

43 Habit-Reversal-Training

Jürgen Margraf, Eva Wilhelm

- 43.1 Einleitung – 680**
- 43.2 Theoretische Grundlagen – 680**
 - 43.2.1 Wie entstehen Verhaltensgewohnheiten? – 680
 - 43.2.2 Wie können Verhaltensgewohnheiten beeinflusst werden? – 681
- 43.3 Diagnostik und praktische Voraussetzungen – 681**
 - 43.3.1 Diagnostik der Verhaltensgewohnheit – 681
 - 43.3.2 Diagnostik der Hinweisbewegungen – 682
 - 43.3.3 Sichtbare Zeichen von Verhaltensgewohnheiten – 682
- 43.4 Darstellung des Verfahrens – 682**
 - 43.4.1 Erhöhung der Selbstwahrnehmung – 682
 - 43.4.2 Aufbau von Veränderungsmotivation – 683
 - 43.4.3 Competing-Response-Training – 687
 - 43.4.4 Generalisierungstraining – 691
- 43.5 Anwendungsbereiche und Grenzen des Habit-Reversal-Trainings – 691**
 - 43.5.1 Anwendungsbereiche – 691
 - 43.5.2 Grenzen – 692
- 43.6 Empirie: Wirkmechanismen und Effektivität des Habit-Reversal-Trainings – 692**
 - 43.6.1 Effektivität bei verschiedenen Verhaltensgewohnheiten – 692
 - 43.6.2 Welche Bestandteile sind für eine erfolgreiche Habit-Reversal-Behandlung wichtig? – 694
 - 43.6.3 Sollte die Competing Response der Verhaltensgewohnheit ähnlich oder unähnlich sein? – 694
 - 43.6.4 Wie lange soll die Competing Response gehalten werden? – 695
 - 43.6.5 Habit Reversal bei bestimmten Personengruppen – 695
- 43.7 Ausblick – 696**
- Zusammenfassung – 696**
- Literatur – 697**
- Weiterführende Literatur – 697**

43.1 Einleitung

Azrin und Nunn (1973) entwickelten das Habit-Reversal-Training, um damit eine Vielzahl nervöser Verhaltensgewohnheiten und Tics zu behandeln. Solche gewohnheitsmäßigen, aber dennoch unerwünschten Verhaltensweisen sind Teil einer Verhaltenskette, die durch ständige Wiederholung aufrechterhalten wird, teilweise unbewusst abläuft und sozial toleriert wird. Werden solche Verhaltensgewohnheiten für die betroffene Person selbst oder für ihre Umwelt zur Belastung, können sie verhaltenstherapeutisch mit Habit-Reversal-Training behandelt werden. Bereits die Bezeichnung des Verfahrens – »habit reversal« oder »Gewohnheitsumkehr« – macht den therapeutischen Ansatz deutlich, bei dem andere, meist der Gewohnheit entgegenwirkende, Verhaltensweisen erlernt werden, die dem Betroffenen helfen, seine unerwünschten Verhaltensgewohnheiten zu kontrollieren.

Therapeutische Bestandteile des Habit-Reversal-Trainings sind das Erlernen adäquater Selbstwahrnehmung, der Aufbau bzw. eine Stärkung der Veränderungsmotivation, das Einüben einer »Competing Response«, also einer motorischen Gegenantwort, wobei der Betroffene lernt, seine Verhaltensgewohnheit durch das Ausführen anderer Verhaltensweisen zu unterdrücken, und ein Generalisierungstraining, um die neu erlernten Verhaltensweisen auf verschiedene Alltagssituationen zu übertragen. Bei Bedarf können noch ein Entspannungstraining und ein Training sozialer Unterstützung in das Therapieprogramm integriert werden.

43.2 Theoretische Grundlagen

43.2.1 Wie entstehen Verhaltensgewohnheiten?

Gewohnheit: »durch häufige und stete Wiederholung selbstverständlich gewordene Handlung, Haltung, Eigenheit; etwas oft nur noch mechanisch oder unbewusst Ausgeführtes« (Duden 2007).

Angst oder Stress auslösende, aber auch langweilige Situationen können das Auftreten einer Verhaltensgewohnheit begünstigen (Miltenberger et al. 1998), und Konditionierungsvorgänge tragen dann zu deren Aufrechterhaltung bei. Oft geht solchen Verhaltensweisen ein starkes unangenehmes Gefühl voraus, welches eine innere Anspannung erzeugt, die nur durch das entsprechende Verhalten abgebaut werden kann (negative Verstärkung). Dazu gehört, dass die Verhaltensgewohnheit in gewissem Maße von der beängstigenden Situation bzw. dem externen Stressor ablenkt, was von einigen Betroffenen als Erleichterung

empfundene wird. Aber auch die – mitunter als angenehm empfundene – sensorische Stimulation, mit der manche Verhaltensgewohnheiten einhergehen, kann zur Aufrechterhaltung derselben beitragen (positive Verstärkung). Die der Verhaltensgewohnheit zugrunde liegenden Prozesse sind dem Betroffenen meist nicht bewusst.

Manche Personen können einen speziellen Auslöser ihrer Verhaltensgewohnheit nennen; bei vielen beginnt diese aber oft unbewusst als Fortsetzung »normalen« Verhaltens, welches in Frequenz und Intensität zunimmt und sich eventuell in seinem Erscheinungsbild ändert.

Beispiel

So saugen kleine Kinder an der Brust der Mutter oder an der Flasche – und später an ihrem Daumen, was als nicht altersgemäße Weiterführung dieses ursprünglich normalen Verhaltens angesehen werden kann. Nägelkauen beginnt meist aufgrund von Rauigkeiten oder Unebenheiten der Nagelkante, die der Betroffene entfernen möchte. Ist kein geeignetes Werkzeug dafür zur Hand, beißen manche Menschen die Unebenheit ab, wodurch aber wieder neue Rauigkeiten und Unebenheiten entstehen, die wiederum abgebissen werden. Tics wie Schulterzucken oder schnelles Bewegen des Kopfes entstehen oft aufgrund eines emotionalen Traumas oder als Ausgleichsbewegung nach einer Verletzung und werden weiterhin aufrechterhalten, obwohl die Verletzung längst geheilt ist. Stottern geht oft bereits im Kindesalter aus normalen, entwicklungsbedingten Sprechunflüssigkeiten hervor und wird neben neuromotorischen Mechanismen später auch durch den Versuch der bewussten Kontrolle und Erwartungsangst vor erneutem Stottern aufrechterhalten.

Solche – hier beispielhaft ausgewählten – Verhaltensweisen sind an sich nicht unnormale; das Problem entwickelt sich erst aufgrund der anhaltenden Dauer, der Intensität und der Auftretenshäufigkeit der Verhaltensgewohnheit. Meist kommt die Verhaltensgewohnheit im Zusammenhang mit anderen Bewegungen vor und ist in das alltägliche Verhalten, in eine Verhaltenskette eingebunden. So verstärkt bzw. verfestigt sich die Verhaltensgewohnheit oft, ohne dass der Betroffene dies bemerkt. Die mit der Verhaltensgewohnheit stereotyp einhergehenden Bewegungen nimmt er meist nicht mehr vollumfänglich bewusst wahr, obwohl diese mitunter recht auffällig sind. Vielfach geben fremde Personen, die die Verhaltensgewohnheit beobachten, dem Betroffenen aus Höflichkeit auch keine Rückmeldung – das unerwünschte Verhalten wird somit oberflächlich sozial toleriert, was zu seiner Aufrechterhaltung beiträgt (Azrin u. Nunn 1977).

43.2.2 Wie können Verhaltensgewohnheiten beeinflusst werden?

Viele Menschen mit nervösen Verhaltensgewohnheiten oder Ticstörungen haben häufig schon selbst versucht, ihr Problem in den Griff zu bekommen, ein Beispiel sind die »guten Vorsätze« zum neuen Jahr. Auch wenn das unerwünschte Verhalten teilweise erfolgreich kontrolliert und unterdrückt werden kann, gelingt dies meist nur für einen begrenzten Zeitraum; oft tritt die Verhaltensgewohnheit nach wenigen Tagen oder Wochen wieder auf, was für die Betroffenen häufig eine große Enttäuschung darstellt und zu starken Selbstzweifeln (»Ich habe keine Charakterstärke«, »ich bin schwach«) führen kann. Während nervöse Verhaltensgewohnheiten, z. B. Nägelkaugen und Trichotillomanie (zwanghaftes Drehen und Ausreißen der Haare) in gewissem Maße kontrollierbar sind, lassen sich Tics wie z. B. Schulterzucken schlechter beeinflussen. Stottern kann sogar noch schlimmer werden, wenn sich der Betroffene sehr auf seine Störung und auf korrekte Aussprache konzentriert.

! **Habit-Reversal-Training zielt auf eine Unterbrechung der unerwünschten Verhaltensweisen ab, indem anstelle der gewohnheitsmäßigen Bewegung eine andere, weniger störende und mit der Verhaltensgewohnheit meist nicht zu vereinbarende Bewegung ausgeführt wird – die Competing Response.**

Voraussetzung für eine Anwendung der Competing Response ist, dass der Betroffene seine gewohnheitsmäßigen Bewegungen erkennt, um ihnen bewusst gegensteuern zu können. Aus diesem Grund erfolgt zuerst ein Training zur Erhöhung der Selbstwahrnehmung. Hier lernt der Betroffene, Situationen zu identifizieren, in denen die Verhaltensgewohnheit besonders häufig auftritt. Außerdem wird der Fokus auf die unerwünschte Bewegung selbst gelenkt, da diese meist in eine komplexe Verhaltenskette eingebettet ist, die der Betroffene oft nicht wahrnimmt. Er muss lernen, bereits erste Anzeichen dieser Verhaltenskette zu erkennen, um sie unterbrechen und die Verhaltensgewohnheit kontrollieren zu können. Ist sich der Patient bewusst, wann und in welchen Situationen seine Verhaltensgewohnheit auftritt und welche Bewegungen ihr vorausgehen, kann er die Competing Response anwenden, um sie zu beherrschen. Danach erfolgt ein Generalisierungstraining, wobei die neu erlernte Verhaltensweise auf verschiedene Situationen und Lebensbereiche übertragen wird.

Komponenten des Habit-Reversal-Trainings

1. Erhöhung der Selbstwahrnehmung:
Genaue Beschreibung der Verhaltensgewohnheit, bewusste Wahrnehmung ihres Auftretens, der ent-



sprechenden Situation und früher Anzeichen der Bewegung

2. Aufbau von Veränderungsmotivation:
Bewusstmachen peinlicher oder unangenehmer Situationen, welche die Verhaltensgewohnheit mit sich bringt
3. Competing-Response-Training:
Systematische Unterbrechung der Verhaltensgewohnheit und Ausführen anderer, meist konkurrierender Verhaltensweisen
4. Generalisierungstraining:
Umsetzen der neu erlernten Competing Response im Alltag, besonders in Situationen, in denen die Verhaltensgewohnheit früher häufig auftrat
5. Entspannungstraining (optional):
(▶ Kap. I/30)
6. Training sozialer Unterstützung für Angehörige und Kontaktpersonen (optional):
Anpassung an die individuelle Situation des Patienten

43.3 Diagnostik und praktische Voraussetzungen

43.3.1 Diagnostik der Verhaltensgewohnheit

Bevor mit der Behandlung begonnen wird, muss die belastende Verhaltensgewohnheit analysiert und das Problemverhalten mitsamt den Umständen seines Auftretens genau beschrieben werden. Eine umfassende Diagnostik bildet die Grundlage für die Erstellung eines individuellen Therapieplanes. Dabei ist es wichtig, die Auftretenshäufigkeit, evtl. auch die Dauer des Verhaltens sowie die Tageszeit und Rahmenbedingungen, wie bestimmte Situationen und Orte (z. B. Alleinsein, Zeitdruck, Hausarbeit etc.) zu erfassen. In der Regel reicht dafür eine einfache Anamnese in der Praxis oder Klinik nicht aus, sondern es sollten mehrere Quellen zur Diagnosestellung herangezogen werden. Hierfür kann der Therapeut den Patientenbericht, direkte und indirekte Verhaltensbeobachtung (wie z. B. Videoaufnahmen), Selbstbeobachtung und die Befragung von Kontaktpersonen nutzen, wobei mittels kontinuierlich auszufüllender Protokollbögen der Verlauf der Verhaltensgewohnheit festgehalten werden sollte. Außerdem ist es hilfreich, objektive Messungen zur weiteren Beobachtung der Verhaltensgewohnheit heranzuziehen. Tritt das Verhalten sehr häufig auf, ist es auch möglich, es nur über eine bestimmte Zeit am Tag (z. B. für 30 Minuten) zu beobachten und sich im Protokoll auf diesen Zeitraum zu beschränken. Dies überfordert den Patienten nicht, erhält seine Therapiemotivation und gibt dennoch Einblicke in die individuelle Verhaltensstruktur.

