharmakologisch besteht der höchste Evidenz- und Empfehlungsgrad für den Einsatz selektiver Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) zur Behandlung der Zwangsstörung. Weiterhin erwies sich das trizyklische Antidepressivum Clomipramin als gleichermaßen wirksam, sollte aufgrund des Nebenwirkungsprofils jedoch als Medikament der zweiten Wahl eingesetzt werden.

Trotz des Vorliegens empirisch validierter und wirksamer Therapieoptionen sprechen ca. 50 Prozent der Patient:innen nicht oder nur teilweise in einem klinisch signifikanten Ausmaß auf die Therapie an (Burchi et al., 2018; Harris & Delgado, 2018). Auch bei den Patient:innen, die zunächst von der Behandlung profitieren, findet sich eine recht hohe Rückfallrate, v. a. in den ersten Jahren nach Therapie (Eisen et al., 2013). Die Gründe dafür sind noch nicht ausreichend verstanden und werden intensiv beforscht. Ähnlich wie bei der Krankheitsentstehung werden multiple Faktoren angenommen, die in unterschiedlichem Ausmaß zusammenwirken und das Therapieansprechen beeinflussen. So scheinen die bis zur Aufnahme einer Behandlung verstrichene Zeit (>duration of untreated illness; Dell’Osso et al., 2010; Zheng et al., 2021), komorbide psychische Erkrankungen wie Depressionen, Angststörungen o. a. (Hilbert et al., 2021; Kyrios et al., 2015) oder bestimmte Persönlichkeitseigenschaften (Kyrios et al., 2015) einen prognostisch ungünstigen Faktor darzustellen. Auch werden in der Praxis die Behandlungen nicht immer leitliniengerecht durchgeführt, indem Expositionen nicht oder nur wenig bzw. nur in Eigenregie der Patient:innen Therapiebestandteil sind oder außerhalb der Therapiesitzungen kaum geübt werden (Moritz et al., 2019).

Neben einer Verbesserung der Versorgung und dem Einsatz bestehender Therapieoptionen liegt einer der Schwerpunkte der aktuellen Forschung auf der Weiter- bzw. Neuentwicklung ergänzender wirksamer Therapieverfahren, wie beispielsweise der Achtsamkeitsbasierten Kognitiven Therapie (MBCT) (Külz & Rose, 2014) und eben der ACT (s. Abschn. 1.4), die für die Behandlung von Zwangsstörungen zum Einsatz kommen und somit zu einer Verbesserung der klinischen Versorgung wie auch des Therapieansprechens beitragen können.

1.2 Wie ACT die Therapie von Zwangsstörungen bereichert

Die Erfahrung aus der Arbeit mit Patient:innen mit Zwangsstörungen zeigt, dass das lebendige, erlebnisorientierte Arbeiten, der Einbezug von Achtsamkeit und der besondere Fokus auf die individuellen Werte der Patient:innen die Therapie deutlich bereichern. Obwohl ACT – anders als andere Verfahren der Dritten Welle der Verhaltenstherapie (z.B. CBASP bei chronischen Depressionen, DBT bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung oder Schematherapie bei Persönlichkeitsstörungen) – nicht für die störungsspezifische Behandlung von Zwangserkrankungen entwickelt wurde, bietet das Verfahren eine Reihe von Techniken an, mit deren Hilfe typische Schwierigkeiten bei der Behandlung von Patient:innen mit Zwangsstörungen spezifisch adressiert werden können. Die folgenden Punkte verdeutlichen, inwiefern ACT die Therapie von Menschen mit Zwangsstörungen bereichern kann:

