



Oelkers • Hautzinger

2. Auflage

Zwangsstörungen

Kognitiv-verhaltenstherapeutisches
Behandlungsmanual



BELTZ

Oelkers • Hautzinger

Zwangsstörungen

Carmen Oelkers • Martin Hautzinger

Zwangsstörungen

Ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Behandlungsmanual

2., vollständig überarbeitete Auflage

Mit Online-Materialien

Unter Mitarbeit von Johanna Sagert

BELTZ

Anschrift der Autoren:

Dr. Carmen Oelkers
Poststraße 2–4
D-72072 Tübingen
E-Mail: carmen.oelkers@uni-tuebingen.de

Prof. Dr. Martin Hautzinger
Eberhard Karls Universität Tübingen
Fachbereich Psychologie
Klinische Psychologie und Psychotherapie
Schleichstraße 4
D-72076 Tübingen
E-Mail: martin.hautzinger@uni-tuebingen.de

Dieses E-Book ist auch als Printausgabe erhältlich
(978-3-621-27927-7).

Das Werk und seine Teile sind urheberrechtlich geschützt. Jede Nutzung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf der vorherigen schriftlichen Einwilligung des Verlages. Hinweis zu § 52 a UrhG: Weder das Werk noch seine Teile dürfen ohne eine solche Einwilligung eingescannt und in ein Netzwerk eingestellt werden. Dies gilt auch für Intranets von Schulen und sonstigen Bildungseinrichtungen.

Haftungshinweis: Trotz sorgfältiger inhaltlicher Kontrolle übernehmen wir keine Haftung für die Inhalte externer Links. Für den Inhalt der verlinkten Seiten sind ausschließlich deren Betreiber verantwortlich.

2., vollständig überarbeitete Auflage 2013

1. Auflage Beltz Verlag, Weinheim, Basel 2007

© Beltz Verlag, Weinheim, Basel 2013
Programm PVU Psychologie Verlags Union
<http://www.beltz.de>

Lektorat: Dagmar Kühnle Zerpa
Herstellung: Sonja Frank
Umschlaggestaltung: Federico Luci, Köln
Umschlagbild: mauritius images/Ikon Images
Satz und Bindung: Bad Langensalza GmbH, Bad Langensalza

E-Book

ISBN 978-3-621-28120-1

Inhaltsübersicht

Vorwort	14
Teil I Störungsbild	
1 Was ist eine Zwangsstörung-Phänomenologie	18
2 Diagnostik	29
3 Multimodales Modell zur Entstehung und Aufrechterhaltung der Zwangsstörung	36
4 Behandlungsmöglichkeiten	56
Teil II Therapie	
5 Einführung zum Therapieprogramm	72
6 Modul I: Behandlung der Zwangssymptomatik	75
7 Modul II: das Soziale Adaptationstraining	213
8 Schlusswort	279
Hinweise zu den Online-Materialien	283
Literaturverzeichnis	284
Sachwortverzeichnis	291

Inhalt

Vorwort	14
Teil I Störungsbild	
1 Was ist eine Zwangsstörung-Phänomenologie	18
1.1 Zwangsgedanken und Zwangshandlungen	20
1.2 Klinische Erscheinungsbilder mit Fallbeispielen	22
1.3 Epidemiologie und Verlauf der Zwangsstörung	26
1.4 Soziale Defizite	27
1.5 Psychosoziale Beeinträchtigung und Lebensqualität	27
2 Diagnostik	29
2.1 Klassifikation der Zwangsstörung	29
2.2 Differenzialdiagnostik und Komorbidität	31
2.3 Diagnoseinstrumente zur Erfassung der Zwangssymptomatik	33
3 Multimodales Modell zur Entstehung und Aufrechterhaltung der Zwangsstörung	36
3.1 Prädisponierende Faktoren	36
3.1.1 Genetische Faktoren	36
3.1.2 Elterlicher Erziehungsstil	38
3.1.3 Kritische Lebensereignisse	40
3.1.4 Dysfunktionale Kognitionen	41
3.2 Auslösende Bedingungen	42
3.2.1 Stress	43
3.2.2 Maladaptive Bewältigungsstrategien	44
3.3 Teufelskreis Zwang	44
3.4 Lerntheoretisches Modell – Das Zwei-Faktoren-Modell	45
3.5 Kognitives Modell	46
3.6 Langfristige Entwicklungen	48
3.6.1 Neuropsychologische Bahnung	48
3.6.2 Unvollständigkeitsgefühl	52
3.6.3 Die Entstehung von Angstnetzwerken	53
3.6.4 Generalisierung	53
3.6.5 Funktionale Aspekte der Zwangsstörung	54
4 Behandlungsmöglichkeiten	56
4.1 Kognitive Verhaltenstherapie	57
4.1.1 Exposition mit Reaktionsmanagement	57

4.1.2	Kognitive Therapie	58
4.1.3	Kognitive Verhaltenstherapie in Gruppen	58
4.2	Pharmakotherapie	61
4.3	Kombinationstherapie	63
4.4	Ergänzende psychotherapeutische Strategien und Verfahren	64
4.4.1	Einbezug der Angehörigen	64
4.4.2	Achtsamkeit	64
4.4.3	Schematherapeutische Ansätze	65
4.4.4	Inferenzbasierter Ansatz	65
4.4.5	Assoziationsspaltung	66
4.4.6	Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)	66
4.4.7	Neurochirurgie und Hirnstimulation	67
4.4.8	Soziales Kompetenz- bzw. Soziales Adaptationstraining	68

Teil II Therapie

5	Einführung zum Therapieprogramm	72
6	Modul I: Behandlung der Zwangssymptomatik	75
	Sitzung 1: Einstieg in die kognitiv-verhaltenstherapeutische Arbeit am Zwang	80
	Begrüßung und gegenseitiges Kennenlernen	80
	Organisatorisches und Vorstellung der Gruppenregeln	81
	Psychoedukation	81
	Hausaufgaben	85
	Umsetzung in der Einzeltherapie	85
	Arbeitsblatt Z-1: Therapievertrag und Gruppenregeln (*)	87
	Arbeitsblatt Z-1-E: Therapievertrag Einzeltherapie	88
	Arbeitsblatt Z-2: Zwangsgedanken und -handlungen (*)	89
	Arbeitsblatt Z-3: Zusammenhang zwischen Gedanken, Gefühlen, Verhalten und körperlichen Reaktionen – Übung 1	90
	Arbeitsblatt Z-4: Patienteninformation zur 1. Sitzung	92
	Arbeitsblatt Z-5: Zusammenhang zwischen Gedanken, Gefühlen, Verhalten und körperlichen Reaktionen – Übung 2	97
	Sitzung 2: Psychoedukation – das lerntheoretische Modell	98
	Einstieg in die Sitzung	98
	Das lerntheoretische Modell der Zwangsstörung	99
	Hausaufgaben	101
	Umsetzung in der Einzeltherapie	102
	Arbeitsblatt Z-6: Vier Ebenen einer Situation (*)	103
	Arbeitsblatt Z-7: Multimodales Modell zur Entstehung und Aufrechterhaltung der Zwangsstörung (*)	104

