

Achtsamkeitsbasierte kognitive Therapie (MBCT) für Patienten mit Zwangsstörung – Eine Adaptation des Originalkonzepts

Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder – An Adaptation of the Original Program

Autoren

Anne Katrin Külz, Nina Rose

Institut

Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Freiburg

Schlüsselwörter

- Zwangsstörung
- Achtsamkeit
- MBCT
- kognitive Verhaltenstherapie
- achtsamkeitsbasierte kognitive Therapie

Keywords

- obsessive-compulsive disorder
- mindfulness
- MBCT
- cognitive-behavioral therapy

eingereicht:

11. Dezember 2012

akzeptiert: 27. Mai 2013

Bibliografie

DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0033-1349474>
 Psychother Psych Med 2013; 63: 1–6
 © Georg Thieme Verlag KG
 Stuttgart · New York
 ISSN 0937-2032

Korrespondenzadresse

Dr. Anne Katrin Külz
 Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie,
 Universitätsklinikum Freiburg
 Hauptstraße 5
 79104 Freiburg
 Tel.: 0761/27069780
 Fax: 0761/27069440
 anne.katrin.kuelz@uniklinik-freiburg.de

Zusammenfassung



Achtsamkeitsbasierte kognitive Therapie (MBCT: „Mindfulness based cognitive Therapy“) hat sich als wirksam in der Rückfallprophylaxe und Behandlung einiger psychischer Erkrankungen gezeigt, wurde jedoch bei Zwangsstörungen bislang nicht angewandt. Die vorliegende Arbeit stellt erstmals eine Adaptation des MBCT-Programms für Patienten vor, die nach kognitiver Verhaltenstherapie (KVT) mit Exposition unter residualer Zwangssymptomatik leiden. Das im Folgenden erläuterte Programm hat sich im Rahmen einer Pilotstudie [1] als gut durchführbar erwiesen und wurde von den Teilnehmern als hilfreich eingestuft. Neben einem Überblick über das Manual werden die zwangsspezifischen Elemente des 8 Sitzungen umfassenden Gruppenprogramms vorgestellt und anhand von Arbeitsunterlagen illustriert. Das Manual verdeutlicht, dass sich MBCT auf die therapeutischen Bedürfnisse von Patienten mit Zwangserkrankung anwenden lässt und eine sinnvolle Ergänzung von KVT bei Zwangsstörungen darstellen kann.

Hintergrund



Achtsamkeitsbasierte Ansätze werden seit einigen Jahren zunehmend als komplementäre oder alleinige Behandlungsmöglichkeit bei verschiedenen psychischen Störungsbildern eingesetzt [2]. Insbesondere die achtsamkeitsbasierte kognitive Therapie (MBCT: „Mindfulness-based cognitive Therapy“), ein ursprünglich zur Rückfallprophylaxe bei Depression entwickeltes, manualisiertes Gruppenprogramm, wurde inzwischen für mehrere psychische Erkrankungen wie generalisierte Angststörung, Panikstörung, soziale Phobie oder Schlafstörungen adaptiert und erbrachte Effektstärken im mittleren Bereich [3–6]. Für die Zwangsstörung liegen bislang zwar Einzelfallstu-

Abstract



Mindfulness-based cognitive Therapy (MBCT) has shown to be effective in the relapse prevention and treatment of several psychiatric disorders. However, MBCT has not yet been applied in OCD (Obsessive-compulsive Disorder). This article proposes an adaptation of the eight-session group program for patients with residual symptoms after cognitive behavioural treatment (CBT) with exposure. It has proven feasible and was considered helpful by patients within the framework of a pilot study [1]. Apart from an overview of the modified manual, OCD-specific elements are presented in detail and illustrated on the base of work sheets. The manual indicates that MBCT could be a useful supplement to CBT and is well applicable to the therapeutic needs of patients with OCD.

dien und eine kleine kontrollierte Studie vor, welche die Effektivität von Achtsamkeitsstrategien in der Behandlung von Zwängen generell nahelegen [7, 8]; eine Adaptation und Überprüfung des MBCT-Manuals auf den Bereich der Zwangsstörung existiert bislang jedoch noch nicht. In der Behandlung von Zwangsstörungen hat sich die kognitive Verhaltenstherapie (KVT) mit Reizkonfrontation und Reaktionsmanagement als Methode der Wahl erwiesen [9]. Gleichzeitig bessert sich bei 30–40% der Behandelten die Symptomatik um weniger als 35% [10], etwa ein Viertel der Patienten mit Zwangsstörung kann oder möchte sich erst gar nicht auf eine Expositionsbehandlung einlassen und ein weiteres Viertel bricht die Therapie vorzeitig ab [11]. Angesichts

der Begrenzungen, welche die KVT trotz erwiesener Wirksamkeit im klinischen Alltag auch bei sachgemäßer Anwendung zeigt, erscheint die Suche nach ergänzenden Behandlungsoptionen indiziert.