- ▶ Durch die besonders intensive Arbeit an individuellen Lebenswerten soll die Regie der Lebensgestaltung durch das chronifizierte Zwangssystem untergraben und eine klarere und stärkere Motivation zum Einschlagen und Aufrechterhalten eines zunächst »unbequemen« Alternativweges (mit langfristig jedoch positiven Konsequenzen in Bezug auf die eigenen Werte) geschaffen werden. Grundsätzlich ist das Hauptziel der ACT, Patient:innen darin zu unterstützen, einem erfüllten, werteorientierten Leben näher zu kommen und weniger Energie in die unwirksame Kontrolle von unangenehmen Gefühlen und Gedanken zu investieren. Stattdessen werden Patient:innen angeleitet, unabdingbares Leid im Leben akzeptieren zu lernen (»sauberes Leid«), da Angst, Unsicherheit und bisweilen unangenehme Gedanken zum Leben dazu gehören (Harris, 2011). Den Patient:innen werden die hohen Kosten der erfolglosen Kontrollstrategien bewusst gemacht und die Aufgabe der Kontrollagenda und Hinwendung zu den eigenen Werten als Alternative aufgezeigt.
- ▶ Anders als in der klassischen KVT bei Zwangsstörungen wird in der ACT nicht mehr die Veränderung der kognitiven Inhalte (im Sinne eines Sokratischen Dialogs), sondern die Veränderung ihrer oft verhaltenssteuernden Funktion angestrebt (sog. Defusion). Dadurch soll es Ihnen als Therapeut:in gelingen, sich vor allem mit besonders schwer erkrankten und dadurch wenig vom Zwang distanzierenden Patient:innen nicht mehr in dysfunktionale Argumentationen und Diskussionen verstricken zu las-

sen, wie dies erfahrungsgemäß im Rahmen der kognitiven Umstrukturierung und der sog. Verschiebung der Problemdefinition unter Umständen passieren kann. Dieses Vorgehen bietet insbesondere bei der Behandlung von Patient:innen mit reinen Zwangsgedanken und Grübelzwängen die Möglichkeit eines besseren Ansprechens als die klassische KVT.

- ▶ Die Bezeichnung »Vom Kopf ins Leben« von Steven Hayes fasst die Zielsetzung von ACT bei Zwängen prägnant zusammen und ist eine nützliche Haltung bei der Arbeit mit Menschen mit Zwangsstörungen. Das Ziel der Therapie ist demnach, weniger »nur im Kopf zu leben«, sondern wieder in echten Kontakt mit dem Leben im Hier und Jetzt zu treten, was Patient:innen mit Zwangsstörungen in der Regel kaum noch können. In Abschnitt 4.2 wird genauer beschrieben, wie die ACT Patient:innen vom Kopf ins Leben helfen kann. In der sogenannten Bezugsrahmentheorie (Hayes et al., 2001) wird postuliert, dass erlernte verbale Regeln sich auf verschiedene Kontexte generalisieren und unser Verhalten bestimmen. Bei Menschen mit Zwangsstörungen sind das typischerweise solch unflexible Annahmen wie:
 - »Erst muss ich meine Zwänge loswerden, dann kann mein Leben beginnen!« oder »Es muss sich richtig und vollständig anfühlen, bevor ich ...«
 - »Fehler machen ist gefährlich!« oder »Es ist unverantwortlich, nicht auf Nummer sicher zu gehen«
 - »Wenn ich nicht alles perfekt erledige, dann passiert etwas Schlimmes!«
- ▶ In der ACT wird der Fokus auf eine metakognitive Herangehensweise an diese festgefahrenen verbalen Regeln gelegt. Hilfreiche Interventionen dafür sind:
 - Wie alt ist dieser Gedanke?
 - Wieso präsentiert mein Verstand mir ausgerechnet diese Gedanken immer wieder? Wo hat er die gelernt und was könnte dahinterstecken?
 - Wie hilfreich ist der Verstand in dieser Situation, um wirklich sinnvoll und wertegeleitet zu handeln?
- ▶ Ein stärkerer Einbezug von Achtsamkeitsübungen in Kombination mit der intensiven und wiederholten Durchführung von Defusionstechniken soll den Patient:innen einen weniger stereotypen Umgang mit ihrem »aversiven inneren Erleben«, d. h. ihren Zwangsgedanken, ihrer Anspannung / Angst / Ekel etc. ermöglichen. Auch hierbei geht es nicht darum, die Unsinnigkeit der gedanklichen bzw. emotionalen Inhalte aufzuzeigen, sondern die Handlungsmöglichkeiten der Betroffenen zu erweitern. Ziel ist die Förderung der psychischen Flexibilität und des bewussten Erlebens im aktuellen Moment. Rigidies Denken und Verhalten, wie es bei Patient:innen mit Zwangsstörungen häufig vorkommt, soll zugunsten eines flexibleren Umgangs mit dem eigenen Erleben und der Umwelt verändert werden. Ziel ist es, eine innere Freiheit zu erreichen, die es ermöglicht, Gedanken und Gefühle wahrzunehmen, zu akzeptieren und das Verhalten in den Dienst der individuellen Werte zu stellen. Diese Herangehensweise kann insbesondere für Menschen mit zwanghafter Persönlichkeitsakzentuierung hilfreich sein.

