

„Ohne den Stier bei den Hörnern zu packen, wird es nicht gehen!“

Interview mit Hans Reinecker

Themenschwerpunkt Selbstwirksamkeit und Förderung ...

Einer der Behandlungsschwerpunkte der AMEOS Klinika im steirischen Salzkammergut liegt auf Menschen mit Zwangserkrankungen. Anlässlich der Fachtagung „Wenn Zwänge das Leben bestimmen und Beziehungen beeinflussen“ von 11.10.2019 bis 12.10.2019 referierte Herr Prof. em. Dr. Hans Reinecker über seine langjährigen Berufserfahrungen mit Zwangspatienten und -patientinnen. Hans Reinecker ist ehemaliger Inhaber des Lehrstuhls für Klinische Psychologie und Psychotherapie der Universität Bamberg. Er ist Verfasser zahlreicher Publikationen und Lehrbücher und gilt als Experte für Klinische Psychologie, Verhaltenstherapie und Zwangsstörungen. Herr Prof. em. Dr. Reinecker sprach im Interview mit PiÖ-Redakteurin Ulrike Richter über die Versorgung von Menschen mit Zwangserkrankungen.

Herr Professor Reinecker, wie haben Sie sich für Zwänge zu interessieren begonnen?

Ich hatte zu Beginn sowohl meiner wissenschaftlichen als auch praktischen Tätigkeit zunächst viel mit Kindern und Jugendlichen gearbeitet in einer Beratungsstelle, heute würde man sagen Ambulanz der Universität in Salzburg. Diese Tätigkeit am Institut für Psychologie hat sich dann nicht beschränkt auf Kinder und Jugendliche neben dem üblichen Spektrum Depressionen und Ängste, sondern auch vielfach auf Zwangsstörungen. Zwänge haben mich fasziniert, weil das ein Störungsbild war, bei dem so etwas wie ein „therapeutischer Nihilismus“ geherrscht hat, das heißt, jeder hat damals gesagt, ah, ein Zwang, da kannst eh nichts machen! Ich war mit Leib und Seele Wissenschaftler und mich haben immer schon die schwierigeren Themen, die härteren Nüsse interessiert.

So habe ich begonnen, mich auch in der Arbeit mit Patientinnen und Patienten für die Theorie der Zwänge zu interessieren, mich dafür zu interessieren, wie so etwas entstehen kann. Es war gerade die Zeit, in der ein

paar sehr wichtige Bücher zu dieser Thematik erschienen sind: Rachman und Hodgson aus dem Jahr 1980 z. B. war für mich eine richtige Erleuchtung. Einerseits war es die Epidemiologie, die Beschreibung, die Diagnostik und andererseits die Ansätze zur Erklärung und natürlich auch Möglichkeiten der Therapie. Ich habe bei Kongressen, vor allem bei europäischen Verhaltenstherapiekongressen einige Veranstaltungen besucht und Leute wie Jack Rachman, Isaac Marks oder auch Paul Salkovskis kennengelernt, die uns beigebracht haben, dass und wie es möglich ist, mit Patienten und Patientinnen mit Zwängen zu arbeiten. Diese gehen zwar oft nicht immer vollständig geheilt nach Hause, aber es kann zumindest zu einem gewissen Grad geholfen werden.

Was ist das Psychologische an dieser Störung?

Das Psychologische an dieser Störung ist, dass die gesamte Psychologie mit der Problematik vernetzt ist. Man kann die Problematik als Therapeutin/Therapeut nicht verstehen, wenn man sich nicht gut in Lernpsychologie, Gedächtnispsychologie, Psychobiologie usw. auskennt und wenn man nicht auch über den Tellerrand hinausschaut, ein bisschen in die Kulturgeschichte und in die Evolutionstheorie hinein. Diese Bereiche muss man einfach anschauen und einfach kennen als Psychologe und Psychologin und Psychotherapeut und Psychotherapeutin.