43.3.2 Diagnostik der Hinweisbewegungen

Von besonderer Bedeutung ist das Erkennen früher Anzeichen des Verhaltensmusters, um den Automatismus von Verhaltensketten gleich zu Beginn unterbrechen zu können. Diese Bewegungsabläufe, die der unerwünschten Verhaltensgewohnheit vorausgehen und Hinweise auf das baldige Auftreten des problematischen Verhaltens geben können, sind dem Betroffenen oft nicht bewusst. Sie sollten daher durch sorgfältige Exploration bzw. Beobachtung festgestellt und ebenfalls zum expliziten Bestandteil von Verhaltensbeobachtungen, Protokollen und Tagebüchern gemacht werden. Ohne die Behandlung dieser die Verhaltensgewohnheit ankündigenden Bewegungen ist die eigentliche im Vordergrund stehende Verhaltensgewohnheit schwerer zu beherrschen.

Beispiel

Wenn sich eine Person mit Trichotillomanie immer zuerst ihre Haare zurückstreicht, bevor sie die Haare dreht und ausreißt, ist das Zurückstreichen der Haare ein Hinweis auf das baldige Drehen und Ausreißen. In der Therapie sollte dann der Fokus darauf gerichtet sein, dass die Person ihren Kopf überhaupt nicht berührt.

43.3.3 Sichtbare Zeichen von Verhaltensgewohnheiten

Mit Hilfe sichtbarer Zeichen und objektiver Messungen kann die Stärke (Häufigkeit, Intensität) der Verhaltensgewohnheit bestimmt werden (■ Tab. 43.1). Auch der Verlauf der Behandlung lässt sich anhand der objektiven Messungen und der täglich geführten Selbstbeobachtungsprotokolle festhalten. Mitunter ziehen Verhaltensgewohnheiten auch offensichtliche medizinische Probleme nach sich, wie z. B. Zahnfehlstellungen bei Daumenlutschen oder Entzündungen der aufgekratzten Hautareale.

43.4 Darstellung des Verfahrens

43.4.1 Erhöhung der Selbstwahrnehmung

Um die Verhaltensgewohnheit erfolgreich kontrollieren zu können, muss der Betroffene in die Lage versetzt werden, sein Verhalten und die ihm vorausgehenden Bewegungsabläufe zuverlässig wahrzunehmen. Da die Verhaltensgewohnheit größtenteils unbewusst abläuft, wird zuerst die Aufmerksamkeit des Patienten hinsichtlich der gesamten Verhaltenskette durch ein Selbstwahrnehmungstraining

■ Tab. 43.1. Sichtbare Zeichen und objektive Messung der Verhaltensgewohnheiten

Verhaltensgewohnheit	Sichtbare Zeichen	Objektive Messung
Nägelkauen	Verkürzung der Nagellänge, Rauigkeit und Rissigkeit der Nagelenden, Deformationen des Nagelapparates und der umliegenden Hautareale	Messung der Nagellänge, Beurteilung des Zustandes von Nagel und Nagelbett sowie der umgebenden Hautareale jedes einzelnen Fingers
Trichotillomanie (Drehen und Ausreißen der Haare)	Kahle, auch gerötete Stellen auf der Kopfhaut; evtl. herumliegende Haare oder Haarbüschel	Messung des Durchmessers und der Anzahl kahler Stellen auf der Kopfhaut, Beurteilung des Zustandes der Kopfhaut an jeder kahlen Stelle
Daumenlutschen	Saugen des Daumens oder anderer Finger; das Verhalten ist der Situation nicht angemessen (z. B. nicht einfaches »Ablecken« einer am Daumen befindlichen Speise)	Direkte oder indirekte Verhaltensbeobachtung (Videoaufnahmen), Beurteilung des Hautzustandes des betroffenen Fingers im Vergleich zu den anderen Fingern; evtl. Speichelgeruch wahrnehmbar
Aufkratzen der Haut	Gerötete oder offene, z. T. blutige Stellen auf der Haut; Kratzspuren	Feststellung der Anzahl und Größe offener Stellen oder Kratzspuren auf der Haut
Beißen auf Lippen, Mund, Zunge	Offene, z. T. blutige Stellen im Mundbereich	Direkte oder indirekte Verhaltensbeobachtung; offene Stellen im Mundbereich können festgestellt werden, indem ein weißes Tuch im Mund oder auf den Lippen platziert wird; Anzahl und Größe der Blutspuren werden festgehalten
Manipulation von Objekten	Gleichförmig wiederholtes Bewegen von Objekten, obwohl kein Handlungsbedarf dafür besteht	Direkte und indirekte Verhaltensbeobachtung; Befragung von Angehörigen und Arbeitskollegen
Motorische und vokale Tics	Rasche, wiederkehrende, meist schnelle und ruckartige Bewegungen von Muskeln oder Muskelgruppen; unwillkürliche Lautäußerungen; Ausstoßen von Worten und Geräuschen	Direkte und indirekte Verhaltensbeobachtung; Befragung von Angehörigen und Arbeitskollegen
Tourette-Syndrom	Kombination von motorischen und vokalen Tics (s. oben), die willentlich nur schwer unterdrückt werden können	Direkte und indirekte Verhaltensbeobachtung; Befragung von Angehörigen und Arbeitskollegen
Stottern	Rhythmisches Zucken der Lippen und des Gesichts bei Wiederholung einzelner Buchstaben, Wörter oder Phrasen (klonisches Stottern); Verkrampfungen des Gesichts bei Blockaden und Verzögerungen in der Aussprache (tonisches Stottern); Begleitbewegungen beim Sprechen	Direkte und indirekte Verhaltensbeobachtung; Befragung von Angehörigen und Arbeitskollegen

geschult. Ziel ist, dass dem Betroffenen jedes Auftreten seiner Verhaltensgewohnheit oder seines Tics bewusst wird. Das Erlernen einer adäquaten Selbstwahrnehmung bildet somit die Grundlage dafür, dass der Patient die automatisierte Verhaltenskette unterbrechen und die Competing Response anwenden kann.

Mittels der im Folgenden beschriebenen Techniken kann das Bewusstsein des Patienten gegenüber seinen Verhaltensgewohnheiten gesteigert werden.

Reaktionsbeschreibung. Der Patient soll dem Therapeuten die Verhaltensweise und die Bewegungsabläufe, die der Verhaltensgewohnheit vorausgehen oder diese begleiten, genau beschreiben, um sie sich ins Bewusstsein zu rufen. Dabei kann er auch in einen Spiegel sehen, während er die Verhaltensgewohnheit oder den Tic ausführt (z. B. »erst ziehe ich die Schulter hoch, dann beuge ich meinen Kopf nach rechts und nach hinten«).

Reaktionsentdeckung. Hier wird der Patient vom Therapeuten angeleitet, durch Selbstbeobachtung jedes Vorkommen der Verhaltensgewohnheit und deren vorangehende Bewegungen zu identifizieren. Auch kann der Betroffene versuchen, den Bewegungsablauf langsam auszuführen, um die Komplexität der Bewegung zu erfassen.

Frühwarnung. Der Therapeut hilft dem Patienten, die Verhaltensgewohnheit und ihre frühen Anzeichen zu erkennen. Dafür weist er den Patienten sofort auf die Verhaltensgewohnheit und auf die ihr vorausgehenden Bewegungen hin, bis der Patient die Verhaltensgewohnheit selbst identifizieren kann.

Situationsbewusstsein ausbilden. Der Patient beschreibt die Situationen, in denen das Verhalten gehäuft auftritt. Die Kenntnis kritischer Situationen erleichtert die Vorbeugung und Kontrolle der Verhaltensgewohnheit, wenn der Betroffene sich in diese Situationen begibt.

Auch das unter ▶ 43.4.3 beschriebene Competing-Response-Training dient der Erhöhung der Selbstaufmerksamkeit des Patienten. Durch Anspannen der dem Verhalten entgegenwirkenden Muskeln wird seine Wahrnehmung auf die Verhaltensgewohnheit gerichtet.

Das Training zur Erhöhung der Selbstwahrnehmung wird durch Selbstbeobachtungsprotokollbögen (■ Abb. 43.1) ergänzt, in die der Patient alle Umstände der Verhaltensgewohnheit und Hinweisbewegungen eintragen sollte. Die Häufigkeit oder Dauer der Verhaltensgewohnheit, die ihr vorausgehenden Bewegungsabläufe und kritischen Situa-

tionen sollten vollständig im Protokollbogen erfasst werden, um das Bewusstsein des Patienten gegenüber seiner Verhaltensgewohnheit und den Umständen ihres Auftretens zu steigern. Dabei ist zu beachten, dass alle für den Patienten individuell relevanten Auftretensbedingungen im Protokoll berücksichtigt werden. Weitere Situationen und Hinweisbewegungen, die sich während des Beobachtungsprozesses ergeben, können noch hinzugefügt werden. Anstelle des Protokollbogens ist es auch möglich, ein elektronisches Patiententagebuch (s. auch ▶ Kap. I/24) zu verwenden, welches die verschiedenen Kategorien abfragt und die Zeit der Eingabe automatisch speichert. Der Therapeut muss sicherstellen, dass der Patient in der Lage ist, jedes Auftreten seiner Verhaltensgewohnheit zuverlässig zu identifizieren, bevor er die Protokollbögen im Alltag selbstständig anwendet. Die Protokollbögen können vom Therapeuten auch zur Überprüfung der Therapieerfolge wöchentlich oder monatlich ausgewertet werden, wobei die mittlere Auftretenshäufigkeit der Verhaltensgewohnheit vor Behandlungsbeginn 100% entspricht und im Zeitverlauf graphisch dargestellt werden kann (■ Abb. 43.2).

Neben der Anwendung von Selbstbeobachtungsprotokollen können direkte und indirekte Verhaltensbeobachtung sowie die objektive Messung des Verhaltens die Selbstwahrnehmung des Patienten steigern (siehe auch ▶ Abschn. 43.3.1–3). In ■ Tab. 43.2 sind weitere Methoden zur Erhöhung der Selbstwahrnehmung dargestellt.

43.4.2 Aufbau von Veränderungsmotivation

Obwohl die meisten Patienten die Therapie scheinbar aus eigenem Antrieb aufsuchen, kann nicht von einer hinreichenden Veränderungsmotivation ausgegangen werden. Ambivalente Einstellungen oder Versuche, das Problem zu verschleiern, sind durchaus häufig anzutreffen. Der Aufbau und die Aufrechterhaltung einer starken Veränderungsmotivation müssen expliziter Bestandteil des Behandlungsprogramms sein, da das Habit-Reversal-Training nach einer Einführung vom Patienten selbstständig weitergeführt werden soll. Für die Entwicklung einer realitätsbezogenen Veränderungsmotivation erörtert der Patient mit Hilfe des Therapeuten alle Situationen, in denen sein Verhalten negative Konsequenzen hatte. Dazu wird er gebeten, aus seiner Erfahrung verschiedene unangenehme, peinliche oder leidvolle Ereignisse aufzulisten oder aber aus einer bereits vorhandenen Liste von Ereignissen die zutreffenden herauszusuchen. Die aus diesen Situationen entstehenden oder möglicherweise bereits entstandenen Konsequenzen werden so detailliert und umfassend wie möglich im Gespräch festgehalten (■ Tab. 43.3).

