

AGGRESSIVE UND SEXUELLE ZWANGSGEDANKEN – AUSDRUCK UNBEWUSSTER WÜNSCHE?

THOMAS HILLEBRAND

Psychotherapeutische Praxis, Münster

ZUSAMMENFASSUNG: Aggressive und sexuelle Zwangsgedanken stellen eine Untergruppe der Zwangsstörung dar. Die Patienten leiden unter intrusionsartig einschließenden Gedanken, die für die Betroffenen sozial und moralisch inakzeptable Inhalte aufweisen. Es wird dargelegt, warum die psychoanalytische Sichtweise einer unbewussten Aussage, die sich hinter diesen Gedanken verbergen könnte, dem Patienten und dem Störungsbild nicht gerecht wird. Die (meta-)kognitive Sichtweise hebt stattdessen die Bedeutung dysfunktionaler Bewertungsmuster hervor, mit denen diese in der Bevölkerung allgemein anzutreffenden Gedanken von den Patienten fehlinterpretiert werden. Sie erleben die Gedanken in der Folge als Ausdruck einer massiven Bedrohung, die von ihnen ausgeht. Die Bedeutung (meta-)kognitiver und expositionsbasierter therapeutischer Verfahren zur Veränderung dieser problematischen Bewertungsprozesse wird erläutert.

SCHLÜSSELWÖRTER: aggressive und sexuelle Zwangsgedanken, psychoanalytische Perspektive, metakognitive Verfahren, Exposition-in-sensu, Exposition-in-vivo

AGGRESSIVE AND SEXUAL OBSESSIVE THOUGHTS – EXPRESSION OF UNCONSCIOUS WISHES?

ABSTRACT: Aggressive and sexual obsessions represent a subtype of OCD. Patients suffer from intrusive thoughts that are socially and morally unacceptable to those affected. It is outlined why the psychoanalytical view of an unconscious statement, which could hide behind these thoughts, does not do justice to the patient and the understanding of the disorder. Instead, the (meta-)cognitive view emphasizes the importance of dysfunctional appraisal patterns with which patients misinterpret these thoughts also common in a general population. They subsequently experience these thoughts as an expression of a massive threat that emanates from themselves. The significance of (meta-)cognitive and exposure-based therapeutic procedures for changing these problematic appraisals is explained.

KEYWORDS: aggressive and sexual obsessions, psychoanalytic perspective, metacognitive procedures, imaginal exposure, in vivo exposure

1 EINLEITUNG

Menschen mit aggressiven und sexuellen Zwangsgedanken bilden eine Untergruppe der Zwangsstörung. Die Betroffenen erleben das intrusionsartige Einschließen von ungewollten Gedanken mit sexuellen und/oder aggressiven Inhalten, die sie selbst als moralisch inakzeptabel bewerten. Im Vergleich zu Patienten mit Kontaminationsängsten, Symmetriezwängen oder pathologischem Horten werden die Zwangsgedanken in dieser Subgruppe als signifikant belastender erlebt (Abramowitz, Franklin, Schwartz & Furr, 2003). Im Unterschied zur großen Gruppe der Patienten mit Wasch- oder Kontrollzwängen haben offene Zwangshandlungen bei dieser Subgruppe eine deutlich geringere Bedeutung. Exakte Prävalenzzahlen für aggressive/sexuelle Zwangsgedanken liegen nicht vor, Schätzungen nennen übereinstimmend einen Anteil von 20 bis 30 Prozent an der Gesamtheit der Zwangspatienten (Reinecker, 2009; Moulding, Aardema & O'Connor, 2014). Die Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (Jacobi et al., 2014) beziffert die Zwölf-Monatsprävalenz der Zwangsstörung insgesamt auf 3.6 Prozent und errechnet eine Anzahl von 2.3 Millionen Erwachsenen. Überträgt man die Schätzungen von 20 bis 30 Prozent auf diese Zahlen, könnten in Deutschland um die 460 000 bis 690 000 Menschen betroffen sein, Jugendliche nicht inbegriffen. Die Studienlage zur Behandlung der Zwangsstörung ist umfangreich (Rosa-Alcázar, Sánchez-Meca, Gómez-Conesa & Marin-Martinez, 2008; Öst, Havnen, Hansen & Kvale, 2015). Sie liefert die empirische Grundlage für die Empfehlung einer kognitiven Verhaltenstherapie mit Expositionsbehandlung als Methode der ersten Wahl in den S3-Leitlinien zur Behandlung der Zwangsstörung (Hohagen,

Wahl-Kordon, Lotz-Rambaldi & Muche-Borowski, 2015). Gleichwohl soll nicht unerwähnt bleiben, dass die empirische Befundlage zur hier betrachteten Untergruppe noch gering ist.

