

# Hypnosystemische Therapie einer Zwangsstörung

## Fallbeschreibung und kognitionstheoretische Analyse

Christa Hubrig

### Zusammenfassung

*Die hypnosystemische Therapie einer Patientin mit einer schweren Zwangsstörung wird dargestellt. Der Therapieverlauf und die angewandte Methodik werden anschließend kognitionstheoretisch untersucht. Aus der Analyse von Zwangsstörungen mithilfe des Selbstregulationsmodells von Carver und Scheier unter Einbezug von Selbstbestimmungstheorien (Deci u. Ryan, Epstein), Konzepten zur Affektregulation (Kuhl) und Resultaten der Hirnforschung (Roth, Grawe) ergeben sich Schlussfolgerungen für die Therapie von Zwangspatienten, welche das Interventionsrepertoire von Therapeuten erweitern.*

Die Studentin Paula S. (geb. 1990, Name geändert) litt unter einer massiven Zwangsstörung. Die Therapie begann im August 2011 und war nach 20 Sitzungen im März 2012 weitgehend abgeschlossen. Danach fanden zur Katamnese und Stabilisierung Treffen in immer größeren Abständen statt. Mit der Mutter gab es ein Gespräch zur Anamnese, zum Vater bestand kein Kontakt, er weiß nichts von den Symptomen der Tochter.

### I. Diagnostik und Anamnese

**Diagnose** (42.2 IDC 10): Zwangshandlungen und Zwangsgedanken gemischt.

#### Zwangshandlungen

*Kontrollzwang:* Die Patientin muss viele Male alle elektrischen Geräte, Schalter und Leitungen überprüfen, ehe sie die Wohnung verlassen kann. Zwangsrituale macht sie seit dem Vorschulalter. Bis heute muss sie jede kleinste Tätigkeit zweimal machen: z. B. ein Glas zweimal antippen, bevor sie es hochhebt und hinstellt, sich zweimal auf einen Stuhl nieder setzen und aufrichten. Sie kann nichts wegwerfen, Papierkorb und Müllsack muss sie ganz genau untersuchen, ob nichts von ihr „dranhängt“. Fachbuchtexte muss sie wiederholt lesen, bevor sie weiterfahren kann. Das Gelesene kann sie sich dennoch nicht merken.

#### Zwangsgedanken

Die Patientin kann sich von nichts *verabschieden*, nicht von Orten, Menschen, Dingen. Den Gedanken, dass etwas „nie wieder“ genauso sein wird wie jetzt, kann sie nicht ertragen. Sie kann angefangene Tätigkeiten nicht unterbrechen, denn wenn sie diese wiederaufnimmt,

wird sich alles verändert haben. Dass sie den Zeitfluss nicht akzeptieren kann, erscheint ihr besonders absurd. Wenn sie einen Ort verlässt, muss sie „gute“ Gedanken haben, bei „schlechten“ Gedanken muss sie das Weggehen solange wiederholen, bis es mit guten Gedanken geschieht. Das Gleiche gilt für Abschiede von Menschen. Denn sie befürchtet, dass sie dann verunglücken und ihren Eltern Kummer machen könnte und umgekehrt, dass ihren Eltern etwas passieren könnte. Die größte Angst lösen negative Gedanken zu ihrem Studienerfolg aus. Mehrmals täglich befürchtet sie zu ersticken, sie sieht sich dabei von oben und erlebt das Ersticken. Das Symptom habe sie schon lange, es dauert einige Sekunden und kann unvermittelt bei jeder alltäglichen Tätigkeit auftreten. Auslöser kann sie nicht identifizieren.

### Anamnese

Paula S. ist die einzige Tochter eines Akademikers im Gesundheitsbereich (58), ihre Mutter (51) arbeitet als Sozialpädagogin. Kurz nach der Geburt der Tochter ist der Vater zum Antritt seiner ersten Stelle in eine andere Stadt gezogen, die Mutter hat im Nachtdienst als Krankenschwester gearbeitet und tagsüber ihr Studium absolviert. Das Kind wurde währenddessen von der Großmutter versorgt. Mit drei Jahren kam sie in einen Kindergarten. Aufgrund der sehr strengen Erziehungsmethoden der Betreuerinnen („Drill-Erziehung“) wurde zu Beginn das Kind der Mutter „weggerissen“. Weil sie dort nicht essen und Anweisungen nicht folgen wollte, wurde sie zur Strafe öfters in den Schlafräum eingesperrt. Paula hat ihrer Mutter von den „bösen“ Erzieherinnen erzählt. Diese traumatischen Erlebnisse spielten eine Rolle bei ihrer Schwierigkeit, sich von Menschen zu verabschieden und wegen des „Nie wieder“ ihrem Wunsch, die Zeit anhalten zu wollen, sowie bei dem Zwang, „gute Gedanken“ haben zu müssen. Paula war frühreif, sie hat mit 1½ Jahren Liedtexte auswendig gesungen und konnte vor der Schule lesen. Sie wollte nie alleine schlafen (häufiges Schlafwandeln) und bis ins 3. Lebensjahr sich nicht von den Windeln trennen, was ihr die Mutter jedoch erlaubt hat. Solange die junge Frau sich zurückerinnern kann, musste sie Zwangsrituale durchführen, von denen die Eltern nichts mitbekommen haben.