Arbeitsblatt Z-8: Lerntheoretisches Modell (*)	105
Arbeitsblatt Z-9: Angstmacher und Beruhiger	106
Arbeitsblatt Z-10: Informationsblatt für Angehörige	107
Arbeitsblatt Z-11: Patienteninformation zur 2. Sitzung	108
Sitzung 3: Psychoedukation – das kognitive Modell	111
Einstieg in die Sitzung	111
Kognitive Theorie zur Entstehung der Zwangsstörung	111
Hausaufgaben	113
Umsetzung in der Einzeltherapie	113
Arbeitsblatt Z-12: aufdringliche Gedanken und ihre Bewertung (*)	114
Arbeitsblatt Z-13: Was kennzeichnet aufdringliche Gedanken? (*)	115
Arbeitsblatt Z-14: Typische zwanghafte Bewertungsprozesse (*)	116
Arbeitsblatt Z-15: Kognitives Modell – Rückkopplungsprozesse (*)	117
Arbeitsblatt Z-16: Patienteninformation zur 3. Sitzung	118
Sitzung 4: Psychoedukation – Erklärung der Theorie der Angstnetzwerke	121
Einstieg in die Sitzung	121
Die Netzwerktheorie	121
Hausaufgaben	123
Umsetzung in der Einzeltherapie	123
Arbeitsblatt Z-17: Beispiel eines Angstnetzwerkes bei Kontaminationsangst (*)	124
Arbeitsblatt Z-18: Überbewertung der Konsequenzen einer Handlung (*)	125
Arbeitsblatt Z-19: Patienteninformation zur 4. Sitzung	126
Sitzung 5: Psychoedukation – neurobiologische Zusammenhänge	130
Einstieg in die Sitzung	130
Neurophysiologische Zusammenhänge bei Stress	131
Hausaufgaben	134
Umsetzung in der Einzeltherapie	134
Arbeitsblatt Z-20: Zusammenhang zwischen Basalganglien und Frontalhirn (*)	135
Arbeitsblatt Z-21: kontrollierbare und unkontrollierbare Anforderungen (*)	136
Arbeitsblatt Z-22: Neurobiologische Modellvorstellungen zur Linderung von Zwängen (*)	137
Arbeitsblatt Z-23: Patienteninformation zur 4. Sitzung	138
Sitzung 6: Psychoedukation – biografischer Hintergrund der Zwangsstörung	141
Einstieg in die Sitzung	141
Biografischer Hintergrund	141

Hausaufgaben	142
Umsetzung in der Einzeltherapie	143
Arbeitsblatt Z-24: Biografischer Hintergrund (*)	144
Arbeitsblatt Z-25: Elterlicher Erziehungsstil	145
Arbeitsblatt Z-26: kritische Lebensereignisse	146
Arbeitsblatt Z-27: Patienteninformation zur 6. Sitzung	147
Sitzung 7: Einführung in die Verhaltensanalyse	150
Einstieg in die Sitzung	150
Verhaltensanalyse	151
Hausaufgaben	153
Umsetzung in der Einzeltherapie	154
Arbeitsblatt Z-28: positive Seiten meiner Zwangsstörung	155
Arbeitsblatt Z-29: Auflistung der Zwänge	156
Arbeitsblatt Z-30: Verhaltensanalyse	157
Arbeitsblatt Z-31: Beispiel zur Verhaltensanalyse (*)	158
Arbeitsblatt Z-32: Gedankentagebuch	159
Sitzung 8: Einstieg in die Kognitive Therapie	161
Einstieg in die Sitzung	161
Aufdringliche Gedanken und ihre Bewertung	161
Wie beeinflussen Gedanken die Gefühle?	161
Wie ändern wir die Gedanken?	162
Überschätzung der Verantwortlichkeit	165
Der Inferenzbasierte Ansatz	166
Hausaufgaben	167
Umsetzung in der Einzeltherapie	167
Arbeitsblatt Z-33: Zirkelargumentation (*)	168
Arbeitsblatt Z-34: Wahrscheinlichkeitsschätzungen (*)	169
Arbeitsblatt Z-35: Kuchendiagramm zur Verantwortung	170
Arbeitsblatt Z-36: Einbezug der Angehörigen in den therapeutischen Prozess	171
Sitzung 9: Der erste Schritt zum erwünschten Zielzustand	176
Einstieg in die Sitzung	176
Gegenüberstellung von Ausgangszustand und Zielzustand	176
Übungen zur Vorbereitung der Exposition	177
Hausaufgaben	181
Umsetzung in der Einzeltherapie	181
Arbeitsblatt Z-37: Problembereiche und Zielsetzungen	182
Arbeitsblatt Z-38: Merksatzkärtchen	183
Arbeitsblatt Z-39: sich die Macht zurückholen	184
Sitzung 10: Planung der Exposition mit Reaktionsmanagement	185
Einstieg in die Sitzung	185

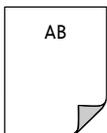
Was bedeutet Exposition mit Reaktionsmanagement?	185
Planung der Exposition mit Reaktionsmanagement	186
Mentale Vorbereitung der Exposition	188
Während der Exposition auftretende Gefühle	188
Verschiedene Möglichkeiten der Durchführung einer Exposition	189
Hausaufgaben	191
Umsetzung in der Einzeltherapie	191
Arbeitsblatt Z-40: Exposition, Angst und Zwangsrituale (*)	192
Arbeitsblatt Z-41: Angst und Reaktionsmanagement (*)	193
Arbeitsblatt Z-42: Kärtchen mit Expositinsplan	194
Arbeitsblatt Z-43: Durchführung der Exposition	195
Arbeitsblatt Z-44: Patienteninformation zur 10. Sitzung	197
Sitzungen 11 bis 14: Expositionsübungen	199
Die erste Exposition: Planung und Durchführung	199
Gestaltung weiterer Expositionen (ab Sitzung 12)	204
Abschied: Rückfallprophylaxe und Fokussierung weiterer Problembereiche (Sitzung 15)	214

7 Modul II: das Soziale Adaptationstraining	213
Allgemeine Hinweise zur Durchführung	213
Sitzung 1: Selbstsicheres Verhalten	213
Einstieg in die Sitzung	214
Einsicht in die individuellen sozialen Defizite	214
Selbstsicheres Verhalten erlernen	215
Hausaufgaben	217
Arbeitsblatt S-1: Meine Werte im U-Fragebogen	218
Arbeitsblatt S-2: Auswertung U-Fragebogen (*)	219
Arbeitsblatt S-3: Übersicht Selbstsicherheitstraining	220
Arbeitsblatt S-4: Beispiele für selbstsicheres Verhalten (*)	221
Arbeitsblatt S-5: Wie kann selbstsicheres Verhalten erlernt werden (*)	222
Arbeitsblatt S-6: Selbstsicherheitsraster	223
Arbeitsblatt S-7: Zielliste	224
Sitzung 2: Flexibilitätstraining	225
Einstieg in die Sitzung	225
Übung zur Körperhaltung	225
Die Dimensionen selbstsicheren Verhaltens	226
Hausaufgaben	227
Arbeitsblatt S-8: Merkmale selbstunsicheren Verhaltens (*)	228
Arbeitsblatt S-9: Merkmale selbstsicheren Verhaltens (*)	229
Arbeitsblatt S-10: Situationen zum Thema Recht durchsetzen	230