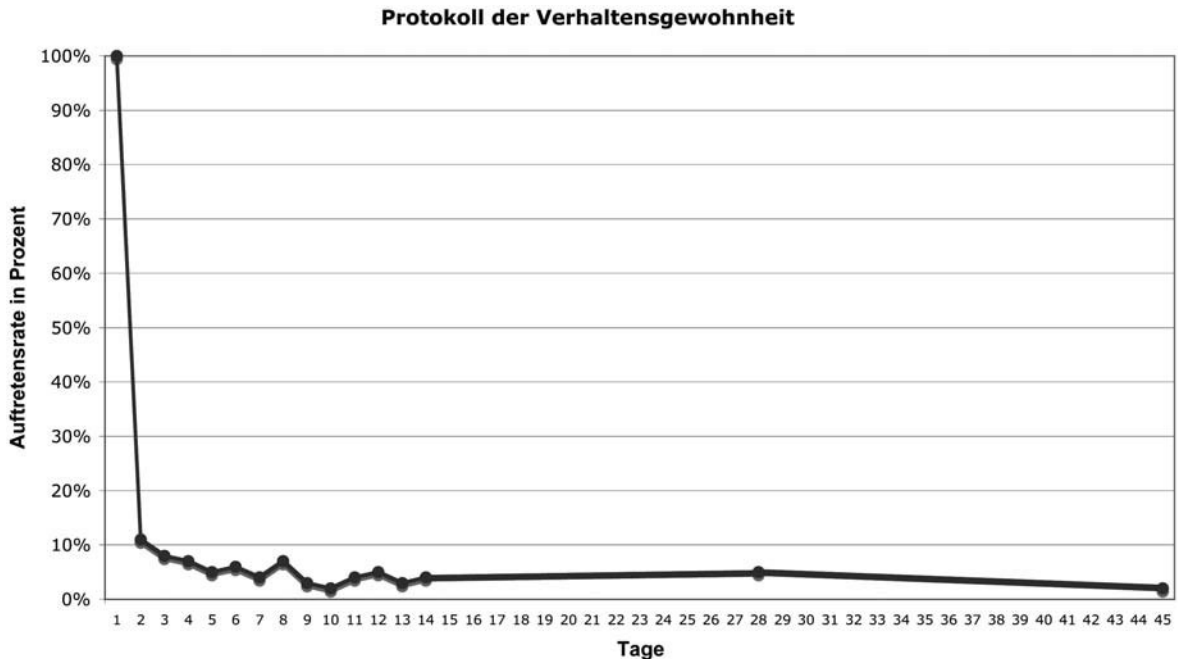
Zur Stärkung der Veränderungsmotivation während der Therapie hat sich die Einbeziehung von Bezugspersonen bewährt, welche die Fortschritte des Patienten verfolgen, ihn für die erreichten Teilziele loben oder an die Aus-

Verhaltensgewohnheit:												
Code Patient:												
Datum:												
Tageszeit												
0:00 – 2:00	2:00 – 4:00	4:00 – 6:00	6:00 – 8:00	8:00 – 10:00	10:00 – 12:00	12:00 – 14:00	14:00 – 16:00	16:00 – 18:00	18:00 – 20:00	20:00 – 22:00	22:00 – 24:00	
Σ	Σ	Σ	Σ	Σ	Σ	Σ	Σ	Σ	Σ	Σ	Σ	
Situation				Σ	Hinweisbewegungen				Σ			
Allein					Haare berühren							
Mit anderen					Gesicht berühren							
Zu Hause					Mund berühren							
Auf Arbeit					Hals berühren							
In der Pause					Extremitäten berühren							
Beim Essen					Fingernägel ansehen							
Beim Lesen					Fingernägel betasten							
Beim Fernsehen					Kopf drehen							
Beim Musikhören					Schulter hochziehen							
Im Verkehrsmittel					Lippen lecken							
Im Auto					Augen zusammenkneifen							
Im Bett					Gesicht verkrampfen							
Andere					Andere							

■ **Abb. 43.1.** Beispielprotokollbogen zum Erfassen von Verhaltensgewohnheiten und Hinweisbewegungen

führung der Competing Response erinnern. Diese soziale Unterstützung ist besonders bei jüngeren Kindern oder behinderten Menschen wichtig, da sie die Konsequenzen ihrer Verhaltensgewohnheit meist als nicht so belastend empfinden und demzufolge weniger Motivation aus der Einstellung des unerwünschten Verhaltens ziehen können. Mitunter müssen auch Verwandte oder Freunde des Betroffenen motiviert werden – insbesondere dann, wenn sie glauben, dass der Tic neurologisch bedingt sei und sich willkürlicher Kontrolle entziehe. Hier ist es hilfreich, wenn der Betroffene demonstriert, dass er sein Verhalten kontrollieren kann.

Eine dritte Möglichkeit zur Stärkung der Veränderungsmotivation wird dann angewendet, wenn der Betroffene bereits in der Lage ist, seine Verhaltensgewohnheit zu unterdrücken. Er soll nun Situationen aufsuchen, die er bisher gemieden hat, aber mit Hilfe der erlernten Competing Response sicher bewältigen kann (Generalisierungstraining). Das Gefühl, dass er die unerwünschte Verhaltensgewohnheit beherrscht, motiviert den Patienten, das Habit-Reversal-Training weiterzuführen, bis er allen schwierigen Situationen gewachsen ist (s. auch ► Abschn. 43.4.4).



■ **Abb. 43.2.** Beispielprotokollbogen, Auswertung im Zeitverlauf

■ **Tab. 43.2.** Vorteile und Nachteile verschiedener Methoden zur Erhöhung der Selbstwahrnehmung

Methode	Charakteristikum	Vorteile	Nachteile
Selbstbeobachtung	Die Verhaltensgewohnheit einschließlich ihrer Auftretensbedingungen wird von der betroffenen Person selbst beobachtet und auf Protokollbögen festgehalten	<ul style="list-style-type: none"> ■ Selbstbeobachtung erhöht die Selbstaufmerksamkeit bzgl. des unerwünschten Verhaltens und seiner Auftretensbedingungen ■ Selbstbeobachtung erhöht die Veränderungsmotivation ■ Wird das Verhalten vom Betroffenen selbst in seiner Komplexität erfasst, kann er dieses Wissen bereits zur Steuerung seines Verhaltens nutzen ■ Einige, insbesondere sozial unerwünschte Verhaltensweisen kommen meistens vor, wenn die Person allein ist und werden in Anwesenheit anderer Personen nicht ausgeführt ■ Selbstbeobachtung ist nahezu immer möglich und kann jederzeit erfasst werden, wenn die Person ein kleines Protokollheft oder elektronisches Patiententagebuch mitführt 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Da viele Verhaltensweisen und die dem Verhalten vorausgehenden Bewegungen oft unbewusst ablaufen, kann Selbstbeobachtung zu Verzerrung führen ■ u. U. werden nicht alle Verhaltensweisen erfasst
Direkte Verhaltensbeobachtung	Die Verhaltensgewohnheit einschließlich ihrer Auftretensbedingungen wird von einer anderen Person (z. B. Therapeut, Angehörige, Freunde) beobachtet und auf Protokollbögen festgehalten	<ul style="list-style-type: none"> ■ Das Verhalten wird vom externen Beobachter unverzerrt und objektiv wahrgenommen ■ Das Verhalten kann in seiner Komplexität erfasst werden, wobei auch die dem Verhalten vorausgehenden Bewegungen registriert werden ■ Die Einbeziehung eines Partners oder Freundes hilft, die Aufmerksamkeit auf das problematische Verhalten zu lenken und erleichtert das Registrieren der Verhaltensgewohnheit ■ Bei Verhaltensbeobachtung durch mehrere Beobachter (z. B. Therapeut, Angehörige) kann das Verhalten in unterschiedlichen Situationen eruiert werden, wenn diese Personen das Verhalten getrennt beurteilen 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Viele Verhaltensweisen, die sich etwas besser kontrollieren lassen, treten unter direkter Beobachtung nicht auf, sondern kommen nur vor, wenn der Patient allein ist ■ Die Verhaltensbeobachtung ist nur bei Anwesenheit der beobachtenden Personen möglich, es wird also bezüglich Zeit und Situation nur ein Ausschnitt des Verhaltens erfasst

Tab. 43.2 (Fortsetzung)

Methode	Charakteristikum	Vorteile	Nachteile
Indirekte Verhaltensbeobachtung (z. B. durch Video)	Die Verhaltensgewohnheit wird einschließlich ihrer Auftretensbedingungen auf Video festgehalten	<ul style="list-style-type: none"> ■ Frequenz, Dauer und frühe Anzeichen der Verhaltensgewohnheit können analysiert werden ■ Auch Verhaltensweisen, die sich bei direkter Beobachtung über eine gewisse Zeit noch unterdrücken ließen, können durch Videoaufnahmen festgehalten werden ■ Videoaufnahmen können beliebig oft abgespielt werden ■ Dem Patienten wird durch eine Videoaufnahme deutlich, wie sein Verhalten von anderen Personen wahrgenommen wird ■ Videoaufnahmen können zur Treatmentkontrolle eingesetzt werden 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Die Installation eines Videoaufnahmeapparates in natürlicher Umgebung des Betroffenen ist mit relativ hohem Aufwand verbunden ■ Videoaufnahme in künstlicher Umgebung (z. B. Untersuchungsraum) kann das Auftreten des Verhaltens verändern ■ Videoaufnahme ist nur über einen begrenzten Zeitraum möglich
Objektive Messung des Verhaltens	Das Ausmaß der Verhaltensgewohnheit wird durch den Therapeuten mit Hilfe objektiver Maße beurteilt	<ul style="list-style-type: none"> ■ Objektive Anhaltspunkte für Intensität der Verhaltensgewohnheit ■ Verzerrungen werden ausgeschlossen ■ Verlaufsmessung möglich ■ Motivationsaufbau ■ Methode sinnvoll, wenn Verhaltensprotokolle nicht angewandt werden können 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Die das Verhalten auslösenden Faktoren und begleitenden Bewegungen können nicht erfasst werden ■ Keine Unterscheidung zwischen Häufigkeit und Intensität des Verhaltens möglich ■ Keine Erhöhung der Selbstaufmerksamkeit des Betroffenen, da die Erhebung nach dem Auftreten des Verhaltens stattfindet

Tab. 43.3. Beispiele für die Erfassung unangenehmer Situationen bei verschiedenen Verhaltensgewohnheiten