**Familienbeziehungen:** In der Kindheit hatte die Patientin zum Vater mehr Nähe als zur Mutter. Der Vater hat einen ausgeprägten Ordnungszwang, wöchentlich habe er ihr Zimmer kontrolliert, ihre Sachen mussten in Regalen sichtbar aufbewahrt werden, es durfte keine Schränke mit Türen geben. Sie habe Angst vor ihrem Vater gehabt und ihn oft „gehasst“, andererseits fühle sie sich mit ihm „seelenverwandt“. Auf ihr Wohlergehen konzentriert, habe die Mutter sich „rührend“ um sie gekümmert, so dass sie in allen praktischen Dingen völlig unselbstständig geblieben sei. Auch der zehn Jahre ältere Freund, mit dem sie seit dem 16. Lebensjahr in einer eheähnlichen Beziehung lebt, habe ihr alles abgenommen.

**Schullaufbahn:** In der Grundschule wurde das Mädchen von anderen Kindern geärgert, sie hat darauf mit Bauchweh und Übelkeit reagiert. Weil Paula sehr kreativ war, ist sie auf eine Waldorfschule gewechselt. Ab acht lernte sie Geige spielen, später nahm sie Gesangsunterricht. Im Gymnasium sei sie von den Mitschülern „gemobbt“ worden, sie wechselte deshalb

in der 8. Klasse an das Gymnasium, in dem die Therapeutin als Lehrerin und Schulpsychologin tätig war. Ihre Schwierigkeit, im Unterricht mündlich mitzuarbeiten, konnte beseitigt werden. Vor dem Abitur hat sie sich wiederum an die Schulpsychologin gewandt, da sie, überaus leistungsorientiert, geradezu zwanghaft nur noch lernen konnte. Eine Zwangssymptomatik war erkennbar, wurde aber nicht angegangen. Ihre Lern- und Prüfungsblockaden konnte sie auflösen, sodass sie nach einem guten Abitur ihr Wunschstudium beginnen konnte. Die junge Frau kann auf andere zugehen. Da sie sich durch ihre Interessen von Gleichaltrigen unterschied, hatte sie keine „Clique“ in der Schule. Am Studienort hat sie jedoch sehr bald eine gleichgesinnte Freundesgruppe gefunden. Die Mutter habe ihre „Schwierigkeiten“ immer für „normal“ gehalten, da es ihr genauso gehe. Nachdem die Studentin ihr die Symptome nachdrücklich schilderte, wurde der Kontakt zur Therapeutin hergestellt.

### II. Therapieverlauf

In den ersten vier Stunden wurden die Symptome ermittelt und allgemeine Therapieziele vereinbart:

- Von Freund und Mutter nicht mehr abhängig sein
- Das Lernen für das Studium organisieren
- Mit der Auflösung der Kontrollzwänge beginnen

Ein Gespräch mit der Mutter fand in der 5. Sitzung statt. Sie befürchtete, dass ihre Tochter „sich etwas antun“ könne, und war beruhigt, dass keine Depressivität feststellbar war. Da die Patientin permanent unter hoher Anspannung stand, wurde zu Beginn der Therapie eine hypnotherapeutische Übung zum Selbstmanagement eingesetzt.

### Veränderung der Kontrollsequenz

Für die Intervention wurden Beginn und Ende des Kontrollverhaltens bestimmt: Im Bad fühle sie sich noch frei, wenn sie das Zimmer betritt, beginnt die Endlosschleife der Kontrolle aller möglichen Brandherde, die Sequenz ist beendet, wenn sie die Wohnungstür abschließt.

Der Ablauf wird umgestaltet: Auf dem Boden wird der Zeitpunkt unmittelbar vor dem Beginn des Zwangsrituals markiert und mental ein *freudvolles Erlebnis in naher Zukunft* ins Hier und Jetzt geholt. Mit der positiven Energie durchläuft sie die Sequenz mehrmals: Sie kontrolliert nur noch kurz, ob der Herd ausgeschaltet ist, verlässt die Wohnung und schließt ab. Die Patientin verfährt seitdem in dieser Weise und kann die Wohnung ohne Schwierigkeiten verlassen. Kleine Rückfalltendenzen ließen sich mit der Erinnerung an das Gelernte wieder auflösen. Der schnelle Erfolg der Intervention hat die Befürchtung der Patientin, dass Zwänge nicht behandelbar sind, verringert.

**Teile-Arbeit: Kompetenzen nutzen**

Die entscheidende Intervention im weiteren Therapieverlauf war eine sogenannte „Teile-Aufstellung“ (vgl. dazu Schindler, 2002; Schmidt, 2004). Die Methode basiert auf der psychodynamischen Auffassung, dass in einem Menschen unterschiedliche Strebungen bei einem Vorhaben virulent werden, einige davon stehen im Konflikt miteinander und behindern die Durchführung. Bei der Methode werden nach der Zieldefinition die Persönlichkeitsaspekte, die am *Problem* und seiner *Lösung* beteiligt sind, ermittelt und stichwortartig auf Karten mit Blickrichtung festgehalten. Die Patientin legt ihr *inneres Problemsystem* im Bezug zum „Ich“ auf den Boden des Therapieraums.

