

Förstner, Külz, Voderholzer

Störungsspezifische Behandlung der Zwangsstörungen

Ein Therapiemanual



Kohlhammer

Ulrich Förstner,
Anne Katrin Külz,
Ulrich Voderholzer

Störungsspezifische Behandlung der Zwangsstörungen

Ein Therapiemanual

Verlag W. Kohlhammer

Wichtiger Hinweis

Pharmakologische Daten verändern sich fortlaufend durch klinische Erfahrung, pharmakologische Forschung und Änderung von Produktionsverfahren. Verlag und Autor haben große Sorgfalt darauf gelegt, dass alle in diesem Buch gemachten Angaben dem derzeitigen Wissensstand entsprechen. Eine Gewährleistung können Verlag und Autor hierfür jedoch nicht übernehmen. Daher ist jeder Benutzer angehalten, die gemachten Angaben, insbesondere in Hinsicht auf Arzneimittelnamen, enthaltene Wirkstoffe, spezifische Anwendungsgebiete und Dosierungen anhand des Medikamentenbeipackzettels und der entsprechenden Fachinformationen zu überprüfen und in eigener Verantwortung im Bereich der Patientenversorgung zu handeln. Aufgrund der Auswahl häufig angewandeter Arzneimittel besteht kein Anspruch auf Vollständigkeit.

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und für die Speicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Warenbezeichnungen, Handelsnamen und sonstigen Kennzeichen in diesem Buch berechtigt nicht zu der Annahme, dass diese von jedermann frei benutzt werden dürfen. Vielmehr kann es sich auch dann um eingetragene Warenzeichen oder sonstige geschützte Kennzeichen handeln, wenn sie nicht eigens als solche gekennzeichnet sind.

Es konnten nicht alle Rechtsinhaber von Abbildungen ermittelt werden. Sollte dem Verlag gegenüber der Nachweis der Rechtsinhaberschaft geführt werden, wird das branchenübliche Honorar nachträglich gezahlt.

1. Auflage 2011

Alle Rechte vorbehalten

© 2011 W. Kohlhammer GmbH Stuttgart

Gesamtherstellung:

W. Kohlhammer Druckerei GmbH + Co. KG, Stuttgart

Printed in Germany

ISBN 978-3-17-022752-1

Geleitwort

Zwangsstörungen sind oft eindrucksvolle psychische Erkrankungen. Dazu tragen ihre Skurilität, ihre Sinnlosigkeit, ihre komplexen Rituale und ihre hartnäckige Wiederkehr bei. Für die betroffenen Personen bedeuten sie meist eine erhebliche Einschränkung ihrer Lebensqualität und ihres Aktionsradius, nicht selten bedeuten schwere Zwangsstörungen eine lebenslange Qual, ein Leben wie in einem Gefängnis. Es gibt wohl kaum eine psychische Störung, die so gut verheimlicht werden kann und sich oft im Verborgenen abwickelt und gleichzeitig so starke Auswirkungen auf das alltägliche Leben hat, wie Zwangsstörungen. Der Anteil der durch Zwänge arbeitsunfähigen Menschen ist nach verschiedenen Studien erschreckend hoch. Epidemiologische Untersuchungen haben immer wieder gezeigt, dass Zwangsstörungen zu den relativ häufigen seelischen Erkrankungen gehören, obwohl sie sich im Vergleich seltener der Behandlung stellen. Dies wusste bereits Freud, als er sagte, dass viel mehr Menschen an Zwangsnerven leiden, als es den Ärzten bekannt ist.

Unter den Psychotherapeuten haben Zwangsstörungen eher einen zwiespältigen Ruf. Sie zählen nicht zu den beliebtesten Störungen. Sicherlich gehören sie nicht zu den ›Mode-Erkrankungen‹ der letzten Jahrzehnte, wie etwa Borderline-Störungen, ADHS des Erwachsenenalters oder neuerdings der hochfunktionale Autismus des Erwachsenenalters. Es gibt viele Psychotherapeuten, die nicht gerne Zwangsstörungen behandeln, vermutlich wegen der Hartnäckigkeit der Symptomatik, der eher aufwändigen Therapien. Rasche Erfolge mit schnellen symptomatischen Besserungen durch Konfliktaktualisierungen sind bei Zwangsstörungen nicht zu erwarten. Einem Therapeuten, der denkt, einem guten Therapeuten stehen grundsätzlich schnelle und nachhaltige Therapieerfolge zu (und sich für einen solchen hält), fehlt bei Zwangspatienten oft die schnelle Gratifikation und er kann sich leicht Kränkungen einhandeln.

Auf der anderen Seite sind Zwangsstörungen gerade unter dem Gesichtspunkt der Neuropsychotherapie auf größtes Interesse gestoßen, da es bestimmte Auffälligkeiten des Hirnstoffwechsels gibt, die mit den Symptomen assoziiert sind und sich offensichtlich durch erfolgreiche Psychotherapie verändern lassen.

Die wissenschaftliche Datenlage zur Psychotherapie der Zwangsstörungen hat sich seit knapp 50 Jahren ganz einseitig zugunsten der verhaltenstherapeutischen Methode entwickelt. Diese haben sich aber mit den Jahren ausdifferenziert und schließen in der Praxis integrative Elemente mit ein. Das vorliegende Buch der Autoren Külz, Förstner und Voderholzer ist in erster Linie ein Buch, welches sehr ausführlich das praktische Vorgehen der kognitiven Verhaltenstherapie bei Zwangsstörungen beschreibt. Besonders erfreulich ist die Integration von sehr vie-

len guten Fallbeispielen, nicht nur bei der Darstellung der Symptomatik, sondern auch bei der Beschreibung der therapeutischen Interventionen. Dies macht das Buch zu einem geeigneten Manual für Psychotherapeuten in Ausbildung, aber auch für erfahrene Psychotherapeuten, die sich bezüglich der störungsorientierten Psychotherapie von Zwangsstörungen weiterbilden möchten. Darüber hinaus enthält das Buch eine hervorragende Übersicht über die Epidemiologie, die Symptomatik, Komorbidität und auch sonstiger Aspekte, wie die neurobiologischen und psychologischen Ursachen dieser Erkrankung. Die Literatur wurde umfassend berücksichtigt. Auch alle sonstigen Therapiemethoden wie Pharmakotherapie und auch neuere, bisher wissenschaftlich noch ungenügend untersuchte, Psychotherapieansätze sind in dem Buch dargestellt. Dass immer wieder auch herausgearbeitet wird, wo wir heute noch Wissenslücken haben, unterstreicht die Redlichkeit des Buches. Neben der Weiterentwicklung empirischer Evidenz scheint mir für die Zukunft auch die Weiterentwicklung von Modellen wünschenswert, die den bereits jetzt reichen Fundus an Evidenz und klinischem Wissen weiter integrieren helfen und damit auch den Zugang für Patienten und Therapeuten erleichtern.