Störung	Unangenehme/peinliche Folgen
Nägelkauen	<ul style="list-style-type: none"> ■ Unangenehmes Gefühl bei Essen in der Öffentlichkeit ■ Bezahlen im Geschäft ist ein Problem ■ Kann keinen Nagellack tragen ■ Ungutes Gefühl beim Schmuckkaufen/-tragen
Trichotillomanie	<ul style="list-style-type: none"> ■ Painliche Situation beim Friseur ■ Das Tragen eines Toupets ist lästig, besonders im Sommer ■ Unfähig, meinem Kind die kahlen Stellen zu erklären ■ Häufigeres Putzen wegen herumliegender Haare nötig
Daumenlutschen	<ul style="list-style-type: none"> ■ Kann mich nicht konzentrieren, muss den Drang unterdrücken ■ Anderen die Hand geben ist unangenehm, weil der Daumen nass ist ■ Painliche Situation beim Arzt ■ Leute schauen nach mir, wenn ich den Daumen im Mund habe
Aufkratzen der Haut	<ul style="list-style-type: none"> ■ Sichtbare, blutige Stellen auf der Haut ■ Häufigeres Waschen der Sachen ■ Schmerz beim Duschen ■ Sieht nicht gut aus
Beißen auf Lippen, Mund oder Zunge	<ul style="list-style-type: none"> ■ Blut im Mund schmeckt unangenehm ■ Brennen im Mund bei heißen und sauren Speisen ■ Ständiges Nachfühlen an der wunden Stelle mit der Zunge lenkt ab ■ Denken an anderes fällt schwer
Manipulation von Objekten	<ul style="list-style-type: none"> ■ Arbeitskollegen können mein Verhalten nicht verstehen ■ Bin eher Außenseiter ■ Zeitverschwendung, arbeite nicht mehr produktiv ■ Unangenehm, das eigene Handeln nicht beherrschen zu können
Motorische und vokale Tics	<ul style="list-style-type: none"> ■ Andere Personen sind durch mein Verhalten genervt ■ Kinobesuche problematisch ■ Besuch von Restaurants schwierig ■ Vermeidung von Partys und Feierlichkeiten
Tourette-Syndrom	<ul style="list-style-type: none"> ■ Andere Personen und Kinder lachen über mich ■ Gehe möglichst nicht zu Veranstaltungen ■ Lebe eher zurückgezogen ■ Unverständnis fremder Menschen belastet mich
Stottern	<ul style="list-style-type: none"> ■ Vorträge halten ist schwer ■ Mit unbekanntnen Personen zu sprechen ist unangenehm ■ Vermeide zu Telefonieren ■ Einkaufen an der Käse- oder Fleischtheke ist mir unangenehm

43.4.3 Competing-Response-Training

Competing Response und vorbeugende Maßnahmen

Das Competing-Response-Training zählt – zusammen mit der Übung zur Erhöhung der Selbstwahrnehmung – zu den wichtigsten Komponenten des Habit-Reversal-Trainings. Der zentrale Bestandteil des Competing-Response-Trainings ist das Einüben von Verhaltensweisen, die anstelle des Problemverhaltens ausgeführt werden. Azrin und Nunn (1973, 1977) gehen davon aus, dass durch die häufige Anspannung derselben Muskelpartien aufgrund eines Tics oder einer Verhaltensgewohnheit die entsprechenden, für diese Bewegung benötigten Muskelpartien übermäßig ausgebildet werden, während die der Bewegung entgegenwirkenden Muskeln an Kraft verlieren und so die Verhaltensgewohnheit immer weniger verhindern können. Auf dieser Annahme baut das Training der Competing Response auf. Nach Azrin und Nunn ist es sinnvoll, für die Competing Response ein Verhalten auszuwählen, das dieselben Muskelpartien anspricht wie die unerwünschte Verhaltensgewohnheit, so dass diese in der Zeit des bewussten Ersatzverhaltens nicht ausgeführt werden kann (z. B. statt Nägelkauen die Hände zu Fäusten ballen oder Halten eines Objektes). Vor allem bei motorischen Tics sollten die Muskelpartien entgegen der bisher ausgeführten Verhaltensgewohnheit belastet und so gekräftigt werden (z. B. Schultern herabsenken statt hochziehen). Im Gegensatz dazu berichten neueste Studienergebnisse, dass auch Verhaltensweisen, die der Verhaltensgewohnheit nicht unmittelbar entgegenwirken, das Auftreten der Verhaltensgewohnheit verhindern können, wenn sie sofort bei den ersten Anzeichen der Hinweisbewegungen angewandt werden. Woods et al. (1999) fanden z. B., dass nicht nur das Ballen der Fäuste, sondern auch das Zusammendrücken der Knie bei Kindern Daumenlutschen unterdrückte. Dennoch sollte das Therapierational für den Patienten nachvollziehbar und logisch sein.

Die Grundlage für das Competing-Response-Training bilden die Erkenntnisse aus dem Training zur Erhöhung der Selbstwahrnehmung und den Selbstbeobachtungsprotokollbögen. Auf diesen wurde bereits festgehalten, wann und in welchen Situationen die Verhaltensgewohnheit besonders häufig auftritt und welche Bewegungen der Verhaltensgewohnheit vorausgehen. Der Therapeut erarbeitet nun gemeinsam mit dem Patienten einen Verhaltensplan, in dem festgelegt wird, in welcher Form die Competing Response durchgeführt wird (■ Abb. 43.3). Dies hängt vom Problemverhalten, von der Situation, der Art der Hinweisbewegungen und vom sozialen Kontext ab. Der Patient sollte die Competing Response unmittelbar dann anwenden, wenn das unerwünschte Verhalten bereits auftritt oder wenn auch nur der Wunsch besteht, dieses auszuführen. Die Competing Response sollte für mindestens eine Minute bis zu drei Minuten gehalten werden und darf des-








halb nicht zu anstrengend, ermüdend oder zu auffällig sein. Außerdem sollte er den Betroffenen und seine Umgebung nicht belasten und muss bei den ersten Anzeichen der Verhaltensgewohnheit einsetzbar sein. Am günstigsten ist es, wenn sich die Competing Response mit der aktuell ausgeführten Tätigkeit verbinden lässt. Hier sollte der Therapeut mit dem Patienten verschiedene Möglichkeiten besprechen und festlegen, welche Verhaltensweisen in welchen Situationen angewandt werden können, so dass der Betroffene über ein Repertoire von Handlungsmöglichkeiten verfügt. Günstig ist außerdem, diese Situationen vorher mit dem Patienten praktisch durchzuspielen. Da das Schauen auf die Uhr ablenkend wirkt, sollte der Patient beim Einüben der Competing Response eine Uhr vor sich haben, um die Zeitdauer später besser einschätzen zu können und ein Gefühl für die Ausführung über 1–3 Minuten zu bekommen. Der Patient kann auch mitzählen, z. B. bis 100. Wird es im Alltag notwendig, die Competing Response aufgrund anderer Handlungen kurz zu unterbrechen, ist dies möglich, jedoch sollte er nach der Unterbrechung wie geplant weitergeführt werden (Azrin u. Nunn 1977).

Treten infolge der motorischen Tics Verkrampfungen von Muskelgruppen auf, sind auch Dehnungsübungen zur Entlastung der angespannten Muskelpartien denkbar. Hierfür können die entsprechenden Muskelgruppen langsam und bewusst entgegen der Verkrampfung gedehnt werden.

Die Competing Response sollte nach folgenden Kriterien ausgewählt werden. Er sollte:

- sofort beim Auftreten erster Anzeichen der Verhaltensgewohnheit einsetzbar sein,
- für einige Minuten ausführbar und nicht zu anstrengend sein,
- sozial unauffällig sein, so dass die alltäglichen Verhaltensweisen aufrechterhalten werden können,
- evtl. eine isometrische Anspannung der Muskeln bewirken, um die Ausführung der Verhaltensgewohnheit zu verhindern,
- evtl. die Muskeln stärken, die beim Ausführen der Verhaltensgewohnheit nicht beansprucht werden.

Zusätzlich zu der beim Auftreten der ersten Hinweisbewegungen einsetzbaren Competing Response können auch andere Verhaltensalternativen angewandt werden, die eher vorbeugenden Charakter tragen. Sie machen dann Sinn, wenn es dadurch möglich ist, die Ursachen des unerwünschten Verhaltens zu reduzieren oder sogar zu beheben.

Nervöse Verhaltensgewohnheit oder Tic		Competing Response
Zucken der Schulter		Herabziehen der Schultern
Zucken der Schulter und Hochziehen des Ellenbogens		Herabziehen der Schultern, Pressen der Ellebogen an den Körper, Hände an die Beine
Drehen des Kopfes		Isometrische Anspannung der Nackenmuskulatur, leichtes Herabziehen des Kinns, geradeaus schauen
Schütteln des Kopfes		Langsame Anspannung der Nackenmuskulatur, geradeaus schauen
Zupfen der Augenbrauen		Festhalten von Objekten
Nägelkauen		Festhalten von Objekten
Daumenlutschen		Hände zu Fäusten ballen

■ **Abb. 43.3.** Bildliche Darstellung der von Azrin und Nunn vorgeschlagenen, mit der Verhaltensgewohnheit inkompatiblen Competing Response bei einigen nervösen Verhaltensgewohnheiten und Tics. (Nach Azrin u. Nunn 1973)

Beispiel**Vorbeugende Maßnahmen**

- Ist die Rauigkeit der Nagelkanten der Hauptgrund für Nägelkauen, kann mit einer adäquaten Nagelpflege die Ursache des Nägelkauens bereits beseitigt werden. Wann immer die Person den Drang verspürt, ihre Nägel abzubeißen, sollte ein Nagelpflegeset zur Hand sein, um die Rauigkeit abzufilen.
- Bei Trichotillomanie kann das Glätten und Kämmen der Haare vorbeugend wirken.
- Besteht der Drang zum Daumenlutschen, kann z. B. das Kauen eines Zahnpflege-Kaugummis oder Lutschen eines zuckerfreien Bonbons eine Alternative darstellen.
- Bei gewohnheitsmäßigem Aufkratzen kann es hilfreich sein, die betroffenen Stellen mit Pflegesalbe einzucremen, wenn z. B. die Haut hauptsächlich deshalb gekratzt wird, weil sie juckt (■ Tab. 43.4).
- Bei motorischen Tics werden die Muskeln gestärkt, die der Ticbewegung entgegenwirken, während bei vokalen Tics die Atemmuskulatur mit einem Atemtraining (Bauchatmung) entspannt wird (Woods et al. 2003).
- Eine gleichmäßige, entspannte Atmung ist auch zur Vorbeugung des Stotterns hilfreich. Bevor dann mit dem Sprechen begonnen wird, soll der Patient zuerst leicht ausatmen, nur ein Wort sprechen, später zwei, drei etc. Danach wird die Dauer des Sprechens erhöht, bis auch einige kurze Sätze ohne Stottern gesprochen werden können. Wenn doch wieder einmal ein »Stotterer« auftrat, wird das Sprechen kurz unterbrochen, der Patient atmet ein, leicht aus und spricht dann weiter.

Diese vorbeugenden Verhaltensalternativen haben den Vorteil, dass sie die Ursache des Problems mildern oder verringern können und nicht nur kompensatorisch wirken. Allerdings sind sie nicht so unmittelbar einsetzbar wie die Competing Response, bei dem man ohne weitere Hilfsmittel auskommt. Besteht aufgrund der Situation keine Möglichkeit, die vorbeugenden Verhaltensweisen auszuführen, sollte die betreffende Person ihre Verhaltensgewohnheit mittels Competing Response unterdrücken können. Um positive soziale Effekte zu erzielen, reicht es schon, die Verhaltensgewohnheit in ihrer Auftretensrate deutlich zu senken. Gibt es Anzeichen, dass die Verhaltensgewohnheit nach erfolgreicher Therapie doch wieder häufiger auftritt, sollten Auffrischungssitzungen vereinbart werden.

Soziale Unterstützung

Bei Erwachsenen. Soziale Unterstützung bei der Ausführung der Competing Response kann für die Betroffenen im Alltag sehr hilfreich sein, da – wie bereits erwähnt – die

Verhaltensgewohnheit zum großen Teil unbewusst abläuft. Angehörige oder Freunde können in die Behandlung einbezogen werden und haben die Aufgabe, den Betroffenen auf die Verhaltensgewohnheit aufmerksam zu machen, sobald diese von ihm unbemerkt auftritt. Nimmt der Betroffene mit Hilfe sozialer Unterstützung die Verhaltensgewohnheit wahr, kann er die Competing Response wie erlernt ausführen. Hat er bereits Fortschritte in der selbstständigen Beherrschung seiner Verhaltensgewohnheit erzielt, wirkt es motivierend, wenn der Betroffene die Verbesserung seinen in die Therapie einbezogenen Angehörigen mitteilt.