*Konstellation des Problemsystems:* Der Zwangsteil steht direkt vor dem „Ich“, er verstellt ihm den Blick und den Kontakt zu den anderen Anteilen. Die Patientin identifiziert sich anschließend auf der Karte stehend jeweils mit einem Teil, indem sie an eine konkrete Situation denkt, in der sie ihn erlebt. Die Frage der Therapeutin an jeden Anteil lautet: „Was ermöglichst du Paula? Wofür bist du gut?“ Die jeweilige „positive Absicht“ wird notiert: „*Kreativer*“ (kindlich-naiv bleiben, Spaß am Spielerischen), „*Emotionaler*“ (ermögliche einzigartige Erlebnisse, wird von der Umwelt beschnitten), „*Ernsthafter und ehrgeiziger*“ (habe enorme Stärke, will Ziele erreichen, blendet andere Einflüsse aus, ermöglicht tiefgründige Freundschaften), „*Sich beweisen müssen*“ (ermöglicht intellektuelle Leistungen, gute Abschlüsse, sie solle etwas *sein*, nicht besser als andere sein), „*Verlustangst*“ (bezieht sich auf alles, was zu Paula gehört, alles kann verloren gehen, er will, dass nichts endet. Wofür gut? Damit sie auf sich achtgibt und nichts Schlimmes erlebt), „*Zwanghafter*“ (fühle sich sehr stark, sein Verhalten sei ohne tieferen Sinn, er sei ausführendes Organ im Auftrag der Verlustangst und dem Sich-beweisen-Müssen. Wozu gut? Er will Paula konstante Sicherheit verschaffen, er könne ihre Angst jedoch nur momentan besänftigen).

*Konstellation des Lösungssystems:* Die Patientin legt eine neue Ordnung unter der „Kontrolle des Ichs“. Den „Zwanghaften“ stellt sie weit hinter das „Ich“, mit dem Blick abgewandt von den übrigen Mitgliedern. Vermutlich wird er sich für den Rauswurf „rächen“.

Beim nächsten Treffen während einer anstrengenden Klausurphase geht es der Patientin deutlich schlechter. Immer wenn sie vernünftig handelt, wolle sich der Zwang durchsetzen, dennoch folge sie der Vernunft, was sehr anstrengend und erschöpfend sei. Es wird deutlich, dass der zentrale Konflikt zwischen dem „ehrgeizigen“ und dem „zwanghaften Teil“ besteht. Eine „Verhandlung“ zwischen beiden wird durchgeführt.

**Verhandlungsreframing: Auflösung eines inneren Konflikts**

Auch bei dieser Methode geht man von einer „positiven Absicht“ der Anteile für die Person aus. Das Angebot der Therapeutin – der Ehrgeizige folge der „Vernunft“ des Verstandes, der Zwanghafte der „Vernunft“, Sicherheit zu geben, sie behindern sich gegenseitig, weil jeder dem anderen sein Programm aufzwingen will – findet die Patientin schlüssig. Das Ergebnis der Verhandlung mithilfe von zwei Stühlen, auf denen sie sich jeweils an die Teile assoziiert

hat: Die Kontrahenten wollen einander „mehr Freiheit“ geben und nicht „gleichzeitig zum Zuge“ kommen.

Die nächste Sitzung erbringt: Es gehe ihr zwei Tage gut, dann würden sich die Teile wieder bekämpfen, was sie unter hohe Anspannung bringe. Die Patientin überlegt mehrere Möglichkeiten, das Muster zu unterbrechen: Sich hinlegen und gar nichts tun, Sport treiben, singen, auf positive Aspekte ihres Lebens schauen. Damit vermag sie sich situativ zu entspannen.

**Fortschritte im Therapieprozess**

Während der beschriebenen Therapiephase trennt sich die Patientin von ihrem Freund. Danach geht es ihr in allen problematischen Bereichen besser, sie kann Dinge leichter wegwerfen, Entscheidungen realisieren und effektiv für das Studium lernen. „Kleine Lernprogramme“ hat sie sich selbst verschrieben. Anstatt sich wie bisher alle möglichen Hindernisse und notwendigen Rituale vorzustellen, beginnt sie sofort mit der handelnden Umsetzung. „Handeln statt Denken“ sei ihre Devise. Bisher sei sie perfektionistisch gewesen, jetzt erlaube sie sich, Fehler zu machen. Sie lässt jetzt bewusst eine unvollendete Arbeit liegen, die Beklemmung, die sie dann immer noch fühlt, deutet sie als Bestätigung, dass sie „dem Zwang nicht gefolgt ist, sondern ihn besiegt hat“. Sie sagt sich: „Toll, dass ich das geschafft habe“, atmet tief durch oder singt etwas. Die Erstickungsmomente übersteht sie, indem sie atmet und einfach weitermacht. Zu Zwangsgedanken sagt sie sich: „Es passiert nichts, egal, was ich denke. Das Problem ist nicht, dass etwas passiert, sondern, dass ich mich mit meinem Denken so einenge.“

Gegen Ende der Therapie zeigt die Patientin der Therapeutin ein Blatt mit der Überschrift: „Was bedeutet für mich die Situation ohne die Zwänge“. In Stichworten ist darauf festgehalten, was ihr nun möglich erscheint: *Freiheit* = Handlungsfreiheit; *Persönlichkeit* = Individualität; *Kreativität* = Grenzenlosigkeit; *Jugend* = Glück, Leben; *Ich selbst sein* = Normalität; *Weite* = Sehnsucht; *Gefühl* = Leben ohne Verbote; *Eigenständigkeit* = das Leben in den Griff bekommen; *Erwachsenwerden* = allem gewachsen sei; *Denken in alle Richtungen* = einfach alles denken, lesen und schreiben; *Reisen* = überall sein können; *Sicherheit* = Entscheidungen fällen können. Die junge Frau hat ein neues Selbstkonzept entwickelt. Sie habe sich noch nie so glücklich gefühlt wie jetzt.