- Erlebnisorientierte Übungen, die zunächst in Begleitung des Therapeuten bzw. der Therapeutin und später zunehmend in Eigenregie durchgeführt werden, stellen ein entscheidendes Kernelement der Behandlung dar:
 - Unter erlebnisorientierten Übungen werden vielfältige Übungen zur Stärkung des engagierten Handelns in Richtung der eigenen Werte verstanden, anstelle des oft automatisierten Ausübens von (nur) kurzfristig belohnendem Problemverhalten.
 - Hinzu kommen Übungen, die den bisherigen Expositionsübungen im Sinne von strukturierter Konfrontation mit konkreten Zwangsbefürchtungen und den damit zusammenhängenden aversiven Gefühlen nahekomen. Diese werteorientierten Expositionsübungen sind die zentralen Schritte in der ACT bei Zwangsstörungen und damit aus der Behandlung nicht wegzudenken. Darin besteht eine Stärke von ACT bei Zwängen, da so sichergestellt wird, dass das evidenzbasierte Kernelement in der effektiven Behandlung von Zwangsstörungen auch auf jeden Fall durchgeführt wird – was leider in vielen Behandlungen in der heutigen Versorgungsrealität immer noch nicht der Fall ist (Moritz et al., 2019).

Basierend auf der Emotional Processing Theory von Foa und Kozak (1986) wird hier nicht primär auf das Ziel der Habituation fokussiert, sondern auf das wertegeleitete Handeln und die Aufgabe der Erlebnisvermeidungs- und Kontrollagenda bei achtsamer Konfrontation mit dem aversiven inneren Erleben. Dies unterscheidet sich vom Vorgehen in der klassischen KVT. Erfahrungsgemäß setzen bei wiederholtem Üben Umlernprozesse im Sinne von Habituationseffekten ein. Diese sollten mit den Patient:innen auch im Therapieprozess thematisiert werden, um die Adhärenz und Motivation zu fördern. Dabei ist jedoch unbedingt darauf zu achten, dass die Habituation nicht als Kriterium einer gelungenen Übung definiert wird. Eine Übung ist dann erfolgreich, wenn sie die Patient:innen ihren individuellen Werten langfristig näher bringt, auch wenn dies zunächst mit anhaltender Anstrengung und aversiven Gefühlen verbunden ist. Durch diese enge Verknüpfung der aversiven Übung mit den individuellen Werten der Patient:innen soll der langfristige Benefit als Belohnung in den Fokus gerückt werden – im Gegensatz zur Konzentration auf den kurzfristig erhofften Erleichterungseffekt durch die Habituation. Damit unterstreicht die ACT-typische Herangehensweise, dass die Wirksamkeit von Reizkonfrontationsübungen über den Habituationseffekt hinausgeht, wie dies auch Förstner et al. (2011, S. 234) postulieren: »Bei der Reizkonfrontation spielen neben der Habituationserfahrung andere Erfahrungen eine wesentliche Rolle: Aufbau einer inneren Experimentierhaltung, Ressourcen im Umgang mit Emotionen, aktive Haltung im alternativen Umgang mit aversiven Situationen, Aufbau und Erfahrung alternativer Fertigkeiten in der Absicherung der eigenen Autonomie, Einordnung der Zwänge in einen Kontext, der persönliche Werte, Lebensereignisse und Funktion der Zwänge ausreichend beachtet.«

