

Der Kampf um absolute Sicherheit – Ein existentieller Zugang zum Zwang

The Fight for Absolute Security. – An Existential Approach to OCD

Alfried Längle

Themenschwerpunkt Zwangsstörungen

Zusammenfassung

Unter Zwang wird ein psychisches Erleben verstanden, bei dem mit dem Prinzip „Ordnung“ gegen Unsicherheit vorgegangen wird. Für ein besseres Verständnis der Störung ist daher der Stellenwert der Ordnung für die Existenz kurz zu streifen. Die Beschreibung des Zwangs als Krankheit und die formale Entstehung des Zwangs sowie der „anankastische Käfig“ mit den psychodynamischen Zwangs-Coping-Reaktionen bilden den Hintergrund für das Verständnis des Wesens des Zwanges: der Auflehnung gegen die unentrinnbare Unsicherheit der Existenz sowie der Insuffizienz des Evidenzgefühls. Die spezifische Therapie der Zwänge ergibt im existentiellen Paradigma unterschiedliche Ebenen des Zugangs: das große Kapitel der existentiell-kognitiven Arbeit inklusive der Arbeit mit Paradoxa, die spezifische Angst-Konfrontation mit dem Training im Aushalten sowie der biographischen Tiefenarbeit – alles womöglich mit medikamentöser Begleitung. Im Vordergrund existenzanalytisch-humanistischer Therapie steht die Aktualisierung der Person mit ihren Ressourcen der Entscheidung und Stellungnahme, die gegen die Automatie der Psychodynamik zum Einsatz kommt.

Abstract

Compulsion is a psychological experience in which the principle of order is applied against insecurity. For a better understanding of this disorder the importance of order for existence will be briefly touched. It is followed by a description of the obsession-compulsion as a disorder with its formal genesis and its “anankastic cage” armed by psychodynamic obsessive-compulsive coping reactions. From there the essence of OCD becomes understandable: the rebellion against the unescapable insecurity of existence as well as the insufficiency of the feeling of obviousness. The specific therapy of OCD in the existential paradigm leads to different levels of approach: the big chapter of existential-cognitive work including the appli-

cation of paradoxes, the specific confrontation of fear with its training in supporting and eventually the biographic depth work – all accompanied by medication as far as necessary. Such existential-humanistic therapy focusses primarily on the actualization of the person with its resources of decision-making and taking on positions which oppose the automatism of the OCD's psychodynamics.

1. Die Grundlage: Ordnung und Regelmäßigkeiten

Das Thema „Zwang“ ist nicht von vornherein als Krankheit anzusehen, sondern auch als ein Thema im Rahmen der Lebensgestaltung zu verstehen. Dies hilft auch, die Krankheit besser zu verstehen, denn der bzw. die Zwangskranke¹⁾ ringt mit derselben Thematik, die jeden Menschen beschäftigt: um den Stellenwert von Ordnung im Leben. Was ist „Ordnung“? „Ordnung“ ist die Wiederholung eines Musters. Ordnungen finden sich in allen „Dimensionen der Existenz“ (die als „Landkarte“ der Lebensgestaltung dienen können; vgl. Längle, 2008): in der Gestaltung von Raum; in der Strukturierung von Zeit (Regelmäßigkeiten, Rhythmen), beim Finden und Abstimmen von Entscheidungen (Richtlinien), in Haltungen, in denen sich über Raum und Zeit hinweg persönliche Prinzipien wiederholen, schließlich auch in der Entwicklung und in der Abfolge von Handlungen.

Menschen unterscheiden sich in der Ordnungsliebe und im Bedürfnis nach Ordnung. Manche empfinden Freude an der Ordnung, für andere ist sie eine Freiheitsbeschränkung. Manche tun sich leicht, Ordnung zu halten, können sogar Lust empfinden beim Ordnung schaffen und aufräumen, für andere ist es eine Qual. Manche machen daraus ein Hobby, entwickeln eine Sammelleidenschaft. Jedem Sammler geht es um die Vollständigkeit seiner Objekte, er will sie alle haben und das möglichst ganzheitlich. Daraus kann ein Zwang

zur Vollständigkeit entstehen, wenn z. B. nur noch eine Briefmarke fehlt, damit ein Satz komplett ist (in der Gestaltpsychologie bekannt als Tendenz zur Ganzheit, zum Schließen der Gestalten). Strukturliebe und Ordnungslieben können beherrschend werden, wie Pünktlichkeit, Genauigkeit, Reinlichkeit, Regelmäßigkeiten. Regelmäßigkeiten können den Tagsablauf strukturieren und so eine beruhigende Kraft entfalten. Man fühlt sich in ihnen aufgehoben, z. B. in der Tages- und Wochenstruktur. Fallen sie weg, z. B. nach der Pensionierung, so können oftmals eine Reihe von Problemen entstehen. Ordnungen haben besonders für Kinder eine haltgebende Funktion, sind daher für die gesunde Entwicklung von Bedeutung, weil sie Halt, Schutz und Berechenbarkeit vermitteln. Ordnung bringt Entlastung für den Alltag, enthebt vom Planen und Entscheiden. Fallen solche Regelmäßigkeiten weg, fühlt man sich unwohl, ausgesetzt, unsicher, orientierungslos, hilflos, findet die Dinge nicht mehr, das Leben verliert an Struktur, es droht einem zu entgleiten. Dieser haltgebende Aspekt der Ordnung hat eine Festigkeit zur Voraussetzung, die aber auch zur Starre werden kann. Regelmäßigkeiten können daher auch einen Zwang ausüben und einengen, so dass man sich unter Umständen gegen die mit ihr verbundene Unfreiheit auflehnt, was z. B. häufig in der Pubertät der Fall ist. Statt der Eintönigkeit der Regelmäßigkeit und Ordnung wird die Abwechslung gesucht.

Krankhaft wird der Impuls zur Ordnung, wenn er unfähig macht, aus den Regelmäßigkeiten auszusteigen und das Ungeregelte, Ungeplante, Neue, das im Leben auch eine Realität ist, zuzulassen und sich an Abwechslungen zu freuen.

2. Zwänglichkeit

Die zwängliche (anankastische Persönlichkeit) ist eine Persönlichkeitseigenschaft mit der Neigung und Vorliebe zur Ordentlichkeit, die bis zur Pedanterie gehen kann (Übernormiertheit). Solche Menschen legen z. B. die Geldscheine in der Geldbörse gleichausgerichtet ein; verräumen Werkzeuge oder Kochutensilien sofort nach Gebrauch; stellen die Flasche sofort wieder in den Schrank, nachdem sie dem Gast oder auch sich selbst eingeschickt haben usw. Sie wirken eher kleinlich, wenn sie z. B. die Teppichfransen immer gekämmt halten. Hinter diesem Verhalten steckt keine Angst, sondern es handelt sich um ein innerliches Widerstreben gegen Unordnung. Diese ist dem Menschen „zuwider“ und führt zu Unwohlsein. Unordnung wird als Qualitätsverlust empfunden.

In diesem Falle sollte nicht von Krankheit gesprochen werden, sondern von einer Persönlichkeitseigenschaft, die als Disposition angelegt ist, und die im Laufe des Lebens ausgebaut wird. Sie liegt auf der Grenze zwischen Wollen und Gedrängt sein. Wollen – das bedeutet: „Es entspricht mir, wenn ich es so mache.“. Der Charakter des Gedrängt-Seins kommt dazu, wenn sich autoritative

Töne dazu mengen, wie z. B.: „Das gehört sich.“, „Das muss so sein!“. Doch ist dies noch so lange ein ich-syntones Verhalten, als der Mensch es selbst so sieht und will. Auf der anderen Seite enthält es ein Gedrängt sein, ist nicht mehr ganz frei, denn dieser Mensch kann nicht über seinen Schatten springen. Es fällt ihm schwer, es anders zu machen, weil es Spannung verursacht, Unruhe, Unwohlsein.