2 EIN FALLBEISPIEL

In der konkreten Behandlungssituation stellen sich viele Therapeuten die Frage, wie sie diese von den Patienten vorgetragenen Gedanken einordnen sollen, wie das folgende Fallbeispiel zeigt. Die Therapie eines 38-jährigen Patienten fand mit den Worten des Therapeuten: „Dann haben Sie vermutlich doch eine pädophile Neigung“ ihren vorläufigen Abschluss. Die immer wieder vom Patienten vorgebrachten Zweifel hatten schließlich auch den Therapeuten zermürbt und ihn zu dieser Einschätzung bewegt. Anlass der Therapie war die dramatische Häufung von intrusionsartig einschließenden Gedanken, die der Patient als Beleg für eine mögliche pädophile Neigung deutete und die eine massive emotionale Krise ausgelöst hatten. Auslöser sei der Anblick des Beines eines Kindes auf einem Spielplatz gewesen, das er als „weiblich“ angesehen habe. Er glaubte, dabei ein erregungsähnliches Gefühl verspürt zu haben, und habe dieses Bild sechs Wochen lang nicht mehr aus dem Kopf bekommen. Eine extreme Vermeidung von allem, was mit Kindern zu tun haben könnte, war die Folge. Seine größte Angst sei es gewesen, erneut einen solchen Gedanken zu provozieren, der sich nicht aus seinem Kopf löst. Die andauernde und belastende gedankliche Beschäftigung mit diesem Thema schien ihm ein Beleg einer pädophilen Neigung zu sein. Der Zweifel, dass er ein Mensch mit dieser Neigung sein könnte, obwohl er verheiratet war und eine erwachsene Sexualität lebte, schürte

immer wieder massive Ängste vor dieser „furchtbaren, moralisch völlig inakzeptablen“ Person, die er sein könnte. Die bestätigende Einschätzung des Therapeuten führte zu einer weiteren Verunsicherung, einer Aufrechterhaltung der Problematik und der erneuten Suche nach therapeutischer Hilfe.

Dieses reale Fallbeispiel verdeutlicht eine zentrale Problematik im Umgang mit aggressiven und sexuellen Zwangsgedanken: Welche Aussage treffen diese Gedanken über die Persönlichkeit des Patienten? Liegt nicht vielleicht doch eine sexuelle Devianz vor? Welche unbewussten Aspekte liegen hinter diesen Gedanken? Eine derartige Herangehensweise liegt vielen Therapeuten schulenunabhängig intuitiv nahe und ist möglicherweise Ausdruck der Einschätzung eines Psychoanalytikers, dass „in Psychologie, Psychiatrie und allen psychotherapeutischen Schulen Begriffe und traditionelle Konzepte der Psychoanalyse wie selbstverständlich benutzt [werden], ohne sich über ihre Herkunft Rechenschaft abzulegen“ (Eisenriegler, 2019) und, so möchte ich ergänzen, ohne deren Nutzen oder heuristischen Wert in Frage zu stellen. Die problematischen Auswirkungen impliziter Erklärungsmodelle aus dem Kontext psychoanalytischer Traditionen auf den therapeutischen Umgang mit aggressiven und sexuellen Zwangsgedanken sollen im Folgenden beleuchtet werden.

3

DIE PSYCHOANALYTISCHE PERSPEKTIVE

Auf Sigmund Freud geht die bis heute in der Psychoanalyse gültige Grundannahme zurück, nach der „das Konzept eines Wunsches (oder Impulses oder Affekts), der für das Individuum unakzeptabel ist, (...) eine zentrale Rolle“ in der Erklärung

psychischer Störungen einnimmt (Leichsenring & Steinert, 2017). Gewann Freud aus der Analyse der Zwangsneurose zahlreiche Impulse für die analytische Krankheitslehre, so erwies sich die psychoanalytische Therapie der Zwangsstörung als schwierig. So warnte selbst Freud (1955): „Their analysis is always in danger of bringing to light a great deal, but changing nothing“. Die Therapie der Zwangsstörung wurde schließlich von vielen psychoanalytisch tätigen Therapeuten zunehmend vermieden und die bessere Wirksamkeit einer Verhaltenstherapie mit Exposition anerkannt. So zitiert Rath (1998) einen ehemaligen Vorsitzenden der Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung mit den Worten: „Überlassen sie diese Behandlung den Verhaltenstherapeuten!“ In jüngster Zeit werden jedoch psychoanalytische Modelle und Therapieansätze zur Behandlung von Zwangsstörungen wieder vermehrt publiziert (Lang, 2015; Leichsenring & Steinert, 2017; Weiss, 2017). Zum einen mit der Begründung, dass die Erfolgsquoten der Behandlung mit Kognitiver Verhaltenstherapie und Medikation mit SSRI begrenzt seien und die Entwicklung effektiverer Behandlungsmethoden erforderlich machten. Grundsätzlich stellt dies eine plausible und hoffnungsversprechende Argumentation dar. Es existieren zwar bislang keine systematischen Studien zur Effektivität der psychoanalytischen Therapie der Zwangsstörung, dennoch scheint es zumindest plausibel, dass historisch gesehen, die geringen Erfolge der psychoanalytischen Behandlung von Zwangsstörungen mit der gleichen Begründung zur Entwicklung verhaltenstherapeutischer Methoden mit den heutigen Erfolgsquoten beigetragen haben. Zum anderen bemerkt Weiss (2017), dass diese fehlenden empirischen Belege eine nur marginale Berücksichtigung psychoanalytischer Verfahren in den S3-Leitlinien

zur Behandlung der Zwangsstörung zur Folge hatten und ebenfalls Forschungsbemühungen mit psychoanalytischen Ansätzen stimulierten.