Einiges spricht dafür, dass Achtsamkeit gerade in Bezug auf Zwangssymptome einen hilfreichen Ansatz darstellen könnte. Nachdem Achtsamkeit als absichtsvolle, nicht wertende Aufmerksamkeitlenkung auf den gegenwärtigen Augenblick verstanden werden kann [12], erweist sich die Phänomenologie der Zwangsstörung geradezu als gegensätzlich hierzu [13]. So ist die Zwangssymptomatik etwa mit einem Aufmerksamkeitsbias für zwangsrelevantes Material assoziiert [14]. Während bislang noch keine Ergebnisse zu dessen Veränderung durch Achtsamkeitsinterventionen vorliegen, hat sich gezeigt, dass sich bei gesunden Probanden bestimmte Aufmerksamkeitsaspekte wie Daueraufmerksamkeit und die Fähigkeit zur Reizdiskrimination durch ein Achtsamkeitstraining verbessern [15]. Auf kognitiver Ebene erschweren dysfunktionale Denkmuster wie Gedanken-Handlungskonfusion (TAF: „Thought Action Fusion“), erhöhte kognitive Selbstwahrnehmung [16] oder übertriebenes Verantwortungsgefühl und die Neigung zur Gedankenkontrolle [17] bei Zwangsstörungen den wertfreien Umgang mit mentalen Inhalten. Achtsamkeitsbasierte Ansätze könnten hier effektiv ansetzen, indem sie nicht die Inhalte aufdringlicher Gedanken zu modifizieren suchen, sondern eine hilfreichere Haltung im Sinne einer Disidentifikation („Decentering“, [18]) gegenüber mentalen Prozessen einschließlich Zwangsgedanken vermitteln. Basierend auf unserer klinischen Erfahrung und der derzeitigen Studienlage war es uns ein Anliegen, erstmals das MBCT-Programm für Patienten mit Zwangsstörungen zu adaptieren. Das vor diesem Hintergrund entwickelte Manual soll im Folgenden vorgestellt werden.

Die MBCT wurde inzwischen für mehrere psychische Erkrankungen wie generalisierte Angststörung, Panikstörung, soziale Phobie oder Schlafstörungen adaptiert und erbrachte Effektstärken im mittleren Bereich.

Das MBCT-Programm bei Zwangsstörungen

Zielgruppe und Durchführung

Das Manual richtet sich an Patienten mit Zwangserkrankung, die nach kognitiver Verhaltenstherapie mit Exposition noch Restsymptome aufweisen, wobei hier in der Pilotstudie Teilnehmer mit einem Range von 7–27 Punkten auf der Yale-Brown-Obsessive-Compulsive-Scale (Y-BOCS) [19] eingeschlossen wurden. Für eine etwas homogenere Gruppenzusammensetzung empfiehlt sich der Richtwert von 12 und mehr Punkten auf der Y-BOCS nach Simpson u. Mitarb. [10]. Ausgehend von der erwiesenen Wirksamkeit der Expositionsbehandlung bei Zwängen sollten die Patienten vor der Kursteilnahme zunächst die Möglichkeit erhalten, dieses Verfahren kennenzulernen und anzuwenden. Unsere Pilotdaten zeigen, dass das MBCT-Programm bei Zwangsstörungen gut durchführbar ist und von den Patienten als hilfreich empfunden wird [1]. Auf der Y-BOCS zeigten sich für den Gesamtwert sowie die Zwangshandlungen statistisch signifikante ($p < 0,008$ und $p < 0,004$) Symptomverbesserungen zwischen den Zeitpunkten vor und nach Teilnahme am MBCT-Programm; an einer anderen psychotherapeutischen Intervention nahmen die Patienten in diesem Zeitraum nicht teil. Die Prä-

Post-Effektstärken liegen im mittleren Bereich, allerdings sind die Daten aufgrund der kleinen und unkontrollierten Stichprobe mit Zurückhaltung zu interpretieren.

Analog zum ursprünglichen MBCT-Konzept erstreckt sich das Programm über 8 2-stündige Sitzungen; zwischen den Sitzungen sind tägliche Hausaufgaben in Form von Achtsamkeitsübungen (jeweils ca. 45 Minuten) vorgesehen [20]. Da es sich um die Vermittlung einer „Praxis“ handelt, besitzen Hausaufgaben im Rahmen des MBCT-Programms generell einen hohen Stellenwert. Darüber hinaus gibt es auch erste Hinweise für die Relevanz der Übungshäufigkeit bezüglich der Wirksamkeit von MBCT [21]. Vor Kursbeginn findet mit jedem Teilnehmer ein Vorgespräch statt, um Informationen über die Programminhalte zu vermitteln und die Eignung für das Konzept abzuklären. Insbesondere sollte gemeinsam geprüft werden, ob der Teilnehmer zum gegenwärtigen Zeitpunkt motiviert und in der Lage ist, die notwendige Zeit zum täglichen Üben bereitzustellen. Es hat sich bewährt, bereits zuvor im Rahmen eines Screening-Interviews mögliche Ausschlusskriterien zu erfragen. Diese sollten in Anlehnung an das Originalmanual [20] zumindest Alkohol- oder Substanzmissbrauch sowie akute Suizidalität beinhalten. Weitere Ausschlusskriterien waren im Rahmen unserer Pilotstudie schwere neurologische Beeinträchtigung, aktuelle oder frühere psychotische Episoden, Borderline-Störung, eine schwere depressive Symptomatik sowie aktuelle psychotherapeutische Behandlung.