Solche Persönlichkeiten haben nur dann Probleme, wenn sie am falschen Platz sind. Eine Partnerschaft eines solchen Mensch mit einem weniger ordnungsliebenden (aus seiner Sicht „schlampigen“) Menschen kann unerträglich werden oder wenn das berufliche Umfeld einen anderen Umgang mit Ordnung und Regelmäßigkeiten hat. Andererseits haben solche Menschen Stärken: Genauigkeit, Stringenz und Disziplin in der Durchführung, Ausdauer, Korrektheit, Verlässlichkeit. Sie sind gut geeignet für Berufe, wo es vorwiegend um Genauigkeit und Regelmäßigkeit geht.

Die Probleme anankastischer Persönlichkeiten, die ja nicht als krank anzusehen sind, sind vorwiegend beraterrisch oder sozialpsychologisch anzugehen und bedürfen nur selten einer Psychotherapie. Das Augenmerk ist eher auf die Umgebung zu lenken, wo diese störend einwirkt und wie ein Umgang damit gefunden werden kann. Es reichen oft Situationsanalysen aus, ohne dass Lebensanalysen oder eben psychopathologische Dynamiken zu bearbeiten wären.

3. Zwang als Krankheit

Krankhaft wird das zwängliche Verhalten dann, wenn sich der Mensch subjektiv gezwungen fühlt, Dinge zu tun oder zu denken, die er nicht will, die ihm unsinnig erscheinen und wogegen er sich innerlich wehrt. Das Charakteristische ist aber: Wenn er sie unterlässt, kommt immer und regelmäßig Angst auf. Diese Angst kommt nicht von ungefähr. Im existentiellen Verständnis wurzelt sie in einem Grundgefühl des Daseins, nämlich in der Erfahrung eines jeden Menschen, dass die menschliche Existenz grundsätzlich ungesichert ist. So fühlt der Zwangskranke eine existentielle Wahrheit, die dem an das Sein adaptierten Menschen meist gar nicht zugänglich ist, jedenfalls nicht in dem existentiellen, erschütternden Gewicht: „Immer kann alles Mögliche passieren und ich könnte schuldig werden! Das wäre unerträglich!“. Der Zwangskranke ist hochspezialisiert auf die Wahrnehmung des Haltgebenden, Tragenden, Verlässlichen, auf das man bauen kann.

Als Krankheit kann der Zwang in folgenden vier Formen erscheinen:

- Zwanghafte Reaktionen (F 43.2): Der Zwang hält an, solange die Situation dauert und klingt danach, früher oder später, von selbst wieder ab. Es handelt sich noch um keine Krankheit, weil keine Fixierung da ist. Z. B. können Kinder während der Scheidung ihrer El-

tern einen Ordnungszwang entwickeln, aber nach Beruhigung der Situation ihn wieder verlieren.

- Zwangsstörung (F 42) mit Zwangshandlungen und Zwangsgedanken
- Anankastische Persönlichkeitsstörung (F 60.5), die zumeist in der Kindheit und Jugend beginnen
- Begleitsymptom bei anderen Störungen, vor allem bei Psychosen.

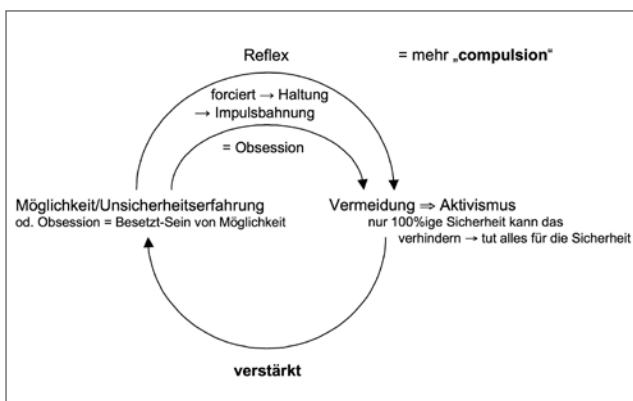
Alle Formen können sich als Zwangsgedanken (Obsessions), Zwangsansprüche und Zwangshandlungen manifestieren (Lang, 2000, S. 356). Bei allen Zwangsstörungen besteht das Krankhafte darin, dass sich der Patient subjektiv gezwungen fühlt (erlebte Unfreiheit), Dinge zu tun oder zu denken, die er nicht will, die ihm unsinnig erscheinen und wogegen er sich innerlich wehrt. Das Kriterium dabei ist, dass immer und regelmäßig Angst aufkommt, wenn er das Verhalten unterlässt.

4. Funktion und Sinn des Zwanges

Zwänge bieten sich geradezu an, symbolisch ausgedeutet zu werden. Solches Vorgehen hat sich aber nicht als effizienzsteigernd für die Psychotherapie erwiesen. In der Existenzanalyse als phänomenologischer Psychotherapie geht es von vornherein nicht um das Ausdeuten von Symboliken, sondern um das Verstehen des Inhalts, der im Zwang enthalten ist, und der Ausbildung der Haltung, die zur Entwicklung bzw. zum Erhalt der Störung führt.

Der Zwang hat in unserem Verständnis die Funktion, Angst zu bannen (vgl. Frankl, 1975; Mowrer, 1960). Das existentielle Thema, um das es im Zwang geht, ist das Streben nach absoluter Sicherheit. Da es grundsätzlich nicht möglich ist, in der Existenz absolute Sicherheit zu bekommen, ist dieses Streben von vornherein zum Scheitern verursacht und kann nur, hält es an, zur Bildung von Symptomen durch forcierte Anstrengungen führen. Aus einer existentiellen Perspektive kann daher der Zwang definiert werden als ein verzweifeltes Ankämpfen gegen die Unmöglichkeit, absolute Sicherheit im Leben zu bekommen.

Abb. 1: Der Teufelskreis der formalen Entstehung des Zwangs, in Anlehnung an Frankls (1975, S. 20) angstneurotischen Zirkel.



Je mehr der Patient Sicherheit will bzw. eine Gefahr bannen will, desto mehr schraubt er sich in den Zwang. Denn er macht bei dem Streben nach Sicherheit notwendigerweise die Erfahrung, dass es keine absolute Sicherheit gibt, was ihn nun zusätzlich verunsichert – so entsteht der zwangsneurotische Teufelskreis (vgl. Frankl (1975, S. 21f). Mowrer spricht (1960) von einem Zwei-Faktoren-Modell der Zwangsentstehung: der Entstehung und der Aufrechterhaltung des Zwanges). Als Beispiel kann die kognitive Prozessdynamik bei einem Grübelzwang dienen: Der Arbeitskollege des Patienten sagt beiläufig, er habe heute „blöderweise etwas zu Hause vergessen [...]“. Der zwanghafte Patient erschrickt über die Möglichkeit, dass man etwas vergessen kann und sieht, wie unangenehm es dem Kollegen ist. Ihm wäre es noch viel unangenehmer, da er ja alles so genau nimmt, für ihn wäre es richtiggehend schlimm, so einen Fehler zu machen. Doch es bleibt nicht dabei, die zwanghafte Dynamik drängt gleich weiter, bezieht die Möglichkeit auf sich und so schießt ihm der Gedanke ein: „Wer weiß, was ich alles vergesse!“ Und gleich noch schlimmer: „Wie oft habe ich etwas vergessen und merke es nicht?“ Die plötzliche Unsicherheit wird dann in den größeren Zusammenhang eingebaut: „Ich weiß ja nicht, was das alles für Folgen haben könnte!“

Als unbefangener Beobachter spürt man das Bodenlose (den fehlenden inneren Halt) in diesem Erleben und Denken. Der Gedanke: „Ich könnte vielleicht etwas nicht gemerkt haben und das könnte zu unabsehbaren Folgen führen!“ führt in eine ausweglose Schleife, denn:

- ein solcher Satz ist in dieser Allgemeinheit unwiderlegbar.
- ein solcher Satz trifft in dieser Allgemeinheit immer zu.
- ein solcher Satz ist in dieser Allgemeinheit unfasslich, weil man kein Gegenüber mehr hat.

Die Folge ist eine totale Verunsicherung, der man nicht entgehen kann. Der Menschen sitzt im „anankastischen Käfig“ fest.