Lang (2015) fasst eine zentrale These zur Erklärung der Zwangsstörung zusammen: „Als grundlegend für die Psychodynamik der Zwangsstörung wird von analytischer Seite aus also ein unbewusster Konflikt zwischen unterdrückten triebhaften Regungen einerseits und einer strafenden, Schuldgefühle induzierenden Gewissensinstanz andererseits angesehen.“ Überträgt man diese Aussagen auf die Zwangserkrankung, so fällt rasch eine Untergruppe ins Auge: Patienten mit aggressiven und sexuellen Zwangsgedanken. Hier scheint die Existenz der „nicht tolerierbaren aggressiven, antisozialen und sexuellen Impulse“ greifbar und ein wesentliches Element der psychoanalytischen Theoriebildung gegeben. Doch auf dem zweiten Blick wird klar: Diese Gedanken sind nicht unbewusst – im Gegenteil: sie dringen mit großer Klarheit und Vehemenz in das bewusste Denken des Betroffenen ein und müssen als „überbewusst“ deklariert werden. Der Gedanke „Ich könnte mein Kind erstechen“ kann demnach nicht als Ausdruck eines unbewussten Triebwunsches eingeordnet werden, der dem Betroffenen in seiner Gänze nicht bewusst wäre und den er durch eine Zwangshandlung zu verdrängen sucht. Wie kann diese Diskrepanz zur Theorie der unbewussten Vorgänge aufgelöst werden? Sollte hinter diesem Gedanken ein weiterer, noch intolerabler, dafür aber unbewusster Triebwunsch stecken? Aber was sollte dieser noch beinhalten? Einen Ausweg bietet das Konzept der unvollständigen Triebabwehr, d.h. eigentlich unbewusste Impulse brechen durch und gelangen nun doch ins Bewusstsein. Kritiker der Psychoanalyse könnten in dieser argumentativen Wendung einen Versuch sehen, die

psychoanalytische Theorie gegen widersprüchliche Realitäten zu immunisieren.

4 DIE GEFAHR DER PSYCHOANALYTISCHEN PERSPEKTIVE

Man könnte diesen Aspekt als Ausdruck eines theoretischen Modells neutral betrachten, wenn er nicht Auswirkungen auf den therapeutischen Umgang mit dem Patienten hätte. Aufrechterhalten bleibt nämlich die Grundannahme, dass der Zwangsgedanke eine relevante Aussage über die Persönlichkeit des Betroffenen zulasse. Interpretiert der Therapeut die aggressiven und sexuellen Zwangsgedanken auch nur im Ansatz als relevanten Ausdruck der Persönlichkeit des Patienten, so steigt dessen Verunsicherung und Verzweiflung weiter an. Denn diese Sichtweise bringen die Patienten selbst mit und generieren damit einen bedeutenden Teil des Bedrohungserlebens und der inneren Verzweiflung. Auch sie glauben, das Vorhandensein des Gedankens habe eine tieferliegende Bedeutung und sei Ausdruck eines bislang noch nicht entdeckten Teils ihres Wesens (Aardema & O'Connor, 2007). Die psychodynamische Sichtweise entspricht somit der alltagsintuitiven Einordnung dieser Geschehnisse durch die Betroffenen selbst. Eine therapeutische Bezugnahme auf die inhaltliche Ebene des Gedankens, z. B. die Interpretation eines aggressiven Zwangsgedanken gegenüber dem eigenen Kind als Ausdruck einer „vielleicht ambivalenten Beziehung“, kann den Patienten veranlassen zu glauben, dass auch der Therapeut eine „dunkle Seite“ in ihm vermutet und eine solche Tat für möglich hält, auch wenn der Therapeut diese weitreichende Auslegung nicht intendierte.

Wie häufig solche Interpretationen in der klinischen Praxis heute noch vorgenommen werden, kann nur schwer eingeschätzt werden; eine Warnung davor wird in den Texten von Leichsenring und Steinert (2017) oder Lang (2015) jedenfalls nicht ausgesprochen. Lang empfiehlt sogar wohlmeinend, eine „akzeptierende und nicht verurteilende Haltung gegenüber den aggressiven, antisozialen oder sexuellen Impulsen der Patienten“ zu zeigen. Das ist prinzipiell natürlich richtig, führt aber in eine Sackgasse, wenn damit auch nur andeutungsweise suggeriert wird, man habe Verständnis für pädophile Neigungen oder Mordgedanken, die der Patient aber real nicht aufweist. Das mag bei wirklichen Tätern therapeutisch angemessen sein, der Patient mit aggressiven und sexuellen Zwangsgedanken deutet derartiges Wohlwollen als weiteren Beleg für seine Befürchtung, ein abgrundschlechter Mensch mit völlig inakzeptablen Neigungen sein zu können, der er als Mensch mit Zwangsgedanken aber nicht ist. Es ist gerade die Schwierigkeit des Patienten, sein eigenes Selbst zweifelsfrei als solches zu erkennen und zu erleben, die ihn in tiefe emotionale Krisen führt. Es braucht an dieser Stelle eine klare therapeutische Haltung, die keinen Zweifel an der moralischen Integrität des Patienten trotz seiner Zwangsgedanken aufkommen lässt.