Die Problematik beginnt bei vielen Personen „schleichend“, nach ein paar Jahren verfestigen sich aber die damit zusammenhängenden Rituale, weil die Patienten gelernt haben, ihre Ängste durch Vermeidung zu umgehen. Das Ritual bringt für die Patienten eine kurzfristige Erleichterung, langfristig aber stabilisiert sich dadurch die Problematik im Repertoire der Person.

Was ist in der Behandlung von Menschen mit Zwangsstörungen unbedingt wichtig zu beachten?

Ich denke, dass ein sogenanntes störungsspezifisches Vorgehen am wichtigsten ist, das heißt man muss als Therapeutin oder Therapeut ein theoretisches Verständnis, aber auch ein Verständnis der Lebenssituation der Patienten und Patientinnen haben. Man muss wissen, wie es möglich ist, dass so etwas wie eine Zwangsstörung im Leben eines vorher prinzipiell gesunden Menschen entstanden ist. Als Fachleute ist es unsere Aufgabe, das theoretische Wissen mit der individuellen Situation und der Biographie einer Person in Einklang zu bringen. Aus meiner Sicht sollte man in der Ausbildung eine entsprechende Anzahl von Patientinnen und Patienten kennenlernen, am besten unter Supervision, und dann unter fachlicher Anleitung diesen Personen helfen, wieder besser mit ihrem Leben zurecht zu kommen. Darunter verstehe ich nicht die Zwangsstörung einfach zu behandeln und „wegzuknippen“, sondern der Person zu helfen, die mit der Zwangsstörung einhergehenden Ängste und Unsicherheiten bewältigen zu können.

Weiters ist ganz wichtig für mich der Rückgriff auf bewährte Strategien. Es gibt mittlerweile ein paar Strategien, die unverzichtbar sind: Im Prinzip geht es um Kognitive Verhaltenstherapie und damit zusammenhängende neue Entwicklungen. Entscheidend ist, dass sich Patienten und Patientinnen mit den auslösenden Situationen auseinandersetzen. Das ist mit diesem Begriff der „Konfrontation mit der Angst“ gemeint: Ohne „den Stier bei den Hörnern zu packen“, wird es nicht gehen, also, „wasch mich, aber mach mich nicht nass!“ wird nicht funktionieren. Patienten und Patientinnen sollen erleben, dass in der Konfrontation zwar ein Anstieg von Angst und Unruhe erfolgt, dass diese aber nicht (wie befürchtet) ins Unerträgliche oder Unendliche ansteigen. So gesehen ist es gerechtfertigt, von Verhaltenstherapie als „Erlebens-Therapie“ zu sprechen.

Die zweite Seite der Medaille besteht darin, dass Patienten und Patientinnen dazu angehalten werden, die bisherigen Zwangsrituale mit therapeutischer und co-therapeutischer Unterstützung zu unterlassen. Das ist mit dem Begriff der „Reaktions-Verhinderung“ gemeint. Diese Unterstützung ist eine ganz wichtige Sache und kann auch von einer Person aus der natürlichen Umgebung der Betroffenen – oder auch von sogenannten Co-Therapeuten – übernommen werden.

Zuletzt ist es wichtig, bedeutsame Alternativen zu entwickeln: Es geht ja nicht nur darum, eine Zwangsstörung abzugewöhnen oder „abzutrainieren“. Damit sind natürlich Übungsaspekte verbunden, die sich auch beim Einüben von Alternativen in der Alltagsbewältigung ergeben, z. B. Alternativen wie selbstsicheres Verhalten, verbesserte kommunikative Fertigkeiten und dergleichen Dinge mehr. Patientinnen und Patienten leiden in der Regel nicht nur unter der Zwangsstörung, sondern vielfach unter weiteren psychischen Problemen. Dies ist mit dem Begriff der „Komorbidität“ gemeint, und hier ist

es Aufgabe der Therapie, zusätzliche hilfreiche Angebote zu entwickeln.

Was würden Sie in der Ausbildung für Klinische Psychologen und Psychologinnen und für Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen unbedingt empfehlen?