5. Ausbildung der Zwangscharakteristika („Zwangs-Coping-Reaktionen“)

Das Bemühen um absolute Sicherheit kann in der realen Welt nicht aufgehen. Darum wirft es den Patienten auf sich selbst zurück. Er entkommt der Angst nicht, sondern produziert sich ständig Erfahrungen, die seine Angst nur weiter erhöhen, weil etwas angestrebt wird, das es nicht geben kann. Um sich vor der Verzweiflung zu schützen, setzt der Patient folgende vier, für den Zwang charakteristische Mittel ein, um die Angst zu bannen, in der Hoffnung, seine Situation damit zu verbessern:

1. Sektorisierung der Wirklichkeit (Verkleinerung der Welt)

2. Zuwendung zu Gefühlszuständen und Abwendung von der Welt
3. Erstarrung in Ritualen
4. Vermeiden und Bekämpfen der Gefahren

Diese vier Coping-Reaktionen des Zwanges weisen dieselben Strukturen auf, die in den vier existentiellen Grundmotivationen, die das Strukturmodell der Existenzanalyse darstellen, vorliegen (Längle, 2008). Entsprechend den vier Grunddimensionen der Existenz werden vier existentielle Grundmotivationen (GM) beschrieben, die hier nur kurz parallelisiert werden:

- 1.GM: Arbeit am Weltbezug führt zur Sektorisierung der Wirklichkeit
- 2.GM: Beschäftigung mit dem eigenen Gefühl führt zu Zuwendung zu sich selbst
- 3.GM: Ersatz der persönlichen Freiheit, die als Unsicherheit erlebt wird, durch Rituale und Entscheidungsvorgaben.
- 4.GM: Einsatz der eigenen Aktivität und des Handelns zum Zweck des Vermeidens und Bekämpfens

Im Konkreten bedeuten die einzelnen Coping-Reaktionen Folgendes:

5.1. Sektorisierung der Wirklichkeit

Frankl (1982a, S. 179) spricht hier auch von Partikularisierung. Aus der Unmöglichkeit, Ordnung und Struktur in allen Lebensbereichen aufrecht zu erhalten, sucht der Patient eine Auswahl, schafft sich eine „partielle Wirklichkeit“, sucht sich Sektoren der Wirklichkeit, worin er diesem Impuls nachgehen kann, während er andere Bereiche vernachlässigt, so dass paradoxerweise in ihnen Unordnung und Schlamperei herrscht.

So kommt es zur Fixierung der ganzen Aufmerksamkeit in einer Teilwirklichkeit, die überhöht wird, um wenigstens in einem Bereich Sicherheit zu bekommen und damit das Gefühl zu bekommen, dass es doch Sicherheit in der Welt geben kann. Durch die Sektorisierung wird das Problem der Unsicherheit scheinbar überschaubar und bekämpfbar und mit der Hoffnung verknüpft, dass sie besiegt ist.

5.2. Zuwendung zu Gefühlszuständen und Abwendung von der Welt (vgl. Frankl, 1982a, S. 180f)

Je mehr ein Mensch von zwanghaften Gefühlen besetzt ist, desto mehr ist er damit beschäftigt, seine Angstgefühle in Schach und den Angstpegel niedrig zu halten. Dadurch wird sein Handeln zunehmend funktionalisiert, wird zum Mittel mit dem Zweck, primär Angstgefühle zu reduzieren. Denn da es eine absolute „Sicherung vor Katastrophen“ nicht gibt, ist er „darauf angewiesen, sich auf das bloße Sicherheitsgefühl zu beschränken [...]“,

so dass ihn „sein Wille zur absoluten Sicherung zwingt [...], mit dem Sicherheitsgefühl eine Art Kult zu treiben“, was zu einem „verkrampten Streben nach dem bloßen Gefühl „hundertprozentiger Sicherheit“ führt (Frankl, 1982a, S. 180). Durch die ständige Beobachtung seiner Gefühle wird die Aufmerksamkeit von der Welt abgezogen, die Aufgaben treten in den Hintergrund und verlieren im Verhältnis zur Gefühlsbeschwichtigung an Bedeutung. Das führt zu einem Beziehungsverlust zur Welt, was mit einem Existenz- und Sinnverlust (Frankl, 1982a, S. 181ff) einhergeht.

Dieser – für das neurotische Verhalten im Übrigen typische – Vorgang macht das Bild existentiell gravierend: Das Leben dreht sich zunehmend nur noch um den Zwang (obsession) und um die Bekämpfung der Angstgefühle bzw. Angstgedanken (compulsion). Der Zwanghafte ist von seinen Gefühlen mehr bedroht als von der Realität. Diese Verarmung der Beziehung zur Welt und ihren Werten macht auch die erhöhte Depressionsneigung der Zwangskranken verständlich.

Dennoch ist mit dieser Reaktionsweise ein psychischer Gewinn zu verzeichnen. Sie dient zur Bekämpfung des neurotischen Stresses, wird doch dadurch eine Überschaubarkeit der Situation erreicht: Gefühle lassen sich direkter kontrollieren als die Welt, sie stehen einem näher, man hat sie eher in der Hand als die von einem unabhängige Welt.

5.3. Einsetzen von Ritualen

Es ist charakteristisch für Zwangskranke, dass sie in ihrer Not zu den äußersten Mitteln greifen, die dem Menschen zur Vergrößerung ihrer Wirkung zur Verfügung stehen: sie setzen Rituale in ihren starren Verhaltensweisen ein. Was sind Rituale? Rituale sind Handlungsweisen, mit denen ein Zugang zum Numinosen, Göttlichen, Transzendentalen bzw. Dämonischen (schwarze Messen etc.) geschaffen wird. Beispielsweise dient dazu das Kreuzzeichen-Machen beim Betreten der Kirche, die Taufe, die Messe, auf Holz Klopfen, um ein Unglück abzuhalten, oder am 13. des Monats kein Geschäft abzuschließen, besonders wenn es ein Freitag ist.

Mit Ritualen setzt sich der Mensch in die Sphäre des Göttlichen bzw. Dämonischen, versucht in direkten Kontakt mit ihm zu kommen. Rituale haben eine Parallele zu Beschwörungen, haben magischen Charakter und dienen der Bannung des Bösen. Magie ist „die kontinuierliche Anstrengung des menschlichen Willens [...], das Unberechenbare handelnd zu kontrollieren [...]“ (Graf, 1996, S. 210; vgl. auch Auffahrt, 1999). Damit ermöglichen Rituale eine „Gemeinschaft am Göttlichen“, denn sie eröffnen einen Zugang zu magischen, übernatürlichen Kräften, die einem durch das gewissenhafte Ausüben des Rituals zufließen (man hat mit dem Ritual ja etwas in der Hand, was man selbst beisteuern kann) und damit helfen, das befürchtete Übel zu beschwören. Im Ritual sollen die übernatürlichen Kräfte einem gewogen gestimmt werden, damit sie einen schützen und

unangreifbar machen. Rituale sind somit quasireligiöse Handlungen²⁾, die zu verstehen sind als Bezugnahme zu einer Kraft, die größer ist als man selbst. Wenn man ein absolutes Ziel erreichen will, nämlich absolute Sicherheit, bedarf es der Bezugnahme zum Göttlichen, denn das schafft der Mensch nicht mehr aus sich alleine. Schon Alfred Adler sprach vom Gottähnlichkeitsstreben als einem schon dem Kind innewohnenden Verlangen nach vollkommener Überlegenheit, das es unweigerlich in eine Scheinwelt führt, die es dann unvermutet in den Zusammenbruch führt (Rattner, 1974, S. 26; Adler, 1986).

Zwangskranke erstarren in Ritualen, üben ihre angstmindernden Verhaltensweisen (kontrollieren, waschen usw.) zumeist nach starren Regeln aus. Die geringste Abweichung von dieser Struktur zwingt sie, den ganzen Handlungskanon von vorne wieder zu beginnen.