! **Für die soziale Verstärkung durch Therapeuten (und ggf. durch Bezugspersonen) gelten die allgemeinen Grundregeln: Man kann kaum zuviel loben, verstärkt wird jede Anstrengung (nicht erst der perfekte Erfolg), und die Ansprüche müssen schrittweise gesteigert werden.**

Bei Kindern. Habit Reversal kann auch mit Kindern durchgeführt werden – der Erfolg der Behandlung hängt jedoch von der Motivation der Kinder ab, wobei die Unterstützung durch die Eltern unerlässlich ist. Das Kind sollte alle einzelnen Schritte des Habit-Reversal-Trainings verstehen, wobei die Eltern helfen können, ihm diese zu erklären und mit ihm einzuüben. Zur Erhöhung der Selbstaufmerksamkeit kann das Kind alle Situationen aufzeichnen oder aufschreiben, in denen die Verhaltensgewohnheit auftrat, wobei auf eine kindgerechte Gestaltung des Selbstaufmerksamkeitsprotokolls Wert gelegt werden sollte. Auch die der Verhaltensgewohnheit vorausgehenden Hinweisbewegungen werden mit dem Kind und den Eltern gemeinsam eruiert. Wenn sowohl das Kind als auch die Eltern die Umstände, unter denen das Problemverhalten auftritt, verstanden haben, wird gemeinsam die Competing Response eingeübt. Dies geht am leichtesten, wenn das Kind Freude an der Anwendung der neuen Verhaltensweise hat. So können mit den Eltern Verstärkerprogramme zur Belohnung der erfolgreich angewandten Verhaltensalternativen festgelegt werden. Auch bei der alltäglichen Umsetzung des Gelernten ist die Unterstützung der Eltern notwendig – das Kind sollte auf das unerwünschte Verhalten hingewiesen und an die Ausführung der Competing Response erinnert werden.

! **Hierbei ist vor allem wichtig, dass ein motivierendes Verhältnis von Erinnerungen zu lobenden Bemerkungen besteht, d. h. wenn das Kind einmal auf seine Verhaltensgewohnheit aufmerksam gemacht wird, sollte es ca. fünfmal dafür gelobt werden, dass es sich bemüht, diese abzustellen (Azrin u. Nunn 1977).**

Der Therapeut muss anfänglich die korrekte Rückmeldung durch die Eltern überwachen und ihnen ebenfalls eine Rückmeldung geben. Jede Anstrengung des Kindes in Richtung des erwünschten Verhaltens sollte unterstützt werden. Werden Freunde des Kindes in die Therapie mit einbezo-

Tab. 43.4. Beispiele für Competing Response und vorbeugende Verhaltensweisen bei unterschiedlichen Verhaltensgewohnheiten

Störung	Competing Response	Vorbeugung und Pflege
Nägelkauen	Keine Berührung des Gesichts! Hand zur Faust ballen oder ein Objekt, wie z. B. einen Handschmeichler oder den Gegenstand, den man gerade in der Hand hält, für ca. 3 Minuten festhalten	Tägliche Hand- und Nagelpflege, insbesondere auch dann, wenn der Impuls zum Abbeißen der Nägel oder Hautteile besteht
Trichotillomanie	Keine Berührung des Kopfes! Hand zur Faust ballen oder ein Objekt, wie z. B. einen Handschmeichler oder den Gegenstand, den man gerade in der Hand hält, für ca. 3 Minuten festhalten	Haaredrehen: Kämmen, Glätten, Frisieren Auszupfen der Augenbrauen: Nutzen von beruhigender Creme bzw. eines Augenbrauentiftes zur optischen Korrektur Evtl. Handschuhe tragen
Daumenlutschen	Keine Berührung des Gesichts! Hand zur Faust ballen oder ein Objekt, wie z. B. einen Handschmeichler oder den Gegenstand, den man gerade in der Hand hält, für ca. 3 Minuten festhalten	Lutschen eines zuckerfreien Bonbons oder Kauen eines (Zahnpflege-)Kaugummis, wenn der Impuls zum Daumenlutschen besteht Evtl. Handschuhe tragen
Aufkratzen der Haut	Keine Berührung der aufgekratzten Körperteile (Arm, Bein, Hals, Gesicht etc.)! Hand zur Faust ballen oder ein Objekt, wie z. B. einen Handschmeichler oder den Gegenstand, den man gerade in der Hand hält, für ca. 3 Minuten festhalten	Eincremen der juckenden Stellen mit pflegender Hautcreme, insbesondere auch dann, wenn der Impuls zum Kratzen der Haut besteht Evtl. Handschuhe tragen
Augenblinzeln	Öffnen der Augen und bewusstes Augenblinzeln alle 3–5 Sekunden, um die Augen anzufeuchten und eine normale Blinzelfrequenz zu erhalten, alle 5–10 Sekunden nach unten blicken	Bewusste Kopfbewegungen, um ein starres Fixieren der Augen auf einen Punkt oder ein Objekt und folgende Ermüdung der Augen zu vermeiden
Beißen auf Lippen, Mund, Zunge, Zähneknirschen	Beißen der Lippen etc.: Schließen der Lippen, leichtes Zusammenbeißen der Zähne Zähneknirschen: Leichtes Öffnen des Mundes, bewusstes Ein- und Ausatmen durch den Mund für ca. 3 Minuten	Pflegenden Lippenbalsam gegen trockene Lippen benutzen; Obst, Gemüse, Trockenobst etc. essen; Kauen eines (Zahnpflege-)Kaugummis; Entspannungstraining
Manipulation von Objekten	Keine Berührung des Objektes! Hand zur Faust ballen oder ein Objekt, wie z. B. einen Handschmeichler oder den Gegenstand, den man gerade in der Hand hält, für ca. 3 Minuten festhalten	Ausführen einer anderen Tätigkeit, bei der die Hände gebraucht werden, bis der Impuls vorüber ist (z. B. Tippen am PC, Notizen machen bei Telefonieren, Staubwischen etc.); Eincremen der Hände
Motorische und vokale Tics		
Motorische Tics	Isometrische Muskelanspannung, entweder mit Gegenbewegung (z. B. Kopf zum Kinn führen, wenn er nach hinten zuckt) oder ohne Gegenbewegung (Kopf gerade halten, Muskelanspannung ohne Bewegung, geradeaus schauen)	Isometrische Übungen zum Aufbau der dem Tic entgegenwirkenden Muskeln (Anspannung und Entspannung im Wechsel für 5 Minuten); ggf. Dehnung der angespannten Muskelpartien
Vokale Tics	Diaphragmatische Atmung (Bauchatmung) für mindestens 1 Minute (Woods et al. 2003)	Atemtraining mit Entspannung der Atemmuskulatur, rhythmische tiefe Atmung durch die Nase, Mund geschlossen halten, (5 Sekunden Einatmung, 7 Sekunden Ausatmung); Entspannungsübungen
Tourette-Syndrom	Siehe unter motorische und vokale Tics	Siehe unter motorische und vokale Tics
Stottern	Sprechübungen: Einatmen – teilweise ausatmen – sprechen (zuerst 1 Wort, dann 2 Worte etc., Pausen einbauen) – ausatmen Sprache spüren: Platzieren von Daumen und Zeigefinger über dem Kehlkopf während der Aussprache einzelner Vokale und später Konsonanten zur Bewusstmachung der Aussprache (Azrin u. Nunn 1973); Bei Stottern: Unterbrechen des Sprechens und neuer Beginn Übung: Laut lesen mit Steigerung der gelesenen Wortanzahl Bei Kindern: Der Text sollte ca. 1 Jahr unter dem altersgemäßen Leseneiveau liegen	Entspannung der Atemmuskulatur mit Atemtraining (rhythmisches Atmen); Durchdenken des Themas/Inhaltes vor dem Sprechen; Betonung jedes dritten oder vierten Wortes, so dass Sprache nicht monoton klingt

gen, kann es ihnen seine Fortschritte zeigen, wobei auch hier Lob und Verstärkung ermutigend wirken.

Wichtig ist außerdem, dass die Eltern mit ihren Kindern die neu zu erlernende Verhaltensweise täglich für mindestens 10 Minuten üben. Auch werden die Eltern ge-

beten, das Verhaltensprotokoll zu führen, wobei neben der Auftretenshäufigkeit und -situation der Verhaltensgewohnheit eingetragen wird, wie oft die Eltern das Kind erinnern mussten, wie oft sie es lobten, sowie die Zeit, die sie für die täglichen Übungen aufwendeten.

Entspannungstraining

Wenn nötig, kann ein Entspannungstraining (s. auch ► Kap. I/30) in das Habit-Reversal-Training integriert werden. Insbesondere bei nervösen Verhaltensgewohnheiten kann gezielte Entspannung beruhigend wirken und die innere Unruhe oder Ängstlichkeit abbauen helfen. Zur Vorbeugung von nervösen Verhaltensgewohnheiten und Tics sollte die erlernte Entspannungsübung mindestens einmal pro Tag für 10–15 Minuten durchgeführt werden. Auch wenn der Patient sich bereits ängstlich oder angespannt fühlt oder Vorzeichen der Verhaltensgewohnheit spürt, sollte er die Entspannungsübung für 1–2 Minuten anwenden (Azrin u. Nunn 1977).

Bei vokalen Tics und Tourette-Syndrom hat sich z. B. ein Atemtraining bewährt, wobei die Patienten angehalten wurden, eine regelmäßige, ruhige Bauchatmung durchzuführen. Ein integriertes Entspannungstraining wirkte bei Patienten mit Tourette-Syndrom ebenfalls unterstützend (Azrin u. Petersen 1988).

43.4.4 Generalisierungstraining

Das Generalisierungstraining soll den Patienten dazu befähigen, die neu erlernten Verhaltensweisen in verschiedenen Situationen anzuwenden. Besonders wichtig ist, dass er die Situationen meistert, die er im Selbstaufmerksamkeitstraining als kritisch für das Wiederauftreten der Verhaltensgewohnheit angesehen hat.

Zur Generalisierung der erreichten Fortschritte ist es wichtig, die Übungen in möglichst allen relevanten Alltagssituationen durchzuführen und dabei ggf. schrittweise zusätzliche Anforderungen oder Belastungen einzubauen (z. B. Stress oder Zeitdruck, Anwesenheit vieler Menschen). Als Grundlage für das Generalisierungstraining dienen auch hier die Selbstbeobachtungsprotokollbögen, welche die Situationen beinhalten, in denen der Betroffene besonders anfällig für die unerwünschte Verhaltensgewohnheit ist. Die Anwendung der Competing Response in den verschiedenen kritischen Situationen wird zuerst intensiv in der Vorstellung (in sensu) und später praktisch (in vivo) geübt. Der Patient geht somit zuerst mental die Bedingungen durch, unter welchen das Verhalten sehr wahrscheinlich auftritt und übt in der Vorstellung, wie er sein Verhalten erfolgreich kontrolliert. Die Zeitdauer, in der die Person gedanklich in jeder kritischen Situation verweilt, sollte nach Azrin und Nunn (1977) mindestens 30 Sekunden betragen, während für alle Situationen insgesamt mindestens 15 Minuten zu veranschlagen sind. Die gedanklichen Übungen sollte der Betroffene anfänglich jeden Tag selbstständig praktizieren. Wenn er die Übung in der Vorstellung beherrscht, führt der Betroffene die Competing Response im therapeutischen Setting praktisch aus, jedoch ohne schon die realen schwierigen Situationen aufzusuchen. Der Therapeut überwacht die korrekte Aus-

führung der Competing Response. Ist der Patient sich sicher, in welcher Situation er wie reagieren muss, um der Verhaltensgewohnheit vorzubeugen bzw. ihr effektiv zu begegnen, kann er die Technik der Competing Response in realen Situationen anwenden. Eine genaue Planung, welche Situation wann aufgesucht wird, ist hilfreich bei der gezielten Umsetzung der erlernten Techniken im Alltag. Das Generalisierungstraining in realen Alltagssituationen unterstützt die Festigung der neu erlernten Verhaltensalternativen.