**Trauma-Bewältigung: Regression auf der Zeitlinie**

Die Patientin war auf einem guten Wege. Das „magische“ Denken des Kindes spielte bei der Sorge, dass sie mit „schlechten“ Gedanken ihren Studienerfolg beeinträchtigen könnte, jedoch noch eine Rolle. Auf keinen Fall darf sie Gedanken an mögliches Scheitern äußern. Sie erinnert sich an ein von der Mutter geschildertes traumatisches Erlebnis, als sie mit drei Jahren den Kindergarten besuchen musste.

Auf einer „Zeitlinie“ im Therapieraum (vgl. zur Arbeit mit „Zeitlinien“ Schindler 2002) wird über den Weg der „Transderivationalen Suche“ mit einem spezifischen Problemgefühl (im

Fallbeispiel der Wiederholungszwang bei „schlechten Gedanken“) das traumatische Erlebnis aufgesucht und dem „inneren Kind“ die damals fehlende Unterstützung gegeben. Mit dieser neuen Erfahrung durchläuft die Patientin ihr Leben bis heute. Warum wirkt diese Methode? Die reale Vergangenheit lässt sich nicht verändern. Emotional intensive Erfahrungen sind jedoch im Gehirn *Gegenwart*. In der Regression wird das neuronale Netzwerk des traumatischen Erlebnisses aktiviert. Da das emotionale Gehirn kaum zwischen Realität und Vorstellung unterscheidet, wirkt ein affektiv intensives, nur vorgestelltes positives Erlebnis in der Gegenwart genau auf dieses Netzwerk ein.

Als hartnäckig in der Folgezeit erwies sich das Beklemmungserleben, das immer dann auftritt, wenn die Patientin einem Zwangsimpuls nicht folgt. Um den negativen Erlebniszustand herabzuregulieren, wurde eine weitere hypnotherapeutische Methode eingesetzt.

### Anchor Collapsing: Einen negativen Zustand entmachten

Man aktiviert über die fünf Sinnesmodalitäten das Problemerkennen in einer konkreten Situation und einen oder mehrere „gestapelte“ intensive positive Erlebniszustände, verankert beides und lässt die gegensätzlichen Zustände, begleitet von einem „Hypnotalk“, zusammenführen. Dabei werden alternativ virulente neuronale Netzwerke *gleichzeitig* aktiviert und perturbiert. Erfahrungsgemäß ist der negative Erlebniszustand nach dieser Intervention nachhaltig verringert, wie auch in diesem Fall.

### III. Kognitionspsychologische Analyse von Zwängen und Interventionsstrategien

Wie lässt sich die Auflösung der Zwänge der Patientin erklären? Hat das nur mit der Intelligenz und Kreativität der Studentin zu tun? Oder gibt es Aspekte, die sich verallgemeinern lassen? Aus einer Einzelfallstudie lassen sich nutzbare Hinweise gewinnen, wenn Symptomatik und Interventionsmethodik mithilfe von allgemeinen Theorien erklärt werden können.

### Biopsychosoziale Schemata

Wenn Menschen zu einem bestimmten Zeitpunkt denken, entscheiden und handeln, verarbeiten sie den sensorischen Input aus ihren sozialen und inneren Umwelten in den biopsychosozialen Strukturen, die sie in ihrer Sozialisation erworben haben: Das sind auf psychischer Ebene die *kognitiv-emotionalen Schemata*, auf sozialer Ebene die *Interaktionsregeln* in ihren relevanten sozialen Systemen, auf neurobiologischer Ebene die *somatischen Reaktionsmuster* und die *neuronalen Schaltkreise* im Gehirn. Zwangspatienten leiden insbesondere unter ihren kognitiv-emotionalen Schemata, die zu ungewolltem Verhalten führen.

### Informationen

Um Neues zu lernen, sind Umweltreize erforderlich, die so neu und wichtig sind, dass sie nicht weggefiltert werden können, sondern die Person und ihr Gehirn „zwingen“, sich in

einer Weise damit auseinanderzusetzen, dass die vorhandenen neuronalen Strukturen sich verändern (Roth, 2003). Gregory Bateson, der das systemische Denken substantiell geprägt hat, definiert „Information“ als einen „Unterschied, der einen Unterschied macht“ (1981). Welche „Informationen“ verändern den Feedbackmechanismus im Zwangsverhalten?

### Selbstregulation von Verhalten

Die Psychologen Charles S. Carver und Michael F. Scheier (2001) haben unter Einbezug unterschiedlicher Konzepte und Forschungsergebnisse zur Informationsverarbeitung folgendes Schema für die Selbstregulation von zielorientiertem Verhalten entwickelt:

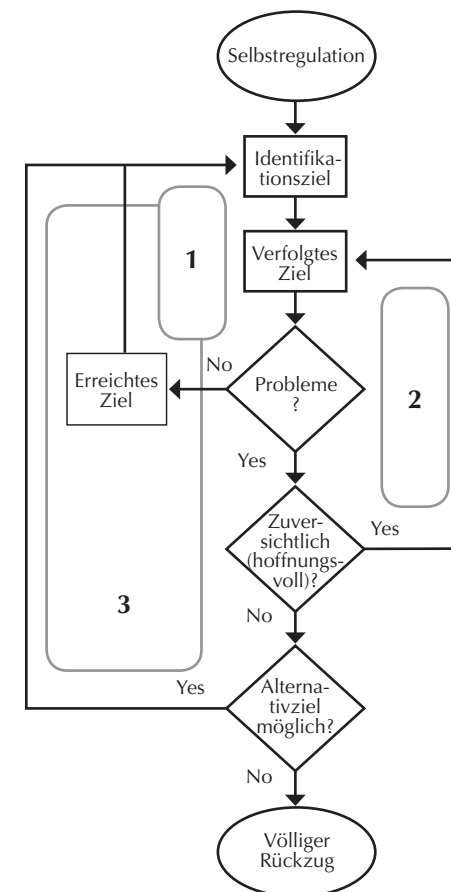


Abb. 1: Erfolgreiche und nicht erfolgreiche Selbstregulation (Carver & Scheier 2001, S. 349)

