

Individualisierte Behandlung von Zwangsstörungen mittels Expositions-Reaktions-Management nach Operationalisierter Psychodynamischer Diagnostik

Gergely MATE, Mirko ERNST, Michael PURUCKER

Bezirkskrankenhaus Bayreuth
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Korrespondierender Autor:

Dipl.-Psych. Gergely Mark Mate
Bezirkskrankenhaus Bayreuth
Nordring 2, 95445 Bayreuth
<mailto:gergely.mate@bezirkskrankenhaus-bayreuth.de>

Zusammenfassung

Reizkonfrontationsverfahren wie ERM (Expositions-Reaktions-Management) sind klinisch erprobte Interventionstechniken für die Behandlung von schweren Zwangsstörungen. Ein individualisiertes Behandlungskonzept berücksichtigt die Bedeutung persönlichkeits-struktureller Merkmale und psychodynamisch relevanter Konflikte; beide Dimensionen sind mittels der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD) deskriptiv und klinisch relevant erfassbar. In der vorliegenden Arbeit werden zwei Patientinnen dargestellt, die aufgrund schwerer Zwangsstörungen stationär mittels ERM behandelt wurden. Dabei zeigte sich, dass nicht nur Art und Verarbeitung zentraler Konfliktthemen, sondern auch Unterschiede im Strukturniveau mit verschieden ausgeprägter Selbstregulationsfähigkeit sowie Selbst-/Objektwahrnehmung den Therapieverlauf mitbestimmen. Die hier vorgestellten Behandlungsverläufe verdeutlichen unsere klinische Erfahrung, dass die Berücksichtigung der OPD zu einer an den individuellen Patienten angepassten ERM-Anwendung führt und dies den Therapieverlauf günstig beeinflusst.

Schlüsselwörter: Zwangsstörung, Expositions-Reaktions-Management, Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik, Struktur, Konflikt

Individualized Treatment of Obsessive Compulsive Disorders with Exposition Reaction Management and Operationalized Psychodynamic Diagnostics

Stimulus exposure methods like ERM (exposition reaction management) are clinically tested intervention techniques for treatment of severe obsessive compulsive disorders. An individualized treatment concept considers the importance of structural traits and psychodynamic relevant mental conflicts; both dimensions can be described via operationalized psychodynamic diagnostics (OPD) with clinical relevance. In this article two in-patients with severe OCD treated with ERM are presented. It could be shown that not only specificity and processing of mental conflicts, but also differences in structural level with distinctive self regulation and self-/object-perception had an effect on therapy progress. Our clinical experience shows that with OPD the use of ERM can be adapted to the individual patient and results in positive effects for therapy design and outcome.

Keywords: Obsessive compulsive disorder, exposition reaction management, operationalized psychodynamic diagnostics, structure, mental conflict

Einleitung

Zur Psychodynamik von Zwang und die Bedeutung von Struktur für ERM

Schwere Zwangsstörungen sind einer intensiven, multiprofessionellen, stationären Psychotherapie zugänglich; dabei ist das „Expositions-Reaktions-Management“ (ERM) ein modernes verhaltenstherapeutisches Verfahren, das die Reizkonfrontationstechnik mit emotionsfokussierten Gesprächstechniken verbindet, bei denen der Therapeut direkt unterstützend eingreift (1). Psychodynamisch gesehen kann der Zwang als dysfunktionale Bewältigung bestehender Konfliktspannung verstanden werden. Um die Therapie bei komplexen Störungsbildern wie Zwängen individuell zu strukturieren, nutzen wir die OPD (Operationalisierte psychodynamische Diagnostik). Die zentralen persönlichen Faktoren werden in der OPD auf Basis differenzierter Interviewbefunde auf fünf Achsen abgebildet, die für den klinischen Gebrauch praktikabel sind und reliabel eingeschätzt werden können (2). Davon sind hier die Achsen III und IV relevant. Achse III bildet zentrale Konfliktbereiche ab. Die Operationalisierung von Struktur (Achse IV) erfolgt über die Erfassung der Verfügbarkeit von psychischen Funktionen in der Regulierung des Selbst sowie seiner Beziehung zu inneren und äußeren Objekten (2). Als strukturelle Störung ist definiert, dass bestimmte strukturelle Differenzierungen und Integrationsschritte nicht erfolgt sind und zentrale Ich-Funktionen wie z. B. Affektregulation beeinträchtigt sind. Es werden vier Integrationsniveaus der Struktur unterschieden – gute, mäßige und geringe Integration sowie Desintegration (2).