Sitzung 3 und Sitzung 4: Recht durchsetzen	232
Einstieg in die Sitzung	232
Vorbereitung auf die Rollenspiele	232
Rollenspiele	234
Hausaufgaben	235
Arbeitsblatt S-11: Feedback-Regeln für Rollenspiele (*)	237
Arbeitsblatt S-12: themenspezifische Selbstsicherheitsraster	238
Arbeitsblatt S-13: Situationen zum Thema Verhalten in zwischenmenschlichen Beziehungen	239
Sitzung 5 und Sitzung 6: Zwischenmenschliche Kommunikation	241
Einstieg in die Sitzung	241
Adäquates Äußern von Gefühlen und Bedürfnissen	241
Rollenspiele	242
Hausaufgaben	243
Arbeitsblatt S-12: themenspezifische Selbstsicherheitsraster	244
Arbeitsblatt S-14: Kommunikationsregeln	245
Arbeitsblatt S-15: Kommunikationsfehler (*)	246
Arbeitsblatt S-16: Wie spreche ich Gefühle direkt an? (*)	248
Arbeitsblatt S-17: Direktes Ansprechen von Gefühlen in vivo	249
Arbeitsblatt S-18: Themenbereiche in Beziehungen	250
Sitzung 7: Ebenen zwischenmenschlicher Kommunikation	251
Einstieg in die Sitzung	251
Vermittlung der Kommunikationsebenen	252
Dysfunktionale Grundeinstellungen identifizieren	253
Hausaufgaben	254
Arbeitsblatt S-19: Kommunikationsebenen (*)	255
Arbeitsblatt S-20: Zwangsspezifische Grundeinstellungen (*)	256
Arbeitsblatt S-21: Grundeinstellungen	257
Arbeitsblatt S-22: Situationen zum Thema Schuld und Verantwortung	258
Sitzung 8: Schuld und Verantwortung	260
Einstieg in die Sitzung	260
Umstrukturierung dysfunktionaler Grundeinstellungen	261
Rollenspiele	261
Hausaufgaben	262
Arbeitsblatt S-12: themenspezifische Selbstsicherheitsraster	263
Arbeitsblatt S-23: Situationen zum Thema Perfektion	264
Arbeitsblatt S-24: Situationen zum Thema Fehlschlag- und Kritikangst	266
Sitzung 9 und Sitzung 10: Perfektion und Fehlschlag- und Kritikangst	268
Einstieg in die Sitzung	268
Umstrukturierung dysfunktionaler Grundeinstellungen	268
Herstellen des Bezugs zur Biografie	269

Rollenspiele	269
Hausaufgaben	271
Arbeitsblatt S-12: themenspezifisches Selbstsicherheitsraster	272
Sitzung 11: Umgang mit Konflikten	273
Einstieg in die Sitzung	273
Lernen, Konflikte zu klären	273
Rollenspiele	274
Ende der Gruppentherapie: Abschied	274
Arbeitsblatt S-12: themenspezifisches Selbstsicherheitsraster	276
Arbeitsblatt S-25: Schema zum Umgang mit Konflikten (*)	277
Umsetzung in der Einzeltherapie	278
8 Schlusswort	279
Hinweise zu den Online-Materialien	283
Literaturverzeichnis	284
Sachwortverzeichnis	291

Die mit (*) markierten Arbeitsblätter liegen auch als PowerPoint-Folien für die Präsentation in der Gruppentherapie vor.



Dieses Symbol weist Sie auf die Arbeitsblätter hin

Vorwort

Aus einigen Vorarbeiten wissen wir, dass kognitiv-verhaltenstherapeutische Gruppentherapien bei Zwangspatienten eine erfolgreiche Behandlungsmaßnahme darstellen (Aigner et al., 2004; Fenger et al., 2007; Foa et al., 2005). Daneben tragen auch unspezifische Wirkfaktoren zu dem Erfolg der Gruppentherapie bei. Darüber hinaus ist die Durchführung einer Gruppentherapie besonders ökonomisch. Die kognitiv-verhaltenstherapeutische Intervention ist in jedem Fall bei der Behandlung der Zwangsstörung die therapeutische Technik der Wahl. Durch Medikation kann diese in ihrer Wirksamkeit bei schwerwiegenderen Fällen noch unterstützt werden. Trotz erfolgreicher symptombezogener Therapie bleiben bei vielen Patienten Restzwänge übrig, die dann in stressreichen Situationen wieder auftreten. Belastend sind hauptsächlich interpersonelle Situationen, da die Patienten oft im sozialen Bereich spezifische Defizite aufweisen. Im Zusammenhang mit Zwängen wird oft von einem Zwei-Bühnen-Modell gesprochen, was heißt, dass Konflikte, die auf der realen Lebensbühne stattfinden und dort nicht oder nur unzureichend gelöst werden können, dann auf einer zweiten Bühne, der Zwangsbühne, in Form der jeweiligen Symptome inszeniert werden (Giese, 2005). Solange die Patienten nicht lernen, ihre realen zwischenmenschlichen Konflikte angemessen zu lösen, ist demnach auch die Gefahr für Rückfälle in die Zwangswelt groß. Dies impliziert, dass die Defizite innerhalb der sozialen Kompetenz bei Zwangspatienten ein zusätzliches behandlungsbedürftiges Feld darstellen.

Anliegen dieses Buches ist es, ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Gruppenprogramm für Zwangspatienten vorzustellen, das sowohl die symptomspezifischen Interventionen als auch die Arbeit an zwangstypischen Defiziten in der sozialen Kompetenz umfasst. Es kann sowohl als Gruppenprogramm wie auch als Einzeltherapie angewandt werden, im ambulanten oder auch im stationären Bereich. Das Manual besteht aus einem einleitenden, theoretischen Teil I, der über Krankheitsbild und Behandlung der Zwangsstörung informiert. Es werden Behandlungsmöglichkeiten vorgestellt, die auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen beruhen. Aus diesen leitet sich der praktische Teil II, die symptombezogene Intervention, ab. Hier liegt der Schwerpunkt auf der Behandlung der Zwangshandlungen, Zwangsgedanken und auch der oft defizitären sozialen Kompetenz dieser Patienten. Das Manual ist so konzipiert, dass es direkt nach der Diagnosestellung »Zwangsstörung« angewandt werden kann. Zu jeder Sitzung stehen dem Therapeuten eine inhaltliche Strukturierungshilfe sowie thematisch abgestimmte Materialien für die Patienten zur Verfügung. Vor allem für die ersten Sitzungen, in welchen es in erster Linie darum geht, über die Störung zu informieren und Erklärungsmodelle bereitzustellen, liegen teilweise bereits vorgefertigte Texte in laiengerechter Sprache vor. Konkrete Anweisungen und Vorlagen erhöhen in jedem Fall die Therapiemotivation und auch die Kompetenz der Patienten, sich mit ihrer Krankheit konstruktiv auseinanderzusetzen. In dem Manual sind zudem

Vorlagen für die Erstellung einer Verhaltensanalyse und für die Planung und Durchführung der Exposition enthalten sowie Arbeits- und Hausaufgabenblätter für die Patienten. Insbesondere werden zwei therapeutische Expositionssitzungen beispielhaft dargestellt. In späteren Sitzungen, in denen dann individueller auf die einzelnen Schwerpunkte und Probleme der jeweiligen Patienten eingegangen wird, sind die Gestaltungsvorschläge für den Verlauf entsprechend gröber und lassen dem Therapeuten mehr Spielraum. Alle Arbeitsmaterialien und eine zugehörige PowerPoint-Präsentation für beide Module sind online verfügbar, siehe hierzu die Hinweise zu den Online-Materialien auf S. 284. Das Manual bietet Therapeuten unterschiedlicher Behandlungserfahrung solides Handwerkszeug in Form eines umfassenden und bewährten Repertoires an Gestaltungsmöglichkeiten. Es soll sie zudem unterstützen, ihr Wissen und ihre Kompetenzen in Bezug auf das komplexe Störungsbild »Zwangsstörungen« zu erweitern.

Danksagung

Es ist mir ein Bedürfnis, mich bei den vielen Patienten zu bedanken, die zur Erstellung dieses Manuals sowohl durch persönliche Rückmeldung als auch durch die vielfältigen Facetten ihrer Zwangserkrankung mein Wissen über dieses Störungsbild immer wieder erweitert haben. Aufgrund der Rückmeldung der Patienten als auch der behandelnden Therapeuten sind in der vorliegenden Neuauflage des Manuals Veränderungen vorgenommen worden, sodass es in der Anwendung deutlich praktischer und durch die teilweise veränderten Inhalte und Abfolgen für Therapeuten und Patienten verständlicher geworden ist.