5 DIE SICHTWEISE DER (META-)KOGNITIVEN ERKLÄRUNGSANSÄTZE

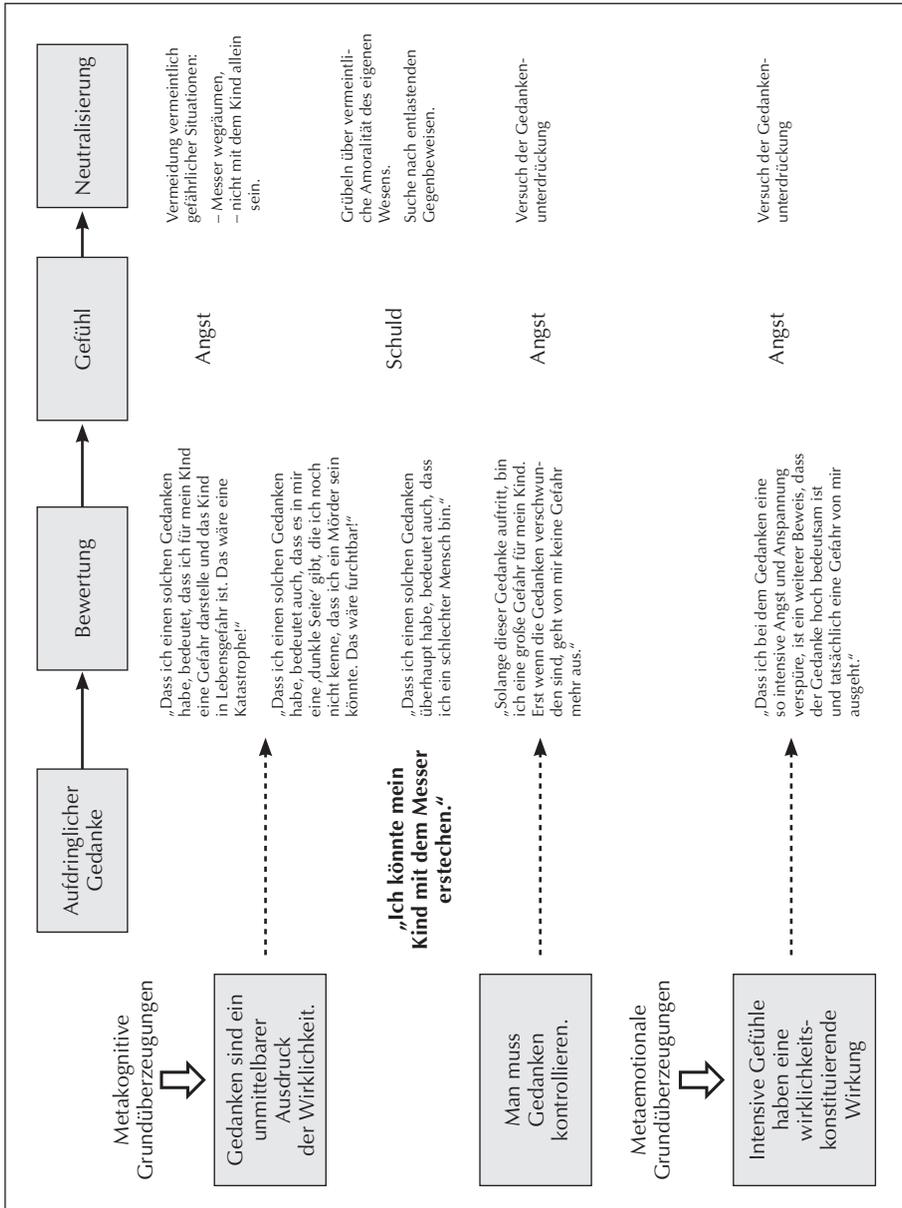
Die Grundfrage, welche Aussage die aggressiven und sexuellen Zwangsgedanken über die Persönlichkeit des Betroffenen zulassen, wird von kognitiven Erklärungsmodellen spätestens seit der Studie von Rachman und de Silva (1978)

völlig entgegengesetzt zum psychoanalytischen Modell beantwortet. Diese Gedanken sagen, was den inhaltlichen Aspekt anbetrifft, nichts über Motive und Handlungsabsichten des Patienten aus. Diese Gedanken, deren Inhalte als abwegig, sozial und moralisch inakzeptabel bezeichnet werden können, werden auch von gesunden Menschen gedacht, von diesen aber nicht als bedeutsam oder relevant eingeschätzt und verschwinden wieder im Strom des Bewusstseins. Eine breit angelegte Untersuchung (Radomsky, Alcolado & Abramowitz, 2014) zeigte die Existenz ungewollter Intrusionen in der Normalbevölkerung kürzlich noch einmal eindrucksvoll an insgesamt 15 Forschungszentren in 13 Ländern weltweit. Die Inhalte sind quasi überindividuell und lassen keinen Rückschluss auf eine persönliche Motivlage zu. Von zentraler Bedeutung ist die darauffolgende Bewertung dieser Gedanken, die die emotionale Belastung des Patienten erklärt. Salkovskis und Warwick (1988) fügten diesen Aspekt in ihr kognitiv-behaviorales Erklärungsmodell ein. Rachman (1997) spezifizierte für aggressive und sexuelle Zwangsgedanken zudem zwei zentrale Bewertungsfehler. Der erste beinhaltet die Überzeugung, dass schon das Denken des Gedankens eine amoralische Handlung darstelle („Moral Bias“). Ein Patient mit aggressiven Zwangsgedanken, seine Söhne erstechen zu können, brachte diesen Aspekt mit dem völlig überzeugten Ausruf auf den Punkt: „Allein dafür, diesen Gedanken zu denken, gehört man ins Gefängnis“. Der zweite Bewertungsfehler betrifft die Überzeugung, dass die bloße Existenz des befürchteten Gedankens als Beweis für eine unmittelbar bevorstehende Tatausführung angesehen wird und damit einen weiteren Angstanstieg generiert („Probability Bias“). Der Metakognitive Ansatz (Wells, 2009) distanziiert sich schließlich noch weiter von

den Inhalten der Zwangsgedanken und rückt die Art und Weise, wie Menschen ihr Denken an sich bewerten, in den Vordergrund. Nicht die Inhalte der Gedan-

ken sollen den Patienten beschäftigen, sondern die überzogene Wichtigkeit, die er Gedanken an sich zukommen lässt. In Abbildung 1 sind daher neben dem ge-

Abbildung 1: Kognitiv-behaviorales Modell nach Reinecker (2009) ergänzt um metakognitive und metaemotionale Grundüberzeugungen



nerellen Bewertungsaspekt die metakognitiven Grundannahmen, die auch von der OCCWG (1997) als zwangstypisch identifiziert wurden, enthalten. Zusätzlich ist ein Aspekt aufgenommen, der von vielen kognitiven Modellen vernachlässigt, von nahezu allen Patienten aber immer wieder betont wird: Das Erleben der intensiven Emotionen gilt ihnen als weiterer Beleg für die Relevanz ihrer Gedanken.