Hervorheben möchte ich die Berücksichtigung der vielfältigen Verbindungen zu biographischen Besonderheiten und interpersonalen Auffälligkeiten sowie der Anforderungen in der Therapiebeziehung. In all diesen Aspekten lassen sich Zwangspatienten offensichtlich nicht über einen Kamm scheren. Im Einzelfall erweisen sich diese Aspekte aber immer wieder als essentiell, was die Bedeutung guter individueller Fallkonzeptionen unterstreicht, die nicht an den Grenzen des störungsspezifischen halt macht, sondern den Menschen mit Zwängen als Ganzes einbezieht. Die im Buch herausgearbeitete Bedeutung der Ressourcen des Patienten und seines Bedürfnisses, vom Therapeuten akzeptiert und verstanden zu werden, unterstreicht diesen Punkt. In diesem Sinne ist das Buch wirklich »störungsorientiert« im bei Herpertz, Caspar & Mundt (2008) definierten Sinn: Es bezieht die störungsspezifischen Modelle, Vorgehensweisen und Evidenz ein und nutzt sie voll, ohne aber störungsübergreifende Aspekte zu vernachlässigen.

Das Buch ist aus meiner Sicht eine exzellente Bereicherung der psychotherapeutischen Fachliteratur zum Thema Zwangsstörungen und ich wünsche ihm eine große Verbreitung bei allen Ärzten und Psychologen, die in der Versorgung psychisch Kranker tätig sind.

Januar 2011

Prof. Dr. Franz Caspar
Leiter der Abteilung Klinische Psychologie und Psychotherapie
der Universität Bern

Inhalt

Geleitwort.....	5
Vorwort.....	11
1 Diagnose und Behandlung der Zwangserkrankung.....	15
1.1 Epidemiologie und Klinik der Zwangserkrankungen.....	15
1.1.1 Zwänge im Erwachsenenalter.....	15
1.1.2 Zwänge im Kindes- und Jugendalter.....	22
1.2 Diagnostische Kriterien.....	25
1.2.1 ICD-Klassifikation.....	25
1.2.2 DSM-Klassifikation.....	26
1.2.3 Instrumente zur Diagnostik.....	28
1.3 Differenzialdiagnosen und Komorbidität.....	31
1.3.1 Affektive Störungen.....	32
1.3.2 Schizophrenie.....	33
1.3.3 Suchterkrankungen.....	35
1.3.4 Angststörungen.....	36
1.3.5 Persönlichkeitsstörungen.....	37
1.3.6 Essstörungen.....	41
1.3.7 Tic-Störungen.....	42
1.3.8 ADHS.....	43
1.3.9 Zwänge bei neurologischen Erkrankungen.....	45
1.3.10 Zwangsspektrumsstörungen.....	46
1.4 Neurobiologische Erklärungsmodelle.....	50
1.4.1 Genetik.....	50
1.4.2 Neuropsychologie.....	50
1.4.3 Serotoninhypothese.....	51
1.4.4 Bildgebende Befunde und Erklärungsmodelle.....	52
1.5 Psychologische Erklärungs- und Behandlungsmodelle.....	55
1.5.1 Psychodynamische Modelle.....	55
1.5.2 Lerntheoretische Modelle.....	57
1.5.3 Integrative Betrachtungen zur Behandlung von Zwängen.....	61
1.5.4 Empirische Untersuchungen (Untersuchungsbefunde) zur Ätiologie.....	65

1.6	Alternative und ergänzende Therapieformen	67
1.6.1	Metakognitive Therapie	67
1.6.2	Achtsamkeitsbasierte Ansätze	69
1.6.3	Akzeptanz- und Commitment-Therapie	73
1.6.4	Systemische Ansätze	75
1.6.5	Psychoedukative Gruppentherapie	77
1.6.6	Selbsthilfetechniken	78
2	Störungsspezifische Psychotherapie der Zwangsstörung	85
2.1	Psychotherapie der Zwangsstörungen – die wissenschaftliche Evidenz	85
2.1.1	Stand der Leitlinien	87
2.1.2	Ergebnisse von Psychotherapie-Studien bei Zwangsstörungen	87
2.1.3	Prädiktoren für Response	88
2.1.4	Langzeitbeobachtungen	88
2.1.5	Kognitive vs. »reine« Verhaltenstherapie	89
2.1.6	Unbeantwortete Fragen zur KVT mit Exposition	90
2.1.7	Wissenschaftliche Datenlage bei anderen Psychotherapieverfahren	90
2.1.8	Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Zwangsstörungen	91
2.2	Einleitung und Gebrauchsanweisung für das Manual	91
2.3	Gestaltung der therapeutischen Beziehung und Motivationsanalyse	94
2.3.1	Erstgespräch	110
2.4	Diagnostische Phase	114
2.4.1	Verhaltensanalyse	115
2.4.2	Kognitiv-Emotionale Grundlagen	121
2.4.3	Hypothesen zur Funktionalität	122
2.5	Zielanalyse	135
2.6	Kognitive Techniken in der Einzel- und Gruppentherapie	138
2.6.1	»Zu Ende Denken« der Zwangsgedanken und Entwicklung alternativer Bewertungen	139
2.6.2	Psychoedukation	143
2.6.3	Vermittlung psychologischer Modelle zur Entstehung und Aufrechterhaltung von Zwängen	145
2.6.4	Vorbereitung der Reizkonfrontation und Auswahl der Erstexposition	148
2.6.5	Erarbeitung eines individuellen multifaktoriellen Entstehungsmodells	152
2.6.6	Spezielle kognitive Techniken	154
2.6.7	Gemeinsamer Entschluss zur Reizkonfrontation	158
2.7	Durchführung der Reizkonfrontation	160
2.7.1	Reflexion der Erfahrungen aus der Reizkonfrontation für die weitere Therapie	168