Vor Kursbeginn sollte gemeinsam geprüft werden, ob der Teilnehmer zum gegenwärtigen Zeitpunkt motiviert und in der Lage ist, die notwendige Zeit zum täglichen Üben bereitzustellen.

Programminhalte

Eine Übersicht zum Ablauf verdeutlicht **Tab. 1**. Die zwangsspezifisch konzipierten Elemente sind kursiv ausgezeichnet. Die für den Zwangsbereich erstellten Arbeitsblätter können bei den Autoren angefordert werden.

1. Sitzung In der ersten Sitzung wird die „Brille des Zwangs“ als Symbol für die zwangstypische Hyperfokussierung auf zwangsrelevante Details eingeführt. Diese ist eine Ergänzung zu dem im Originalmanual verwendeten „Autopiloten“ als automatischen Reaktionsmodus auf innere und äußere Reize. Viele Menschen mit Zwängen richten ihre Aufmerksamkeit zwar auf aktuelle Stimuli aus, sind jedoch selektiv auf zwangsrelevante situative Wahrnehmungsinhalte fixiert. Darüber hinaus findet man auch häufig eine geistige Absorption durch Zwangsinhalte, die sich gar nicht auf den gegenwärtigen Augenblick beziehen bzw. die eine Verankerung im gegenwärtigen Moment verhindern.

Insofern werden die Teilnehmer angeregt, wertfrei zu beobachten, wann immer der Zwang ihre Aufmerksamkeit gefangen nimmt. Weiterhin werden sie angeleitet, im Verlauf der nächsten Wochen ihre Aufmerksamkeit immer wieder auf ihre gegenwärtigen Erfahrungen und Tätigkeiten auszuweiten.

2. Sitzung Die zweite Sitzung zielt darauf ab, den Zusammenhang zwischen Zwangsgedanken, Interpretationen und Verhaltensweisen zu illustrieren. Auch sollen die Patienten für die Möglichkeit sensibilisiert werden, durch Achtsamkeit einen „Freiraum“ zwischen den einzelnen Elementen stark überlernter, fest verdrahteter Stimuli-Responseketten zu schaffen. Zu diesem Zweck werden die Teilnehmer zu einer Vorstellungsübung eingeladen (Text s. Infobox 1).

Bei einigen Patienten beinhaltet diese Übung zwangsspezifische Trigger und kann entsprechende emotional-physiologische Reak-

Tab. 1 Inhalte des MBCT-Programms für Zwangsstörungen.