Hausaufgaben, Fortschritte und Probleme bei der praktischen Umsetzung werden zu Beginn täglich mit dem Therapeuten besprochen, was auch telefonisch oder per E-Mail erfolgen kann (auch ► Kap. I/24 und I/49). Durch den Einsatz der neuen Medien ist der Therapeut in der Lage, rasch auf den Patienten einzugehen. Angesichts der typischerweise hohen Frequenz des Problemverhaltens und des großen Ausmaßes an Automatisierung des Verhaltens ist ein engmaschiges Monitoring in jedem Fall wichtig.

Weitere Therapiesitzungen sind jedoch nur notwendig, wenn Unklarheiten auftreten oder der Patient Schwierigkeiten beim Ausführen der Übungen hat (Azrin u. Nunn 1977). In diesem Fall wird die korrekte Durchführung des Therapieprogramms überprüft und in weiteren Auffrischungssitzungen mit dem Betroffenen nochmals praktisch geübt. Weiß der Patient, in welchen Situationen seine Verhaltensgewohnheit besonders häufig auftritt und beherrscht er die Competing Response, soll er eben diese Situationen aufsuchen und die Competing Response anwenden, um seine Verhaltensgewohnheit zu unterdrücken. Je häufiger er solche kritischen Situationen meistert, umso besser ist er in der Lage, seine Verhaltensgewohnheit zu beherrschen.

43.5 Anwendungsbereiche und Grenzen des Habit-Reversal-Trainings

43.5.1 Anwendungsbereiche

Habit-Reversal-Training hat sich besonders bei der Behandlung verschiedener nervöser Verhaltensgewohnheiten und Tics mit negativen physischen (z. B. Gewebeschäden) oder sozialen (z. B. soziale Stigmatisierung) Auswirkungen als sehr effektiv erwiesen. Zu den wichtigsten Anwendungsbereichen zählt das Nägelkauen, für das eine Vielzahl empirischer Untersuchungen vorliegt (Wilhelm u. Margraf 1993). Weitere Einsatzmöglichkeiten sind Daumenlutschen, Trichotillomanie, wiederholte ruckartige Kopfbewegungen, Schulterzucken, Knacken mit den Fingern, Zupfen an Augenbrauen oder Körperteilen, aber auch Ticstörungen, Tourette-Syndrom und Stottern.

Anwendungsbereiche des Habit-Reversal-Trainings

- Nervöse Verhaltensgewohnheiten:
 - Nägelkauen
 - Trichotillomanie
 - Daumenlutschen
 - Aufkratzen der Haut
 - Beißen von Lippen, Mund oder Zunge
 - Manipulation von Objekten
- Ticstörungen:
 - Motorische Tics
 - Vokale Tics
- Tourette-Syndrom
- Stottern

Nägelkauen, Trichotillomanie und Daumenlutschen, Aufkratzen der Haut, gewohnheitsmäßiges Beißen der Lippen oder die Manipulation von Objekten zählen zu den nervösen Verhaltensgewohnheiten, die insbesondere durch innere Anspannung oder auch Langeweile hervorgerufen werden und sehr gut mit dem verhaltenstherapeutischen Ansatz des Habit-Reversal-Trainings behandelt werden können (Miltenberger et al. 1998). Aber auch bei Ticstörungen wurde Habit-Reversal-Training erfolgreich eingesetzt (Miltenberger et al. 1998). Als Ticstörungen werden rasche, wiederkehrende, meist schnelle und ruckartige, stereotype Bewegungen von Muskeln oder Muskelgruppen, wie z. B. Zucken mit der Schulter, Augenblinzeln (motorische Tics) oder scheinbar unwillkürliche Lautäußerungen, wie z. B. häufiges Räuspern, ungewolltes Ausstoßen von Lauten und Geräuschen (vokale Tics) bezeichnet. Beim Tourette-Syndrom treten meist mehrere motorische und vokale Tics kombiniert auf und sind willentlich nur schwer für einige Zeit unterdrückbar. Habit-Reversal-Training erwies sich im Vergleich zu medikamentöser Behandlung als sehr effektiv bei der Behandlung des Tourette-Syndroms (Azrin u. Peterson 1988). Stottern ist gekennzeichnet durch Schwierigkeiten in der Sprachproduktion und/oder eine Störung des Sprachflusses, was mit der Wiederholung einzelner Buchstaben, Wörter oder Phrasen einhergeht (klonisches Stottern), aber auch Blockaden und Verzögerungen in der Aussprache einschließen kann (tonisches Stottern). Eine erhöhte Anspannung bzw. Verkrampfungen der Mund- und Kehlkopfmuskulatur führen zu unregelmäßiger Atmung und infolgedessen zu Problemen beim Sprechen. Durch gezielte Atemübungen und Wort-für-Wort-Training kann der Sprachfluss günstig beeinflusst werden (Miltenberger et al. (1998).

43.5.2 Grenzen

Obwohl Habit-Reversal-Training sehr erfolgreich bei Personen mit nervösen Verhaltensgewohnheiten, Ticstörungen und Stottern angewendet wurde, gibt es Hinweise, dass hy-

pervigilante Personen mit Aufmerksamkeitsstörungen weniger gut vom Einsatz der Competing Response profitieren, weil es eine stärkere Anstrengung für sie bedeutet, ihre Verhaltensgewohnheit willentlich zu unterdrücken (Deckersbach et al. 2006). Da Habit-Reversal-Training auf der Hemmung von Verhaltensweisen aufbaut, traten bei diesem Personenkreis Tics auch nach der Anwendung des Trainings auf, wenngleich weniger häufig. Deckersbach et al. (2006) empfehlen, bei Verdacht auf verminderte Reaktionshemmungsfähigkeit dem Habit-Reversal-Training eine Untersuchung der funktionellen Neuroanatomie (z. B. fMRT) voranzustellen.

Generell ist anzumerken, dass eine vollständige Heilung durch Habit-Reversal-Training zwar möglich, jedoch nicht typisch ist – nur 10% der behandelten Personen berichteten, dass die Verhaltensgewohnheit nach der Therapie nie wieder auftrat (Azrin u. Nunn 1977). Rückfälle können besonders bei hohem emotionalem Stress vorkommen. Da die Patienten jedoch die Übungen kennen, sind sie meist von sich aus in der Lage, das unerwünschte Verhalten wieder einzustellen. Nach Azrin und Nunn (1977) war eine zweite therapeutische Auffrischungssitzung nur bei ca. 5% der behandelten Personen notwendig, während ca. 80% nach der ersten Therapiesitzung keiner weiteren bedurften.

43.6 Empirie: Wirkmechanismen und Effektivität des Habit-Reversal-Trainings

43.6.1 Effektivität bei verschiedenen Verhaltensgewohnheiten

Azrin und Nunn prüften ihre Methode hauptsächlich bei nervösen Verhaltensweisen, Ticstörungen und Stottern. Die Methode war sehr effektiv – im Mittel konnte die Verhaltensgewohnheit nach einem Tag der Behandlung bereits um 95% gesenkt werden, nach einer Woche um 97% und nach 3 Wochen um 99% (Azrin u. Nunn 1973). Diese enormen Behandlungserfolge wurden mit einer Therapiesitzung und zwei Auffrischungssitzungen – nach 2 Monaten und nach 5 Monaten – erzielt und waren auch in katamnestischen Untersuchungen nach mehreren Monaten noch stabil. Aufgrund der hohen Standardisierung der Therapie waren die Behandlungserfolge vom Therapeuten unabhängig. Azrin und Nunn behandelten mehr als 300 Personen im Alter von 6 bis mehr als 60 Jahren mit Habit-Reversal-Training, wobei sie keine Symptomverschiebungen beobachteten (Azrin u. Nunn 1977).

Woods et al. untersuchten das Vorgehen und die empirischen Belege für die Anwendung des Habit-Reversal-Trainings bei nervösen Verhaltensgewohnheiten (Woods u. Miltenberger 1995), motorischen (Woods et al. 1996) sowie sprachlichen Tics und Tourette-Syndrom (Woods et al. 2003) auch bei Kindern. Die Forschung belegt die Effektivität des Habit-Reversal-Trainings bei all diesen Anwen-

dungsbereichen im Kindesalter. Darüber hinaus finden sich Hinweise darauf, dass auch eine vereinfachte Form des Trainings, welches nur aus einem Selbstaufmerksamkeits-training und dem Competing-Response-Training besteht, ebenfalls effektiv die Häufigkeit dieser Störungen reduziert. Auch die bloße Selbstbeobachtung könnte bereits als eine einfache Form einer konkurrierenden Reaktion (im Sinne des Competing-Response-Trainings) wirken, da schon das Training der Selbstaufmerksamkeit bei einigen Patienten symptomreduzierend wirkte (Woods u. Miltenberger 1995).

Nervöse Verhaltensgewohnheiten

In einer Übersichtsarbeit zur Behandlung von **Nägelkauen** erörtern Wilhelm und Margraf (1993) eine Vielzahl von Studien. Sie kommen zu dem Schluss, dass das Habit-Reversal-Training bei der ganz überwiegenden Mehrzahl der Patienten, die Nägel kauen, nach wenigen Sitzungen erfolgreich ist (meist ein bis zwei Sitzungen, ergänzt durch Hausaufgaben und telefonische Rückmeldungen), dass Erwachsene und ältere Kinder gleichermaßen behandelt werden können, dass keine Ersetzung des Verhaltens durch das inkompatible Verhalten erfolgt und dass auch keine anderen neuen Komplikationen auftreten. Eine »Symptomverschiebung« wurde ebenfalls nicht beobachtet. Die Erfolgsraten liegen beim Nägelkauen ebenso wie bei anderen Problemverhaltensweisen bei über 90%, wobei der Großteil der Fortschritte auch in Katamnesen stabil ist und alternative Behandlungsverfahren oder Placebomaßnahmen weniger erfolgreich sind. 1977 legten Azrin und Nunn eine Manualform ihres Programms für Nägelkauer vor, die auch unabhängig von wöchentlichen unterstützenden Therapiesitzungen und regelmäßigen kurzen Telefongesprächen zu Fortschritten führte. Die Behandlung kann darüber hinaus auch in Gruppenform durchgeführt werden.

Azrin et al. (1980) behandelten **Daumenlutschen** bei 30 Kindern mit Habit-Reversal-Training und konnten eine Reduktion der Verhaltensgewohnheit um 92% innerhalb der ersten Woche und um 95% bis zum 4. Monat nachweisen. Nach 20 Monaten zeigte sich ein leichter Anstieg; die Reduktion der Verhaltensgewohnheit betrug jetzt 89%. Dennoch war Habit Reversal eine effektivere Methode zur Behebung des Daumenlutschens als eine bitter schmeckende Substanz, die, auf den Daumen aufgetragen, häufig zur konservativen Behandlung des Daumenlutschens eingesetzt wird – mit dieser Substanz konnte nur eine Reduktion um 35% erzielt werden.

In einer Metaanalyse, in die nur randomisierte, verblindete Studien im Vergleich zu Placebobehandlungen einbezogen wurden, untersuchten Bloch et al. (2007) die Wirksamkeit von Habit-Reversal-Training bei **Trichotillomanie** und verglichen diese mit der Effektivität medikamentöser Therapie, mit der Behandlung durch selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer (SSRI) und Clomipramin. Abhängige Variable war der Schweregrad der Trichotilloma-

nie. Habit-Reversal-Training war beiden pharmakologischen Behandlungen deutlich überlegen, wobei die medikamentöse Behandlung mit Clomipramin einen kleinen und die Behandlung mit SSRI keinen Effekt bezüglich der abhängigen Variablen zeigte. Habit-Reversal-Training wurde demnach als sehr effektive Methode beurteilt, mit der das Auftreten von Trichotillomanie schnell, dauerhaft und ohne Nebenwirkungen zu therapieren ist.