Der Entscheidungspunkt, ob ein angestrebtes Ziel weiterverfolgt oder aufgegeben wird, ist die *Zuversicht* („confident“, „hopeful“) der Person, aufgetretene Probleme lösen zu können. Einem Zwangspatienten steht kein „alternatives Ziel“ zur Verfügung, was schließlich zum Aufgeben und/oder zur Verzweiflung führt. Die Komorbidität von Zwang und Depression ist insofern naheliegend.

Der Therapeut weckt im Patienten die Hoffnung, dass er seine Ziele mit anderen Verhaltensweisen als den Zwangsritualen wird erreichen können. Die Zielrealisierung geschieht nach Carver und Scheier in einem hierarchischen Feedbackmechanismus.

**Ziele und Verhalten**

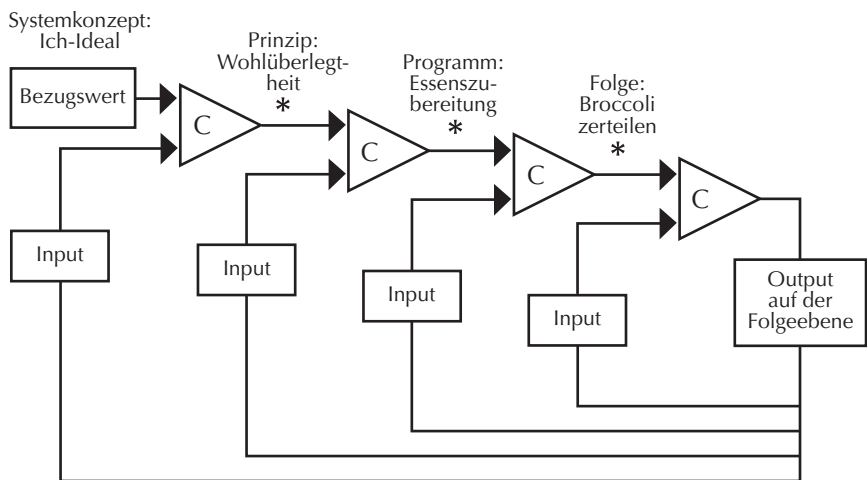


Abb. 2: Die Hierarchie-Ebenen zielorientierter Feedbackprozesse am Beispiel der Zubereitung einer Mahlzeit (Carver & Scheier, 2001, S. 69)

Übertragen auf Zwangsmuster bedeutet das zum Beispiel: Eine veränderte *Kontrollsequenz* in der Realität wirkt sich auf deren nächste Ausführung aus, der Erfolg wiederum verändert das *Handlungsprogramm*, auf der nächsthöheren Ebene wird das *Denken* über Zwangshandlungen und schließlich das ideale *Selbstkonzept* auf der Identitätsebene beeinflusst. Die Ebenen der Selbstregulation fächern sich von oben nach unten auf. Das hierarchische Feedback-Schema konvergiert mit dem Modell der Synergetik, der „umfassendsten systemtheoretischen Konzeption“ nach Haken und Schiepek (2006).

**Über die Selbststeuerung des Verhaltens**

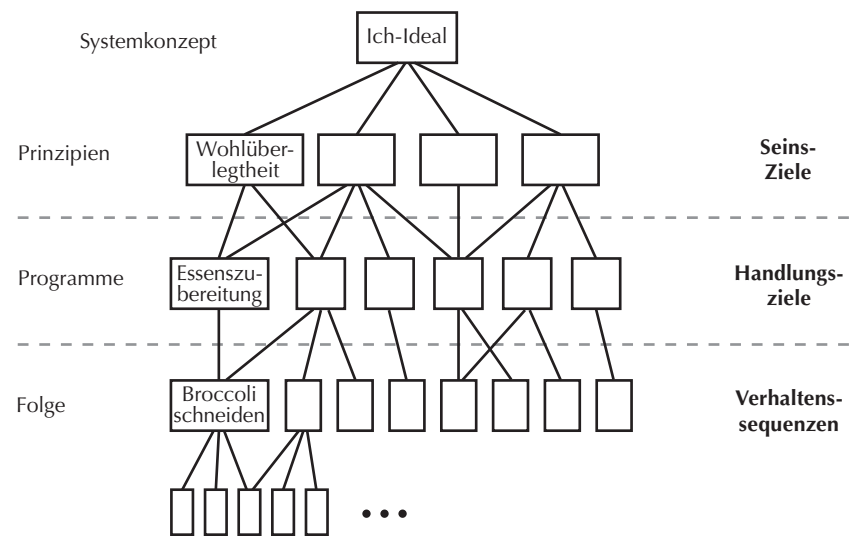


Abb. 3: Die Ebenen der Selbstregulation des Verhaltens (Carver & Scheier, 2001, S. 72)

Auf jeder Ebene werden Ziele angestrebt: Auf der Systemebene (Ideal self) handelt es sich um *Seins-Ziele* („Be“ goals), die in *Prinzipien* bzw. persönliche „Werte“ differenziert sind. Auf der Programmebene geht es um *Handlungsziele* („Do“ goals), die mit spezifischen Verhaltenssequenzen (Motor control goals) zu erreichen gesucht werden.