1.3 ACT-Modell der Zwangsstörung: Das Hexaflex und die Matrix

Menschen mit einer Zwangsstörung sind nicht »kaputt« oder unheilbar krank, sondern haben sich lediglich »festgefahren«. In vielen Fällen stecken sie in einem als aussichtslos erscheinenden Kampf mit einem Zwang fest, den sie als übermächtig erleben und aus dem sie alleine nicht wieder herauskommen. Mit dieser Sichtweise folgt die ACT-Therapie, im Gegensatz zu anderen Therapierichtungen, nicht der störungsspezifischen Sicht auf psychische Störungen, dass es z. B. einen krankheitsimmanenten Ätiologie-Prozess für Zwangsstörungen gibt, welcher sich grundlegend von dem anderer psychischer Störungen oder gesunder Menschen unterscheidet. In einer nach den Prinzipien der ACT ausgelegten therapeutischen Grundhaltung gehen wir daher nicht davon aus, den krankmachenden Prozess für Zwangsstörungen finden und ausschalten zu müssen. Stattdessen versuchen wir zu erarbeiten, wie Betroffene aus dem sinnlosen Kampf gegen den Zwang aussteigen können, um ihre Energie wieder für ein erfülltes, lebenswertes Leben einzusetzen. Das übergeordnete Ziel dabei ist immer, die psychische Flexibilität zu stärken. Im Folgenden soll zunächst darauf eingegangen werden, wie man aus der ACT-Perspektive das Feststecken und Verstricken mit Zwangsgedanken und -befürchtungen und die daraus resultierenden Konsequenzen für das Leben der Betroffenen konzipieren kann.

Die ACT-Kernprozesse: Hexaflex-Modell

Zunächst soll das typische Feststecken von Betroffenen mit Zwangsstörungen anhand des ACT-Grundmodells, des Hexaflex, mit seinen sechs Kernprozessen veranschaulicht werden (s. Abb. 1.1).

- (1) **Erlebnisvermeidung:** Gefühle von Unsicherheit und Angst werden nicht ausgehalten, sondern mit aller Kraft bekämpft.
- (2) **Fusion mit Zwangsgedanken:** Verschmelzung mit Zwangsgedanken, so dass diese handlungsleitend werden.
- (3) **Starres Selbstkonzept:** überhöhte Ansprüche an die eigene Person, die starr verfolgt werden.
- (4) **Fokus auf Erinnerungen und Zukunftsüberlegungen:** permanentes Grübeln über mögliche vergangene Fehler oder Gefahren in der Zukunft
- (5) **Unklarheit von Werten:** Das Leben wird vom Zwang diktiert, sodass Werte in den Hintergrund rücken.
- (6) **Unwirksame Kontrollversuche:** Der Zwang bestimmt die Handlungen der Person. Verhalten im Sinne der eigenen Werte ist dadurch kaum möglich.

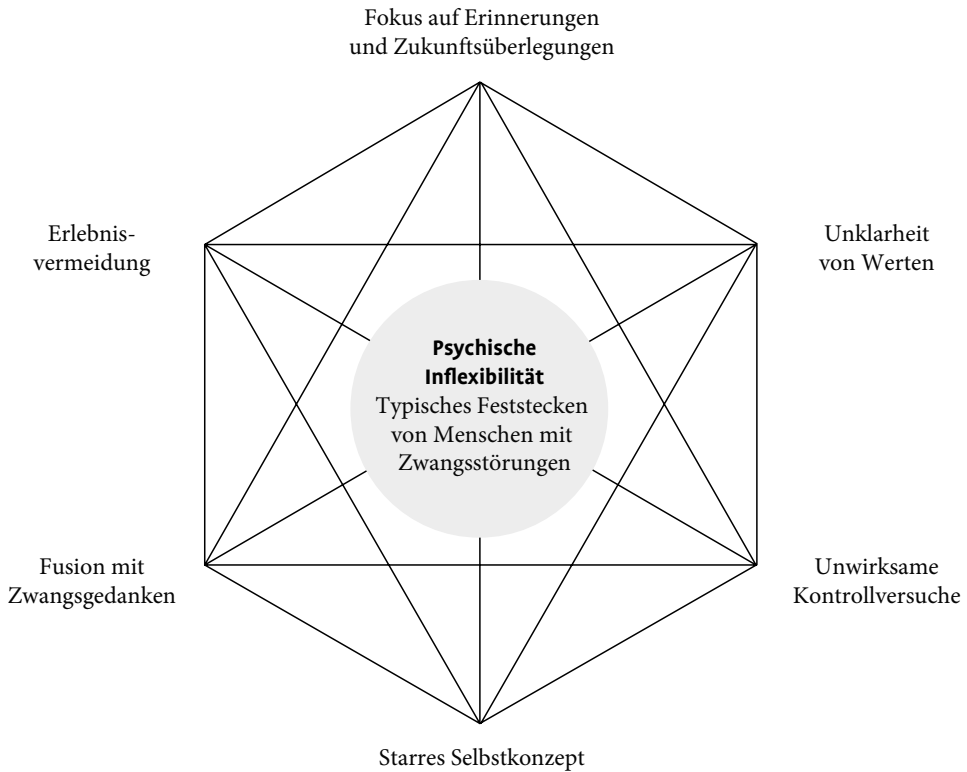


Abbildung 1.1 Typisches Feststecken von Menschen mit Zwangsstörungen anhand des Hexaflex