2.7.2	Reflexion von Schwierigkeiten während und nach der Reizkonfrontation	171
2.8	Therapeutische Bearbeitung grundlegender Problembereiche von Zwangspatienten	176
2.8.1	Beendigung der Therapie, Transfer der Therapieerfahrungen in den Alltag und Rückfallprophylaxe	178
2.9	Besonderheiten bei Kontrollzwängen, Wiederholungszwängen . .	178
2.9.1	Beschreibung des Störungsbildes	178
2.9.2	Fallbeispiel: Stationäre multimodale Behandlung eines Patienten mit Kontrollzwängen (Ausprägung schwer: Y-BOCS 32 Punkte)	181
2.10	Aggressive, blasphemische oder sexuelle Zwangsgedanken	200
2.10.1	Besonderheiten des Störungsbildes	200
2.10.2	Zeitliche Abfolge bei der Therapie von Patienten mit Zwangsgedanken	203
2.10.3	Analyse des Zwangssystems	204
2.10.4	Modell zur Entstehung und Aufrechterhaltung der Zwangsgedanken	205
2.10.5	Vorbereitung der Reizkonfrontation bei aggressiven Zwangsgedanken	211
2.10.6	Nutzung von Tonträgern in der Reizkonfrontation bei Zwangsgedanken	217
2.10.7	Fallbeispiel: Reizkonfrontation bei aggressiven Zwangsgedanken (Hr. K.)	218
2.10.8	Besonderheiten bei blasphemischen oder religiösen Zwangsgedanken	222
2.10.9	Besonderheiten bei magischen Zwangsgedanken	228
2.11	Besonderheiten bei Wasch- und Reinigungszwängen	230
2.11.1	Besonderheiten in der Reizkonfrontation bei Waschwängen	231
3	Störungsspezifische Pharmakotherapie der Zwangsstörungen	235
3.1	Stellenwert der Pharmakotherapie im Verhältnis zur Psychotherapie	235
3.2	Historie der Pharmakotherapie der Zwangsstörungen	237
3.3	Selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer (SSRI)	238
3.3.1	Zeitverlauf und Dosisabhängigkeit der SSRI-Wirkung bei Zwangsstörungen	239
3.3.2	Ungeklärte Fragen im Zusammenhang mit der Pharmakotherapie bei Zwangsstörungen	244
3.3.3	Differenzielle Wirksamkeit von SSRI bei Zwangsstörungen und Zwangsspektrumsstörungen	245
3.3.4	Nebenwirkungen von SSRIs	245
3.3.5	Kombinationstherapie Psychopharmaka und Psychotherapie	246
3.3.6	Zwangsstörungen im Kindes- und Jugendalter	247

3.4	Pharmakotherapie bei Therapieresistenz.....	248
3.4.1	Ursachen und Gründe für Therapieresistenz	248
3.4.2	Wechsel des SSRIs	249
3.4.3	Umstellung auf Clomipramin.....	249
3.4.4	Pharmakologische Augmentationsstrategien	250
3.4.5	EKT und transkranielle Magnetstimulation.....	254
3.4.6	Psychochirurgie und tiefe Hirnstimulation.....	254
3.4.7	Algorithmus bei Therapieresistenz.....	255
	Literaturhinweis	257
	Stichwortverzeichnis	273

Verzeichnis der ContentPlus-Materialien

- Arbeitsblatt 1: Zwangsgedanken
- Arbeitsblatt 2: Die Macht der Gedanken
- Arbeitsblatt 3: Hausaufgabe Zwangsgedanken
- Arbeitsblatt 4: Zwangshandlungen
- Arbeitsblatt 5: Hausaufgabe Zwangshandlungen
- Arbeitsblatt 6: Unterschiede zwischen Zwangsgedanken und Zwangshandlungen
- Arbeitsblatt 7: Die Diagnose Zwangsstörung
- Arbeitsblatt 8: Grafik Ursachen von Zwängen
- Arbeitsblatt 9: Multifaktorielles Ursachenmodell
- Arbeitsblatt 10: Kognitives Modell nach Reinecker
- Arbeitsblatt 11: Um was geht es in der Therapie der Zwangsstörung?
- Arbeitsblatt 12: Spannungsverlauf bei der Exposition mit Reaktionsverhinderung
- Arbeitsblatt 13: Anspannungskurven
- Arbeitsblatt 14: Schaubild Funktionalität von Zwängen
- Arbeitsblatt 15: Funktionalität von Zwängen
- Arbeitsblatt 16: Multimodale Therapie der Zwänge
- Arbeitsblatt 17: Medikamentöse Behandlung von Zwängen
- Arbeitsblatt 18: Kurz- und langfristige Konsequenzen
- Arbeitsblatt 19: Zwangsprotokoll
- Arbeitsblatt 20: Erwartungen an den Therapeuten
- 1. Fallbeispiel Herr K. – Kognitives Modell
- 2. Fallbeispiel Herr K. – Reizkonfrontation bei Zwangsgedanken
- Fallbeispiel Frau C. – Interpersonelle/systemische Funktionalität der Zwangsstörung
- Fallbeispiel Herr F. – Differenzialdiagnose Schizophrenie vs. Zwangsstörung
- Fallbeispiel Herr G. – Entwicklung eines individuellen Modells zur Entstehung und Aufrechterhaltung der Zwangsstörung
- Fallbeispiel Herr T. – Das Machtwort

Vorwort

Warum noch ein weiteres Buch zu Zwangsstörungen? Gibt es nicht bereits detaillierte Übersichten zu Diagnose und Therapie von Zwängen? Und ist die Behandlung von Zwangssymptomen nicht etwas sehr Aufwändiges und langfristig wenig Erfolgreiches? Obwohl mittlerweile effektive Behandlungsmöglichkeiten für Zwangserkrankungen zur Verfügung stehen, haben wir oftmals den Eindruck, dass die störungsspezifische Therapie von Zwängen im klinischen Alltag immer noch ein Nischendasein führt.

Als wir 1996 erstmalig eine Patientin mit einer schweren Zwangsstörung behandelten, mussten wir einige unserer Vorbehalte gegenüber Zwangspatienten revidieren. Die Patientin hatte auf den ersten Eindruck äußerst bizarre religiöse Zwangsgedanken und religiös motivierte Zwangshandlungen entwickelt. Ihre Lebensgeschichte, die nach dem frühen Tod der Mutter durch eine fast symbiotische, aber nicht weniger ambivalente Beziehung zum streng gläubigen Vater gekennzeichnet war, war für unsere westliche Gesellschaft ungewöhnlich und von vielen Verboten zur Vermeidung von Sünde oder Versuchung gekennzeichnet. Trotz unseres damals im Vordergrund stehenden Wunsches nach therapeutischen Techniken, Strategien, »Kochrezepten« in Form störungsspezifischer Behandlungsmanuale, erregte die Biografie der Patientin unsere uneingeschränkte Neugier. Gleichzeitig wurde unsere Toleranz und Geduld durch ihr Verhalten wiederholt auf eine große Probe gestellt, allerdings auf völlig andere Art und Weise, als wir es von einer Patientin mit einer Zwangsstörung mit religiösen Zwangsgedanken vermutet hatten. Unser damaliges Missverständnis, dass solche Patienten häufig über einen anankastischen Persönlichkeitsstil verfügen, wurde von ihr sehr schnell als haltlos entlarvt. Sachse (2004) hat Personen mit zwanghafter Persönlichkeitsstörung sehr pointiert als »so ziemlich das Gegenteil eines Latin Lovers: hölzern, verklemmt, schwer emotionalisierbar, unromantisch bis auf die Knochen, ideale Partner zum Ausfüllen der Steuererklärung« beschrieben. Wir hatten es jedoch keineswegs mit einer zwanghaften oder missionierenden jungen Frau zu tun. Hingegen verfügte die Patientin über Spontanität, Witz und Frechheit. Sie zeigte hinter der Fassade der religiösen Zwänge eine starke Emotionalität, eine gewisse Lust an verdeckter Rebellion, und war auf unsichere, aber auch charmante Art und Weise eine Bindung suchende Persönlichkeit. Seit der Behandlung dieser Patientin, die uns noch Jahre später per E-Mail und persönlichen Kontakt sehr berührend über ihre weiteren Therapiefortschritte informierte, hat uns die Arbeit mit inzwischen einer großen Anzahl von Zwangspatienten in vieler Hinsicht bereichert. Auch nach langjähriger, gegenseitig sehr befruchtender klinischer und wissenschaftlicher Zusammenarbeit sowie Erweiterung der störungsspezifischen Kenntnisse in unzäh-