5.4. Copingreaktion des Aktivismus (Bekämpfen)

Während das Vermeiden die typische Reaktionsform der Angst darstellt, kann diese bei einer Suche nach absoluter Sicherheit nicht zum Einsatz kommen. Denn es gibt keinen Ort, wo es absolute Sicherheit gibt. Da also letztlich kein Entkommen aus der Unsicherheit existiert (z. B. können Bakterien überall sein; man kann immer unbemerkt an etwas anstreifen; man weiß nie sicher, ob die Tür abgesperrt ist), kann der einzige Ausweg nur im Bekämpfen der Situation liegen. So ist der Zwang zu verstehen als Fixierung dieses Aktivismus.

6. Das Wesen des Zwanges

In der Existenzanalyse werden zwei Momente unterschieden, die als Wesen des Zwanges angesehen werden: ein strukturelles und ein prozessuales. Auf der strukturellen Ebene wird der Zwang verstanden als gescheiterte Auseinandersetzung mit der grundsätzlichen und unentrinnbaren Unsicherheit der Existenz. Das entspricht in der Theorie der Existenzanalyse einer Verunsicherung in der ersten existentiellen Grundmotivation (Unsicherheit des Daseins, kein Fühlen von wirklichem tiefem Gehalten-Sein, unverarbeitete Schrecken, Veranlagung). Gegen dieses strukturelle Defizit wehrt sich der Mensch und sucht heftig mit psychodynamischer Unterstützung nach Absicherung. So kommt es zur Fixierung im Aktivismus, in einem Erzwingen-Wollen von Sicherheit.

Frankl (1982a, S. 176) bezeichnet als das Wesen des Zwangskranken die „Insuffizienz des Evidenzgefühls“, verbunden mit einer „Intoleranz gegenüber jenem irrationalen Rest, der allen Denkergebnissen irgendwie anhaftet“. Darin sehen wird das zentrale Prozessmoment des Zwanges, dass eben der Patient nicht zu einem sicheren „Aha“ kommt, das ihn in Ruhe sein lassen könnte in seinem Dasein. Fehlt die fühlende Wahrnehmung der Realität, kann der Patient nicht zu einer wirklichen

Evidenz gelangen. Diese „forcierte Selbstkontrolle“ hat einen doppelten Effekt: sie führt zu einer „Hypertrophie der Bewußtheit“ und zu einer „übertriebenen Gewissenhaftigkeit“ als den „typischen Charakterzügen [...] des Zwangsneurotikers“, die den „flüssigen Stil“ der Handlungen nun ständig stören (Frankl 1982a, S. 177). Führt das erste zu einer „Hyperreflexion“, also zu einem vermehrten und zwanghaften Denken und sich Beobachten, erzeugt die übertriebene Gewissenhaftigkeit eine „Hyperakusis des Gewissens“, also eine Überempfindlichkeit des Hörens, so dass das leiseste Räuspern des Gewissens wie ein „Dröhnen“ empfunden wird (Frankl 1975, 113f). Die zunehmende Fokussierung des Gefühls bringt eine steigende Abwendung von der Welt mit sich, sodass die Wahrnehmung des Gegebenen verloren geht und die Verunsicherung steigt.

Ein Beispiel möge dies illustrieren: Eine Patientin mit körperlicher Behinderung hat im Laufe ihres Lebens einen harten Umgang mit sich gelernt, um sich nicht von der ihrer Behinderung unterkriegen zu lassen. Die Mutter z. B. prägte ihr unvergesslich ein, „sich ja nicht gehen zu lassen“, nichts von ihrem inneren Leben zu zeigen, vor allem nie zu jammern, schon gar nicht über die Behinderung. In diesem Rahmen entwickelte sie eine Blockade des Fühlens, mit der auch eine Blockade des Evidenzgefühls einherging, das zudem durch zahlreiche Verunsicherungen und durch Absprechen ihrer selbst wahrgenommenen zwischenmenschlichen Realität in Mitleidenschaft gezogen war.

Auf diesem Hintergrund konnte die Entstehung ihres Zwanges als „Krankheit des Hinfühlens“ verstanden werden. Und weil sie weder ihren Körper noch ihre Innerlichkeit fühlte und auch die äußere Realität nicht mehr „anfühlte“, entglitt ihr auch ein evidenter, gefühlter Bezug zur Welt und ihren stabilen, Haltgebenden Strukturen. Stattdessen hatte sie gelernt, „sich zu treten, sich zu zwingen, sich kaputt zu schlagen“, wie sie sagte. Sie peitschte im Geiste sich und ihren Körper wie einen störrischen Esel, der nicht vom Fleck geht. Außerdem wurde sie von außen ständigen Zwängen unterworfen, in Therapien und Korsette gepresst wegen der Behinderung, und empfand ihre starre und rigide Erziehung selbst als ein einziges Korsett.

So entwickelte sie ein Lebensgefühl von ständigem Bedroht-Sein im Überlebenskampf in dieser Welt, erschwert durch ihre (behindernde) physische Ausstattung, die ein besonderes Maß an psychischer Anstrengung bedurfte, um sich nicht ausgeliefert zu fühlen. Durch Ankämpfen überwand sie die Angst und empfand ihre Disziplin und Strenge als den einzigen verlässlichen Halt. Zugleich aber wuchs in ihr eine Auflehnung gegen die zwingende Lebensform, in der sie aufgewachsen war und mit der sie leben musste. Die latente, tiefste Frage aber, mit der sie ihr Leben lang rang, war eine Fundamentalfrage der ersten existentiellen Grundmotivation: „Wo ist mein Platz zum Leben?“

7. Therapie

Die existenzanalytische Therapie kann in vier Teile gegliedert werden:

- Arbeit an Kognition
- Angstkonfrontation
- Biographische Tiefenarbeit und Trauma-Arbeit
- Begleitmedikation

Bei der Behandlung von Ängsten – auch in der Form von Zwängen – ist die kognitive Arbeit grundlegend. Dies ergibt sich aus dem Strukturmodell der Existenzanalyse (Längle, 2008), wonach Ängste fixierte Schutzreaktionen sind, um das Sein-Können in der Welt trotz der inneren und-oder äußeren Fragilität zu ermöglichen. Sein-Können ist gebunden an die Erkenntnis und das Wissen, um mit den Bedingungen der Existenz zurande kommen zu können. Darum beginnt die existenzanalytische Therapie der Zwangsformen mit der kognitiven Arbeit.

7.1. Kognitive Arbeit

7.1.1. Genaues Schildern-Lassen der Zwangssymptome.

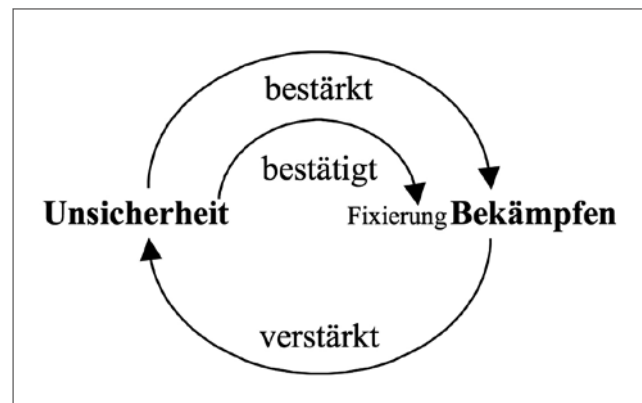
Nach der Deskription geht es um die Fokussierung des Erlebens und der begleitenden Gedanken. Damit soll einerseits Vertrauen aufgebaut werden, andererseits soll das zumeist schamvoll versteckte Geschehen aus der (kraftraubenden) Verborgenheit geholt werden. Schließlich entsteht durch das Vor-sich-Hinstellen und Betrachten des Symptoms bereits eine erste Selbst-Distanzierung (Frankl, 1982a).