Ein Muss ist sicherlich, über grundlegendes Wissen der Basics in Klinischer und Allgemeiner Psychologie zu verfügen. An dieser Stelle fällt mir mein Kollege und Freund Wolfgang Tunner ein, der einmal gesagt hat, du kannst psychische Störungen nicht verstehen, wenn du nicht viel über Lernen, Gedächtnis, Kognitionen und Emotionen weißt.

Es ist einfach wichtig, dass Auszubildende schrittweise, auch unter Anleitung, an die Praxis herangeführt werden. Dass sie nicht unbedingt sofort den ersten schwierigsten Patienten behandeln, sondern durchaus sich darauf einlassen und unter Supervision dazu angehalten und ermutigt werden, die bewährten Strategien in der natürlichen Situation mit Betroffenen anzuwenden. Das Hineingehen in die natürliche Situation ist nämlich etwas, was sehr viele Therapeuten und Therapeutinnen scheuen. Ich sag jetzt einmal böse, es scheint einfacher, eine 50-Minuten-Therapie in Form von Gesprächen zu führen, als mit Patienten und Patientinnen nach Hause zu fahren und in der natürlichen Situation zu üben. Das bedeutet nämlich auch Unsicherheit für Therapeuten und Therapeutinnen. Es ist schwierig und mühsam in eine unaufgeräumte Wohnung zu gehen, aber es bleibt ihnen nicht erspart.

So gesehen ist man als Therapeut und Therapeutin als Änderungs-Assistent zu sehen, die helfen, konkrete in der therapeutischen Situation vereinbarte Übungen in der natürlichen Umgebung der Betroffenen auch umzusetzen. Therapeutische Veränderung passiert zwischen den Sitzungen, nicht unbedingt innerhalb der Sitzungen – hier wird nur der entsprechende motivationale Anstoß zur Veränderung geleistet. Patienten und Patientinnen erleben sich selbst in der spezifischen therapeutischen Situation weitgehend unbelastet; die Problematik hängt mit Bedingungen in der natürlichen Situation der Person zusammen, mit der Familie, der Partnerschaft, der Arbeitssituation, der häuslichen Umgebung usw.

Was würden Sie sich in der Erforschung von Zwangsstörungen wünschen?

Da werden Sie sich jetzt wundern: Nicht unbedingt Forschung in Details der Problematik, weil ich glaube, dass in diesem Fall der Teufel nicht im Detail liegt. Hingegen wünsche ich mir, Patienten und Patientinnen und die Öffentlichkeit mehr über diese Problematik zu informieren. Also, ich würde sagen mehr Entstigmatisierung, denn

Betroffene sind keine gefährlichen Leute. Sie setzen ihre aggressiven, blasphemischen und sexuellen Impulse nicht in die Tat um. Es geht vielmehr darum, Betroffene, Angehörige und ganz generell das Umfeld besser darüber zu informieren, dass es Hilfe gibt und sie es mit therapeutischer Hilfe schaffen können, ihre Problematik zu bewältigen. Ich bin kein Spezialist in Kommunikationswissenschaft, aber ich denke auch an eine interdisziplinäre Zusammenarbeit, wie wir diese durchaus gute Botschaft an die Menschen bringen können. Wenn wir wissen, dass es ca. 5-10 Jahre vom Beginn der Störung an dauert, bis sich Betroffene an kompetente Fachleute bzw. Institutionen wenden, wird klar, dass hier viel an Aufklärungsarbeit zu leisten ist.

Ich habe mich beispielsweise sehr gefreut, dass auf der Fachtagung u.a. der Bürgermeister und Personen anwesend waren, die mit unserem Beruf nichts oder nur wenig zu tun haben und dennoch als Multiplikatoren handeln können, wenn sie die Informationen zu den Menschen hinaustragen.

Ich danke Ihnen für das Gespräch!

Kontakt

Prof. em. Dr. Hans Reinecker

CIP Ambulanz Bamberg
Ausbildungsleitung
Fleischstraße 17
D-96047 Bamberg
hans.reinecker@uni-bamberg.de