ligen Diskussionen, Vorträgen und Literaturstudien blieb ein gemeinsames Interesse an den individuellen Motiven dieser Patienten, an den resultierenden Erfordernissen in der Beziehungsgestaltung und insbesondere an der Einzigartigkeit jedes Patienten trotz vergleichbarer Symptomatik bestehen.

Aus zahlreichen Workshops wissen wir, dass ein großer Bedarf nach praktischen Hilfestellungen bei der konkreten Durchführung therapeutischer Techniken besteht. So haben die Mehrzahl der Ausbildungskandidaten in Verhaltenstherapie meist nur wenig Gelegenheit, einen Patienten¹ mit Zwangsstörungen zu behandeln; konkrete Erfahrungen mit Expositionsverfahren wie z. B. bei Angststörungen oder PTBS sind häufig zwar hilfreich in der Behandlung von Zwängen, lassen sich aber nicht auf einfache Weise auf die spezielle Problematik bei Zwangsstörungen übertragen. Nicht selten sind wir auch auf Therapeuten gestoßen, die den Behandlungsaussichten bei Zwängen relativ skeptisch gegenüberstehen oder offen zugeben, dass sie die therapeutische Arbeit mit Zwangserkrankten meiden.

Das vorliegende Buch entstand aus dem Wunsch heraus, praxisnahe Anregungen und Unterstützungen für viele Therapeutinnen und Therapeuten zu geben, die Menschen mit Zwangsstörungen behandeln. Dabei war es uns wichtig, aktuellste wissenschaftliche Erkenntnisse und langjährige klinische Erfahrung miteinander zu verbinden. Wir hoffen, dass uns eine lebendige Darstellung gelungen ist, die durch viele persönliche Fallbeispiele die Faszination dieses vielgestaltigen Störungsbildes spüren lässt. Wir wünschen uns, dass wir bei erfahrenen Behandlern und angehenden Therapeuten gleichermaßen Lust auf die Arbeit mit Zwangspatienten wecken, neue Behandlungsimpulse geben können und somit einen Beitrag zu einer Verminderung des Leidens von Menschen mit Zwangsstörungen leisten. Besonders wichtig war uns eine möglichst anschauliche Darstellung mit vielen Illustrationen, Tabellen sowie einigen Farbabbildungen, die u.a. auch die subjektive Perspektive der Betroffenen beleuchten. Wir hoffen, dass es uns durch den unterschiedlichen beruflichen Hintergrund der Autoren auch gelungen ist, die spezifische psychiatrische, psychotherapeutische und psychologische Expertise gewinnbringend miteinander zu vereinen.

Das Buch ist in drei Teile gegliedert und enthält zunächst im *ersten Teil* eine ausführliche Darstellung des klinischen Bildes und der Ursachen von Zwangsstörungen. Die Kenntnis der Vielgestaltigkeit der Symptomatik und der besonderen Charakteristika halten wir auch für den Aufbau einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung für sehr wichtig. Dabei war es uns ein Anliegen, neben den klassischen Störungsmodellen auch innovative Ansätze und neuere Strömungen vorzustellen und kritisch zu beleuchten.

Der *zweite* und ausführlichste *Teil* veranschaulicht das psychotherapeutische Vorgehen anhand vieler eigener Fälle aus der Praxis. Alle Fallbeispiele beruhen auf realen Patienten, wobei selbstverständlich die Details zu deren Schutz so verfremdet sind, dass eine Identifizierung der Patienten nicht möglich ist. Wenngleich das

1 Aufgrund der besseren Lesbarkeit wird für allgemeine Schilderungen überwiegend die männliche Form verwendet. Selbstverständlich sind jedoch immer beide, Männer und Frauen, gemeint.

therapeutische Vorgehen in seinem Kern auf der kognitiven Verhaltenstherapie beruht, so sind doch störungsübergreifende Elemente integriert, so dass die Therapie mit einer gewissen Berechtigung als integrative Therapie bezeichnet werden kann. Auf die gegenwärtige Evidenzlage für die Psychotherapie bei Zwangsstörungen wird zu Beginn des Kapitels eingegangen.

Schwerpunkt des *dritten Teils* ist die Pharmakotherapie, wobei neben der wissenschaftlichen Datenlage vor allem ausführliche Empfehlungen für die Praxis dargestellt werden. Wir sind davon überzeugt, dass alle Therapeutinnen und Therapeuten, die mit Menschen mit Zwangsstörungen arbeiten, über den State of the Art, sowohl der Psychotherapie als auch der Pharmakotherapie (und der Kombinations-therapie), informiert sein sollten, um ihre Patienten im Sinne einer gemeinsamen Entscheidungsfindung beraten zu können.

In *ContentPlus* (Beschreibung und Zugangscode auf der Umschlagsseite) finden Sie neben einiger Materialien, die wir bei der Durchführung der Einzel- und Gruppentherapie verwenden, die Abbildungen dieses Buches in Form eines Power-Point-Dokuments sowie weitere Fallbeispiele, die spezielle Aspekte der Therapie intensiver verdeutlichen, den Rahmen des Buches jedoch gesprengt hätten.

Bedanken möchten wir uns für das Vertrauen von insgesamt mehreren hundert Patienten, von denen wir lernen konnten und die wir ein Stück auf ihrem Weg begleiten durften. Unser Dank gilt auch Fritz Hohagen und Gabi Winkelmann, die bereits vor fast 20 Jahren die störungsspezifische multimodale Station zur Behandlung von Zwangspatienten in Freiburg aufgebaut haben und uns somit denkbar günstige Voraussetzungen hinterließen, sowie Mathias Berger, der unsere Arbeit über viele Jahre unterstützt hat. Auch unserem Pflegepersonal gilt Dank. Angesichts der vielen personellen Veränderungen an einer Uniklinik haben sie für Kontinuität gesorgt und die Weitergabe praktischer Informationen beispielsweise in der Durchführung der Reizkonfrontation ermöglicht.