7.1.2. Erklärungen geben

- Formale Entstehung der Zwänge:
Aus dem Erleben der Angst erscheint dem Patienten bzw. der Patientin das Erleben der Unentrinnbarkeit als besonders belastend und erzeugt eine tiefe Verunsicherung im Patienten bzw. in der Patientin. Dadurch entsteht ein unangenehmes Spannungsgefühl und oft auch Schuldgefühl. Gegen beide wird angekämpft, ist aber durch den Anspruch nach 100%iger Sicherheit nicht lösbar. Es resultiert eine Verstärkung der Unsicherheit, was wiederum einen verstärkten Einsatz von Ankämpfen hervorruft. Die Wiederholung dieses Vorgangs erzeugt eine Fixierung des Verhaltens. Es empfiehlt sich, dem Patienten bzw. der Patientin den Teufelskreis aufzuzeichnen.
- Erklärung des zentralen Problems: die Unerträglichkeit der Unsicherheit.
Erklärungen geben kognitiven Halt gegen die gefühlsmäßige Unsicherheit. Sie sind eine Schiene, mit der man über den „Sumpf“ der verunsicherten Gefühle

vorübergehend hinwegkommen kann. Sie geben etwas Schutz und einen Ansatz von Halt, erlauben ein Verstehen der Symptome und helfen auch Vertrauen zu schaffen in den Therapeuten; dem Gefühl des Ausgeliefertseins wird mehr und mehr Boden entzogen.

Abb. 2: Erklärungsschema der Zwangsentstehung für PatientInnen, in Anlehnung an den angstneurotischen Zirkel von Frankl (1975, S. 20).



7.1.3. Personale Haltung zur Kognition

Die Erkenntnis vermitteln, dass die Gedanken von Natur aus frei sind, spontan aufsteigen, ohne Kontrolle ins Leben eintreten und dass das „normal“ ist (Frankl, 1975). Gedanken können daher auch als „Ein-fälle“ bezeichnet werden. Nun gilt es, dies zu wissen und anzuerkennen: „Das darf so sein, das kann man nicht kontrollieren (!) und man soll daher auch nicht versuchen zu kontrollieren!“ Die Aktivität soll sich darauf beschränken, was man dann mit den Gedanken macht, d. h. man soll lernen mit ihnen umzugehen, ihnen entgegen zu treten, wenn es nötig ist.

Wer hat nicht schon auf einem hohen Felsen oder Balkon den Gedanken gehabt: Mit nur einem Schritt weiter wäre alles vorbei, nur ein Schritt trennt mich vom Tod! Dies ist ein ebenso unglaublicher wie realistischer Gedanke. Doch der Zwangspatient hat Angst, wenn ein solcher Gedanke kommt, dann gibt es keine Sicherheit mehr, dass er es nicht auch tut. Er empfindet keine Sicherheitszone zwischen Denken und Ausführung und er erschrickt über sich, weil er bei seiner Gefühlsunsicherheit solche Gedanken als heimliche Absicht interpretiert. Er hat das Gefühl, dass er sich selbst nicht vertrauen kann, vor sich selbst nicht sicher ist. Doch Gedanken zeigen nur eine Möglichkeit auf – und da ist noch ein großer Schritt zu ihrer Verwirklichung: nämlich der Schritt der Entscheidung.

Gedanken sind dazu da, die Realität zu erfassen und ihre Möglichkeiten, nämlich das, was in ihr passieren kann. Dies ist für das Überleben wichtig. Wichtig ist dabei die kognitive Grundregel: Gedanken können nicht zwingen! Gedanken sind Ausgangspunkt für eine mögliche Handlung, eine Einladung zur Handlung, aber sind nicht identisch mit der Entscheidung. Ein Gedanke ist noch lange keine Entscheidung und auch kein Impuls, und erst recht keine Handlung. Dies ist den zwangsneu-

rotischen PatientInnen meistens nicht bewusst, was leicht zur ängstlichen Fehlinterpretation der Gedanken und ihrer Bedeutung führt.

Die Angst der ZwangspatientInnen, die Kontrolle zu verlieren und etwas zu tun, was sie bloß gedacht haben, braucht oft längere und wiederholte Erklärungen. Es ist ihnen deutlich zu machen, dass man ohne Entscheidung z. B. nicht vom Balkon springen kann. Gegen den eigenen Willen kann man nicht springen! Sein Problem ist damit nicht gelöst, sondern er kommt mit der typischen Frage: „Aber wer garantiert ihm, dass er nicht doch plötzlich will?“ Garantie gibt es keine. Das stimmt, weil es keine absolute Sicherheit im Leben gibt. Aber es ist wichtig zu wissen, wie der Wille funktioniert. Der Wille kann sich nicht beliebig verändern. Er braucht Gründe, Werte, um sich zu ändern. „Wenn Sie im Tod mehr Wert sehen als im Leben, dann ist es möglich, dass sich Ihr Wille ändert und Sie sich entscheiden, sich umzubringen. Aber das ist ja nicht Ihr Problem, es ist nicht die Angst, sich töten zu können! Ihr Problem ist die Sicherheit! Der Wille aber folgt mit absoluter Präzision diesem Muster: der gefühlte Wert führt zur inneren Zustimmung, dadurch entsteht der Wille, etwas zu tun, was Sie dann erst handeln lässt!“

7.1.4. Lebenshaltung

Es gehört zur Natur des Lebens, dass es mit Unsicherheit behaftet ist: Im Dasein gibt es keine Sicherheit. Dies ist ein Faktum, mit dem jeder Mensch leben muss. Das ist der „Zwang, den das Leben uns auferlegt“. Damit wird das subjektive Zwangsgefühl vom Subjekt gelöst und in die Struktur des Lebens verlagert. Er ist nicht mehr nur ein individuelles Problem. Mit diesem Wissen sollen die PatientInnen dem Gefühl der Unsicherheit bewusst entgegentreten und sich immer wieder vorsagen: „Ja, es kann immer etwas passieren, das gehört zum Leben! Mein Zwangsritual hat sowieso keinen Einfluss auf diesen Sachverhalt.“

Es empfiehlt sich, diesen Gedanken aufzuschreiben und den Zettel zu Hause aufzustellen. Durch diese ständige Wiederholung und das unmittelbare Entgegentreten den negativen Gedanken und sich auf die Realität einstellen soll Einfluss auf die Neuroplastizität des Gehirns genommen werden, so dass es zur Bildung neuer Synapsen kommen kann und die Automatie der Gedanken gebremst wird. Dies stoppt den Zwang nicht, aber dient dazu, langsam eine veränderte Haltung zu schaffen.

7.1.5. Kognitiver Plan

Für den aktuell besseren Umgang mit dem Zwang werden Handlungsanleitungen gegeben, wozu v. a. die Einführung des inneren Dialogs dient. Die PatientInnen können versuchen, beim zwänglichen Verhalten schon nach einigen Therapiestunden das Symptom zu delegieren und z. B. den Partner bzw. die Partnerin bitten,

die Kontrolle der Türe zu übernehmen. Anfangs soll der Patient bzw. die Patientin auch selbst beim Kontrollvorgang mitgehen, dann soll dieser aber ohne Dabeisein des Patienten bzw. der Patientin durchgeführt werden (diese Anleitung, die auch in der Verhaltenstherapie sehr geläufig ist, hat in der Existenzanalyse die Bezeichnung „Technik der Interposition“). Diese Technik dient der Übung zum Lernen des Vertrauens, unterstützt durch den Dialog bzw. das Zusprechen des anderen. Denn wenn Unruhe aufkommt, soll der Partner bzw. die Partnerin in der Rolle eines Hilfs-Ichs mit ihm sprechen und alle Verantwortung übernehmen.

Weiters sollen die eigenen Gedanken während der Handlung beachtet werden: Das, was er bzw. sie während des Zwanges denkt, wird in den inneren Dialog übergeführt. Der Patient bzw. die Patientin ist ständig im Gespräch mit sich über das, was er bzw. sie zwanghaft tut. Damit soll der rein mechanistische Ablauf zurückgedrängt und etwas persönlicher werden und die Selbstanahme gefördert werden.