In Tabelle 1.1 wird die Zielsetzung der Therapie, die psychische Flexibilität wiederherzustellen, dem typischen Feststecken von Betroffenen gegenübergestellt. Dies dient jedoch vor allem der analytischen Herangehensweise und dem Verständnis der Therapeut:innen und muss den Patient:innen nicht im Detail erklärt werden. Zur hilfreichen Kommunikation mit Patient:innen über ihre Zwangsstörung und die ACT-Perspektive wird vielmehr die im Folgenden beschriebene ACT-Matrix genutzt.

Tabelle 1.1 Die sechs Kernprozesse der ACT bei Zwangsstörungen

ACT-Kernprozess	Typisches Feststecken bei Zwangsstörungen	Psychische Flexibilität
Akzeptanz und Bereitschaft	Gefühle von Unsicherheit und Angst werden nicht als unabdingbarer Teil des Lebens akzeptiert, sondern mit aller Kraft versucht zu verhindern (Erlebnisvermeidung). Gedanken wie »Ich darf nicht unsicher sein« oder »Die Angst muss weg«.	Offen und akzeptierend mit dem umgehen, was in dem Moment an Gefühlen und Gedanken da ist. Annehmen, dass Angst, Unsicherheit und Zweifel zum Leben dazugehören.
Defusion	Gedanken werden fälschlicherweise als Tatsachen bzw. Beweise für die Wirklichkeit angesehen. Eine typische Interpretation ist: »Wenn ich so etwas denke, könnte ich auch danach handeln.« Gedanken bezüglich möglicher Risiken werden sehr ernst genommen und sind damit in großem Maße handlungsleitend.	Gedanken werden als das angesehen, was sie sind: Gedanken, keine Tatsachen! Defusion beinhaltet die Fähigkeit, eine gewisse Distanz zu den eigenen Gedanken einzunehmen; unwillkürliche Gedanken werden nicht automatisch ernst genommen.
Selbst als Kontext	Es bestehen ein starres Selbstkonzept (»Ich darf auf keinen Fall Fehler machen«) bzw. hohe moralische Selbstansprüche (»Ich muss durch und durch richtig und wohlwollend sein«), verbunden mit der Ablehnung der eigenen Person, da dieses perfekte Ideal nicht erreicht werden kann. Anstelle der beobachtenden Rolle wird dadurch meist eine bewertende Rolle eingenommen. Dies führt zu starren Glaubenssätzen über sich selbst und deutlich verminderter Flexibilität.	Das Selbst als Kontext löst sich von diesem starren Selbstkonzept und ist eine Art Beobachter oder Bewusstseinsraum, der über die verschiedenen Facetten der eigenen Identität hinausgeht. Das Selbst als Kontext, auch Beobachter-Ich oder Beobachterselbst genannt, ist der Teil unseres Ichs, der unsere aktuellen Gedanken, Gefühle, Rollen im Leben etc. beobachten kann und immer unverändert gegenwärtig ist. Es ist unser überdauernder Kern, dem wir uns bewusst sein können, indem wir eine achtsam beobachtende Haltung einnehmen und darüber flexibel auf den gegenwärtigen Moment eingehen können.

Tabelle 1.1 (Fortsetzung)