Da ich aufgrund eines Narkosezwischenfalls vor vielen Jahren mein Sehvermögen teilweise verloren habe, war ich auch bei der zweiten Auflage dieses Buchs immer wieder auf Hilfe angewiesen. Hierbei gilt mein ganz besonderer Dank Johanna Sagert, die mir mit sehr großem Engagement bei der Überarbeitung des Manuals stets zur Seite stand. Ihre Gewissenhaftigkeit, aber auch kritischen Anregungen waren mir dabei besonders wichtig und bereichernd. Mein Dank gilt auch der Lektorin dieser zweiten Auflage, Frau Dagmar Kühnle Zerpa.

Tübingen, August 2013

Carmen Oelkers

Teil I

Störungsbild

1 Was ist eine Zwangsstörung – Phänomenologie

Fallbeispiel

»Meine Zwangserkrankung begann, da ich durch die Erkrankung meines Sohnes psychisch überfordert war. Vor lauter Angst um meinen Sohn wurde ich depressiv und bekam ein Antidepressivum verschrieben. Während einer Urlaubsreise, als es mir sehr schlecht ging, kam plötzlich der Gedanke auf: ›Hoffentlich bin ich nicht schwanger!‹ Ich bekam Angst, dass ich nochmals ein krankes Kind gebären könnte, da ich ein Antidepressivum einnahm und daran schuld wäre. Wir reisten überstürzt ab, und ich ging zu Hause sofort zum Hausarzt. Dieser wies mich in die Psychiatrie ein. Ich bekam Panikattacken und Angstzustände, da ich befürchtete, ich könnte mit männlichem Sperma in Berührung kommen. Ich konnte mich nicht auf die Toilette setzen. Wenn mir ein Mann die Hand zur Begrüßung gab, konnte ich die Hand nur mit großem Ekelgefühl geben und musste sie danach gleich waschen. Ich wurde mit einem neuen Medikament nach Hause entlassen, welches meinen Zustand nicht besserte. Zu Hause ging ich zu einer Psychiaterin. Diese schrieb mir ein neues Antidepressivum auf. Ein halbes Jahr später, als ich immer noch nicht von meiner Depression und meinen Zwangsgedanken loskam, wies mich meine Psychiaterin in eine psychosomatische Fachklinik ein. Dort erhielt ich ein neues Medikament und wurde nach acht Wochen entlassen. Meine Zwänge weiteten sich immer mehr aus. Ich konnte auf keinem Stuhl mehr sitzen, auf dem vorher ein Mann saß, und kein Schwimmbad mehr besuchen. Zu Hause war ich wieder bei meiner Psychiaterin in Behandlung. Diese versuchte ein neues Antidepressivum, welches zwar zu einer Besserung meiner Depression verhalf, doch bekam ich als Nebenwirkung zwei epileptische Anfälle und wurde in die Neurologie eingewiesen. Dort riet man mir, das Antidepressivum abzusetzen. Daraufhin wurden zu Hause die Depressionen und die Zwänge immer stärker. Ich hatte solche Angst, ein Unglück, eine Krankheit oder eine Schwangerschaft könnte über uns hereinbrechen und unser ganzes Leben ruinieren. Mit dem Zwang versuchte ich, all dies zu verhindern. Ich benutzte die Toilette von meinem Mann nicht mehr. Ich lag nicht mehr im Ehebett neben ihm. Ich saß nicht mehr auf seinem Stuhl. Ich saß nur noch auf meinem eigenen Stuhl. Ich berührte ihn nicht mehr. Er durfte mich nicht mehr berühren. Bevor ich auf die Toilette ging, wusch ich intensiv die Hände. Ich versuchte, mich ständig gegen diese Gedanken zu wehren, indem ich mir sagte, dass es sinnlose Gedanken sind. Ich bekam jedoch die Vorstellung, überall wäre Sperma, nicht los. Meine Psychiaterin wies mich erneut in die Psychiatrie ein, wo ich wieder neue Medikamente sowie ein Medikament gegen Epilepsie erhielt – wodurch das Kind, das ich vielleicht bekommen würde, dann auf jeden Fall behindert wäre. Dort bekam ich allerdings auch zum ersten Mal eine Verhaltenstherapie. Allerdings

wurde mir nicht genau erklärt, warum ich in der Folge bestimmte Handlungen ausführen sollte: Ich musste jedem Mann dort die Hand geben, mich auf jeden Stuhl setzen, jeden Türgriff anfassen, auf öffentliche Toiletten gehen und auf der Station duschen. Dort kam dann der Zwangsgedanke mit ansteckenden Krankheiten noch dazu, z. B. Aids oder Hepatitis. In der Folge hatte ich Schwierigkeiten, einen Ampelknopf zu drücken, Eingangstüren zu öffnen oder Einkaufswagen anzufassen. Die Zwangsgedanken nahmen immer schlimmere Formen an. Ich hatte solche Angstzustände, dass mein Körper zitterte, mein Herz zugeschnürt war, meine Seele weinte und mein Gehirn wahnsinnig wurde. Nach acht Wochen wurde ich wieder entlassen. Die Depression war noch da und der Zwang so schlimm wie noch nie. Zu Hause machte ich mehrere HIV-Tests, Hepatitis-Tests und Schwangerschaftstests. Kein Testergebnis gab mir jedoch die erhoffte Ruhe und Gewissheit. Ich hatte Angst, ich könnte alle anstecken, ich könnte an allem schuld sein, wenn alle krank sind und sterben. Die Zwangsgedanken wurden immer größer und lähmten mich so stark, dass ich nicht mehr für meine Familie da sein konnte. Ich hatte ständig Angst, ich könnte alles, was ich in den letzten Jahren aufgebaut habe, verlieren. Bekannte, Freunde, Familie, Arbeitgeber nahmen immer mehr Abstand von mir, weil es ihnen mit mir zu anstrengend war. Es kamen schlimme Selbstmordgedanken dazu, weil mir niemand helfen konnte. Angst, Unruhe, Panikattacken, Depressionen waren meine ständigen Begleiter. Der Frauenarzt riet mir zu einer Sterilisation, weil ich dann nicht mehr schwanger werden konnte. Ich ließ diese durchführen, mit der großen Hoffnung, dass dann die Zwangsgedanken aufhören. Aber auch dies war keine Lösung, ich kam von diesem Zwang nicht los. Es wurde alles noch viel schlimmer, und die Depressionen nahmen immer mehr zu.« (Die Einwilligung der Patientin zur Veröffentlichung dieses Textes in diesem Buch liegt vor.)

Auslöser der Zwangserkrankung. An diesem Fallbeispiel kann sehr gut deutlich gemacht werden, wie die Überforderung der Patientin mit der Krankheit ihres Sohnes der Auslöser für ihre spätere Zwangserkrankung wurde. In vielen Fällen gelingt es nicht, den Beginn einer Zwangserkrankung so klar zu bestimmen, und nicht immer findet man konkrete Auslöser. Bei der Patientin in unserem Fallbeispiel ist der erste sogenannte aufdringliche Gedanke: »Hoffentlich bin ich nicht schwanger!« Dieser Gedanke löst bei ihr große Angst aus. Sie fürchtet, sie könnte im Falle einer Schwangerschaft ein weiteres krankes Kind auf die Welt bringen, weil sie ein Antidepressivum einnimmt. **Überbewertung der Gedanken.** Reaktionen wie die überstürzte Abreise, der Besuch beim Arzt sowie die Notwendigkeit einer Einweisung in die Psychiatrie machen deutlich, wie viel Gewicht und Bedeutung sie diesem Gedanken einräumt. Der Gedanke »Da ich zurzeit ein Antidepressivum nehme, glaube ich, dass das Risiko, ein krankes Kind zu bekommen, sich automatisch erhöht!«, könnte ja zunächst einmal ein durchaus normaler, alltäglicher Gedanke sein. Durch dessen enorme Überbewertung entwickelt sich dieser jedoch zu einem Zwangsgedanken. Er wird immer persistierender, nimmt immer mehr Raum ein, löst immer mehr Ängste aus. Lawinenartig tauchen

mit der Zeit neue Facetten der ursprünglichen Befürchtung auf, z. B. die Angst, schwanger zu werden allein durch die Berührung eines Mannes oder durch das Sitzen auf einem Stuhl, den zuvor ein Mann benutzt haben könnte, und die Vorstellung, »überall wäre Sperma«.