Ticstörungen und Tourette-Syndrom

In ihre Metaanalyse zu Habit-Reversal-Training bei **Ticstörungen** nahmen Carr und Chong (2005) 12 von 29 Studien auf und kamen zu dem Schluss, dass Habit-Reversal-Training bei Ticstörungen nach den Richtlinien der American Psychological Association (APA) Task Force von 1995 nur die Anforderungen einer »wahrscheinlich wirksamen Therapie« erfüllt, da in einigen Studien keine Therapiemanuale verwendet wurden, die Erhebung der unabhängigen Variable nicht immer dokumentiert war und oft detaillierte Patientencharakteristika fehlten. Diese formalen Kriterien sind jedoch hauptsächlich für die Forschung relevant, da die Wirksamkeit des Habit-Reversal-Trainings als schnelle und effektive Therapie von Ticstörungen und Tourette-Syndrom nachgewiesen werden konnte (Woods u. Miltenberger 1995), auch wenn sie mitunter etwas geringer ist als bei der Behandlung von nervösen Verhaltensgewohnheiten.

Woods et al. (2003) untersuchten die Effekte von Habit-Reversal-Training bei der Therapie **vokaler Tics**. Dabei wandten sie folgende Komponenten des Habit-Reversal-Trainings an: Training der Selbstaufmerksamkeit, Competing Response und Training sozialer Unterstützung der Angehörigen. Als Competing Response führten die Patienten eine regelmäßige, entspannte Bauchatmung für eine Minute durch, sobald sie frühe Anzeichen eines vokalen Tics wahrnahmen. Das Auftreten vokaler Tics konnte mit dieser Behandlung über 82% reduziert werden, ohne dass andere, z. B. motorische Tics, stärker auftraten. Diese Ergebnisse hielten auch nach 3 Monaten noch an. Habit-Reversal-Training wurde von den Teilnehmern gut akzeptiert.

In einer Untersuchung von Habit Reversal bei **Tourette-Syndrom** (Azrin u. Peterson 1988) verminderte sich die Häufigkeit von Tics in den ersten 6–8 Monaten um 93–95% im klinischen Setting und um 64–99% bei der Durchführung zu Hause. Im Vergleich zur Behandlung anderer einzelner Ticstörungen konnten die Tics bei Tourette-Syndrom nicht so schnell und in nicht so großer Höhe reduziert werden, was Azrin und Peterson auf eine etwas schwerere Behandelbarkeit des Tourette-Syndroms zurückführen. Dennoch wurden motorische und vokale Tics gleichermaßen reduziert, eine Symptomverschiebung und Auftreten neuer Tics wurde nicht beobachtet. Die Erfolge des Habit-Reversal-Trainings bei Tourette-Syndrom blieben auch ohne weitere medikamentöse Behandlung stabil, weshalb es eine echte Behandlungsalternative zur medikamentösen Therapie darstellt. Deckersbach et al. (2006) verglichen Habit-

Reversal-Training bei Tourette-Syndrom mit unterstützender Psychotherapie hinsichtlich der Reduzierung von Tics, der Steigerung der Lebenszufriedenheit und psychosozialer Anpassung. Dreißig ambulante Patienten wurden per Zufall der einen oder anderen Behandlungsbedingung zugeweiht. Eine Erhöhung sowohl der Lebenszufriedenheit als auch der psychosozialen Anpassung konnte bei beiden Behandlungsgruppen festgestellt werden, wobei die Patienten des Habit-Reversal-Trainings zusätzlich noch eine Verminderung der Auftretensrate ihrer Störung verzeichneten. Die erzielten Behandlungsergebnisse waren auch in der 6-Monats-Katamnese noch stabil und unabhängig vom zusätzlichen Einsatz medikamentöser Therapie. Deckersbach et al. (2006) empfehlen deshalb Habit-Reversal-Training generell als Behandlungsalternative zur Pharmakotherapie bei Tourette-Syndrom, besonders für Patienten, die auf medikamentöse Behandlung nicht oder nur teilweise ansprechen oder nach Absetzen der der Pharmakotherapie rückfällig werden.

Stottern

Der Unterschied zwischen Habit-Reversal-Training zur Behandlung von Tics, nervösen Verhaltensgewohnheiten und der Behandlung des Stotterns liegt in der Anwendung eines Atemtrainings, womit eine bessere Atemregulation erzielt werden soll. Miltenberger et al. (1998) konnten eine klinisch signifikante Verbesserung des Sprachflusses auch ein Jahr nach der Behandlung mit Habit-Reversal-Training noch nachweisen. Nach Woods und Miltenberger (1995) steigt die Rate des Stotterns mit der Zeit doch wieder ein wenig an – Auffrischungssitzungen können hier Abhilfe schaffen.

Elliott et al. (1998) untersuchten eine vereinfachte und verkürzte Behandlung des Stotterns bei Kindern, in welcher die Eltern angeleitet wurden, das Competing-Response-Training täglich für jeweils 10 Minuten mit ihren Kindern zu üben. Obwohl das gesteckte Ziel, die Häufigkeit des Stotterns auf weniger als 3% zu reduzieren, nicht bei allen Kindern erreicht wurde, konnte doch eine deutliche Senkung der Auftretensrate registriert werden. Kinder und Eltern akzeptierten die Methode der regulierten Atmung als sinnvollen Behandlungsansatz und waren sehr kooperativ.

43.6.2 Welche Bestandteile sind für eine erfolgreiche Habit-Reversal-Behandlung wichtig?

Da das Habit-Reversal-Training aus verschiedenen Komponenten besteht, wurden die einzelnen Behandlungsmodule vielfach untersucht, um festzustellen, welche Bestandteile für die Therapie am wirksamsten bzw. für deren Effizienz unbedingt notwendig sind. Weiterhin war von Interesse, ob bzw. wie man die Effektivität noch weiter erhöhen und das Training vereinfachen kann.

Einige Studien konnten zeigen, dass bereits das Training der Selbstaufmerksamkeit, kombiniert mit dem Ausfüllen eines Selbstbeobachtungsprotokolls, mitunter auch ohne den Einsatz der Competing Response schon symptomreduzierend wirkt (Woods u. Miltenberger 1995). Woods et al. (1996) untersuchten systematisch vier Bestandteile des Habit-Reversal-Trainings bei Kindern: das Training der Selbstaufmerksamkeit, Selbstmonitoring durch Verhaltensprotokolle, Competing-Response-Training und soziale Unterstützung. Auch hier wurde deutlich, dass das Training der Selbstaufmerksamkeit allein bei einigen Kindern schon wirksam war. Bei anderen Kindern hingegen musste die komplette Therapie mit allen unter ▶ Kap. 43.2.2 Behandlungsmodulen angewendet werden. Soziale Unterstützung steigerte die Wirksamkeit der Therapie in dieser Untersuchung nicht mehr entscheidend.

! Sowohl die Schulung der Selbstwahrnehmung als auch das Competing-Response-Training werden als zentrale Wirkkomponenten des Habit-Reversal-Trainings angesehen. Die Kombination von Selbstaufmerksamkeitstraining und Competing Response ist sinnvoll, damit der Patient jedes Auftreten seiner Verhaltensgewohnheit registrieren und, wenn nötig, bewusst gegensteuern kann.

Werden diese beiden Komponenten noch um das Training der sozialen Unterstützung ergänzt, gelingt es in manchen Fällen besser, die Motivation für die Durchführung der Competing Response bei den betroffenen Personen aufrechtzuerhalten, damit sie die Behandlung, auch wenn sie manchmal anstrengend ist, weiterführen.

Wichtig ist, dass die Competing Response bereits bei den ersten Anzeichen der Verhaltensgewohnheit oder unmittelbar bei Auftreten derselben durchgeführt wird. Eine Anwendung der Competing Response unabhängig von der Verhaltensgewohnheit war nicht effektiv (Woods u. Miltenberger 1995).

43.6.3 Sollte die Competing Response der Verhaltensgewohnheit ähnlich oder unähnlich sein?

Woods et al. (1999) untersuchten an 26 Kindern, ob die Competing Response bei oral-digitalem Verhalten der Verhaltensgewohnheit ähnlich oder unähnlich sein sollte. Die Kinder der einen Gruppe ballten ihre Hände für ca. eine Minute zu Fäusten, um das Auftreten der oral-digitalen Verhaltensgewohnheit zu verhindern, die Kinder der anderen Gruppe drückten ihre Knie für ca. eine Minute zusammen. Während das Ballen der Fäuste der Verhaltensgewohnheit ähnlich und deshalb mit ihr nicht vereinbar war, hätten die Kinder der anderen Gruppe trotz des Zusammendrückens der Knie das oral-digitale Verhalten noch ausführen können; Daumenlutschen oder Nägelkauen wä-

ren dennoch möglich gewesen. Das erstaunliche Ergebnis der Studie war, dass sowohl ein der Verhaltensgewohnheit ähnlicher als auch eine unähnliche Competing Response wirksam ist – in beiden Fällen konnte eine Reduktion der oral-digitalen Verhaltensgewohnheit (hauptsächlich Daumenlutschen, aber auch Nägelkauen) nachgewiesen werden. Beide Formen der Competing Response wurden von den Kindern gut akzeptiert.

! Es scheint also nicht unbedingt notwendig zu sein, dass die Competing Response dieselben Muskelgruppen wie die Verhaltensgewohnheit beansprucht, um diese zu reduzieren. Wichtig ist jedoch, dass der Patient seine Verhaltensgewohnheit wahrnimmt und darauf reagieren kann.

Dennoch sollte das Therapiemanual für den Patienten logisch und nachvollziehbar sein, damit die Therapiemotivation des Betroffenen erhalten bleibt.

43.6.4 Wie lange soll die Competing Response gehalten werden?

Der Zusammenhang zwischen der Dauer der Competing Response und kurzzeitigen bzw. lang anhaltenden Therapieerfolgen wurde von Twohig und Woods (2001) bei Nägelkauen untersucht. Die Behandlung beinhaltete das Training der Selbstaufmerksamkeit, eine Competing Response und das Training sozialer Unterstützung. In drei verschiedenen Settings wurden die Patienten angehalten, ihre Hände zu Fäusten zu ballen, sobald sie den Drang verspürten, ihre Nägel abzubeißen, und diese Competing Response entweder 3 Minuten, 1 Minute oder 5 Sekunden auszuführen. Kurzzeitig waren alle Behandlungen effektiv – jedoch unterschieden sie sich deutlich bezüglich ihrer Langzeitwirkung. Sowohl der über 3 Minuten durchgeführte als auch die einminütige Competing Response wiesen in der Katamnese nach 3 Monaten noch stabile Therapieergebnisse auf, wobei die dreiminütige Competing Response zu einer etwas deutlicheren Steigerung der Nagellänge führte. Wurde die Competing Response hingegen nur für 5 Sekunden gehalten, zeigten sich zwar ebenso kurzzeitige Erfolge, aber keine Langzeitwirkungen; die Nagellänge unterschied sich nach 3 Monaten nicht signifikant von der Nagellänge zu Beginn der Therapie. Die Akzeptanz war jedoch umso höher, je kürzer die Dauer der Competing Response war. Dennoch wurde die Behandlung allgemein sehr gut akzeptiert.

! Die Competing Response muss also mindestens für eine Minute ausgeführt werden, um stabile Langzeitergebnisse zu erzielen.