Thema der Stunde	Achtsamkeitsinhalte	Psychoedukation	Zusammenfassung
Sitzung 1: Der Autopilot und die Brille des Zwangs	<ul style="list-style-type: none"> – Rosinenübung – Body-Scan – kurze Atembetrachtung 	<ul style="list-style-type: none"> – Der Autopilot und die Brille des Zwangs 	<ul style="list-style-type: none"> – Sensibilisierung für zwangsspezifisch selektive Aufmerksamkeit – Anregung, immer wieder die Aufmerksamkeit auf den gegenwärtigen Augenblick zu richten, ohne zu bewerten
Sitzung 2: Umgang mit Hindernissen	<ul style="list-style-type: none"> – Body-Scan – kurze Sitzmeditation 	<ul style="list-style-type: none"> – <i>Vorstellungsübung: „Schatten im Rückspiegel“</i> – Einführung des Salkovskis-Modells und der Rolle der Achtsamkeit bei Stimulus-Response-Ketten 	<ul style="list-style-type: none"> – zunehmende Wahrnehmung der permanenten Geistestätigkeit und damit verbundener Bewertungen und Verhaltensweisen – Einladung, die Möglichkeit des Freiraums zu erkunden, der sich durch Achtsamkeit eröffnet
Sitzung 3: Achtsamkeit des Atems	<ul style="list-style-type: none"> – Übung zum „Sehen“ oder zum „Hören“ – Sitzmeditation – 3-Minuten-Atemraum – Yoga 	<ul style="list-style-type: none"> – Einführung verschiedener Möglichkeiten, sich mit dem gegenwärtigen Moment zu verbinden 	<ul style="list-style-type: none"> – weiteres Bewusstwerden der mentalen Aktivität bei gleichzeitiger Entwicklung von Strategien zur Zentrierung im gegenwärtigen Augenblick – insbesondere durch die auf den Körper und die Sinne gerichtete Achtsamkeit
Sitzung 4: Gegenwärtig sein	<ul style="list-style-type: none"> – Übung zum „Sehen“ oder zum „Hören“ – Sitzmeditation – 3-Minuten-Atemraum 	<ul style="list-style-type: none"> – <i>Vorstellung des neurobiologischen Modells der Zwangsstörung</i> – <i>Ausfüllen und Besprechen des Obsessive-Beliefs-Questionnaire</i> 	<ul style="list-style-type: none"> – Exploration von Tendenzen des Anhaftens und der Aversion sowie der Identifikation mit Zwangsinhalten – <i>Einladung zur Einnahme einer neuen Perspektive gegenüber der Zwangssymptomatik</i>
Sitzung 5: Akzeptanz – Gedanken sind keine Feinde	<ul style="list-style-type: none"> – Sitzmeditation – Atemraum zur Bewältigung 	<ul style="list-style-type: none"> – Exploration des Konzepts der Akzeptanz und dessen Zugang über den Körper – <i>„Die Geschichte vom Giersch“</i> 	<ul style="list-style-type: none"> – Vorstellung einer akzeptierenden Haltung gegenüber der eigenen Erfahrung einschließlich der Zwangsgedanken und -impulse
Sitzung 6: Gedanken sind keine Tatsachen	<ul style="list-style-type: none"> – Sitzmeditation – Atemraum als erster Schritt vor einer hilfreichen Perspektive auf Zwangsgedanken und -impulse 	<ul style="list-style-type: none"> – <i>Vorstellungsübung: „Sie sitzen abends auf dem Balkon“ zur Verdeutlichung des Zusammenhangs zwischen Befindlichkeit und Zwangsgedanken</i> – <i>Besprechung hilfreicher Umgangsmöglichkeiten mit Zwangsgedanken</i> 	<ul style="list-style-type: none"> – Sensibilisierung für die Abhängigkeit der Zwangssymptome von der eigenen „Ressourcenlage“ – Sensibilisierung für individuelle Funktionalitäten von Zwangssymptomen und Wege zum Umgang mit diesen
Sitzung 7: Selbstfürsorge	<ul style="list-style-type: none"> – Sitzmeditation – Atemraum als erster Schritt vor einer achtsamen Handlung – achtsames Gehen 	<ul style="list-style-type: none"> – Übungen zu nährenden und Energie verbrauchenden, erschöpfenden Elementen im Alltag – <i>Reflexion hilfreicher Verhaltensweisen bei Zwangsimpulsen</i> – <i>Das „Anti-Zwangs-Haus“ zur Veranschaulichung individueller Expositionsziele für die Zukunft</i> 	<ul style="list-style-type: none"> – <i>Entwicklung individueller Strategien im Umgang mit Zwangssymptomen und Erkundung einer „nährenden“ Alltagsgestaltung</i>
Sitzung 8: Umgang mit künftigen Zwangssymptomen	<ul style="list-style-type: none"> – Bodyscan – geführte Abschlussmeditation – evtl. Metta-Meditation 	<ul style="list-style-type: none"> – Fragebögen zur Reflektion des Kurses – Besprechung von möglichen Strategien zur Aufrechterhaltung der Übungspraxis 	<ul style="list-style-type: none"> – Stärkung der Absichten, i. S. einer selbstfürsorglichen Haltung, die individuelle Praxis fortzusetzen

Infobox 1: Vorstellungsübung „Schatten im Rückspiegel“

„Ich möchte Sie bitten, einen bequemen Platz zu finden, die Augen zu schließen, und sich folgendes Szenario vorzustellen: Sie fahren nachts auf einer wenig befahrenen Straße und bemerken einen Schatten im Rückspiegel, der rasch wieder verschwindet. Plötzlich kommt Ihnen der Gedanke: „Ich könnte jemanden umgefahren haben!“

Nehmen Sie sich nun einen Augenblick Zeit, um genau wahrzunehmen, was in Ihrem Körper, in Ihren Gefühlen und Ihren Gedanken vor sich geht.“

tionsmuster provozieren. Bei anderen werden wiederum ganz unterschiedliche Interpretationen ausgelöst, die nach der Methode des geleiteten Entdeckens herausgearbeitet und miteinander verglichen werden. Das Erarbeitete wird im kognitiven Modell von Salkovskis [22] zusammengefasst und mit der Rolle der Achtsamkeit in Beziehung gesetzt. Demnach treten unangenehme oder aufdringliche Gedanken bei fast allen Menschen von Zeit zu Zeit auf. Entscheidend für die Entstehung der Zwangssymptomatik ist jedoch deren Bewertung, die dann zu bestimmten emotionalen und verhaltensbezogenen Reaktionen führt (Abb. 1). Die Achtsamkeit eröffnet einen Freiraum, um in jedem der relevanten Stadien alternative Reaktionsweisen wählen zu können.