Neutralisierung der Angst. Die Patientin versucht, ihre Gedanken und die damit verbundene Angst zu neutralisieren, indem sie mit der Zeit Verhaltensweisen und Rituale entwickelt. Sie vermeidet es, Männern die Hand zu geben, bleibt öffentlichen Toiletten und Schwimmbädern fern, berührt Ampelknöpfe und Eingangstüren nicht mehr, sitzt nur noch auf ihrem eigenen Stuhl, schläft nicht mehr im gemeinsamen Ehebett und wäscht sich immer häufiger und intensiver die Hände. Durch das immer stärker werdende Vermeidungsverhalten ist der Tagesablauf der Patientin mehr und mehr von Einschränkung gekennzeichnet. Sie berichtet, dass sie sich durch ihre Zwangsgedanken gelähmt fühle und nicht mehr für ihre Familie da sein könne. Freunde, Bekannte, Familie und auch der Arbeitgeber distanzieren sich von ihr.

Gescheiterte Behandlungsversuche. Auffällig und leider nicht ungewöhnlich an diesem Fallbeispiel sind die vielen zum Teil unangemessenen und letztlich erfolglosen Behandlungsversuche: Klinikaufenthalte, wechselnde medikamentöse Behandlungen, Sterilisation. Diese machen über viele Jahre Hoffnungen zunichte, verursachen zusätzliches Leid und lassen die Patientin immer kränker und depressiver werden.

1.1 Zwangsgedanken und Zwangshandlungen

Die Zwangsstörung wird gemeinsam mit den Phobien, der Panikstörung, der generalisierten Angststörung sowie der akuten und posttraumatischen Belastungsstörung in gängigen Diagnosesystemen zu den Angststörungen gezählt. Betroffene leiden unter bestimmten Gedanken und/oder Handlungen, die sie als aufdringlich und unkontrollierbar wahrnehmen.

Zwangsgedanken. Unter Zwangsgedanken versteht man andauernde, immer wiederkehrende, sich aufdrängende Gedanken, die nicht willentlich kontrolliert oder unterdrückt werden können. Die Betroffenen nehmen sie als beängstigend und unangenehm wahr, können sich jedoch nicht von ihnen distanzieren. Inhalte von Zwangsgedanken sind semantische Aussagen und Glaubenssätze, aber auch Bilder, Imaginationen oder sich aufdrängende Impulse.

Inhalte von Zwangsgedanken

Die Inhalte von Zwangsgedanken können sich sehr stark unterscheiden. Sie sind unter anderem vor dem jeweiligen biografischen Hintergrund der Patienten zu interpretieren. Im Fallbeispiel entsteht der Zwangsgedanke der Patientin (»Hoffentlich bin ich nicht schwanger!«) zu einer Zeit, in der die Erkrankung ihres Sohnes bei ihr große Ängste und Depressionen ausgelöst hat. Baer (2003) spricht von einem »Kobold«, der zu den unpassendsten Zeitpunkten die unangemessensten Gedanken in den Kopf eingibt. Wenn man sich also vorstellt, dass der Inhalt eines Zwangsgedankens genau

das ist, was gerade auf gar keinen Fall passieren sollte, wird es verständlich, warum Zwangspatienten diesem Gedanken so viel Raum geben. Menschen, die eine von Krisen und traumatischen Erfahrungen gekennzeichnete Vergangenheit haben, sind besonders vulnerabel für Zwänge, ebenso wie Personen mit einer Tendenz zu dysphorischen Stimmungslagen, Neurotizismus oder Menschen aus Familien mit extremen Anspruchshaltungen bzw. hohen moralischen Standards (de Silva & Marks, 1999; Rachmann & Hodgson, 1980). Trotz aller individuellen Ausgestaltung von »Dingen, die nicht passieren dürfen«, konnte bereits Pierre Janet die unverändert typischen Inhalte von Zwangsgedanken kategorisieren (Hoffmann, 1998). Eine häufig vorkommende Befürchtung ist die einer möglichen Infektion mit einem Krankheitserreger, wobei sich die befürchteten Krankheiten im Laufe der Zeit durchaus wandeln können. Vor nicht allzu langer Zeit war es z. B. noch BSE, das bei Zwangspatienten starke Befürchtungen ausgelöst hat. Aktuell stehen HIV, der Noro-Virus und multiresistente Klinikkeime im Fokus der Ängste. Hinzu kommen aufgrund der hohen Mortalitätsrate starke Befürchtungen, an Krebs zu erkranken (mind. die Hälfte der diagnostizierten Fälle verlaufen tödlich). Weitere typische Inhalte von Zwangsgedanken sind eigene Vergehen bis hin zu schwerer Kriminalität. Religiöse oder blasphemische Inhalte, wie z. B. Gotteslästerung, Sünden und Verfehlungen aller Art, sind ebenfalls häufig vertreten. Weiterhin ist für Zwangsgedanken charakteristisch, dass sie sich auf mögliche Konsequenzen eigener Handlungen oder deren Unterlassungen beziehen. Die Patienten sind einerseits davon überzeugt, diese möglichen Konsequenzen abwenden zu müssen, bewerten jedoch ihre eigenen Einwirkungsmöglichkeiten als unzulänglich und befürchten daher, an dem Eintritt der imaginären Katastrophe schuld zu sein. Jeder Zwangsgedanke beinhaltet demzufolge eine mögliche Kritik am eigenen Verhalten oder an der eigenen Person. Im sozialen Kontext beschreiben Zwangsgedanken ein pathologisches Beziehungsmuster und Inkompetenzen. Oft fehlen den Patienten angemessene Bewältigungsstrategien und soziale Fertigkeiten. Die Zwänge stellen Vermeidungs- oder Ausweichverhalten angesichts der eigenen Unzulänglichkeiten dar (Hoffmann & Hofmann, 2012).

Zwangshandlungen. Unter Zwangshandlungen versteht man rigide, stereotype Handlungen, zu denen sich der Betroffene gezwungen fühlt. Dies mündet meist in richtigen Ritualen, mit denen versucht wird, die Angst, die durch die Zwangsgedanken ausgelöst wurde, zu reduzieren. Man spricht in diesem Zusammenhang auch von Neutralisierung. Der Patient möchte wieder eine neutrale Stimmungslage erreichen bzw. den Zwangsgedanken oder seinen Inhalt ungeschehen machen. Dieses Neutralisieren vollzieht sich ausschließlich in der Vorstellung des Patienten. Objektiv betrachtet sind Zwangshandlungen sinnlos, da sie kein geeignetes Mittel darstellen, die befürchteten Zwangsszenarien zu verhindern. Dies wird selbst den Patienten in solchen Momenten deutlich, in denen es ihnen zeitweilig gelingt, sich von ihnen zu distanzieren. Sie sind sich über die Sinnlosigkeit ihrer Gedanken und Handlungen durchaus bewusst und erleben sie häufig als ich-dyston, also dem Selbst fremd. Dennoch beharren sie auf der magischen Vorstellung, dass sie mit ihren Ritualen die Inhalte der Zwangsgedanken verhindern können. Daher haben die Zwangshandlungen kurzfristig einen

beruhigenden Effekt. Langfristig führen sie jedoch zu enormen Beeinträchtigungen, da der Betroffene davon überzeugt ist, dass ein Unterlassen der Handlung zu Unheil führen könnte und häufig schon bei kleinen Abweichungen im Handlungsablauf neu von vorn begonnen werden muss. Zwangsgedanken sind »Aufputzsch« , während Zwangshandlungen »Beruhiger« darstellen (Ambühl & Meier, 2003).