Abramowitz, Nelson, Rygwall und Khandker (2007) erfassten in einer Longitudinalstudie die metakognitiven Überzeugungen von schwangeren Frauen vor der Geburt. Als signifikante vermittelnde Variable zwischen dem verbreiteten Auftreten von intrusiven bedrohlichen Gedanken gegenüber dem neugeborenen Kind und einer erhöhten Ausprägung und Intensität dieser Symptomatik erwies sich das Ausmaß der Überzeugung, dass die Wahrscheinlichkeit eines Ereignisses steigt, wenn man nur daran denke. Brakoulias et al. (2013) fanden in einer Stichprobe von 154 Zwangspatienten in der Untergruppe der Patienten mit aggressiven und sexuellen Zwangsgedanken eine Überbewertung der Notwendigkeit, Gedanken kontrollieren zu müssen. Zum einen wird deutlich, dass die Existenz dieser Bewertungsmuster mit einer höheren Wahrscheinlichkeit in Verbindung steht, aggressive und sexuelle Zwangsgedanken auszubilden. Zum anderen scheint das Vorhandensein dieser Bewertungsmuster wiederum mit bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen einherzugehen. Aus klinischer Sicht fallen Harmoniebedürfnis, geringe bis fehlende Anspannungstoleranz, Perfektionismus, eine oft permanente innere Grundspannung verbunden mit einem überdauernden, latenten Bedrohungserleben, ein fragiles, unsicheres Selbstbild (Bhar & Kyrios, 2007) und – meist an erster Stelle – hohe moralische Standards ins Auge.

Die Psychoanalyse sieht in den hohen moralischen Standards den Ausdruck eines dominanten Über-Ichs. Diese Instanz verbietet unbewusste Triebregungen, die hier allerdings als Ausdruck realer Wünsche eingeordnet werden. Die kognitiven Theorien streiten die Existenz dieses ausgeprägten Über-Ich-Anteils nicht ab, sehen darin allerdings lediglich den „Repräsentanten“ dysfunktionaler Grundannahmen, die zur problematischen Interpretation an sich unproblematischer Intrusionen führen.

6

THERAPIEANSÄTZE MIT DEM ZIEL DER ZWANGSDISTANZIERUNG

Therapeutische Ansätze, insbesondere die metakognitive Therapie, legen den Fokus darauf, zu erkennen, dass Gedanken keine Realität abbilden, sondern immer nur eine Konstruktion darstellen, der man zunehmend gelassener begegnen sollte. In diese Haltung sind auch die Methoden der Achtsamkeit (Külz & Rose, 2013) und der Acceptance- und Commitment Therapie (ACT; Twohig et al., 2010) einzuordnen. Neben diesen transdiagnostischen Verfahren ist der zwangsspezifische „Inferenzbasierte Ansatz“ hervorzuheben (O'Connor, Aardema & Pélissier, 2005; O'Connor, Ecker, Lahoud & Roberts, 2012). Im Fokus steht die Annahme, dass ein „zwanghafter Zweifel“ den Patienten immer wieder veranlasst, einem Narrativ zu folgen, das nur durch den inneren Impuls eines Gedankens, aber nicht durch einen tatsächlich relevanten Hinweis aus der Realität ausgelöst wird. O'Connor und Aardema (2012) sezieren förmlich die typischen, immer wiederkehrenden Methoden des „Trickbetrügers“ Zwang, um den Patienten zu befähigen, diese frühzeitig zu erkennen

und sich vom Zweifel zu lösen. Alle Verfahren verfolgen letztlich über ihre jeweilige Methodik das Ziel, den Patienten in die Lage zu versetzen, dem Zwangsgedanken eine nicht-wertende, akzeptierende Haltung entgegenzubringen, sich von ihm abzuwenden und ihm inhaltlich nicht weiter zu folgen.

Dabei ist die Herausforderung, diese distanzierte Sichtweise zu entwickeln, für Menschen mit sexuellen und aggressiven Zwangsgedanken besonders groß. Im Unterschied zu Kontaminationsgedanken wird das Auftreten der Gedanken nicht im weiteren Sinne als „Warnung“ vor einer Gefahr oder einer „fahrlässigen“ Gefährdung anderer Menschen betrachtet, sondern die Quelle der Bedrohung ist der Gedanke an sich, der das eigene Selbst „wie es sein könnte“ repräsentiert (Aardeema & O'Connor, 2007). Die Befürchtung, ein Mörder oder ein pädophiler Mensch sein zu können, erschüttert das Selbstkonzept des Betroffenen im Kern. So reagierte eine 69-jährige Patientin auf den Zwangsgedanken, sie könnte ihre Nichte sexuell missbraucht haben: „Ich habe gedacht, du bist das nicht mehr – das hat eine wahnsinnige Angst ausgelöst. Das tut auch körperlich weh! Als wenn ein Reibeisen in der Seele sitzt.“ Ein immer wiederkehrendes, emotional niederschmetterndes, geradezu hypnotisierendes Argument lautet dabei: „Aber du hast doch diese Gedanken – das muss doch etwas bedeuten und du bist doch solch ein abgrundschlechter Mensch.“