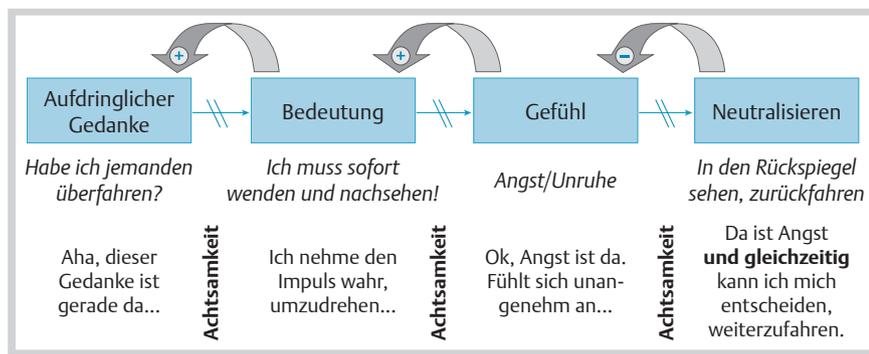


Abb. 1 Kognitives Modell der Zwangsstörung (nach Reinecker 1994): Achtsamkeit als Puffer (untere Zeile) zur Unterbrechung dysfunktionaler Reiz-Reaktionsketten.

Infobox 2: Handlungsalternativen nach dem Atemraum (Sitzung 6)

Mögliche „Türen“ aus dem Zwang im Anschluss an den Atemraum

- ▶ **Exposition.** Genau das Gegenteil von dem tun, was der Zwang vorgibt. Auch nach einer Zwangshandlung oft noch möglich (z. B. zurückgehen, Türklinke doch noch anfassen)
- ▶ **Achtsam die nächste Alltagstätigkeit** angehen (z. B. „jetzt gehe ich die Treppe hinunter“ ... „jetzt spüre ich das Geländer an meiner Hand“ ...); Des Atems gewahr sein, des Kontaktes der Füße mit dem Boden bewusst sein; Konzentrieren auf das Sehbare, Hörbare, Fühlbare, Riechbare
- ▶ Bei anhaltend starkem Drang zur Ausübung der Zwangshandlung die Ausführung nach Möglichkeit **verschieben**, z. B. um eine halbe Stunde, um etwas Luft zu gewinnen.
- ▶ Wenn der Zwangsimpuls nicht übermäßig stark ist, **sich etwas Gutes tun**, z. B. einen Freund oder eine Freundin anrufen, sich bewegen, etwas Lustiges oder Aufmunterndes im Fernsehen anschauen, Musik hören, die ein gutes Gefühl gibt oder sonst etwas Positives tun.
- ▶ **Aufgabe außerhalb der Zwangsrituale** erledigen, deren Bewältigung das Gefühl von Befriedigung verschafft. Zum Beispiel bei Drang zu Putzritualen Fahrrad reparieren oder Überweisungen tätigen.
- ▶ Falls Zwangsimpuls zu stark ist, um etwas anderes in Angriff zu nehmen: **Innehalten, auf Gedanken, Gefühle, Körperempfindungen achten, Mut zusprechen.** Alle Wahrnehmungen kommen und gehen.

3. Sitzung So wird der analog zum Originalmanual in Sitzung 3 eingeführte 3-Minuten-Atemraum im späteren Verlauf (ab Sitzung 6) auch dazu genutzt, beim Auftreten von Zwangsimpulsen innezuhalten und sich innerlich „Platz zu schaffen“, um ein hilfreicherer Verhalten (z. B. Atembeobachtung, Aufschieben des Rituals mit der Option des späteren Verzichts oder Ausführen einer alternativen Handlung) zu initiieren (s. Infobox 2).

4. Sitzung In Sitzung 4 wird das neurobiologische Modell der Zwangsstörung anhand einer Abbildung kurz erläutert, da die neurobiologische Perspektive auf Zwangssymptome unserer Erfahrung nach bei Patienten häufig die „Disidentifikation“ gegenüber den Zwangsinhalten unterstützen kann (s. auch [19]). Außerdem bearbeiten die Teilnehmer die deutsche Fassung des „Obsessive Beliefs Questionnaire“ (OBQ-D) [23], um eigene zwangsspezifische Einstellungen und Haltungen wie bspw. Perfektionismus erkennen und gemeinsam besprechen zu können. Somit gelangen an dieser Stelle in Analogie zum Originalmanual auch genuin kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen

wie Psychoedukation und Identifikation dysfunktionaler Grundannahmen zum Einsatz, die einer veränderten Perspektive auf belastende kognitive Muster dienen.

5. Sitzung Sitzung 5 wurde in „Gedanken sind keine Feinde“ anstelle des ursprünglichen „Akzeptieren und Zulassen“ umbenannt. Dies geschah vor dem Hintergrund, dass viele Menschen mit Zwängen den Anspruch an sich stellen, Kontrolle über ihre Gedanken zu gewinnen und sie bekämpfen zu müssen. Dass (Zwangs-)Gedanken keine bössartigen Gegner sind, sondern wirklich „nur“ mentale Ereignisse, erschien uns im Kontext der Zwangserkrankung so zentral, dass wir die akzeptanzbezogene Überschrift in Kapitel 5 dahingehend präzisieren wollten.