Die Unterscheidung von Zwangsgedanken und Zwangshandlungen ist wichtig, wird oft jedoch dadurch erschwert, dass Zwangshandlungen auch gedanklich ablaufen können. In diesem Zusammenhang kann von kognitiven Zwangshandlungen gesprochen werden.

1.2 Klinische Erscheinungsbilder mit Fallbeispielen

Im Folgenden werden die wichtigsten Zwänge erklärt und anhand eines Beispiels verdeutlicht. Zwangshandlungen stehen, wie soeben beschrieben, in einem direkten Zusammenhang zu den Zwangsgedanken.

Wash- und Putzwänge. Dies sind übliche Neutralisierungshandlungen, um z. B. eine Infektion mit Krankheitserregern zu verhindern. Hoffmann und Hofmann (2012) sprechen hier von sekundären Rationalisierungen. Die Befürchtung einer Patientin, sich mit HIV infiziert zu haben, stellt eine kognitive Rationalisierungsstrategie dar, die infolge eines unbewusst wahrgenommenen Gefühls des Ekels generiert wird und gleichzeitig die Erklärung für ihre Angst impliziert. Allerdings sind auch andere Funktionen denkbar, wie das »Reinwaschen« von bestimmten Handlungen oder auch Gedanken, die den moralischen Ansprüchen der betroffenen Person nicht genügen. Lang (1998) zitiert den Fall einer Patientin Freuds, die sich hundertmal am Tag die Hände wusch und Türklinken nur mit den Ellenbogen berührte. Eine biografische Analyse ergab, dass die Waschungen auf einer symbolischen Ebene dazu bestimmt waren, ihre moralische Reinheit, die sie nach einer ehelichen Untreue verloren hatte, zumindest auf der körperlichen Ebene wiederherzustellen. Ebenfalls sind ritualisierte Waschungen denkbar, wenn Patienten sich ihres Aussehens oder Körpers schämen.

Fallbeispiel

Eine 35-jährige Frau hat das Bedürfnis, sich nach jedem Toilettengang ausführlich zu duschen. Der Gedanke, in irgendeiner Weise mit Kot in Berührung gekommen zu sein, führt zu überstarken Ängsten und Befürchtungen. Durch eine besonders schwierige Schwangerschaft traten schon in dieser Zeit Befürchtungen auf, dass ihr Kind nicht lebend auf die Welt käme. Diese Stresssituation im Vorfeld der Geburt meisterte die Patientin noch den Umständen entsprechend gut. Nach der Geburt Ihres Kindes traten vermehrt Zwangsgedanken auf, sie könne durch ihren Kot andere Menschen gefährden, sodass diese entweder schwer krank oder sogar sterben würden. Die Patientin suchte die ganze Wohnung nach möglichen Kotresten auf dem Boden ab, Krümel oder braune Flecken stellten für sie einen Auslöser von

Zwangsverhalten dar. Sie benutzte Unmengen an Toilettenpapier, konnte die Fliesen im Badezimmer nicht berühren, ohne danach sofort ihre Hände zu waschen und duschte sich mehrmals am Tag sehr ausgiebig.

Kontrollzwänge. Diese Zwänge beziehen sich häufig auf elektrische Geräte jeglicher Art, aber auch auf Gas- oder Wasserhähne sowie Feuerquellen. Die Patienten befürchten, durch Unterlassen der Kontrolle Katastrophen wie eine Gasexplosion oder einen Wohnungsbrand zu verursachen, bei denen auch andere Personen Schaden nehmen könnten. Kontrollen können auch im Zusammenhang mit dem Autofahren auftreten. Beispielsweise fährt ein Patient zurückgelegte Strecken wiederholt ab, um zu überprüfen, ob er nicht vielleicht jemanden überfahren oder verletzt hat, ohne dies bemerkt zu haben.

Fallbeispiel

Eine heute 44-jährige Patientin hat dauernd die Befürchtung, dass wenn sie nicht ständig die Herdplatten, die Wasserhähne oder die Kaffeemaschine kontrolliere, es zu einem Wohnungsbrand- bzw. zu einer Überflutung der anderen Wohnungen des Mehrfamilienhauses käme. Daraufhin kontrolliert die Patientin mindestens 1 ½ Stunden lang sämtliche Elektrogeräte mehrmals, zieht alle Stecker aus den Steckdosen und nimmt sehr häufig die Kaffeemaschine und den Wasserkocher mit zur Arbeit, nur um sicher sein zu können, dass diese Geräte ausgeschaltet sind. Um sicher zu gehen, dass die Wasserhähne in der Wohnung ausgedreht sind, hält sie ihre Hand mindestens jeweils eine Viertelstunde unter die Wasserhähne.

Ordnungszwänge. Patienten mit Ordnungszwängen müssen Gegenstände in einer bestimmten Art und Weise arrangieren, damit sich bei ihnen ein Gefühl der Stimmigkeit einstellt. Wird diese Ordnung zerstört, reagieren sie mit Unruhe und Anspannung. Stellten Ordnung und Sauberkeit bereits in der Kindheit besonders wichtige Regeln dar und wurde Unordnung bestraft, könnte dies bei einem Patienten einen Glaubenssatz etabliert haben wie »Ordnung schafft Sicherheit«. In Ordnungszwängen spiegelt sich oft auch eine Anspruchshaltung an das eigene Selbst wider, verinnerlichte extreme Werte sowie perfektionistische Vorstellungen, wie Dinge zu sein haben. Nach Lang (1998) sind Ordnungszwänge als autoprotektiver Versuch zu verstehen, eine die Existenz bedrohende Ich-Fragilität zu stabilisieren. Wenn es in diesem Sinne keine innere Ordnung oder Struktur gibt, wird sie symbolhaft durch das Schaffen von äußerer Ordnung hergestellt. Dieser Vorgang reduziert die Angst der Patienten vor Identitätsverlust.

Fallbeispiel

Ein 32-jähriger Patient berichtet über starke Zwänge, in seiner Wohnung immer alles im rechten Winkel anordnen zu müssen. Die einzelnen Ordner im Regal

müssen genau aneinander anschließen, sie müssen farblich sortiert immer in der gleichen Reihenfolge im Regal stehen. Wenn er die Inhalte der Ordner benötigt, müssen sie anschließend wieder in der gleichen Art und Weise zurückgestellt werden. Der Schreibtisch muss nach Beendigung der Arbeit leer geräumt werden, die Stifte müssen genau aneinander gelegt dort liegen bleiben. Auch die restliche Ordnung in der Wohnung ist genau vorgeschrieben. Zum Beispiel muss die Milch in der Küche im Kühlschrank immer am gleichen Platz stehen. Sollte seine Freundin etwas umstellen, löst das bei ihm starken Stress und Angst aus. Häufig muss er in der Nacht noch einmal aufstehen und überprüfen, ob alles noch am gleichen Platz steht und ob er bestimmte Dinge wie z. B. seinen Personalausweis gleich dort wiederfände, wo er glaubt ihn hingelegt zu haben.