An diesem Punkt wird deutlich, dass eine Interpretation der Gedanken auf der inhaltlichen Ebene als Ausdruck eines unbewussten Wunsches den angstinduzierenden Mechanismus weiter antreibt und daher kontraindiziert ist. Die hilfreiche therapeutische Intervention geht in die Richtung, dem Patienten zu verdeutlichen, dass die Gedanken zwar in seinem Kopf existieren, aber nichts über seine

Motive aussagen. Allenfalls in der Antithese: Die angstvoll erlebten, ich-dys-tonen Zwangsgedanken repräsentieren genau das Gegenteil. Wer den Zwangsgedanken hat, er könne sein Kind töten, der liebt sein Kind uneingeschränkt. Wer den Zwangsgedanken hat, er könne sich gegen seinen Willen unter plötzlichem Verlust seines Verstandes impulsiv aus dem Fenster stürzen, „liebt das Leben und will mehr davon“ (Seif & Winston, 2014).

7

EXPOSITION

BEI AGGRESSIVEN UND SEXUELLEN ZWANGSGEDANKEN

Diese wichtige Erkenntnis gilt es auf der Grundlage der insbesondere metakognitiven Ansätze zu erarbeiten. Dies ist mitunter ein langwieriges Unterfangen. Auf der Grundlage einer erfolgreichen Distanzierung kann anschließend eine Exposition in-sensu die Behandlung komplettieren. Der Patient konfrontiert sich nun direkt mit seinen bedrohlichsten Zwangsgedanken (Freeston et al., 1997; Freeston, 1999; Purdon, 2004; Williams, Crozier & Powers, 2011; Ferris, Mills & Hanstock, 2012). Er formuliert eine Geschichte, in der die befürchtete Tatausführung im Detail aus der Ich-Perspektive im Indikativ beschrieben wird. Es erfolgt die Konfrontation mit dem zentralen angstauslösenden Reiz, analog einer Exposition mit der Spinne bei einer Spinnenphobie. Im Prozess der wiederholten Darbietung dieser In-sensu-Geschichte kommt es nach anfänglich hoher Intensität der Angst zu einer deutlichen Angstreduktion. Die Geschichte kann schließlich ohne große emotionale Beteiligung vom Patienten gelesen oder gehört werden, und eine wesentliche Erkenntnis tritt zu Tage: „Das bin gar nicht ich!“. Diese Erkenntnis „auf einer tieferen

Ebene“ (Ecker, 2014) lässt den Patienten die Absurdität der Zwangsgedanken nach der metakognitiven Vorarbeit nun auch fühlen und vermittelt dem Patienten wieder den Eindruck seines Selbst „wie es ist“. Dieses Ereignis als idealer Effekt einer sorgfältig durchgeführten und therapeutenbegleiteten Exposition ist fragil, so dass Wiederholungen der Exposition eine hohe Bedeutung zukommt. Nicht zuletzt stellt diese Form der Exposition auch eine besondere Herausforderung für den Therapeuten dar. Er selbst muss die metakognitive Sichtweise verinnerlicht haben, dass diese oft brutalen Geschichten nicht mehr sind als Geschichten, wie sie auch in einem Kriminalroman zu lesen sein könnten.

Die Durchführung einer Exposition-in-vivo bezieht sich bei der Behandlung aggressiver und sexueller Zwangsgedanken in der Regel auf die schrittweise Reduktion von Vermeidungsverhalten. Der Patient nähert sich einer kritischen Situation an, in der er befürchtet, den aggressiven oder sexuellen Übergriff zu begehen, der Inhalt seiner Zwangsgedanken ist. So enthielt die Auslöserhierarchie eines Vaters, der den Zwangsgedanken hatte, er könne seine Tochter missbrauchen, folgende Situationen: Bilder von Kindern in Badekleidung betrachten (Anspannung bei 40), die Windeln der Tochter in Anwesenheit der Mutter wechseln (Anspannung bei 60), die Tochter auf dem Schoß sitzen zu haben (Anspannung bei 75), mit der Tochter allein sein (Anspannung bei 80), eine Dokumentation über Pädophilie anschauen (Anspannung bei 90) und schließlich Wechseln der Windel der Tochter allein (Anspannung bei 95; Bruce, Ching & Williams, 2018).

Die besondere Dynamik der aggressiven und sexuellen Zwangsgedanken mit dem herausstechenden Merkmal der inhaltlich empfundenen Ich-Dystonie im Vergleich zu anderen Zwangsgedanken

(Lee & Kwon, 2003; Garcia-Soriano, Bellocha, Morillo & Clark, 2011) führt auch zu einer anderen Gewichtung der In-sensu-Exposition. Bei der Exposition von Handlungszwängen stellt die In-sensu-Exposition in der Regel eine quasi imaginierte In-vivo-Exposition dar: ein Patient mit HIV-Kontaminationsbefürchtungen stellt sich z. B. vor, wie er eine von einem Drogenabhängigen benutzte Injektionspritze am Griff berührt. Sie ermöglicht damit eine Vorbereitung und Annäherung an die intensiver erlebte In-vivo-Exposition. Bei aggressiven und sexuellen Zwangsgedanken hingegen stellt die In-sensu-Exposition bereits die intensivste Konfrontation mit dem zentralen Auslöser dar und bedeutet für die Patienten daher eine große Herausforderung und Belastung. Dies wird mitunter auch von Behandlern noch unterschätzt, wie die Äußerung eines Seminarteilnehmers exemplarisch belegt: „Kann denn der Patient diese Übung nicht alleine zu Hause durchführen?“. Die Antwort lautet: „Nein, er käme sonst nicht zur Therapie und hätte das Problem schon selbst gelöst.“