Neben der im Originalmanual enthaltenen „Geschichte vom König“ teilten wir auch noch eine weitere, eigene Geschichte („Geschichte vom Giersch“) aus, die Patienten mit Zwängen in der Einzeltherapie bislang hilfreich fanden. Darin unternimmt ein Gartenbesitzer alles Erdenkliche, um sein Beet von der Unkrautpflanze zu befreien, bis er die Entdeckung macht, dass er seinen Garten trotz des resistenten Pflänzchens genießen kann (die Geschichte ist als zusätzliche Datei online abrufbar). Optional wurde das Thema Akzeptanz mithilfe von kurzen Gedichten und Texten zum Thema noch weiter vertieft.

6. Sitzung In Sitzung 6 entschieden wir uns zur Verdeutlichung des Zusammenhangs zwischen aktueller Befindlichkeit bzw. persönlicher Ressourcenlage für die Geschichte eines Mannes, der einmal in ausgeruhtem Zustand, einmal nach langem Arbeitstag in erschöpfter Verfassung mit der lauten Motorsäge seines Nachbarn konfrontiert wird (s. Infobox 3). Da das kontextabhängige Erleben und Bewerten von zwangsrelevanten Stimuli erfahrungsgemäß sehr individuell verläuft, erarbeiten die Teilnehmer im Anschluss persönliche „Komplizen“ der Zwangssymptome und Umgangsmöglichkeiten mit den persönlichen Gefahrenquellen für Verstärkung der Zwangssymptomatik in Zweiergruppen. Vorab wurden Vexierbilder als Analogie zur kontextabhängigen Interpretation zwangsrelevanter Stimuli („Sprache des Zwangs“ versus „Sprache des gesunden Anteils“) betrachtet.

7. Sitzung Sitzung 7 konzentriert sich analog zum Originalmanual auf die Entwicklung einer ausgewogenen und selbstfürsorglichen Alltagsstruktur. Anhand des Arbeitsblattes „Mein Anti-Zwangs-Haus“ können die Teilnehmer außerdem ihre expositionsrelevanten Ziele für die Zeit nach dem Kurs festlegen und sich darüber austauschen (die Vorlage ist als zusätzliche Datei online abrufbar).

8. Sitzung Sitzung 8 ermöglicht den Teilnehmern mithilfe einer geführten Abschlussmeditation Resümee zu ziehen, ihre Vorsätze für eine Fortsetzung der Übungspraxis sowie einen selbstfürsorglichen Umgang mit ggf. residualer oder rezidivierender Zwangssymptomatik zu stärken und Abschied vom Kurs nehmen. Weiterhin wurde die Praxis der Metta-Meditation [24, 25] einge-

Infobox 3: Vorstellungsübung „Die Motorsäge“

„Ich möchte Sie nun einladen, sich 2 Varianten einer Situation vorzustellen.

Lesen Sie bitte zunächst die Situation auf der ersten Seite des Blattes durch und achten Sie auf Ihre Gedanken, Gefühle und Ihr Verhalten, mit dem Sie vermutlich auf die Situation reagieren werden.

Sie kommen nach einem anstrengenden Arbeitstag nach Hause. Im Büro ging ständig die Tür auf und jemand kam mit einem Anliegen auf Sie zu. Da Sie Ihr Arbeitspensum trotz Überstunden nicht geschafft haben, fühlen Sie sich unzufrieden. Sie haben Hunger und sind müde. Bevor Sie sich etwas zu essen machen, setzen Sie sich zunächst einmal auf den Balkon, um etwas zu entspannen und zur Ruhe zu kommen. Sobald Sie Platz genommen haben, beginnt der Nachbar einen Baum im angrenzenden Garten mit der Motorsäge zu bearbeiten.

Lesen Sie nun die zweite Seite durch.

Sie haben einen gemütlichen Sommertag mit Freunden verbracht und konnten Ihrer Lieblingsbeschäftigung nachgehen. Gegen Abend setzen Sie sich noch mit einer Tasse Kaffee oder Tee auf den Balkon, um die Ereignisse des Tages nachklingen zu lassen und die Sonne zu genießen. Sie freuen sich auf den Abend, weil in einer Stunde ein Fernsehfilm läuft, den Sie schon lange einmal sehen wollten. Sobald Sie Platz genommen haben, beginnt der Nachbar im angrenzenden Garten einen Baum mit der Motorsäge zu bearbeiten.

Anschließend Austausch in Zweiergruppen; exemplarisch berichten 2–3 Gruppen.“

führt, um die Selbstakzeptanz und -fürsorge sowie positive Gefühle wie Dankbarkeit und Verbundenheit (i. e. mit den anderen Kursteilnehmern) erfahrbar zu machen.

Kritik

Das MBCT-Programm stellt aus unserer Sicht eine wertvolle Ergänzung der verhaltenstherapeutischen Behandlung von Zwangserkrankungen dar. Es könnte gerade auch für Betroffene mit relevanter Residualsymptomatik hilfreich sein, indem es einen anderen Blickwinkel auf die Zwangssymptome eröffnet und alternative Umgangsmöglichkeiten mit mentalen Inhalten und Handlungsimpulsen aufzeigt.