43.6.5 Habit Reversal bei bestimmten Personengruppen

Die meisten Studien zur Effektivität des Habit-Reversal-Trainings sind für die Anwendung bei Erwachsenen durchgeführt worden (Miltenberger et al. 1998). Bisherige Untersuchungen bei sehr jungen (5- bis 6-jährigen) oder entwicklungsverzögerten Kindern und Menschen mit geistiger Behinderung lassen jedoch vermuten, dass Habit-Reversal-Training hier weniger bis nicht effektiv ist. Auch separate Untersuchungen der einzelnen Module Bewusstseinsstraining, Competing-Response-Training und Training sozialer Unterstützung bezüglich ihrer Effektivität zeigen, dass die oben genannten Personengruppen nicht so gut auf die Behandlung mit Habit Reversal ansprechen. In Anwesenheit des Therapeuten wurden die Verhaltensgewohnheiten zwar eingestellt, traten jedoch in seiner Abwesenheit wieder auf, und es fand keine Generalisierung auf andere Situationen statt (Miltenberger et al. 1998). Mit Hilfe einer sofortigen differenzierten Rückmeldung bzw. Verstärkung durch den Therapeuten oder betreuende Personen konnte die Verhaltensgewohnheit dennoch reduziert werden, wobei der Therapeut jedoch immer anwesend sein musste. Long et al. (1999) untersuchten Habit-Reversal-Training bei behinderten Personen, die Nägel kauten. Die Therapie umfasste das Training der Selbstaufmerksamkeit, das Competing-Response-Training und das Training sozialer Unterstützung. Obwohl sie die korrekte Ausführung der Competing Response in Anwesenheit des Therapeuten demonstrieren konnten, war eine häufigere Hilfestellung des Therapeuten notwendig, um die Betroffenen an das Ausführen der Competing Response zu erinnern. Bei einer Person reichte die Erinnerung durch den Therapeuten bereits zur Einstellung des unerwünschten Verhaltens aus; bei anderen war aber zusätzlich eine individuelle, materielle Verstärkung notwendig, damit die Competing Response selbstständig und dauerhaft ausgeführt wurde. Mit höherem Einsatz des Therapeuten sowie der Betreuungspersonen, die die Betroffenen an die Durchführung der Competing Response erinnerten, wurden auch hier recht gute Erfolge bei der Einstellung der Verhaltensgewohnheit erzielt.

Ein wichtiger Faktor für die Behandlung mit Habit-Reversal-Training ist die Motivation des Patienten bzw. seine Compliance, da er die Verhaltensübungen oft selbstständig und mehrmals am Tag ausführen muss. Möglicherweise empfinden Kinder und behinderte Menschen ihre Verhaltensgewohnheit nicht als Belastung, oder die negativen Konsequenzen werden ihnen vermindert bewusst (Miltenberger et al. 1998). Deshalb ziehen sie auch nicht so viel Nutzen aus der Veränderung ihrer Verhaltensgewohnheit wie ältere Kinder und



Erwachsene, weshalb sie sich an den Übungen weniger aus eigener Motivation beteiligen, sondern häufig nur die externe Verhaltensanweisung des Therapeuten befolgen. Jüngere Kinder und behinderte Menschen brauchen deshalb besonders viel Unterstützung bei der Ausführung des Habit-Reversal-Trainings, was nur unter einigem Mehraufwand von Seiten der Therapeuten, Lehrer, Angehörigen oder des Betreuungspersonals zu leisten ist.

43.7 Ausblick

► Fazit

Mit dem Habit-Reversal-Training steht dem Verhaltenstherapeuten eine wirksame und sehr effektive Behandlungsmethode zur Verfügung, die sich bei einer breiten Palette von verschiedenen Verhaltensgewohnheiten und Tics einsetzen lässt und nur einer oder weniger Therapie-sitzung/en bedarf. Die Methode erfordert wenig Zeitaufwand und zeigt dennoch nachhaltige und dauerhafte Effekte. Sowohl von Patienten als auch von Angehörigen werden verschiedene Anwendungen und Variationen des Habit Reversal gut akzeptiert und können bei Erwachsenen und Kindern eingesetzt werden. Der verhaltenstherapeutische Ansatz des von Azrin und Nunn entwickelten Verfahrens besteht aus verschiedenen Komponenten, die nach der individuellen Problemlage des Patienten variiert werden können. Insofern ist Habit-Reversal-Training sehr flexibel und nicht nur bei spezifischen Störungen anwendbar. Es unterdrückt nicht nur die Symptome, sondern gibt dem Patienten eine Möglichkeit in die Hand, selbst aktiv an der Beherrschung seiner Verhaltensgewohnheit zu arbeiten. Dadurch erhält er das Gefühl der Kontrolle zurück und sieht direkt den Erfolg seiner Bemühungen. Habit-Reversal-Training unterstützt so das Selbstmanagement des Patienten (► Kap. I/40). Dieser Aspekt könnte auch dafür verantwortlich sein, dass es mit einer Erhöhung der Lebensqualität und besserer psychosozialer Anpassung, z. B. bei Tourette-Syndrom, in Verbindung gebracht wurde (Deckersbach 2006). Habit-Reversal-Training stellt somit eine effektive Behandlungsalternative zur medikamentösen Therapie dar, da die Behandlung nicht nur symptomatisch, sondern ursächlich wirkt und die Nebenwirkungen einer medikamentösen Therapie nicht auftreten.

Parallelitäten bestehen zwischen Habit-Reversal-Training und der Anwendung operanter Methoden (► Kap. I/42). Auch hier steht das Erlernen bestimmter Verhaltensselemente im Mittelpunkt, wobei ebenfalls mit Verstärkern gearbeitet wird. Wie bei operanten Verfahren, mit denen verschiedene Verhaltensweisen des Patienten verändert wer-

den können, wird beim Habit-Reversal-Training das alte Muster sich selbst aufrechterhaltender positiver bzw. negativer Verstärkung durchbrochen und durch neue Verhaltensweisen, die entsprechend verstärkt werden, ersetzt. Der Fokus des Habit-Reversal-Trainings liegt jedoch ausschließlich auf der Suppression von Verhaltensgewohnheiten, Tics etc. und ist somit enger als die breiter anwendbaren operanten Methoden. Ähnlich ist, dass die Verstärkung für bestimmte Verhaltensweisen kontingent erfolgen sollte. Auch für den Erfolg des Habit-Reversal-Trainings ist eine kontinuierliche Erfassung des Verhaltens und eine sofortige Durchführung der Competing Response, sobald die unerwünschte Verhaltensgewohnheit auftritt, Voraussetzung. Werden die Selbstaufmerksamkeitsfragebögen nicht regelmäßig ausgefüllt oder unterbleibt die Ausübung der Competing Response, kann das neu zu erlernende, alternative Verhalten nicht gefestigt werden und so die alte Verhaltensgewohnheit nicht ersetzen.

Um aus wissenschaftlicher Hinsicht die Bedingungen der APA Task Force (1995) zu erfüllen, sollten nach Carr und Chong (2005) Studien über die Wirksamkeit von Habit-Reversal-Training zukünftig eher experimentell angelegt sein mit direkten Messungen der abhängigen und der unabhängigen Variablen sowie detaillierten Informationen über die mit Habit-Reversal-Training behandelten Patienten, wobei auch deren medikamentöse Einstellung festzuhalten ist. Außerdem sollten nicht nur die quantitativen Effekte, sondern auch stärker die sozialen Auswirkungen und die Akzeptanz des Verfahrens berichtet werden. Bei gleichzeitiger Behandlung vokaler und motorischer Tics müssten diese beiden Variablen getrennt erhoben werden. Ebenso wird empfohlen, in zukünftigen Studien möglichst nach einem Therapiemanual vorzugehen. Laut Carr und Chong (2005) gibt es bereits einen Trend in Richtung der vorgeschlagenen methodologischen Verbesserungen bei den Untersuchungen des Habit-Reversal-Trainings.

Zusammenfassung

Habit-Reversal-Training hat sich als sehr effektive Behandlungsmethode bei nervösen Verhaltensgewohnheiten wie Daumenlutschen, Nägelkauen, Beißen auf Lippen oder Zunge, Zucken von Kopf und Schultern, Zupfen an Augenbrauen oder Körperteilen, aber auch Tics, Tourette-Syndrom und Stottern erwiesen. Azrin und Nunn (1973) entwickelten das Habit-Reversal-Training auf der Basis der Annahme, dass die genannten Probleme in Verhaltensketten eingebettet sind, durch ständige Wiederholung aufrechterhalten werden, teilweise unbewusst ablaufen und sozial toleriert werden. Mit Habit-Reversal-Training können die Verhaltensketten des Patienten unterbrochen und Verhaltensgewohnheiten durch andere, bewusst ausgeführte, Verhaltensweisen ersetzt werden. Habit-Reversal-Training besteht aus verschiedenen Behandlungsmodulen:

einem Training zur Erhöhung der Selbstwahrnehmung, dem Aufbau bzw. der Stärkung von Veränderungsmotivation, dem Competing-Response-Training sowie einem Generalisierungstraining zur Festigung der erreichten Fortschritte im Alltag. Soziale Verstärkung und Entspannungstraining können, wenn nötig, ergänzend eingesetzt werden. Die Methode benötigt nur wenige Therapiesitzungen und erwies sich in vielen empirischen Überprüfungen als sehr effektiv.

Für zwei einander ganz entgegengesetzte Dinge sind wir gleich sehr eingenommen: für die Gewohnheit und das Neue. (Jean de la Bruyere)

Literatur

- APA Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures. (1995). Training in and dissemination of empirically validated psychological treatments. *Clinical Psychologist*, 48, 3–23.
- Azrin, N. H. & Nunn, R. G. (1973). Habit reversal: A method of eliminating nervous habits and tics. *Behavior Research and Therapy*, 11, 619–628.
- Azrin, N. H. & Nunn, R. G. (1977). *Habit control in a day*. New York: Simon Schuster.
- Azrin, N. H. & Peterson, A. L. (1988). Habit reversal for the treatment of Tourette Syndrome. *Behavior Research and Therapy*, 26(4), 347–351.
- Azrin, N. H., Nunn, R. G. & Frantz-Renshaw, S. (1980). Habit reversal treatment of thumbsucking. *Behavior Research and Therapy*, 18, 395–399.
- Bloch, M. H., Landeros-Weisenberger, A., Dombrowski, P. et al. (2007). Systematic review: Pharmacological and behavioral treatment for trichotillomania. *Biological Psychiatry*, 62, 839–846.
- Carr, J. & Chong, I. M. (2005). Habit reversal treatment of tic disorders. A methodological critique of the literature. *Behavior Modification*, 29(6), 858–875.
- Deckersbach, T., Rauch, S., Buhlman, U. & Wilhelm, S. (2006). Habit reversal versus supportive psychotherapy in Tourette's disorder: A randomized controlled trial and predictors of treatment response. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1079–1090.
- Duden (2007) Deutsches Universalwörterbuch (6. Aufl.). Mannheim: Dudenverlag.
- Elliott, A. J., Miltenberger, R. G., Rapp, J., Long, E. S. & McDonald, R. (1998). Brief application of simplified habit reversal to treat stuttering in children. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 29, 289–302.
- Long, E. S., Miltenberger, R. G., Ellingson, S. A. & Ott, S. M. (1999). Augmenting simplified habit reversal in the treatment of oral-digital habits exhibited by individuals with mental retardation. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 32, 353–365.
- Miltenberger, R. G., Fuqua, R. W. & Woods, D. W. (1998). Applying behavior analysis to clinical problems: Review and analysis of habit reversal. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 31(3), 447–469.
- Twohig, M. P. & Woods, D. W. (2001). Evaluating the duration of the competing response in habit reversal: A parametric analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 34, 517–520.
- Wilhelm, F. & Margraf, J. (1993). Nägelkauen: Deskription, Erklärungsansätze und Behandlung. *Verhaltenstherapie*, 3, 176–196.
- Woods, D. W. & Miltenberger, R. G. (1995). Habit reversal: A review of applications and variations. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 26(2), 123–131.
- Woods, D. W., Miltenberger, R. G. & Lumley, V. A. (1996). Sequential application of major habit-reversal components to treat motor tics in children. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 29(4), 483–493.
- Woods, D. W., Murray, L. K., Fuqua, R. W., Seif, T. A., Boyer, L. J. & Siah, A. (1999). Comparing the effectiveness of similar and dissimilar competing responses in evaluating the habit reversal treatment for oral-digital habits in children. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 30(4), 289–300.
- Woods, D. W., Twohig, M. P., Flessner, C. A. & Roloff, T. J. (2003). Treatment of vocal tics in children with Tourette Syndrome: Investigating the efficacy of habit reversal. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 36(1), 109–112.

Weiterführende Literatur

- Birkedahl, N. (1990). *The habit control workbook*. Oakland: New Harbinger.
- Claiborn, J. & Pedrick, C. (2001). *The habit change workbook. How to break bad habits and to form good ones*. Oakland: New Harbinger.