Z. B. „Ich gehe jetzt und kontrolliere die Türe, weil ich ein unruhiges Gefühl habe. Es drängt mich, es ist unerträglich geworden. Mit dem Kopf weiß ich, dass es nicht nötig ist, aber um mein Gefühl zu beruhigen, mache ich es. Anders kann ich mich derzeit nicht beruhigen.“

Innere Einstellung zu den Zwangshandlungen entwickeln: Die PatientInnen sollen zum eigenen Verhalten Stellung nehmen und sich explizit vorsagen, was sie von ihrem Verhalten halten und es jeweils bewerten, z. B. dass es heute etwas besser oder wieder schlechter ist, und warum sie glauben, dass es so ist. Neben der Festigung der eigenen Person gegenüber dem zwanghaften Verhalten führt das auch zur Klärung der oft diffusen Gedanken der zwanghaften PatientInnen. Mit der Stellungnahme kann z. B. auch geklärt werden, wie oft es seiner Meinung nach sinnvoll ist, eine Zwangshandlung durchzuführen. Bei allem, was diese Zahl überschreitet, soll er sich z. B. innerlich vorsagen: „Dreimal kontrollieren wäre vernünftig. Was ich jetzt tue, ist nicht mehr nötig, aber das brauche ich für mich, das mache ich jetzt zur Beruhigung meiner Angst, und nicht, weil es von der Sache her nötig wäre“.

Zur konkreten Durchführung kann vielleicht das folgende Beispiel als Illustration dienen. Ein Buchhalter, der unter einem Kontrollzwang leidet, hat im ersten halben Jahr der Therapie schon eine deutliche Besserung im Umgang mit seinem Zwang erreicht. Die meisten Sachen kontrolliert er nur noch einmal. Jedoch bei dem, was an das Finanzamt oder außer Haus geht, kontrolliert er zweimal. Um zu klären, ob diese zweite Korrektur ein Symptom der Zwangskrankheit oder eine Überzeugung ist, wird folgender Dialog geführt:

Th: Haben sie beim zweiten Kontrollieren schon einmal einen Fehler gefunden?

P: Selten.

Th: Nie?

P: Das traue ich mich nicht zu sagen, es könnte mir ja nicht bewusst sein [...] eine zweite Kontrolle

macht mir aber ein besseres Gefühl

Th: (nützen der Freiheit): Kontrollieren Sie ruhig so oft, wie Sie es für richtig halten, das tun Sie ja freiwillig. Und sagen Sie sich ruhig innerlich dazu: Das will ich jetzt zweimal kontrollieren. (Bezugnehmend auf Wahrheit und Einbringen des inneren Dialogs): Und sagen Sie sich, wenn Sie es öfter kontrollieren, wie es wirklich ist: ‚Die erste Kontrolle mache ich fürs Finanzamt und für die Firma, die zweite Kontrolle mache ich für mein persönliches Gefühl. Das will ich so.‘ (Damit soll eine andere Haltung zum Zwang erreicht werden: Ich bestimme und werde nicht bestimmt.)

Ein halbes Jahr vorher war das auch Thema. Damals ging es noch so: Der Patient wurde mit der Arbeit oft nicht fertig, machte freiwillige Überstunden, wurde erschöpft, depressiv. Er kontrollierte Additionen acht bis zehn Mal mit der Rechenmaschine und zur Sicherheit auch händisch.

Th: Wie oft finden Sie es richtig, eine Addition zu kontrollieren?

P: Sechs bis sieben Mal.

Th: Wie oft haben Sie beim sechsten oder siebenten Mal einen Fehler entdeckt?

P: Noch nie.

Th: Sicher?

P: Ja, das weiß ich sicher.

Th: Könnten Sie bis zum nächsten Mal versuchen, nur sechs bis sieben Mal zu kontrollieren, und nicht mehr zehn Mal?

Beim nächsten Mal. Es ist ihm gelungen:

Th: Bis zur wievielten Kontrolle haben Sie schon Fehler gefunden?

P: [Zögern] –

Th: Haben Sie bei der fünften Kontrolle noch Fehler gefunden?

P: Nein, nicht dass ich mich erinnern kann.

Bei der dritten Kontrolle ist er unsicher, bei der zweiten könnte es sein, dass er mal noch einen Fehler gefunden hat, bei der ersten kam es sicher vor. Da er aber gerade mühevoll von zehn auf sieben Mal kontrollieren runtergekommen ist, kann er nicht gleich weiter runter.

Th: Wie oft, glauben Sie, möchten bzw. müssen Sie derzeit kontrollieren?

P: Fünf bis sechs Mal.

Th: Könnten Sie es in Zukunft so machen, dass Sie sich dazu sagen: ‚Jetzt kontrolliere ich einmal, weil man das als gewissenhafter Buchhalter machen muss, und noch einmal zur Sicherheit und aus Pflicht und weil ich glaube, dass man das muss. Aber die weiteren Male kontrolliere ich nur, weil ich das brauche zur Beruhigung meines Gefühls. Das tu ich also mir zu liebe.‘?

Mit einer solcher Übung und den anderen Elementen der Therapie brachte es der Patient auf die oben geschilderten zweimaligen Korrekturen – bei denen es allerdings weitgehend blieb.

7.1.6. Öffentlichmachen des Zwangs

Verheimlichung und sich zu schämen kann inneren Druck erzeugen. Beides bindet Kräfte und bringt zusätzliche Verunsicherung hinein, weil man befürchtet, dass man entdeckt werden könnte. Darum soll der Patient bzw. die Patientin mit dem Partner bzw. der Partnerin und mit FreundInnen offen über seinen Zwang reden, den FreundInnen einfach davon erzählen.

Neben der Spannungsreduktion fördert auch das die Selbst-Annahme, der Patient bzw. die Patientin steht mehr zu sich, nimmt sich in seiner Realität, mit der er ja leben muss, ernst. Dieses: „So ist es bei mir!“ wirkt entlastend und gibt Festigkeit, wenn erst einmal die Schwelle überwunden ist.

7.1.7. Selbst-Distanzierungs-Übung und Dereflexion (Frankl, 1982a,b)

Der Zwangskranke erlebt, dass die Unsicherheit und Angst durch Ankämpfen nicht beseitigt werden kann. Schon weiter oben wurde davon gesprochen, dass sich der Patient bzw. die Patientin den Zwang vorerst noch erlauben muss, weil er bzw. sie noch nicht frei sein kann von ihm. Trotzdem kann er nun schrittweise üben, dem Zwang weniger oft nachzugeben, sondern sich von ihm etwas zu distanzieren. Dazu hilft als erstes, wenn er bzw. sie Wahrnehmungsübungen dazwischenschaltet, indem er bzw. sie lernt, auf sein Erleben zu schauen und während der Betrachtung auszuhalten lernt: „Ich schau mir mal zu, wenn ich die Situation aushalte, was dabei passiert und solange es nicht nötig ist, gehe ich nicht kontrollieren oder waschen. Bin interessiert, was da in mir abläuft.“ Dabei geschieht ein Experimentieren und Üben ohne Zwang in einer „Haltung der ungezwungenen Offenheit“: „Ich darf jederzeit dem Zwang nachgeben, bin aber interessiert, was da in mir abläuft und will lernen, den Zwang etwas besser auszuhalten. Und dabei möchte ich mich nicht auf die Unsicherheit konzentrieren, sondern auf meine Stärke: wie lange halte ich es aus und was hilft mir es auszuhalten (Atmung!)? Und will auf mein Erleben schauen: Was passiert dabei? Was entsteht in meinem Körper, in meinen Gefühlen?“

Mit dieser dereflektorischen Haltung, bei der mehr auf das aktuelle „Wie ist es?“ geschaut wird, kann der Patient bzw. die Patientin mehr auf den Boden der Gegenwart kommen, weil die Aufmerksamkeit von der Zukunftsangst weggelenkt wird. Damit richtet sich der Blick auf eigene Ressourcen und neue Erfahrungen. Statt automatischer Reaktionen werden personale Handlungen dem Verhalten vorgeschaltet.