Bei strukturell gestörten Patienten besteht auf Grund der eingeschränkten Ressourcen die Gefahr, diese durch konfrontative Verfahren wie Expositionen zu überfordern (3). Daher ist bei solchen Störungen ein individualisiertes Vorgehen mittels strukturell adaptierter ERMs empfehlenswert.

Fragestellung

Ist die Kombination einer psychodynamischen diagnostischen Erhebungsmethode (OPD) mit einem verhaltenstherapeutischen Expositionsverfahren (ERM) möglich und klinisch sinnvoll?

Methode

Anhand zweier Kasuistiken werden Ergebnisse aus der stationären schulübergreifenden psychotherapeutischen Behandlung schwerer Zwangsstörungen unter Einbeziehung von Pharmakotherapie dargestellt. Neben der symptombezogenen Diagnostik wurde eine ausführliche Diagnostik nach OPD erhoben mit Schwerpunkt auf Bestimmung der Hauptkonfliktfelder mit zugehörigen Leitaffekten sowie des Struktur-Niveaus. Die anschließende ERM-Behandlung wurde unter Berücksichtigung dieser Befunde individuell geplant und durchgeführt.

Diagnostik und individualisierte Behandlung

Eine 27-jährige Frau wurde aufgenommen wegen Zwangsgedanken, andere zu vergiften und Kontrollzwängen bei Lebensmitteln (seit einem Jahr vor Aufnahme) sowie einer seit drei Wochen bestehenden mittelschweren Depression. Die wesentliche Konfliktthematik bestand nach OPD im Bereich Versorgungs- vs. Autarkiewünsche. Sie kümmerte sich aufopfernd um die Familie bei wenig Anerkennung und unerfüllten Wünschen nach eigenem Freiraum. Der Leitaffekt war Enttäuschung und Trauer. Wir sahen ein strukturelles gut integriertes Niveau mit einer differenzierten Selbst- bzw. Objektwahrnehmung und einer guten Selbstregulation in der allgemeinen Lebensbewältigung.

Mit der Patientin wurden drei psychodynamische diagnostische Gespräche à 50 min. geführt. Während der Therapiephase wurden zwei ERM-Übungen mit jeweils 90 min. unter Berücksichtigung der biographisch relevanten Themen durchgeführt; trotz deutlicher Anspannung fiel es der Patientin relativ leicht, auftretende Affekte zu verbalisieren und zuzulassen. Die Bearbeitung der Konflikte war ab der ersten Sitzung gut möglich, beim Wiederholen der ERM-Übung zeigte sich viel weniger Anspannung. Nach den beiden ERM-Übungen trat eine deutliche Symptombesserung ein, so dass die 13 weiteren Expositionsübungen u.a. an die Fachpflege als Kotherapeuten delegiert bzw. von der Patientin selbständig durchgeführt werden konnten. Im Verlauf fand eine kontinuierliche Symptomremission statt. Pharmakotherapeutisch wurde sie initial mit 15mg

Mirtazapin und 40mg Citalopram sowie 75mg Quetiapin, ab der zweiten Behandlungswoche mit 20mg Escitalopram und 75mg Quetiapin behandelt. Sie wurde nach achteinhalb Wochen in deutlich remittiertem Zustand hinsichtlich Zwängen und Depressivität entlassen.