Im Fallbeispiel realisiert die Patientin mit den Zwangsritualen ihr Handlungsziel der Angstreduktion. Da sie über andere Fähigkeiten („Programme“) verfügt, werden ihr diese im Problemkontext verfügbar gemacht, das ermöglicht ihr, die Seins-Ziele („Be“ goals) zu erreichen.

Die Probleme von Zwangspatienten liegen auf der Programmebene. Ihre Denk- und Verhaltensprogramme führen kurzfristig zum Ziel der Angstreduktion, dies verletzt jedoch massiv ihr Selbstkonzept. Sie schämen sich deswegen und verheimlichen der Umwelt ihre Symptome. Unter den Auslösebedingungen von Zwängen wird nur das Ziel der sofortigen Angstbewältigung gesehen und nur eine Fähigkeit, nämlich Zwangsgedanken mit Zwangsritualen zu bewältigen, realisiert. Alle anderen Handlungsprogramme bzw. Fähigkeiten sind nicht verfügbar.

In der hypnosystemischen Therapie werden ausgeblendete Kompetenzen für andere Formen der Angstbewältigung genutzt. Dies geschah im Fallbeispiel mithilfe der Teile-Arbeit, in der mehrere Fähigkeiten *gleichzeitig* präsent gemacht wurden. Aufgrund der mittelfristigen Auswirkung dieser Intervention erschienen der Patientin nach einer Weile die Prinzipien und Werte ihres idealen Selbst realisierbar.

### Psychische Grundbedürfnisse

*Selbstbestimmungstheorien* (Epstein, 1990; Deci, Ryan, 1993) beziehen sich, gemäß dem Modell von Carver und Scheier, auf die Systemebene des „idealen Selbst“. Menschen haben das angeborene Bestreben, *Kompetenzen* in ihrer Auseinandersetzung mit der Umwelt zu entwickeln, um für ihr individuelles Überleben zu sorgen und ein gewisses Ausmaß von *Kontrolle* über Umweltereignisse zu erreichen. Gleichzeitig sind sie für ihr Überleben auf das Fortbestehen ihrer relevanten *sozialen Systeme* angewiesen. Jeder Mensch möchte sowohl sein *Autonomiebedürfnis* als auch sein *Bindungsbedürfnis* befriedigen und diese vor Verletzung schützen. Entwicklungspsychologisch muss der zentrale Konflikt zwischen Autonomie und Bindung von jedem Menschen gelöst werden (Stierlin, 1994). Im Fallbeispiel wurden die Mutter und der Freund in die alltägliche Problembewältigung einbezogen. Das stand im Widerspruch zum Autonomiestreben der jungen Frau. Das Grundbedürfnis nach Autonomie und Kontrolle wird durch eine Zwangssymptomatik massiv verletzt. Man erlebt sich in hohem Maße fremdbestimmt. Entscheidend war für die Patientin die Erfahrung, dass sie ihre Probleme selbst lösen kann. Ihre Erfolge haben ein weiteres Grundbedürfnis, nämlich den eigenen *Selbstwert* zu erleben und zu erhöhen (Epstein, 1990; Grawe, 2004), befriedigt.

Systemisch-konstruktivistisches Intervenieren berücksichtigt das Autonomiebedürfnis: Es gibt keine dezidierten Verschreibungen („Machen Sie xy!“), sondern nur „Anregungen“, die der Patient autonom verarbeitet und in neuen Verhaltensweisen konkretisiert. Mit der systemischen Strategie, (fast) nichts über den anderen zu wissen, und mithilfe von Fragen Hypothesen zu testen, wird die Aufmerksamkeit des Patienten auf bisher nicht Gedachtes und Getanes gerichtet. Die Diskrepanz zwischen etabliertem Denkschema und neuen Informationen initiiert Suchprozesse zur *Dissonanzreduktion* (Festinger, nach Grawe, 2004).

Durch lösungsorientiertes Fragen wurde im Fallbeispiel die Aufmerksamkeit der Patientin immer wieder vom Problem weg auf *attraktive kleine Ziele*, auf *Fähigkeiten und Kompetenz-erlebnisse* und *kleine Verbesserungen* gerichtet. Ihre Ziele auf der Identitätsebene wurden nicht aktualisiert, denn das hätte kleine Erfolge relativiert und entwertet.

Den Nutzen der Aufmerksamkeitsfokussierung auf „Positives“ können Konzepte zur Affektregulation bei der Reizverarbeitung erklären.