7.1.8. Paradoxe Übung

Im Wechselspiel mit dem Aushalten des Zwang-Druckes wird zwischendurch das Verhalten des Zwanges freiwillig und in selbstakzeptierender Weise durchgeführt, noch bevor der Druck aufkommt bzw. so stark wird, dass man ihm nachgeben muss und ihm daher ausgeliefert ist. Man kann auch Zwangsverhalten freiwillig tun und ihm dadurch den Charakter des Zwanges nehmen (was eine Ähnlichkeit zur Symptom Prescription in der Verhaltenstherapie hat, hier wird das Verhalten jedoch nicht „verschrieben“, sondern der springende Punkt wird darin gesehen, dass das Verhalten aus eigener Motivation und Einsicht entsteht; das macht die Vorgangsweise zu einer existentiellen). Die Freiwilligkeit braucht natürlich einen Grund. Der Grund wird in einer liebevollen, selbstakzeptierenden Haltung gesehen, die ja zumeist bei den Zwangskranken nicht gegeben ist – was zur Aufrechterhaltung der Störung beiträgt. Die PatientInnen lernen sich zu sagen: „Ich bin noch in einer solchen psychischen Verfassung, dass ich dieses Verhalten offensichtlich brauche und so lange gebe ich es mir auch, weil ich für mich sorgen will; weil ich nicht warten will, bis es leidvoll wird; weil ich dafür nachher einen guten Tag habe usw.“ Neben der Übung der Selbst-Akzeptanz und der Stärkung der Beziehung zu sich selbst wird dabei die Freiheit aufrechterhalten (die Verhaltenstherapie würde hier den Begriff der Selbstwirksamkeit anführen), das Opfer-Dasein durchbrochen und der Patient bzw. die Patientin beginnt etwas mit den Symptomen zu spielen. Methodisch handelt es sich um eine Form von Selbst-Distanzierung, wieder in der Form der oben schon genannten Interposition der Person, um der Aufschaukelung des Zwanges entgegenzuwirken und weniger Versagen, Enttäuschungen und Deprimierungen zu erleben.

Durch den Wechselschritt zwischen Aushalten und freiwilliger Durchführung wird der Lebensraum der PatientInnen dem Symptom gegenüber aufgeweitet (ähnlich wie es Jacobson (1993) auf der physischen Ebene – durch Anspannen und Entspannen der Muskulatur – vorgeschlagen hat). Dieser Vorgang ist nicht zu verwechseln mit der paradoxen Intervention (die ja eine Symptomverschreibung darstellt; vgl. Selvini-Palazzoli et al., 1975). In der Existenzanalyse geht es um das Leben von Freiheit trotz Zwang. Es wird daher der maximale Gebrauch der personalen Freiheit angestrebt, wobei es weniger darum geht, durch Übertreibung zu einer Ermüdung (oder gar zu Widerwillen) dem pathologischen Verhalten gegenüber zu kommen.

7.1.9. Schriftliche Bestätigung als Interposition

Eine weitere Form, um in eine Distanz zu den Symptomen zu kommen, besteht in der Ausstellung von schriftlichen Bestätigungen zur „Sicherheit des Patienten bzw. der Patientin“. Es werden den PatientInnen Sachinformationen mit „100%iger Sicherheit“ schriftlich bestätigt, mit Stempel und Unterschrift (vgl. auch Frankl, 1982b,

S. 177). Mit dem „Greifbaren in der Hand“ fühlt sich der Patient bzw. die Patientin in jenen Bereichen entlastet, wo die Fachperson auf der Grundlage ihrer Fachkenntnis „Verantwortung übernimmt“. Z. B. „Ich bestätige Ihnen, dass es 100%ig ausgeschlossen ist, dass ein Mensch gegen seinen Willen von einem Balkon springen kann!“ Oder: „Zwischen einem nicht vollzogenem Zählen und einem Herzinfarkt der Mutter besteht mit 100%iger Sicherheit kein Zusammenhang. Dafür übernehme ich die volle Verantwortung!“ Bei kriminophobischem Zwangsgedanken: „Bei der Liebe zu Ihrem Kind gebe ich Ihnen schriftlich, dass es 100%ig ausgeschlossen ist, dass Sie Ihr Kind erwürgen wollen! Das bringen Sie nicht übers Herz!“

Dabei spürt der Therapeut bzw. die Therapeutin zumeist selbst ein gewisses Zögern, weil es ja keine 100%ige Sicherheit gibt – er bzw. sie spürt somit genau jene Schwelle, über die der Patient bzw. die Patientin nicht hinwegkommt, und nimmt ihm damit eine Last ab. Die Erfahrung zeigt, dass die PatientInnen diese Zettel immer mit sich tragen, oft jahrelang, manchmal sogar über das Ende der Zwangskrankheit hinaus, gleichsam als Talisman und als Erinnerung an den Zwang. Er wird wie ein Stück Biographie.

Wirkung der kognitiven Vorgangsweise: Kognitive Erklärungen geben viel Halt, decken Zusammenhänge auf und geben dadurch Schutz, sind daher sehr wichtig bei allen Störungen der ersten GM. Das fördert das Erleben von Vertrauen (auch in die Kompetenz des Therapeuten) und erlaubt außerdem ein besseres Verstehen der Symptome.

7.2. Angst-Konfrontation und Wahrnehmungstraining (Aushalten lernen)

7.2.1. Wahrnehmungsübungen zur Induktion des Evidenzgefühls

Eine der Hauptursachen von Zwangsstörungen wird in der Existenzanalyse im mangelnden Evidenzgefühl gesehen. Dies wirft therapeutisch die Frage auf, wie man Gefühle verstärken kann? In der existenzanalytischen Emotionstheorie wird dafür die Zuwendung beschrieben, aber auch innerliches Nachzeichnen, bewusst machen und in Dialog treten. Die folgende Vorgangsweise entspricht dem Muster der Personalen Positionsfindung (Längle, 2008):

Entsprechend dem ersten Schritt der Methode wird der Patient bzw. die Patientin aufgefordert, sich mit der angstmachenden Situation zu konfrontieren, sich z. B. vor den Herd stellen, ihn anzuschauen und sich laut vorzusagen: „Jetzt dreh ich den Herd ab. – Jetzt habe ich den Herd abgedreht, wirklich, ich sehe, dass er abgedreht ist. Ich bin mir jetzt 100%ig sicher, dass ich ihn abgedreht habe.“ Danach soll der Patient bzw. die Patientin vor dem Herd stehenbleiben und es sich fünf Mal wiederholen (PatientIn muss ja „zwänglich“ mit seinem Zwang umgehen, um dem Zwang in die Augen schauen zu kön-

nen, sonst bekommt er bzw. sie keine Evidenz) „Jetzt hab' ich den Herd abgedreht [...] ich bin jetzt wirklich ganz sicher, dass ich ihn abgedreht habe.“ Denn die PatientInnen haben spontan eher das Gefühl: „Ich glaube, ich habe ihn abgedreht“. Doch das reicht nicht zur Ausbildung eines Evidenzgefühls.

Auch wenn den PatientInnen diese Vorgangsweise ungewöhnlich erscheint (sie haben anfänglich eher Widerstand), werden sie zudem angehalten, sich danach im Nebenraum niedersetzen und zwei Minuten warten, um zu prüfen, ob ihr Gefühl der Evidenz anhält. Das ist wie eine Kontrolle „im Vorhinein“. Diese Übung führt zur Differenzierung zwischen Wahrnehmung der Außenwelt und innerem Gefühl.

Entsprechend dem zweiten Schritt der Methode geht es nun um die Steigerung der Konfrontation bis zum Tor des „Todes“. Da jeder Zwang auch eine Phobie ist, nämlich eine Phobie gegen die Unsicherheit mit einer Fixierung im Aktivismus, kann eine Angstkonfrontation erforderlich sein, um den Zwang an seiner Wurzel der Angst packen und dabei den inneren Halt finden bzw. festigen zu können. Da es sich hier um eine klassische Vorgangsweise der Angstbehandlung handelt (vgl. z. B. Längle, 2011; GLE, 2003), sollen hier nur die typischen Fragen dieser Vorgangsweise angegeben werden:

- Was würde realistischerweise passieren?
- Wie wäre das für Sie?
- Was würden Sie tun?