Eine 29-jährige Patientin mit Migrationshintergrund und instabilem sozialem Umfeld hatte seit acht Jahren Zwangsgedanken, sich mit Krankheiten anzustecken sowie Reinigungszwänge, die sich auch auf den 1 ½-jährigen Sohn bezogen. Zudem zeigte sich eine zwei Jahre anhaltende mittelgradige depressive Symptomatik bei einer seit 13 Jahren bestehenden Dysthymia. Eine zentrale Problematik bestand nach OPD in einem Nähe-Distanzkonflikt und Selbstwertkonflikt bei frühkindlichem sexuellem Missbrauch. Im Leitaffekt waren Ekel, Hass, Wut und Ärger vorherrschend. Insgesamt war die Patientin auf einem mäßig integrierten strukturellen Niveau mit z.T. eingeschränkter Selbstwahrnehmung und Selbstregulationsfähigkeit sowie der Tendenz zu dichotomer Objektwahrnehmung. Mit der Patientin wurden vier psychodynamische diagnostische Gespräche à 50 min. geführt. Davon ausgehend wurden elf ERM-Übungen durchgeführt; unter deutlicher Anspannung fiel es der Patientin schwer, Emotionen zu differenzieren und zu verbalisieren. Die ersten ERMs konnte sie nur mit intensiver Unterstützung vom Therapeuten fortführen. Bei Wiederholungen sank die Anspannung zu Beginn der Übungen jeweils nur wenig. Die Konfliktbearbeitung wurde erschwert durch strukturelle Defizite; komplexe Schuld- und Schamkonflikte wurden erst im Verlauf mehrerer ERMs vollständig deutlich. Mit bis zu 150 Minuten dauerten die Übungen länger als beim ersten geschilderten Fall. Im Verlauf waren nach vielen ERM-Sitzungen zehn weitere durch die Pflege begleitete bzw. eigenständig durchgeführte Expositionen möglich. Die vorbestehende Pharmakotherapie wurde von 75mg Clomipramin auf 10mg Escitalopram umgestellt. In den ersten beiden Behandlungswochen wurde sie zudem mit 50mg Melperon behandelt. Nach 14 ½ Wochen war eine deutliche Symptombesserung hinsichtlich Depressivität und Zwängen zu beobachten.

Diskussion

In dieser Arbeit wurde methodisch ein evaluiertes psychodynamisches Diagnose-Verfahren (OPD) mit einem modernen verhaltenstherapeutischen, interaktionell durchgeführten Expositionsverfahren (ERM) kombiniert. Diese kasuistischen Beobachtungen zeigen, dass die schulübergreifende Kombination von OPD und ERM möglich ist und klinisch effektiv sein kann. ERM-Verfahren können individualisiert angewendet werden, wenn strukturelle Besonderheiten berücksichtigt werden. Nach unserem klinischen Eindruck sind bei mäßigem strukturellem Niveau deutlich mehr ERMs sowie eine engmaschigere Begleitung durch den Einzeltherapeuten nötig. Zudem sind längere ERM-Sitzungen zu erwarten, wobei das Aufdecken komplexerer Konfliktbereiche wahrscheinlich ist. Zudem zeigt sich eine langsamere Symptomremission mit Schwankungen und längerer Behandlungsdauer, eine selbstregulierte Exposition ist erst im späteren Behandlungsverlauf möglich, d.h. ein (zeit-)intensiveres, balanciertes Setting mit konfrontierenden, aber auch stützenden Elementen ist erforderlich. Das unterschiedliche strukturelle Integrationsniveau trat in den ERM-Übungen deutlich zutage und beeinflusste deren Ablauf. Die weitere Forschung über Kombination von psychodynamischer OPD-Diagnostik mit Interventionsmethoden anderer therapeutischer Schulen würde die schulübergreifende Diskussion (4) bereichern. Zur Verifizierung der klinischen Effekte wäre eine systematische Untersuchung anhand einer größeren Patientengruppe mit unterschiedlich schweren Zwangserkrankungen und unterschiedlichen Strukturniveaus und standardisierter psychologischer Testverfahren erforderlich.

Literatur

- 1: Hauke, W. (1998). Praxis des Reizkonfrontationstrainings bei Zwangsstörungen. In Zaudig, M., Hauke, W., Hegerl, U. (Hrsg.): Die Zwangsstörung (S. 87-100). Stuttgart: Schattauer.
- 2: Arbeitskreis OPD (Hrsg.). (2006). Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik. OPD-2. Bern: Huber.
- 3: Lang, H. (1998). Ätiologie und Aufrechterhaltung der Zwangsstörungen aus psychodynamischer Sicht. In Ambühl, H.: Psychotherapie der Zwangsstörungen (S. 23-38). Stuttgart: Thieme.

4: Margraf, J., Jacobi, F. & Maercker, A. (2000). Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik aus verhaltenstherapeutischer Perspektive. In: W. Schneider & H. J. Freyberger (Hrsg.): Was leistet die OPD? Empirische Befunde und klinische Erfahrungen mit der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (S. 38-56). Bern: Huber.