Gleichzeitig ist zu berücksichtigen, dass die hier vorgestellte Adaptation des Manuals eine mögliche, jedoch nicht die einzig sinnvolle Konzeptualisierung des MBCT-Programms für Zwangsstörungen darstellt. Beispielsweise erschien uns die in Sitzung 1 neben dem sog. „Autopiloten“ vorgestellte Kontrastierung selektiver Aufmerksamkeit bei Zwangsstörungen („die Brille des Zwangs“) mit der wertfreien Wahrnehmung alles gegenwärtig Erfahrbaren aus unserer klinischen Erfahrung heraus relevant und für die Teilnehmer gut nachvollziehbar. Alternativ wäre es jedoch auch denkbar, bereits an dieser Stelle anzuregen, die Fokussierung auf zwangsspezifische Gefahrenreize mitsamt deren kognitiven und emotionalen Reaktionen selbst zum Objekt der Aufmerksamkeit zu nehmen und deren wertfreie Betrachtung als eine Haltung der Achtsamkeit zu würdigen.

Ebenso wäre eine noch stärkere Einbeziehung körperbezogener Übungen wie z. B. Gehmeditationen oder ausführlichere Yogaeinheiten insbesondere vor dem Hintergrund der bei Zwangsstörungen

gen häufig beobachtbaren Verminderung körperlichen Kohärenzerlebens [26] vorstellbar.

Schließlich wurde die vorliegende Adaptation des MBCT-Programms bislang nur im deutschen Sprachraum überprüft und angewendet; Wirksamkeitsnachweise durch kontrollierte Studien stehen noch aus.

Vor dem Hintergrund der prinzipiellen Indikation von Expositionstechniken bei Zwangsstörungen halten wir die vorgeschaltete Vermittlung des Expositionsrationals für sinnvoll. Dennoch ist nicht auszuschließen, dass MBCT ebenso parallel oder vorbereitend zur Expositionsbehandlung effektiv zum Einsatz gelangen könnte. Hier sind weiterführende Untersuchungen erforderlich, welche neben der Frage der grundsätzlichen Wirksamkeit von MBCT bei Zwängen auch die Verbindung von Achtsamkeitsansätzen mit kognitiv-verhaltenstherapeutischen Elementen näher beleuchten.

In diesem Zusammenhang ist ebenfalls zu berücksichtigen, dass Achtsamkeitsaspekten auch in einigen weiteren Therapieansätzen Bedeutung zukommt, die bereits im Kontext der Zwangsstörung angewandt werden. So stellen Achtsamkeitsübungen bspw. ein wesentliches Element der Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT; [27]) dar, die auch im Rahmen einer randomisierten kontrollierten Studie bei Zwangsstörungen recht ermutigende Ergebnisse erbrachte [28]. Das Konzept der „losgelösten Achtsamkeit“ im Rahmen der Metakognitiven Therapie (MCT; [29]) fokussierte hingegen insbesondere auf den Aspekt der Dezentrierung von mentalen Inhalten. Erste Ergebnisse einer kleinen Studie an 8 Patienten deuten auf die Wirksamkeit des MCT-Konzepts bei Zwangsstörungen hin [30]; Nachweise durch kontrollierte Studien an größeren Stichproben stehen allerdings auch hier noch aus.

Es ist zu berücksichtigen, dass die hier vorgestellte Adaptation des Manuals eine mögliche, jedoch nicht die einzig sinnvolle Konzeptualisierung des MBCT-Programms für Zwangsstörungen darstellt.

Fazit für die Praxis

Das vorliegende Manual bietet ein Beispiel dafür, dass achtsamkeitsbasierte kognitive Therapie (MBCT) in sinnvoller Weise auf das Störungsbild der Zwangserkrankung angewandt werden kann. Mit dem vorgestellten 8-wöchigen Programm liegt eine ergänzende Interventionsmöglichkeit für Patienten vor, die auch nach sachgemäß durchgeführter Verhaltenstherapie mit Reizkonfrontation noch unter beeinträchtigenden Zwängen leiden. Anhand randomisierter kontrollierter Studien ist zu prüfen, inwieweit das Konzept über die bestehenden Behandlungsmöglichkeiten hinaus einen wesentlichen Beitrag zur Besserung von Zwangssymptomatik und möglicherweise auch zur Rückfallprophylaxe leisten kann.

Danksagungen

Wir bedanken uns bei Thomas Heidenreich für die wertvollen Anregungen zur Verbesserung des Manuals sowie Elisabeth Herstein für ihr großes Engagement in der Umsetzung der Studie. Unser Dank gilt weiterhin Ulrich Voderholzer und der Arbeitsgruppe Zwangsstörungen des Universitätsklinikums Freiburg für die Unterstützung unseres Vorhabens.

Ergänzendes Material

Die „Geschichte vom Giersch“ und das Arbeitsblatt „Mein Anti-Zwangs-Haus“ finden Sie unter <http://dx.doi.org/10.1055/s-0033-1349474>.