### Affektregulation

Über die *qualitative* Richtung der Informationsverarbeitung entscheiden Affekte. Positive Emotionen/Gestimmtheiten bewegen zum Handeln, negative Emotionen/Gestimmtheiten wirken hemmend, Grübeln verstärkt negative Denk- und Verhaltensschemata (Carver, Scheier, 2001). Davon geht auch der Motivationsforscher Julius Kuhl (2001) in seiner Willentheorie aus, mit der Leitfrage: Unter welchen Bedingungen setzen Menschen ihre Absichten in Handeln um? Kuhl stützt seine *Person-System-Interaktionstheorie* (PSI-Theorie) auf die psychologische und die neurobiologische Forschung. Der theoretische Extrakt kann wie folgt formuliert werden: Willensprozesse werden in vier „psychischen Systemen“ generiert, die unterschiedliche Funktionen haben: Das „Intentionsgedächtnis“ ist für analytisches Denken und Planen zuständig, das „Intuitive Verhaltenssystem“ generiert motiviertes Verhalten, mit dem „Objekterkennungssystem“ werden relevante und gefährliche Umweltreize wahrgenommen, im „Extensionsgedächtnis“ mit der Kernstruktur des „Selbst“ ist die autobiografische Erfahrung gespeichert. Bei der Umsetzung einer Absicht in Handeln treten positive und negative Affekte auf, deren Stärke bei der *Interaktion* der vier Systeme moduliert wird. Nach Auffassung von Kuhl entspricht der systemische Therapieansatz seiner Motivationstheorie (2001, S. 1001ff.).

Zwangspatienten haben in der Angst auslösenden Situation keinen *willentlichen* Zugriff auf den Reichtum ihres autobiografischen Erfahrungsgedächtnisses, denn sie sind auf bevorstehende Katastrophen und deren Verhinderung durch Zwangsrituale fixiert.

Warum sind Zwangssymptomatiken besonders rigide? Eine Antwort können die Ergebnisse der Hirnforschung geben.

### Neuronale Schaltkreise im Gehirn

Bei Zwangsgedanken und -ritualen ist das neuronale Geschehen auf einen kleinen Gehirnbereich eingeschränkt. In der Auslösesituation werden genau bestimmbare Areale elektrochemisch aktiviert, wie die bildgebenden Verfahren zeigen (vgl. Oelkers et al., 2007).

Angst erzeugende Reize können auf zwei Wegen verarbeitet werden, über welche der Hypothalamus, die Schaltzentrale im Gehirn, „entscheidet“ (Cozolino, 2007): Der direkte führt über die Hypophysen-Nebennieren-Achse zur sofortigen Aktivierung der motorischen Systeme zwecks „Kampf“ oder „Flucht“. Der zweite, langsamere Weg führt über den präfrontalen Cortex: Die Reize werden rational analysiert und bewertet, bevor man handelt (Bauer, 2004). Zwangspatienten können ihre Gedanken, Vorstellungen und Rituale nicht mit dem Verstand hemmen, denn der schnelle Weg der Angstreduktion durch „Kampf“ (Zwangsrituale) oder „Flucht“ (Angstsituationen meiden) ist automatisiert.

Für die Therapie stellt sich die Frage: Wie kann man dem präfrontalen Cortex bzw. dem Verstand die Kontrolle zurückgeben? Wenn man Patienten argumentativ zu überzeugen sucht, bekommt man meistens zur Antwort: „Interessante Ideen, die mir jedoch nicht helfen.“ Auch die manchmal angewandte Gedanken-Stopp-Methode ist nicht erfolgreich, denn

es geht bei Zwangsvorstellungen nicht darum, verbal repräsentierte *Gedanken*, sondern das Auftreten von *Katastrophenbildern/-filmen* zu stoppen.

Welche Interventionen verändern die neuronalen Netzwerke nachhaltig? Das leistet auf jeden Fall die *Expositionsmethodik* der Verhaltenstherapie, es handelt sich m. E. dabei jedoch um eine Behandlung der Zwangsstörung mit „Zwang und Schrecken“. Aufgrund der hohen emotionalen Beteiligung verändert die Exposition zwar das neuronale Netzwerk (Oelkers et al., 2007), doch diese Form der Angstbewältigung macht den Patienten bis zur Habituation vom anwesenden Therapeuten abhängig.

Der prozessorientierte hypnosystemische Handlungsansatz lässt sich ebenfalls durch Ergebnisse der Hirnforschung fundieren (Hubrig, 2010, 2011). Mit den oben dargestellten Methoden (andere sind denkbar) macht der Patient in der Therapie probatorische Erfahrungen: Die funktionelle neuronale Aktivität im Zeitfluss vorbeiziehender Gedanken und Verhaltensideen wird genutzt. Die flüchtigen Erlebnisse müssen danach *strukturell*, das heißt in neuen synaptischen Verbindungen des Gehirns stabilisiert werden. Dazu verhelfen systemische Interventionen und die Verstärkung von Erfolgserlebnissen im Alltag, bis der Patient neue Verhaltensweisen internalisiert, das heißt im Selbstregulationsmodell, auf der Programm- und Identitätsebene gefestigt hat. Der verhaltenstheoretisch orientierte Therapieforscher Klaus Grawe (2004) resümiert in seinem Durchgang durch die Hirnforschung: Problematische Verhaltensweisen sind in stabilen neuronalen Netzwerken gespeichert. Nur wiederholte, emotional positive neue Erfahrungen in der Gegenwart können das neuronale Netzwerk strukturell verändern. Das gilt für alle Symptomatiken, so auch für Zwänge.

### Ausblick

In dieser Analyse sind „weichere“ Interventionsmöglichkeiten als die in der Verhaltenstherapie üblichen dargestellt worden. Sie nutzen die *psychischen Grundmotive* und die *individuellen Fähigkeiten von Personen*. Im Interesse der Patienten wäre zu wünschen, dass ihnen gemäß dem Utilisationsprinzip von Milton Erickson „maßgeschneiderte“ Therapien angeboten werden, statt mit einem lerntheoretischen „Schema F“ viele ihrer Ressourcen ungenutzt zu lassen.