In der Summe gibt die Kombination aus einsichtsfördernden metakognitiven Methoden und emotionsaktivierenden Expositionen dem Patienten die Möglichkeit, seine Zwangsgedanken nicht mehr als Ausdruck eines verborgenen, furchtbaren Selbst einzuordnen. Er erlernt eine alternative Bewertung, die den Zweifel am Selbst entschärft und seine Persönlichkeit stabilisiert. Der 38-jährige Patient konnte sich im Laufe der Behandlung im Anschluss an eine ausführliche Phase der Zwangsdistanzierung auf die Exposition-in-sensu einlassen. Die Gedanken haben in ihrer Intensität deutlich nachgelassen, die Idee einer pädophilen Neigung als Ursache für seine Zwangsgedanken ist dem Verständnis der problematischen Bewertungsprozesse intrusiver Gedanken gewichen.

LITERATUR

- Aardema, F. & O'Connor, K. (2007). The menace within: obsessions and the self. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 21 (3), 182-197.
- Abramowitz, J. S., Franklin, M., Schwartz, S. A. & Furr, J. M. (2003). Symptom presentation and outcome of cognitive-behavioural therapy for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 1049-1057.
- Abramowitz, J. S., Nelson, C. A., Rygwall, R. & Khandker, M. (2007). The cognitive mediation of obsessive-compulsive symptoms: A longitudinal study. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 91-104.
- Bhar, S. S. & Kyrios, M. (2007). An investigation of self-ambivalence in obsessive-compulsive disorder. *Behavior Research and Therapy*, 45, 1845-1857.
- Brakoulias, V., Starcevic, V., Berle, D. et al. (2013). The characteristics of unacceptable/taboo thoughts in obsessive-compul-



200 Seiten
ISBN 978-3-95853-550-3
Preis: 20,- €

eBook:
ISBN 978-3-95853-551-0
Preis: 10,- €

Karl-Heinz Menzen

Das Vor- und Unbewusste Im Zentrum der inneren Bilder

Das hier vorgelegte Buch versetzt uns mitten in einen Diskurs, der die psychoanalytische Theoriebildung seit ihrem Beginn in Atem hält. Sigmund Freuds Schwierigkeit, Bilder in Worte zu übersetzen, führen zu der Erkenntnis, dass ein Bewusstwerden der Denkvorgänge durch Rückkehr zu den visuellen Resten möglich sei, so Freud; dass es sich lohne, den Bildern auf den Grund zu gehen. Die Schwierigkeit des Psychotherapeuten führt uns nicht nur in den Bereich, in dem wir uns unsere je eigenen inneren Bilder angesiedelt vorstellen. Sie führt uns auch in die Frage, was das sei, was wir vor- und unbewusste Vorstellungen, was wir innere Bilder nennen; ob sie als Zeichen auf etwas hinwiesen oder ob sie symbolhaft nach ihrer grundlegenden Bedeutung fragten.

Der Kommentar Carl Gustav Jungs, dass alle psychischen Funktionen, die uns heute als bewusst erscheinen, einmal unbewusst waren, lenkt auf die eigentliche Frage hin, welcher Natur diese inneren Bilder seien. Die Antwort überrascht: Im Verlauf der über 20-jährigen einvernehmlichen Gespräche des Tiefenpsychologen Carl Gustav Jung mit dem Quantenphysiker Wolfgang Pauli zeigt sich etwas, das alle bisherigen Vorstellungen des Psychischen über den Haufen wirft: Das Unbewusste ist nicht nur psychischer, es ist auch physikalischer Natur. Von Grund auf verfügen wir über eine Fähigkeit, andeutungsweise Bilder unserer Welt zu entwerfen. Das Buch versetzt den Leser in die Grundannahmen der Quantenphilosophie, dorthin, wo diese im Konsens mit der analytischen Tiefenpsychologie sind.

„Die Natur, – der Mensch durchquert darin Wälder symbolischer Zeichen, die ihn beobachten mit Blicken, die ihm altvertraut“, hatte der Dichter Baudelaire gesagt.



PABST SCIENCE PUBLISHERS

Eichengrund 28 | D-49525 Lengerich | Telefon +49 (0)5484 308 | Telefax +49 (0)5484 550
pabst@pabst-publishers.com | www.psychologie-aktuell.com | www.pabst-publishers.com