ACT-Kernprozess	Typisches Feststecken bei Zwangsstörungen	Psychische Flexibilität
Hier und Jetzt	Der Verstand ist ständig mit Grübeln beschäftigt, z. B. darüber, was zukünftig Schlimmes geschehen könnte oder ob in der Vergangenheit ein Fehler begangen wurde. Der gegenwärtige Moment, das Hier und Jetzt, tritt dadurch völlig in den Hintergrund und das Leben spielt sich viel mehr im eigenen Kopf ab. Das eigene Verhalten läuft meist automatisch nach starren Zwangsregeln ab. Der Moment kann sehr selten bis nie genossen werden.	Achtsam im Hier und Jetzt mit allen Sinnen präsent sein. Der Moment kann so genossen werden, ohne ständig in Gedanken an die Vergangenheit oder die Zukunft festzuhängen. Die Aufmerksamkeit wird auf das Hier und Jetzt gelenkt, flexibel entweder nach außen, auf die eigenen Handlungen oder das innere Erleben.
Werte	Teilweise besteht große Werteunklarheit, da der Zwang die Führung über das Leben der Person übernommen hat. Alternativ werden meist vollständig altruistische Werte mit einem erhöhten Anspruch zwanghaft verfolgt.	Selbstgewählte Werte dienen als Kompass und können mit angemessener Flexibilität und Leichtigkeit verfolgt werden.
Engagiertes Handeln (Commitment)	Der Zwang entscheidet darüber, was gemacht wird und was nicht. Die eigenen Werte sind somit nicht handlungsleitend und das unwirksame Kontrollverhalten bringt die Person weg von den eigenen Werten. Schritte auf die eigenen Werte zu werden vom Zwang meist verboten.	Das Verhalten richtet sich entsprechend der aktuellen Situation an den eigenen Werten aus. Es werden engagiert Schritte auf die eigenen Werte hin gemacht und es wird sich darüber den eigenen Werten »verschrieben« (Commitment).

Die ACT-Matrix

In diesem Manual wird hauptsächlich die ACT-Matrix als hilfreiches Instrument in der Therapie genutzt, um das Krankheitsmodell gemeinsam mit den Patient:innen zu erarbeiten und die Fallkonzeptualisierung daraus abzuleiten. Alternative Darstellungen werden zusätzlich erwähnt, um verschiedene Möglichkeiten der Vermittlung bzw. des »Erfahrbarmachens« des Krankheitsmodells aufzuzeigen. Dabei wird vom klassischen Hexaflex weitestgehend Abstand genommen, da wir die Erfahrung gemacht haben, dass die Kommunikation mit Patient:innen auf Basis der sechs Kernprozesse bisweilen zu kompliziert und zu wenig eingängig erscheint. Wir haben über die Jahre deutlich bessere Erfahrungen mit dem nachfolgenden ACT-Matrix-Modell zur Veranschaulichung des Krankheitsmodells für Patient:innen mit Zwangsstörungen gemacht. Zudem besticht die Vielseitigkeit der Anwendungsmöglichkeiten der ACT-Matrix im Therapieprozess: Es kann nicht nur das Krankheitsmodell anschaulich dargestellt werden, sondern weitergehend das Fallkonzept ebenfalls anhand der Matrix gemeinsam mit dem Patient bzw. der Patientin erarbeitet werden. Des Weiteren kann die ACT-Matrix als Monitoring- und Verhaltensanalyse-Instrument eingesetzt werden.

Die folgenden Prozesse werden bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von Zwängen postuliert und in den entsprechenden Feldern der Matrix verortet:

- (1) Fusion:** Damit ist gemeint, dass man sich in einem Gedanken so verstricken kann, dass dieser das Bewusstsein dominiert und als Konsequenz einen großen Einfluss auf der Verhaltensebene ausübt. Jeder Mensch hat tausende Gedanken am Tag, teilweise gerichtet, teilweise jedoch auch völlig willkürlich. In der ACT wird unser Verstand aufgrund dieser Eigenschaft auch als nie stillstehende »Gedankenmaschine« oder als »Gedankencomputer« bezeichnet. Ein aufdringlicher und potenziell bedrohlicher Gedanke kann dann zu einem Zwangsgedanken werden, wenn die Person ihn »ihrem Verstand abkauft« und damit »verschmilzt« (d.h. fusioniert). Je stärker die Fusion mit einem Gedanken, desto ausgeprägter ist sein Einfluss auf emotionaler wie auch auf Verhaltensebene. Der psychisch flexible Umgang mit den eigenen Gedanken bestünde darin, nicht mit jedem Gedanken automatisch zu fusionieren, sondern mithilfe von Achtsamkeit und Defusion Gedanken kommen und gehen zu lassen und auch unangenehme, ungewollte Gedanken als normalen Teil des Lebens zu akzeptieren.
- (2) Erlebnisvermeidung:** »Fusion und Erlebnisvermeidung gehen gewöhnlich Hand in Hand« (Harris, 2011, S. 53). Dies bedeutet bei Menschen mit Zwangsstörungen, dass sie nicht nur mit den aufdringlichen Gedanken verschmelzen und diese damit einen großen emotionalen Einfluss erlangen, sondern in der Regel auch versuchen, diese unangenehmen Gedanken und Gefühle mit aller Kraft zu vermeiden. So versuchen Patient:innen mit einer Zwangsstörung, mit allen Mitteln vor der entstandenen Angst zu fliehen, indem sie z. B. versuchen, beängstigende Gedanken, mit denen sie verschmolzen sind, zu verdrängen. Diese »Flucht« zeigt sich u. a. in Form von unwirksamen Kontrollversuchen wie Vermeidung und Neutralisierungshandlungen. Diese Kontrollversuche stellen die Zwangshandlungen dar, welche dadurch aufrechterhalten werden, dass sie zumindest kurzfristig funktionieren. Eine zen-