Besonders bedanken möchten wir uns auch bei den vielen Personen, die bei der Fertigstellung des Manuskriptes mitgeholfen haben, insbesondere Anne Czernek, Nicola Stelzer, Nirmal Herbst, Martina Schmid und Elisabeth Hertenstein. Besonderer Dank gilt auch Silke Maier, die uns Arbeitsblätter der Zwangsinformationsgruppe zur Verfügung gestellt hat. Ebenso möchten wir uns bei unseren Ehepartnern sowie unseren Kindern Tom, Benno, Victor, Jonathan, Marie, Amelie, Liam, Aaron, David und Lea für ihr Verständnis und ihre Geduld bedanken, wenn wir in der intensiven Phase des Schreibens nicht in gewohnter Weise für sie Zeit hatten. Schließlich gilt unser Dank auch dem Kohlhammer-Verlag für die Unterstützung dieses Buchprojektes, und insbesondere Frau Dagmar Kühnle für die sehr gute Zusammenarbeit.

Januar 2011

Ulrich Förstner,
Anne Katrin Külz,
Ulrich Voderholzer

1 Diagnose und Behandlung der Zwangserkrankung

»Der Mensch ist frei geboren, und liegt doch überall in Ketten.«

Jean-Jacques Rousseau

1.1 Epidemiologie und Klinik der Zwangserkrankungen

»[...] können solche Kranke ihr Leiden durch viele Jahre als ihre Privatsache behandeln und verbergen. Auch leiden viel mehr Personen an solchen Formen der Zwangsneurose, als den Ärzten bekannt wird.«

Sigmund Freud

1.1.1 Zwänge im Erwachsenenalter

Herr K. sucht bis zu zehnmal am Arbeitstag die Toilette seines Büros auf, um sich mehrere Minuten lang die Zähne zu putzen. Einige Kollegen belächeln die häufige Toilettenbenutzung ihres Zimmernachbarn; niemand ahnt, unter welchem Druck Herr K. gerät, wenn er nicht seine Zähne reinigen kann.

Frau M. fürchtet alles, was mit der Zahl 3 in Zusammenhang steht, da sie darin eine Verbindung mit dem Teufel sieht. Auch wenn sie weiß, dass ihre Befürchtungen im Grunde unsinnig sind, vermeidet sie es, an Tagen mit einer 3 im Datum aus dem Haus zu gehen und muss viele Tätigkeiten genau viermal verrichten, um die Drei zu »übertreffen«. Ihrer Tätigkeit als Lehrerin kann sie schon lange nicht mehr nachgehen.

Herr P. muss jeden Abend vor dem Schlafengehen alle Stecker aus der Steckdose ziehen und mehrmals in genau festgelegter Reihenfolge an Fenstern und Haustür rütteln, um zu überprüfen, ob sie wirklich geschlossen sind. Wenn er endlich erschöpft ins Bett sinkt, schläft seine Partnerin schon seit zwei Stunden.

Die Erscheinungsformen einer Zwangsstörung sind vielfältig und werden vom Umfeld des Betroffenen oft gar nicht erkannt oder fehlinterpretiert. Die Vielgestaltigkeit im Erleben einer Zwangserkrankung drückt sich auch in Bildern aus, die Betroffene zur Darstellung ihrer Zwangssymptomatik in der Gestaltungstherapie

angefertigt haben (s. **Abb. 9-14** auf Farbbogen). Gemeinsam ist allen eine hohe Alltagsbeeinträchtigung und ein hoher Zeitaufwand.

Bis Ende der 1980er Jahre betrachtete man die Zwangserkrankung als eine eher seltene und schwer behandelbare Störung. Während man früher von einer Prävalenz von 0,05 % ausging, weiß man jedoch inzwischen, dass Zwänge etwa fünfzigmal häufiger zu finden sind (Angst et al. 2004).

Häufig wird die in den USA durchgeführte Epidemiologic Catchment Area (ECA) zitiert, die besonderen Anlass zur Korrektur des niedrigen Schätzwertes für die Häufigkeit von Zwangsstörungen gab. In die Untersuchung gingen die Daten von über 18 500 repräsentativ ausgewählten Personen aus der Allgemeinbevölkerung ein, die zwischen 1980 und 1984 mithilfe eines strukturierten Interviews, dem DIPS (diagnostisches Interview bei psychischen Störungen) untersucht wurden. Es zeigte sich, dass 1–2 % aller Personen über einen Zeitraum von 6 Monaten an einer Zwangsstörung litten; die Lebenszeit-Prävalenzraten lagen zwischen 1,9 % und 3,3 % (Karno et al. 1988).

Im Rahmen der Münchner Follow-up-Studie wurden Häufigkeitsraten für den deutschen Raum gefunden, die weitgehend mit den Ergebnissen der ECA-Studie übereinstimmen. So wurde auf Grundlage einer Stichprobe von 657 repräsentativ ausgewählten Personen der Allgemeinbevölkerung eine Sechsmonats-Prävalenz von 1,8 % sowie eine Lebenszeit-Prävalenz von 2 % erhoben (Wittchen et al. 1989). Damit ist die Zwangserkrankung nach Depression, Phobien und Suchterkrankungen in Deutschland die vierthäufigste psychische Störung. Dieser *Umstand* spiegelt sich allerdings nicht in den stationären und ambulanten Behandlungssettings wider, wo Zwangsstörungen deutlich seltener anzutreffen sind. Gründe hierfür dürften in erster Linie Scham und die besonders hohe Verheimlichungstendenz sein. Im Rahmen einer Untersuchung an Patienten in nervenärztlichen Praxen fanden Wahl et al. 2010 beispielsweise, dass kaum mehr als ein Viertel der an einer Zwangsstörung leidenden Patienten diese Diagnose auch tatsächlich von ihrem Arzt erhalten hatte. Eine andere Studie unter ambulanten Psychotherapeuten ergab, dass bei fast 90 % der befragten Behandler die Therapie von Zwängen im Praxisalltag keine oder maximal eine geringe Rolle spielte (Külz et al. 2010b).

Ist die Häufigkeit von Zwängen kulturabhängig?

Dieser Frage ging die Cross National Collaborative Group nach. Die Forscher fanden auf der Grundlage von sieben epidemiologischen Studien aus den USA, Kanada, Puerto Rico, Taiwan, Korea, Neuseeland und Deutschland eine relativ homogene Lebenszeit-Prävalenz von 1,9–2,5 %. Demnach ist davon auszugehen, dass Zwänge über verschiedene Kulturen hinweg in ähnlicher Häufigkeit auftreten. Allerdings scheinen die Inhalte von Zwängen einer deutlichen kulturellen Prägung zu unterliegen. Auch das Häufigkeitsverhältnis von Zwangsgedanken zu Zwangshandlungen kann je nach Kultur recht unterschiedlich ausfallen (Reinecker 1994).