Bei der Anwendung der Angstkonfrontation bei Zwängen wird vermehrt auf die Realität geachtet: „Für wie realistisch halten Sie das? Glauben Sie, dass das wirklich passieren würde, dass z. B. eine Epidemie eintreten könnte, dass in Wien heutzutage ein ganzer Häuserblock abbrennen könnte?“

7.2.2. Paradoxe Intention (Frankl, 1975, 1982a, 1982b)

Besonders bei schweren Zwängen braucht es zur Überwindung der eingeschliffenen und verselbständigten Automatismen oftmals noch ein Üben, wofür sich die Paradoxe Intention gut eignet: Z. B. „Jetzt schau ich zu, wie der abgedrehte Herd zu glühen beginnt. Ich möchte sehen, wie das geschieht, was ich so fürchte. Ich warte im Zimmer, bis die Rauchschwaden hereinkommen [...] Jetzt möchte ich endlich einmal sehen, wie so ein abgedrehter Herd zu brennen beginnt [...]“ Anschließend an der Haustüre nochmals: „Jetzt warte ich noch einmal zwei Minuten, bis die Rauchschwaden kommen – ich will jetzt mal Rauchschwaden sehen!“ Danach weggehen, damit der abgedrehte Herd endlich mal ungestört brennen kann [...]

7.3. Biografische Tiefenarbeit und Aufarbeitung von Problemen/Traumata

Meistens wird diese Arbeit erst angesetzt, wenn die Zwangssymptome schon etwas nachgelassen haben, weil mit der Biographie-Arbeit eine zusätzliche psychische Belastung verbunden sein kann. Wenn die PatientInnen den Alltag nicht sicher bewältigen können, kann die biographische Arbeit zu einer Verschlechterung der psychischen Situation führen.

Bei dieser Tiefenarbeit geht es um die Frage, mit welchen Verunsicherungen dieser Mensch nicht fertig geworden ist, die dann den Boden für diesen Zwang bereitet haben. Das kann z. B. eine nicht angenommene Behinderung sein; oder eine nicht angenommene Homosexualität; ein Nicht-angeworben-Sein in der Familie. Jedes Nicht-angeworben-Haben bzw. -Sein führt zu einem Verlust des inneren Bodens und des gefühlten inneren Halts. Die Arbeit an diesen Themen ist eigentlich psychotherapeutische Routinearbeit und nicht spezifisch für die Zwangskrankheit.

7.4. Medikamente als flankierende Maßnahme von Anfang an

Medikamente können den Zwang nicht heilen, können aber die Symptome lindern. Im Rahmen der Psychotherapie verstehen wir sie als Begleitmedikation, die oftmals am Anfang der Zwangsbehandlung den Einstieg in die Psychotherapie erleichtern können und zur Entlastung und damit zur Therapiemotivation der PatientInnen beitragen.

8. Resümee

Eine existenzanalytisch-humanistische Therapie der Zwangskrankheiten setzt am existentiellen Verständnis der Krankheit an, am Verlust der haltgebenden Strukturen und des Evidenzgefühls. Die praktische Vorgangsweise hat einige Ähnlichkeiten mit der verhaltenstherapeutischen Therapie. Das Spezifische an der existentiellen Vorgangsweise liegt in der Arbeit mit den personalen Ressourcen, was doch zu deutlichen Unterschieden in der Fokussierung und Haltung der TherapeutInnen führt (vgl. z. B. den Grundsatzartikel von Kriz & Längle, 2012). Diese kommen v. a. in der Anfrage an die Entscheidungsfähigkeit und an die Positionierungsfähigkeit des Menschen ins Spiel. Diese Haltung führt auch zu einem übenden Umgang mit den Zwangssymptomen: der Umgang wird gelockert, spielerische Momente treten durch die Paradoxa der Therapie hinzu. Die basalen Fähigkeiten der ersten existentiellen Grundmotivation, das Wahrnehmen und Aushalten-Können, wird ständig geübt, um mehr und mehr in der Welt des Seienden, der Gegebenheiten (und weniger in der Binnenwelt der Psyche – im Kontrollieren etwa) Halt zu fin-

den. Darüber hinaus wird aber vor allem die Freiheit des Menschen angefragt und geübt: im Aushalten einerseits, im freiwilligen Zuvorkommen der Zwangssymptomatik andererseits, wodurch auch die Selbstakzeptanz gefördert wird. In der existentiell-kognitiven Vorgangsweise wird das Verständnis der Existenz grundlegend reflektiert. Sich der prinzipiellen Unsicherheit des Daseins zu stellen ist letztlich die existentielle Aufgabe des Zwangskranken, der mit seiner Symptomatik eine Grundgegebenheit des Lebens exemplarisch hervorhebt.

Literatur

- ADLER, A. (1986). Der Sinn des Lebens. Frankfurt: Fischer.
- AUFFAHR, C. (Hrsg.). (1999). Metzler Lexikon Religion. Band II. Stuttgart: J. B. Metzler.
- BERGSON, H. (1976). Les deux sources de la morale et de la religion. Vendôme: PUF.
- GESELLSCHAFT FÜR LOGOTHERAPIE UND EXISTENZANALYSE (GLE). (Hrsg.). (2003). Tagungsbericht: Angst. Phänomene existentieller Verunsicherung und ihre Behandlung. Existenzanalyse, Bd. 20, 2, 4-76.
- FRANKL, V. (1975). Theorie und Therapie der Neurosen. München: Reinhardt UTB.
- FRANKL, V. (1982a). Ärztliche Seelsorge. Wien: Deuticke.
- FRANKL, V. (1982b). Die Psychotherapie in der Praxis. Wien: Deuticke.
- GRAF, F. (1996). Gottesnähe und Schadenzauber. Die Magie in der griechisch-römischen Antike. Beck: München.
- JACOBSON, E. (1993). Entspannung als Therapie. Progressive Muskelentspannung in Theorie und Praxis. München: Pfeiffer.
- KRIZ, J. & LÄNGLE, A. (2012). Commentary. A European Perspective on the Position Papers. *Psychotherapy*, 49(4), 475-479. DOI: 10.1037/a0028027 – Special Section: Humanism in Psychotherapy.
- LANG, H. (2000). Zwang. In W. Senf & M. Broda (Hrsg.), *Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch: Psychoanalyse, Verhaltenstherapie, Systemische Therapie*. Stuttgart: Thieme.
- LÄNGLE, A. (2008). Existenzanalyse. In A. Längle & A. Holzhey-Kunz (Hrsg.), *Existenzanalyse und Daseinsanalyse*. Wien: UTB Facultas.
- LÄNGLE, A. (2011). Angst als Symptom einer inneren Entfremdung. Selbstfindung anhand der Personalen Positionsfindung (PP). *Existenzanalyse*, 28(1), 33-36.
- MOWRER, O. H. (1960). *Learning Theory and Behavior*. New York: Wiley.
- RATTNER, J. (1974). *Die Individualpsychologie Alfred Adlers*. München: Kindler.
- SELVINI-PALAZZOLI, M., BOSCOLO, L., CECCHIN, G. & PRATA, G. (1975). *Paradoxon und Gegenparadoxon*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Autor

Univ.-Prof. DDr. Alfried Längle

geb. 1951, Univ.-Prof. Dr. med., Dr. phil., Hon.-Prof., DDr. h.c., Arzt für Allgemeinmedizin, Klinischer Psychologe, Psychotherapeut, Präsident der Intern. Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse (Wien); 2002-2008 Vizepräsident der Intern. Federation of Psychotherapy (IFP), a.o. Prof. für angewandte Psychotherapie an der HSE in Moskau. Gastprofessor an der Sigmund Freud Univ. Wien, Doz. an der Univ. Klagenfurt. Lehrtherapeut, Praxis in Wien.



Eduard-Sueß-Gasse 10
A-1150 Wien
Telefon: +43 (0)1 9853030
alfried.laengle@existenzanalyse.org

¹⁾ Generisches Maskulinum meint Männer und Frauen gleichermaßen.

²⁾ Bergson (1976, S. 105-220) differenziert zwischen einer mechanistisch-maisch-statischen Religion, die dem Sicherheitsbedürfnis des Menschen entgegenkommt, und einer dynamischen, freien Religion.