Interessenkonflikt: Die Autorinnen geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- Hertenstein E, Rose N, Voderholzer U et al. Mindfulness-based cognitive therapy in obsessive-compulsive disorder – A qualitative study on patients' experiences. *BMC Psychiatry* 2012; 12: 185
- Heidenreich T, Michalak J. Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie. Tübingen: DGVT-Verlag; 2009
- Kim YW, Lee SH, Choi TK et al. Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy as an adjuvant to pharmacotherapy in patients with panic disorder or generalized anxiety disorder. *Depress Anxiety* 2009; 26: 601 – 606
- Piet J, Hougaard E, Hecksher MS et al. A randomized pilot study of mindfulness-based cognitive therapy and group cognitive-behavioral therapy for young adults with social phobia. *Scand J Psychol* 2010; 51: 403 – 410
- Heidenreich T, Tuin I, Pflug B et al. Letters to the Editor: Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Persistent Insomnia: A Pilot Study. *Psychother Psychosom* 2006; 75: 188 – 189
- Chiesa A, Serretti A. Mindfulness based cognitive therapy for psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis. *Psychiat Res* 2011; 187: 441 – 453
- Hale L, Strauss C, Taylor BL. The effectiveness and acceptability of mindfulness in obsessive-compulsive disorder: a review of the literature. *Mindfulness* 2012: 1 – 8
- Hanstede M, Gidron Y, Nyklíček I. The effects of a mindfulness intervention on obsessive-compulsive symptoms in a non-clinical student population. *J Nerv Ment Dis* 2008; 196: 776 – 779
- Gava I, Barbui C, Aguglia E et al. Psychological treatment versus treatment as usual for obsessive-compulsive disorder (OCD). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007: 2 Art. No.: CD005333
- Simpson HB, Huppert JD, Petkova E et al. Response Versus Remission in Obsessive-Compulsive Disorder. *J Clin Psychiat* 2006; 67: 269 – 276
- Podea D, Suciu R, Suciu C et al. An update on the cognitive behavior therapy of obsessive compulsive disorder in adults. *J Cognitive Beh Psychother* 2009; 9: 221 – 233
- Kabat-Zinn J. Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness. 15th anniversary ed. New York: Delta Trade Paperback/Bantam Dell; 2005
- Didonna F. Mindfulness and obsessive-compulsive disorder: Developing a way to trust and validate one's internal experience. In: Didonna F, ed. *Clinical Handbook of Mindfulness*. New York: Springer Science + Business Media; 2009: 189 – 219
- Moritz S, Von Mühlengen A, Randjbar S et al. Evidence for an attentional bias for washing- and checking-relevant stimuli in obsessive-compulsive disorder. *J Intern Neuropsychol Soc* 2009; 15: 365 – 371
- Semple RJ. Does mindfulness meditation enhance attention? A randomized controlled trial. *Mindfulness* 2010; 1: 121 – 130
- Exner C, Martin V, Rief W. Self-focused ruminations and memory deficits in obsessive-compulsive disorder. *Cognitive Ther Res* 2009; 33: 163 – 174
- Neumann A, Reinecker H, Geissner E. Erfassung von Metakognitionen bei Zwangsstörungen. *Diagnostica* 2010; 56: 108 – 118
- Teasdale JD, Moore RG, Hayhurst H et al. Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: empirical evidence. *J Consult Clin Psychol* 2002; 70: 275 – 287
- Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. *Arch Gen Psychiat* 1989; 46: 1001 – 1011
- Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse. New York: Guilford Press; 2002
- Hülsebusch J, Michalak J. Die Rolle der Übungshäufigkeit in der Achtsamkeitsbasierten Kognitiven Therapie. *Zeitschr Klin Psychol Psychother* 2010; 39: 261 – 266
- Reinecker HS. Zwänge: Diagnose, Theorien und Behandlung. Bern: Hans Huber; 1994
- Ertle A, Wahl K, Bohne A et al. Dimensionen zwangsspezifischer Einstellungen: Der Obsessive Beliefs-Questionnaire für den deutschen Sprachraum analysiert. *Z Klin Psychol Psychother* 2008; 37: 261 – 273
- Salzberg S. Geborgen im Sein. Die Kraft der Metta-Meditation. Frankfurt: Krüger; 1996
- Germer C. Der achtsame Weg zur Selbstliebe: Wie man sich von destruktiven Gedanken und Gefühlen befreit. Freiburg: Arbor; 2011
- Hoffmann N, Hofmann B. Zwanghafte Persönlichkeitsstörung und Zwangserkrankungen. Berlin: Springer; 2010
- Hayes SC, Strosal KD, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change. New York: Guilford; 1999
- Twohig MP, Hayes SC, Plumb JC et al. A randomized clinical trial of acceptance and commitment therapy versus progressive relaxation training for obsessive-compulsive disorder. *J Consult Clin Psychol* 2010; 78: 705 – 716
- Wells A. Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: A Practice Manual and Conceptual Guide. Chichester, UK: Wiley; 1997
- Rees CS, van Koesveld KE. An open trial of group metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2008; 39: 451 – 458