Verlauf von Zwangsstörungen

Zwangsstörungen beginnen meist zwischen dem 22. und dem 36. Lebensjahr (Maj et al. 2002); die Mehrzahl der Betroffenen zeigt jedoch erste Symptome in der Kindheit. Ohne Behandlung nimmt die Zwangsstörung in der Regel einen chronisch-fluktuierenden Verlauf. Männer erkranken ungefähr gleich häufig wie Frauen, sind allerdings bei Erkrankungsbeginn im Durchschnitt etwas jünger. Spontanremissionen stellen eher die Ausnahme dar. Nach Jahrzehnten der Erkrankung verbessert sich oftmals die Symptomatik, jedoch bleibt in den meisten Fällen eine klinische oder subklinische Residualsymptomatik bestehen. In einer Längsschnittstudie von Skoog und Skoog wurde bei 83 % der Patienten eine Verbesserung beobachtet, eine Heilung bei 48 % (20 % komplette Remission, 28 % mit subklinischer Symptomatik), somit ist etwa die Hälfte der Betroffenen lebenslanglich von der Erkrankung betroffen (Skoog und Skoog 1999).

Seltener ist ein eher episodischer Verlauf mit schweren akuten Exazerbationen und zwischenzeitlich weitgehender Remission. In diesen Fällen muss jedoch differenzialdiagnostisch die Frage geklärt werden, ob es sich um sekundär zu einer rezidivierenden Depression auftretende Zwangssymptome handelt.

Die Bedeutung dieser Zahlen lässt sich erst erahnen, wenn man sich die Auswirkungen für die Betroffenen verdeutlicht. So führen Zwangsstörungen meist zu einer deutlichen Beeinträchtigung der Lebensqualität, die gelegentlich so ausgeprägt sein kann wie bei Menschen, die an einer Schizophrenie leiden (Moritz 2008). Viele Patienten mit Zwängen leiden insbesondere unter Schwierigkeiten bei der Rollenbewältigung im beruflichen und sozialen Kontext; ein großer Teil berichtet über belastete zwischenmenschliche Beziehungen. Dabei kann die Symptomatik auf ganz unterschiedliche Art und Weise den Alltag beeinträchtigen. Beispielsweise vermied ein Mann aufgrund aggressiver Zwangsgedanken gegenüber seiner Frau und seiner dreijährigen Tochter zunehmend den Kontakt mit ihnen und richtete sich schließlich trotz Sehnsucht nach seiner Familie sogar im Büro eine Schlafmöglichkeit ein. Ein anderer Patient konnte sich hingegen nur noch unter »Überwachung« durch seine fast erwachsenen Kinder in der Öffentlichkeit bewegen, da er fürchtete, ansonsten unbemerkt persönliche Notizen oder Gegenstände zu verlieren, die intime Details über ihn verraten könnten. Die Auswirkungen von Zwängen im beruflichen Kontext reichen von Verlangsamung von Handlungsabläufen aufgrund von Zwangsritualen oder Konzentrationsschwierigkeiten durch exzessive Präokkupation mit Zwangsgedanken über Vermeidung von zwangsrelevanten Tätigkeitsbereichen oder immer längere Arbeitsunterbrechungen durch ausufernde Zwangshandlungen bis hin zur Berufsunfähigkeit, bei der nicht selten auch eine sekundär entstandene depressive Symptomatik eine erhebliche Rolle spielt. Manchen Patienten mit Zwängen gelingt es hingegen, tagsüber weitgehend ein hohes Funktionsniveau aufrechtzuerhalten und erst in der häuslichen Umgebung den Zwangshandlungen nachzugeben. So berichten Patienten häufig über ein chronisches Schlafdefizit aufgrund exzessiver nächtlicher Rituale.

In Industrienationen gelten Zwangserkrankungen als die zehnthäufigste, bei Frauen zwischen 15 und 45 Jahren sogar als fünfhäufigste Ursache für mit Behinderung gelebte Lebensjahre.

Fallbeispiel: Patientin mit Wasch- und Reinigungszwängen

Die 70-jährige Gerda S. leidet seit Jahrzehnten an schweren Wasch- und Reinigungszwängen, manchmal bis zu 18 Stunden am Tag. Jedwede Berührung mit Personen oder Gegenständen außerhalb der Wohnung löst Reinigungsrituale aus. Sie führt eine »Vita minima« und geht nur noch selten aus dem Haus, niemand darf ihre Wohnung betreten, nicht einmal ihre geliebte Tochter und wichtigste Bezugsperson. Der Zwang wird zum Kerker des Lebens. Erst nach einer erfolgreichen Therapie mit einer Reduktion der Zwänge auf ein erträgliches Maß von einer Stunde am Tag kann ihre Tochter sie wieder besuchen. Die Patientin kann wieder problemlos das Haus verlassen und neue Lebensfreude entwickeln.

Kennzeichen von Zwangssymptomen

Zwangsstörungen sind durch das Auftreten von Zwangsgedanken und/oder Zwangshandlungen gekennzeichnet. Beide Phänomene können isoliert vorkommen, allerdings leiden die meisten Patienten unter einer Kombination aus beiden.

Zwangsgedanken sind Vorstellungen, Ideen oder Impulse, die sich dem Betroffenen entgegen seinem Willen aufdrängen und starkes Unbehagen oder Angst auslösen. Häufig werden Zwangsgedanken von den Patienten als absurd erkannt, zumindest zeitweise aber als übertrieben wahrgenommen. So könnte jemand beispielsweise beim Lesen dieses Buches den Zwangsgedanken haben, jedes Wort genau erfassen zu müssen und nichts überlesen zu dürfen. Nach seiner Einschätzung gefragt, könnte er durchaus antworten, dass das detaillierte Bewusstmachen jedes Wortes nicht notwendig, ja nicht einmal zielführend für das Textverständnis ist. Dennoch wäre der Gedanke während der gesamten Lektüre in aufdringlicher Art und Weise präsent.