Wiederholungszwänge. Patienten mit diesen Zwängen müssen bestimmte Handlungen oder Gedanken so oft wiederholen, bis sich bei ihnen ein ausreichendes Gefühl von Sicherheit einstellt, nämlich die Sicherheit, bestimmte Ereignisse verhindert zu haben. Der Zusammenhang zwischen Neutralisierungshandlung und der zugrunde liegenden Befürchtung ist objektiv betrachtet oft schwer nachvollziehbar. Denkbar ist auch, dass die ausgeführten Handlungen Übersprungshandlungen sind, um sich aus einer unangenehmen und festgefahrenen Gedankenspur lösen zu können.

Fallbeispiel

Ein 50-jähriger Patient hat Schwierigkeiten seine Wohnung zu verlassen, um sich zu seiner Arbeit zu begeben, da er bestimmte Bewegungsabläufe immer und immer wieder wiederholen müsse. Erst wenn sich das richtige Gefühl eingestellt habe, könne er seinen Weg fortsetzen. Der Wiederholungszwang beginnt bereits am Morgen, wenn der Patient aufwacht. Dies sieht in seinem Alltag folgendermaßen aus: Wenn er morgens aus seinem Bett aufstehen will, muss er allein den Vorgang des Aufstehens mehrmals wiederholen, bevor er sich in sein Badezimmer begeben kann. So muss er z. B. auch beim Zähne putzen mehrere Durchgänge ausführen, bis er damit aufhören kann. Auf dem Weg zur Arbeit muss er auch die Autostrecke mehrmals abfahren, bevor er sich seiner Arbeit widmen kann. Dies führt zu häufigem Zuspätkommen. Auch bei der Arbeit muss er bei bestimmten Schreibtischaktivitäten, wenn viel Arbeit anfällt, bestimmte Handlungen wiederholen. So muss er bspw. zu verfassende Briefe mehrmals anfertigen, obwohl er bei Nachfrage angibt, dass er eigentlich sicher ist, dass der Brief bereits beim ersten Mal korrekt geschrieben war. Die bereits von seinem Chef angedrohten beruflichen Konsequenzen, sollte er seine Arbeit nicht schneller verrichten und nicht pünktlich bei der Arbeit erscheinen, führen zu einer Steigerung der Wiederholungszwänge.

Zählzwänge. Hier besteht ein ähnlicher Hintergrund. Bei Zählzwängen wird diffusen Befürchtungen durch zwanghaftes Zählen oder auch Rechnen entgegengewirkt.

Fallbeispiel

Ein 35-jähriger Patient befürchtet, dass seine Freundin bei einem Verkehrsunfall getötet werden könnte, falls er beim Auf- und Zubinden seiner Schuhe nicht genau bis sieben zählt. Auch bei wichtigen Aktivitäten am Arbeitsplatz muss der Patient zählen, um einen Arbeitsvorgang erfolgreich abschließen zu können.

Zwanghaftes Grübeln. Eine Sonderform von Zwangshandlungen stellt zwanghaftes Grübeln dar. Laut Hoffmann (1998) ist hierfür charakteristisch, dass die betroffene Person sich immer wieder Fragen stellt, um Zweifel an sich, einer anderen Person, einem Sachverhalt oder einer Entscheidung zu beseitigen. Ziel kann es sein, durch ständiges Hinterfragen Sicherheit zu erlangen. Es ist den Patienten oft nur schwer möglich, sich von dem einmal in Gang gesetzten Gedankenkarussell zu distanzieren.

Fallbeispiel

Ein 28-jähriger Mann hat eine neue Arbeit angenommen und nimmt dazu an einer Schulung teil. Der Schulungsleiter fragt ihn, ob er in der Lage sei, die Sicherheitskriterien einzuhalten. Aufgrund dieser Nachfrage beginnt er, seine neue Beschäftigung und sich selbst zu hinterfragen: »War das eine gute Idee, sich auf diese Stelle zu bewerben? Kann es sein, dass dieser Mann etwas gegen mich hat? Bin ich ein schlechter Mensch, weil mich das Verhalten dieses Mannes ärgert? Sollte ich vielleicht lieber gleich wieder kündigen?« Seine Grübeleien beanspruchen ihn derart, dass er von den eigentlichen Inhalten der Schulung nur am Rande etwas mitbekommt. Als er eine Frage nicht beantworten kann, kommen weitere Zweifel an seinen Fähigkeiten hinzu.

Kognitive Zwangshandlungen. Von kognitiven Zwangshandlungen spricht man, wenn Patienten immer wieder das Ausführen bestimmter Handlungen kognitiv überprüfen müssen, um ein Gefühl der Sicherheit zu erlangen.

Fallbeispiel

Ein 21-jähriger Patient muss, bevor er die Wohnung verlässt, immer wieder in Gedanken durchgehen, ob er auch alle Kleidungsstücke angezogen hat: Unterhose, Hose, Hemd, Jacke, Schuhe und ob er die Schuhe auch zugeschnürt hat. Anschließend überprüft er in gleicher Weise seine notwendigen Arbeitsutensilien wie z. B. Computer, Schreibutensilien, seine Armbanduhr und Aktentasche. Diese Überprüfung dauert täglich mindestens eine halbe Stunde, bevor er die Wohnung verlassen kann. Ein ähnliches Ritual ist auch beim Verlassen des Arbeitsplatzes unbedingt notwendig. Da dieses besonders am Arbeitsplatz unangenehm ist, bleibt er häufig länger als notwendig im Büro und verlässt dieses als letzter, um aufgrund seiner gedanklichen Kontrollen nicht aufzufallen.

1.3 Epidemiologie und Verlauf der Zwangsstörung

Prävalenzen. In Deutschland leiden ungefähr 2–3 % der Bevölkerung an einer Zwangserkrankung (Zaudig et al., 2002). Groß angelegte epidemiologische Studien sowie die deutsche Gesellschaft für Zwangserkrankungen (www.zwaenge.de) schätzen die Lebenszeitprävalenz in Deutschland auf 1–2 % (Voderholzer et al., 2011). Nach Phobien, Depressionen und Suchterkrankungen ist die Zwangsstörung momentan die vierthäufigste psychiatrische Erkrankung (Grabe et al., 2007). So kamen Angst et al. (2004) in ihrer empirischen Langzeitstudie mit 591 Erwachsenen aus der Schweiz auf eine Lebenszeitprävalenz von 3,5 % (1,7 % Männer, 5,4 % Frauen). In einer Studie in Deutschland mit 7124 Erwachsenen ermittelten Adam et al. (2012) eine Punktprävalenz (1 Jahr) von 0,7 %. In einem Review zur Ermittlung der Prävalenzen in USA anhand von 1,7 Mio. Erwachsenen und Kindern in einem klinischen Setting kamen Fireman et al. (2001) zu einer Punktprävalenz (1 Jahr) von 0,084–0,15 %. Der deutschen Gesellschaft für Zwangserkrankungen zu Folge sind Männer und Frauen ungefähr gleich häufig betroffen, wobei Frauen häufiger an Waschwängen, Männer hingegen eher an Kontrollzwängen leiden.