trale ACT-Botschaft zu dieser Erlebnisvermeidung und Kontrollagenda lautet wie folgt: »Kontrolle ist das Problem nicht die Lösung« (Harris, 2011). Damit ist gemeint, dass die Kontrollversuche und Zwangshandlungen langfristig nur noch mehr Leid erzeugen, was in ACT als »schmutziges Leid« bezeichnet wird.

■ Beispiel

Wenn ich Angst habe, jemanden überfahren zu haben, beruhigt es mich kurzfristig, wenn ich mich durch eine Kontrolle versichere, dass niemand zu Schaden gekommen ist. Langfristig wird das ständige Kontrollieren zur Vermeidung von Angst und Unsicherheit jedoch zum Problem, anstatt eine dauerhaft zufriedenstellende Lösung darzustellen.

- (3) **Thought-Action-Fusion:** Zuletzt spielt die sogenannte Thought-Action-Fusion bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von Zwängen eine Rolle. Damit ist gemeint, dass viele Betroffene ihr Denken gleichbedeutend mit Handeln setzen: »Wenn ich an etwas denke, dann werde ich es auch tun« bzw. »Wenn ich daran denke, dass ich etwas Schreckliches / Verwerfliches tun könnte, ist dies genauso moralisch verwerflich, wie es zu tun«. Diese Überzeugungen – teilweise noch ergänzt durch die Überzeugung »Wenn ich an ein schreckliches Ereignis denke, dann tritt dieses auch wahrscheinlicher ein« – können dazu führen, dass Kontrollverhalten gesteigert wird, um zu versuchen, das Schreckliche um jeden Preis zu verhindern. Wenn der Gedanke, das eigene Kind vor die Bahn oder ein Auto zu stoßen, für eine Person gleichbedeutend erscheint mit dem Gedanken, dies wirklich irgendwann zu tun, ist nachvollziehbar, das Kind von jeder möglichen Gefahrenquelle fernzuhalten, damit der befürchtete Ausgang nicht eintreten kann.

Diese automatisch ablaufenden inneren Prozesse führen bei den Betroffenen dazu, dass aus sich aufdrängenden, ungewollten Gedanken Zwangsgedanken werden. Diese wiederum motivieren die Betroffenen – meist ebenfalls völlig automatisch – dazu, Kontrollversuche zu unternehmen, um die Befürchtungen und das damit verbundene Gefühl zu neutralisieren. Da dies kurzfristig gut zu funktionieren scheint (z. B., wenn ich Angst vor einem Fehler habe, fühlt es sich gut und richtig an, mir durch mehrfache Kontrollen mehr Sicherheit zu verschaffen), werden die Kontrollhandlungen aufrechterhalten. Da die Gedanken und Gefühle durch die Kontrollhandlungen jedoch nur vermeintlich »neutralisiert« werden, entsteht ein Teufelskreis, in dem das unangenehme Erleben immer wieder auftritt und nach ständig neuen Kontrollen verlangt. Die Betroffenen nehmen sich über diese wiederholte Dynamik jedoch die Möglichkeit, die Erfahrung zu machen, dass ihre Befürchtungen ohne Zwangshandlungen auch nicht eintreten würden. Da diese korrigierende Erfahrung fehlt und die Angst vor den Gedanken und Gefühlen folglich noch zunimmt, treten diese noch häufiger auf. »Schmutziges Leid« entsteht und nimmt stetig zu.