- sive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 54 (7), 750-757.
- Bruce, S. L., Ching, T. H. W. & Williams, M. (2018). Pedophilia-themed obsessive-compulsive disorder: assessment, differential diagnosis, and treatment with exposure and response prevention. *Archives of Sexual Behavior*, 47 (2), 389-402.
- Ecker, W. (2014). Die Behandlung von Zwängen in der kognitiven Verhaltenstherapie. *PiD – Psychotherapie im Dialog*, 15 (02), 16-22.
- Eisenriegler, A. (2019). Was ist Psychoanalyse? <http://psychoanalyse.eisenriegler.at/texte/was-ist-psychoanalyse> – Zugriff am 15. 07.2019.
- Ferris, T. S., Mills, J. P. & Hanstock, T. L. (2012). Exposure and response prevention in the treatment of distressing and repugnant thoughts and images. *Clinical Case Studies*, 11 (2), 140-151.
- Freeston, M. H. & Ladouceur, R. (1999). Exposure and response prevention for obsessive thoughts. *Cognitive and Behavioral Practice*, 6, 362-383.
- Freeston, M. H., Ladouceur, R., Gagnon, F. et al. (1997). Cognitive-behavioral treatment of obsessive thoughts: a controlled study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65 (3), 405-413.
- Freud, S. (1955). Notes upon a case of obsessional neurosis. In J. Strachey (Ed. & Transl.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 10, pp. 151-320). London: Hogarth. (Original work published 1909).
- Garcia-Soriano, G., Bellocha, A., Morillo, C. & Clark, D. A. (2011). Symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder: From normal cognitive intrusions to clinical obsessions. *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 474-482.
- Hohagen, F., Wahl-Kordon, A., Lotz-Rambaldi, W. & Muche-Borowski, C. (Hrsg.) (2015). *S3-Leitlinie Zwangsstörungen*. DGPPN. Berlin: Springer.
- Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J. et al. (2014). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung – Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). *Nervenarzt*, 85, 77-87.
- Külz, A. K. & Rose, N. (2013). Achtsamkeitsbasierte kognitive Therapie (MBCT) für Patienten mit Zwangsstörung – Eine Adaptation des Originalkonzepts. *Psychotherapie – Psychosomatik – medizinische Psychotherapie*, 63, 1-6.
- Lang, H. (2015). *Der gehemmte Rebell*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Lee, H.-J. & Kwon, S.-M. (2003). Two different types of obsessions: Autogenous obsessions and reactive obsessions. *Behavior Research and Therapy*, 41, 11-29.
- Leichsenring, F. & Steinert, C. (2017). Short-term psychodynamic therapy for obsessive-compulsive disorder: a manual-guided approach to treating the “inhibited rebel”. *Bulletin of Menninger Clinic*, 81, (20), 1-49.
- Leichsenring, F. (2018). Interview mit Prof. Dr. rer. nat. Falk Leichsenring, Professor für Psychotherapieforschung an der Universitätsklinik Gießen: „Wir brauchen eine Vielfalt an evidenzbasierter Psychotherapie“. *Ärztblatt PP* 17, 449-450.
- Moulding, R., Aardema, F. & O'Connor, K. P. (2014). Repugnant obsessions: A review of the phenomenology, theoretical models, and treatment of sexual and aggressive obsessional themes in OCD. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 3, 161-168.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (1997). Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 667-681.
- O'Connor, K. & Aardema, F. (2012). *Clinicians handbook for obsessive compulsive disorder*. Chichester: Wiley-Blackwell.
- O'Connor, K., Aardema, F. & Pélissier, M. C. (2005). *Beyond reasonable doubt: reasoning processes in obsessive-compulsive*

- disorder and related disorders*. Chichester: Wiley & Sons.
- O'Connor, K., Ecker, W., Lahoud, M. & Roberts, R. (2012). Der inferenzbasierte Ansatz bei Zwangsstörungen. *Verhaltenstherapie*, 22, 47-55.
- Öst, L. G., Havnen, A., Hansen, B. & Kvale, G. (2015). Cognitive behavioral treatments of obsessive-compulsive disorder. A systematic review and meta-analysis of studies published 1993-2014. *Clinical Psychology Review*, 40, 156-169.
- Purdon, C. (2004). Cognitive-behavioral treatment of repugnant obsessions. *Journal of Clinical Psychology*, 60 (11), 1169-1180.
- Rachman (1997). A cognitive theory of obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 793-802.
- Rachman, S. J. & deSilva, P. (1978). Abnormal and normal obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 16, 233-248.
- Radomsky, A. S., Alcolado, G. M., Abramowitz, J. S. et al. (2014). Part 1 – You can run, but you can't hide: Intrusive thoughts on six continents. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 3, 269-279.
- Rath, H., Janssen, P. L. & Tetzlaff, M. (1998). Die Zwangsstörung – Eine Herausforderung für die psychoanalytische Therapie. *Psychotherapie*, 3 (2), 234-243.
- Reinecker, H. (2009). *Zwangshandlungen und Zwangsgedanken*. Göttingen: Hogrefe.
- Rosa-Alcázar, A., Sánchez-Meca, J., Gómez-Conesa, A. & Marin-Martinez, F. (2008). Psychological treatment of obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis. *Clinical Psychological Review*, 28 (8), 1310-1325.
- Salkovskis, P. M. & Warwick, H. M. (1988). Cognitive therapy of obsessive-compulsive disorder. In C. Perris, I. M. Blackburn & H. Perris (Eds.), *Cognitive psychotherapy – theory and practice* (pp. 376-395). Berlin: Springer.
- Seif, M. N. & Winston, S. (2014). *What every therapist needs to know about anxiety disorders – key concepts, insights, and interventions*. New York: Routledge.
- Twohig, M. P., Hayes, S. C., Plumb, J. C. et al. (2010). A randomized clinical trial of acceptance and commitment therapy versus progressive relaxation training for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 705-716.
- Weiss, H. (2017). Neuere Überlegungen zur Psychodynamik zwanghafter Mechanismen. *Psyche*, 71 (8), 663-686.
- Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York: Guilford.
- Williams, T. M., Crozier, M. & Powers, M. (2011). Treatment of sexual-orientation obsessions in obsessive-compulsive disorder using exposure and ritual prevention. *Clinical Case Studies*, 10 (1), 53-66.



THOMAS HILLEBRAND
 PSYCHOTHERAPEUTISCHE PRAXIS
 HOHENZOLLERNRING 67
 D-48145 MÜNSTER
 E-MAIL: praxis.hillebrand@gmx.de