In der Therapie geht es um Veränderungen durch den sensorischen Input in der *Face-to-Face-Kommunikation*. Aus hypnosystemischer Perspektive geht es um

- 1) die optimistische Haltung des Therapeuten („Dein Problem ist schwer und dennoch lösbar“) mit dem entsprechenden Ausdrucksverhalten, das sich energetisch auf den Patienten überträgt. Gefühlsansteckung ist ein Alltagsphänomen, das neurobiologisch mit der „Arbeit“ der Spiegelneuronen erklärt werden kann (Bauer, 2005). Der Patient schöpft Hoffnung und Selbstvertrauen, das ist der entscheidende Punkt im Selbstregulationsmodell von Carver und Scheier.

- 2) Interventionen, die vorhandene Fähigkeiten in den Bewusstseinshorizont holen, damit der Patient Möglichkeiten sieht, seine Probleme zu lösen. Im Fallbeispiel wurden selbst entwickelte Strategien auf die Lösung anderer Probleme übertragen und somit generalisiert.
- 3) Regressionsmethoden, die angesagt sind, wenn die Zwangsstörung nach einem traumatischen Erlebnis begonnen hat. Das Körpergedächtnis und die Tatsache, dass das emotionale Gehirn nicht zwischen vorgestellten und externen Reizen unterscheidet, führen zur affektiven Entmachtung des Traumas.

Die Festigung neuer Denk- und Verhaltensweisen benötigt Zeit. So ist es nicht verwunderlich, dass die Patientin erst gegen Ende der Therapie (nach einer Phase der Unsicherheit, ob das, was sie schon anders macht, auch wirklich Bestand hat) von ihren selbst gefundenen Lösungsstrategien berichtet hat. Wichtig war ihre Umdeutung der Störung: „Nicht die Zwänge schränken mich ein, sondern der Gedanke, dass ich die Zwänge *habe*.“ Die Patientin hat die verhängnisvolle „Verdinglichung“ von Symptomen durchschaut, wie das Fritz Simon im Titel seines Buches „Meine Psychose, mein Fahrrad und ich“ (1991) vor Augen geführt hat.

### Literatur

- Bateson, G. (1981). *Ökologie des Geistes*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Bauer, J. (2004). *Das Gedächtnis des Körpers. Wie Beziehungen und Lebensstile unsere Gene steuern*. München: Piper.
- Bauer, J. (2005). *Warum ich fühle, was du fühlst. Intuitive Kommunikation und das Geheimnis der Spiegelneurone*. Hamburg: Hoffmann und Campe.
- Carver, C. S., Scheier, M. F. (2001). *On the Self-Regulation of Behavior*. Cambridge: University Press.
- Cozolino, L. (2007). *Die Neurobiologie menschlicher Beziehungen*. Kirchzarten bei Freiburg: VAK.
- Deci, E. L., Ryan, R. M. (1993). Die Selbstbestimmungstheorie der Motivation und ihre Bedeutung für die Pädagogik. *Zeitschrift für Pädagogik* 39, S. 223-228.
- Epstein, S. (1990). Cognitive-experiential self-theory. In: Pervin, L. A. (Ed.), *Handbook of personality: Theory and research* S. 165-192. New York: Guilford.
- Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Hogrefe: Göttingen.
- Haken, H., Schiepek, G. (2006). *Synergetik in der Psychologie. Selbstorganisation verstehen und gestalten*. Göttingen: Hogrefe.
- Hubrig, C. (2010). Gehirn, Motivation, Beziehung – Ressourcen in der Schule. *Systemisches Handeln in Unterricht und Beratung*. Heidelberg: Carl-Auer.
- Hubrig, C. (2011). Systemisches Handeln und Hirnforschung. *Zeitschrift für systemische Therapie und Beratung* 20 (3), S. 129-134.
- Kuhl, J. (2001). *Motivation und Persönlichkeit. Interaktion psychischer Systeme*. Göttingen: Hogrefe.
- Oelkers, C., Hautzinger, M., Bleibel, M. (2007). *Zwangsstörungen. Ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Behandlungsmanual*. Weinheim/Basel: Beltz.

- Roth, G. (2003). Fühlen, Denken, Handeln. Wie das Gehirn unser Verhalten steuert. Frankfurt: Suhrkamp.
- Schindler, H. (2002). Erlebnisintensive Methoden in der systemischen Therapie mit EinzelklientInnen. Familiendynamik 27 (4), S. 268-486.
- Schmidt, G. (2004). Liebesaffären zwischen Problem und Lösung. Hypnosystemisches Arbeiten in schwierigen Kontexten. Heidelberg: Carl-Auer.
- Simon, F. B. (1991). Meine Psychose, mein Fahrrad und ich. Zur Selbstorganisation der Verrücktheit. Heidelberg: Carl-Auer, 13. Aufl. 2012.
- Stierlin, H. (1994). Ich und die anderen. Psychotherapie in einer sich wandelnden Gesellschaft. Stuttgart: Klett-Cotta.

**Dr. phil. Dipl.-Psych. Christa Hubrig** arbeitet in eigener Praxis, als Leiterin des „ISIS-Instituts für systemische Lösungen in Schulen“ ([www.isis-institut-koeln.de](http://www.isis-institut-koeln.de)) sowie als Autorin und Herausgeberin im Carl-Auer Verlag. Bis 2006 war sie als Lehrerin und Schulpsychologin tätig.

[christa-hubrig@versanet.de](mailto:christa-hubrig@versanet.de)