Beginn und Verlauf der Zwangsstörung. Zwänge manifestieren sich meist im frühen Erwachsenenalter, eine Ersterkrankung tritt häufig um das 20. Lebensjahr auf (Grabe et al., 2007). So erkrankten 50–65 % aller Patienten vor dem 25. Lebensjahr (Schruers et al., 2005). Bei Männern beginnt die Zwangsstörung im Durchschnitt 5 Jahre früher als bei Frauen. Weitere Studien zeigten, dass Zwangsstörungen ebenfalls im Kindes- und Jugendalter beginnen können (Flament, 1990; Moll et al., 1999; Zohar & Hebrew, 1999). Nach Lakatos und Reinecker (1999 a) ist ein Fünftel der späteren Patienten bereits in der Kindheit von Zwängen betroffen. In diesem Zusammenhang ist als besonders problematisch anzusehen, dass viele Zwangsstörungen, die bereits in der Kindheit auftraten, erst im Erwachsenenalter diagnostiziert werden, obwohl eine frühzeitige Diagnostik durchaus möglich gewesen wäre. Der Zeitraums zwischen Ausbruch der Störung und Beginn einer Behandlung scheint dabei im Zusammenhang mit dem weiteren Verlauf der Störung und dem Grad an psychosozialer Anpassung zu stehen (Zellmann et al., 2008). Durch eine frühere Diagnostik könnten viele familiäre Konflikte vermieden werden, was auch eine höhere Lebensqualität mit sich brächte. Ohne Behandlung verlaufen Zwangsstörungen in der Regel chronisch. Spontanremissionen bleiben die Ausnahme (Roth et al., 2004; Schubert et al., 2003).

Skoog und Skoog (1999) untersuchten Zwangsstörungen über einen Zeitraum von 40 Jahren. Sie klassifizierten folgende Verlaufstypen: 44 % der Fälle verliefen chronisch, d. h., die Symptomatik blieb mehr als 5 Jahre unverändert; 31 % der Fälle verliefen intermittierend, d. h. mit mindestens zwei Episoden von je mindestens 2 Jahren mit symptomfreien Intervallen; 10 % der Fälle verliefen episodisch, d. h. mit Episoden einer Zwangsstörung von weniger als 5 Jahren. Verläuft eine Zwangsstörung früh intermittierend, so ist das den Autoren zu Folge als prognostisch günstiger anzusehen, als wenn sie früh chronisch verlief. Ähnliche Daten lieferten Reinecker und Zaudig (1994) anhand einer 6-Jahres-Follow-up-Studie.

Prognostisch günstige Faktoren für den Verlauf der Zwangsstörung:

- ▶ kurze Zeitspanne zwischen Krankheitsbeginn und Beginn einer adäquaten Behandlung,
- ▶ erkennbare Eigenmotivation des Patienten,
- ▶ geringe Verheimlichungstendenzen.

Prognostisch ungünstige Faktoren für den Verlauf der Zwangsstörung:

- ▶ lange Krankheitsdauer,
- ▶ Fehlbehandlungen,
- ▶ komorbide Störungen, insbesondere Persönlichkeitsstörungen.
- ▶ früher Beginn

1.4 Soziale Defizite

Im Zusammenhang mit der Zwangsproblematik werden häufig soziale Defizite beobachtet. Nach Kozak und Foa (1996) können bei 30 % aller Zwangspatienten soziale Ängste diagnostiziert werden. Delorme et al. (2005) untersuchten Patienten mit frühem Beginn der Zwangsstörung und diagnostizierten bei 18,3 % dieser Patienten eine komorbide soziale Phobie, bei einem späten Beginn der Zwangsstörung zeigte sich bei 27,7 % der Patienten komorbid eine soziale Phobie. Auch wenn nicht immer eine soziale Phobie zu diagnostizieren ist, so weisen doch viele Zwangspatienten ein hohes Maß an sozialer Unsicherheit auf. Häufig leiden Betroffene unter Fehlschlag- und Kritikangst oder an mangelndem Abgrenzungsvermögen (Oelkers & Schink, 2011). Es ist zu beachten, dass dies einerseits mit ihrem biografischen Hintergrund erklärt werden kann, sich andererseits aber auch als eine Folge der Erkrankung entwickelt haben kann. Die Unsicherheit der Zwangspatienten in sozialen Situationen besteht oft darin, dass sie soziale Signale nicht angemessen wahrnehmen bzw. kein effizientes interaktionelles Verhalten zeigen können. Verantwortlich hierfür können Lerndefizite durch einen inadäquaten elterlichen Erziehungs- und Kommunikationsstil sein (Knölker, 1987).

Auch laut einer Untersuchung von Rosa et al. (2012) gibt es einen Zusammenhang zwischen sozialer Anpassung und dem Schweregrad der Zwangserkrankung. Dabei scheint eine geringere soziale Anpassung vor allem mit einem höheren Ausprägungsgrad der Störung im Bereich Horden, religiöse und sexuelle Zwänge einherzugehen.

1.5 Psychosoziale Beeinträchtigung und Lebensqualität

Neben den zeitlich oft sehr aufwendigen Zwangshandlungen ist die Lebensqualität der Patienten häufig in verschiedenen Bereichen, wie z. B. der mentalen Gesundheit oder der Vitalität, stark beeinträchtigt (Moritz et al., 2005). Zwangspatienten genieren sich für ihre Zwänge, aufgrund der sozialen Inkompetenz und Unsicherheit schränken sie

ihre Kontakte mehr und mehr ein, es kommt zum sozialen Rückzug. Verschlimmert wird diese Situation durch die Tatsache, dass Betroffene nur selten einen Therapeuten aufsuchen; häufig vergehen Jahre bis zu einem Erstkontakt. Die Zwangsstörung stellt also eine für den Patienten zeitlich und psychisch sehr einschränkende Störung dar.

2 Diagnostik

2.1 Klassifikation der Zwangsstörung

Die Diagnose einer Zwangsstörung wird heute nach den in DSM-IV bzw. DSM-5 und ICD-10 operationalisierten und einheitlichen Kriterien (vgl. Tab. 2.1) in der Regel unter Verwendung von strukturierten klinischen Interviews und weiteren diagnostischen Instrumenten, auf die weiter unten noch eingegangen wird, gestellt. Im neuen DSM-V, das 2013 erscheinen wird, wird die Diagnose der Zwangsstörung als eigene diagnostische Kategorie und somit nicht mehr bei den Angststörungen vertreten sein. Hierdurch wird deutlich, dass die Zwangsstörung ätiologisch, neurobiologisch und psychopathologisch wenig gemein mit den anderen Angststörungen hat. Darüber hinaus gehören dann auch die Zwangsspektrumsstörungen wie z. B. das Hoarding oder die Anorexia nervosa ebenfalls zu dieser Kategorie. Schwierig erweist sich hier vor allem die Abgrenzung zu anderen psychischen Störungen, wie z. B. depressivem Grübeln (Rumination), Gesundheitsängsten (Hypochondrie) oder auch paranoiden Zuständen (Schizophrenie). Eine weitere Schwierigkeit stellt die Feststellung der Ich-Dystonie (Einsicht) dar. Nach Schätzungen sehen nur 10 % der Zwangspatienten ihre Gedanken und Handlungen im Kern als berechtigt an.

Tabelle 2.1 Diagnosekriterien für Zwangsstörungen nach DSM-IV (American Psychiatric Association, 1996) und ICD-10 (Weltgesundheitsorganisation, 1993)

DSM-IV	ICD-10
Symptome (A)	Symptome
<p>Zwangsgedanken wie durch 1, 2, 3, 4 definiert:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ wiederkehrende und anhaltende Gedanken, Impulse oder Vorstellungen, die (...) als aufdringlich oder unangemessen empfunden werden, die ausgeprägte Angst und großes Unbehagen hervorrufen, ▶ die Gedanken, Impulse oder Vorstellungen sind nicht nur übertriebene Sorgen über reale Lebensprobleme, 	<p>Wiederkehrende Zwangsgedanken oder Zwangshandlungen:</p> <p>Zwangsgedanken</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Ideen, Vorstellungen oder Impulse, die den Patienten stereotyp beschäftigen, ▶ werden fast immer als quälend empfunden, z. B. aufgrund von gewalttätigen oder obszönen Inhalten, oder weil sie als sinnlos erlebt werden, ▶ werden als eigene Gedanken erlebt,