Fallbeispiel: Patient mit Zwangsgedanken bzgl. drohenden Unheils

Herr M. wurde beim Duschen plötzlich von der Vorstellung überrascht, er könne im Alter von 37 Jahren sterben. Demnach würden ihm noch zwei Jahre bleiben, um von Familie und Freunden Abschied zu nehmen und seine beruflichen Projekte abzuschließen. Zunächst erschien ihm der Gedanke absurd, und er versuchte ihn als haltlos abzutun. Je mehr er gegen die Vorstellung des baldigen Todes ankämpfte, desto intensiver drängte sie sich ihm jedoch auf. Warum sollte solch ein Gedanke einfach so aus dem Nichts auftauchen? Sollte er ihn nicht vielmehr als ernstzunehmende Warnung begreifen? Was aber, wenn er sein Leben durch die Beschäftigung mit dem Gedanken erst recht aufs Spiel setzte? Hatte man nicht schon öfter etwas von einer sich selbst erfüllenden Prophezeiung gehört? Auch wenn er sich nie für einen abergläubischen Menschen gehalten hatte, begann er nach Anzeichen Ausschau zu halten, die ihm die Einordnung seines Gedankens erleichtern würden. So wertete er das Auftauchen einer Drei oder einer Sieben in persönlichen Kalenderdaten oder der Anzahl von Gegenständen als Warnhinweis für den Realitätsgehalt der Vorstellung. Schließlich begann er alle Orte und Aktivitäten zu vermeiden, die er mit den beiden Zahlen in Zusammenhang bringen konnte. Dabei verstrickte er sich

immer tiefer in ein Netz aus hartnäckigen Gedanken über ein baldiges Lebensende, Schuldgefühlen wegen der vermeintlichen Selbstgefährdung aufgrund der Gedanken, Ärger über seine irrationalen Vorstellungen und massive Ängste vor einem drohenden Tod. Eine Psychotherapie half ihm schließlich dabei, Fehlannahmen über die Bedeutung aufdringlicher Gedanken zu entkräften. Durch Expositionsübungen gegenüber den Gedanken sowie Verhaltensexperimente gelang es ihm, eine gelasseneren Haltung gegenüber den Zwangsgedanken zu entwickeln, die in der Folge auch viel seltener auftraten.

Häufige Themen von Zwangsgedanken mit Beispielen sind in Tabelle 1.1 zusammengestellt.

Tab. 1.1: Typische Inhalte von Zwangsgedanken

Inhalt	Beispiel für Gedanken
Verunreinigung oder Kontamination	»Der Griff am Einkaufswagen ist verseucht – jetzt bin ich unrein.«
Ansteckung	»Ich habe mich im Schwimmbad mit AIDS infiziert.«
Physische Gewalt	»Ich könnte mein Baby ersticken.«
Sexualität	»Ich werde eine meiner Schülerinnen vergewaltigen.«
Zufälliges Unglück	»Ich habe versehentlich jemanden angerempelt und er ist zu Tode gestürzt.«
Religion	»Die Mutter Gottes ist eine Hure.«
Magisches Denken	»Wenn ich nicht rechts herum gehe, passiert etwas Schreckliches.«
Sozial unangepasstes Verhalten	»In der Konferenz werde ich etwas Obszönes rufen.«
Ordentlichkeit und Symmetrie	»Die Schnürsenkel müssen genau gleich lang sein.«

Zwangsgedanken sind in der Regel mit dem Drang verbunden, diese wieder »aufzuheben« bzw. zu *neutralisieren* oder dem Eintreten der damit verbundenen Befürchtung aktiv entgegenzuwirken: Es kommt zu Zwangshandlungen.

Unter **Zwangshandlungen** versteht man offene oder gedankliche Rituale, zu denen sich der Betroffene gedrängt fühlt, und die dazu dienen, Angst und Anspannung zu reduzieren. Häufig werden Zwangshandlungen bereits vorbeugend ausgeführt, um zu verhindern, dass Unwohlsein auftritt oder um vermeintliche Gefahren abzuwenden. Wird das Ausführen einer Zwangshandlung verhindert, führt das zunächst zu einem deutlichen Anstieg von Angst und/oder Unbehagen. Zwangshandlungen werden zumeist in stereotyper, ritualisierter Weise nach genau definierten Regeln ausgeführt. So kann zwanghaftes Händewaschen bei-

spielsweise so aussehen, dass der Betroffene die einzelnen Finger in einer genau festgelegten Bewegungsabfolge einseift und anschließend Hände und Unterarme jedes Mal so lange mit reichlich Wasser abspült, bis er bis zu einer bestimmten Zahl gezählt hat.

Zwangshandlungen beinhalten am häufigsten Kontrollzwänge (z. B. wiederholtes Überprüfen von Schlössern und Elektrogeräten oder mehrmaliges Kontrollieren, beim Autofahren niemanden verletzt zu haben) sowie Wasch- oder Reinigungszwänge (s. **Abb. 7** auf Farbbogen), die etwa beim Duschen, Zähneputzen, der Toilettenbenutzung oder bei der Hausarbeit auftreten (s. Kapitel 2). Ebenso können die Patienten unter dem Drang leiden, Handlungsabläufe mehrfach wiederholen zu müssen. So musste beispielsweise eine Patientin vor dem Arbeiten jedes Mal den Computer so oft starten und herunterfahren, bis sie während der Handlung nicht mehr an ihre kranke Mutter dachte. Auch übermäßiges Ordnen, wie beispielsweise das zentimetergenaue Übereinanderfalten von Pullovern im Kleiderschrank (s. **Abb. 8** auf Farbbogen) oder exzessives Sammeln von Gegenständen, kann Inhalt von Zwangshandlungen sein.

Aus Angst, versehentlich etwas Wichtiges wegzuerwerfen oder auch unwillentlich Informationen über sich preiszugeben, können sich bei Betroffenen unter anderem leere Plastikflaschen, Altpapier und längst gelesene Zeitschriften, kaputte Elektrogeräte oder veraltete Notizzettel stapeln. Bei Hort- und Sammelzwängen haben sich spezielle therapeutische Interventionen wie z. B. das Aneignen von Entscheidungs- und Ordnungsstrategien oder Imaginationenübungen zur Stärkung der Veränderungsmotivation bewährt (Hoffmann 2004, Stekete und Frost 2003).

Schließlich können Zwangshandlungen mit dem Drang zu zählen oder Dinge zu berühren in Zusammenhang stehen. So litt ein Patient unter dem Zwang, im Gespräch immer die Wörter im Satz seines Gegenübers zählen zu müssen, auch wenn er dieses Verhalten selbst als unsinnig erlebte. Ein anderer Patient musste Lebensmittel vor dem Einkauf mehrmals antippen, um die Gefahr einer Vergiftung zu bannen, auch wenn er prinzipiell um die Irrationalität seiner Befürchtungen wusste.

Fallbeispiel: Patientin mit Ordnungs- und Symmetriezwängen

Frau A. bezog mit Beginn ihres Studiums erstmals eine eigene Wohnung in einer fremden Stadt. Obwohl sie sich auf die neue Unabhängigkeit sehr gefreut hatte, entwickelte sie bald Zweifel darüber, ob die Ordnung in ihrer Wohnung einem kritischen Auge standhalten würde. Sie gewöhnte sich zunächst an, Gegenstände immer an der gleichen Stelle aufzubewahren und stets im rechten Winkel zueinander auszurichten. Dabei entdeckte sie, dass sie sich allmählich selbst nur noch wohl fühlen konnte, wenn alles exakt arrangiert war. Daher ging sie beispielsweise dazu über, das Maßband anzusetzen, um ihren Laptop genau in der Mitte des Schreibtisches zu platzieren; Stifthalter und Mousepad mussten die Endpunkte einer Geraden bilden. Ihr neues Ordnungsbedürfnis erstaunte sie selbst, da sie sich nie für einen besonders sorgfältigen Menschen gehalten hatte. Dennoch konnte sie sich gegen den ständigen Drang zum Aufräumen kaum wehren. Vor allem vor dem Einschlafen kam sie auf immer neue Ideen zu vermeintlich verbesserungsbedürftigen Details ihrer Einrichtung. So verbrachte sie eines Nachts vier Stunden damit, ihre Bücher nach Form und Größe zu sortie-

ren. Um sich Arbeit zu ersparen, betrat sie ihre Wohnung schließlich kaum mehr. Aber auch wenn sie abends erst spät nach Hause gekommen war, benötigte sie am nächsten Morgen beinahe eine Stunde, um die Bettdecke glatt zu streichen und minimale Benutzungsspuren im Bad zu beseitigen. Mithilfe einer kognitiven Verhaltenstherapie, die neben Expositionsübungen auch auf eine Stabilisierung des Selbstwertgefühls und den Umgang mit Einsamkeitsgefühlen abzielte, konnte sie allmählich eine Verbesserung ihrer Symptome erreichen.

Abbildung 1.1 zeigt die Häufigkeit verschiedener Zwangsformen, wie sie an einer eigenen Stichprobe von 75 stationären Patienten der Uniklinik Freiburg erfasst wurde.

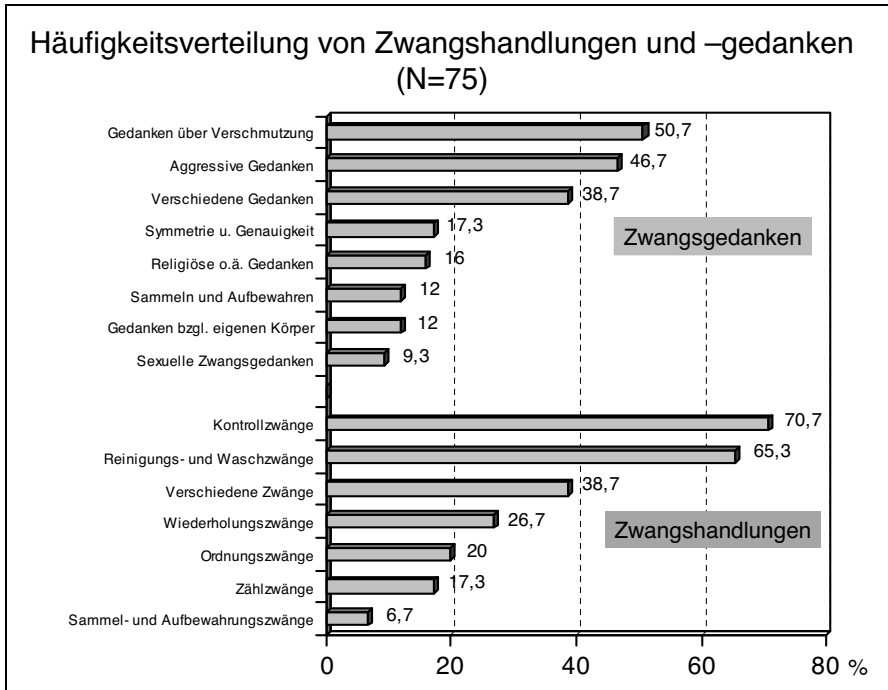


Abb. 1.1: Häufigkeitsverteilung verschiedener Zwangsformen bei stationären Patienten in Prozent, Mehrfachnennungen waren möglich

Nach einer Metaanalyse von Bloch et al. (2008), die 21 Studien zur Checkliste der Yale-Brown-Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS), des gebräuchlichsten Erhebungsinstrumentes bei Zwängen, mit 5 124 Patienten einschloss, besitzt die Zwangserkrankung eine Vier-Faktoren-Struktur. Demnach kann man

1. Zwangsgedanken bzgl. Symmetrie, Zählzwänge, Ordnungs- und Wiederholungszwänge,
2. verbotene und körperbezogene Zwangsgedanken sowie Kontrollzwänge,
3. Reinigungszwänge und
4. Hort- und Sammelzwänge unterscheiden.

Zu beachten ist, dass Zwangshandlungen neben äußerlich sichtbaren Verhaltensweisen auch in Form *gedanklicher Rituale* auftreten können. So könnte beispielsweise ein Patient mit blasphemischen Zwangsgedanken die Toilette für ein Gebetsritual zur Neutralisierung seiner Vorstellungen aufsuchen, er könnte jedoch auch im Geiste ein Gebet sprechen oder ein inneres »Gegenbild« zu seinen gotteslästerlichen Intrusionen heraufbeschwören.

Das wichtigste *Unterscheidungsmerkmal* von Zwangsgedanken und -handlungen ist somit in der Regel ihre Auswirkung auf Anspannung oder Angst, die ein Patient erlebt: Zwangsgedanken lösen innere Anspannung oder Angst aus und haben somit Stimuluscharakter, während Zwangshandlungen dazu dienen, diese zu reduzieren.

Ein charakteristisches Merkmal von Zwangshandlungen ist, dass sie in keinem realistischen Bezug zu dem stehen, was sie erreichen sollen. Mit manchen Zwangshandlungen erreicht der Patient sogar das Gegenteil seiner Absicht (z. B. die Patientin, die durch exzessive Waschwänge ihre Haut so schädigt, dass sie erst dadurch anfällig für Infektionen wird); zumindest sind Zwangshandlungen in der Regel in Durchführung, Häufigkeit oder beidem deutlich übertrieben. Werden Zwangshandlungen unterdrückt, führt dies bei den Betroffenen zunächst zu einem deutlichen Anstieg von Angst und Anspannung.

Da Zwangsrituale sehr viel Zeit in Anspruch nehmen, benötigen die meisten Menschen entsprechend viel Zeit für alltägliche Verrichtungen. Daneben leidet eine kleine Untergruppe von Patienten unter einer primären zwanghaften Langsamkeit, bei der alltägliche Handlungen (z. B. Ankleiden, Nahrungsaufnahme) bis zu mehrere Stunden in Anspruch nehmen können. In diesem Fall ist gewissermaßen die Langsamkeit selbst der Zwang. Im Einzelfall ist jedoch zu prüfen, ob die Langsamkeit nicht sekundär durch andere Zwangsinhalte (z. B. innere Kontrollrituale) bedingt ist. Das Erkrankungsbild der zwanghaften Langsamkeit wird kontrovers diskutiert, da häufig angenommen wird, dass der allgemeinen Verlangsamung bestimmte Zwangsbefürchtungen oder -rituale zugrunde liegen. Allerdings gibt es Hinweise darauf, dass die zwanghafte Langsamkeit auch nach erfolgreicher Behandlung der übrigen Zwangssymptomatik fortbestehen kann, was eher für die Beibehaltung einer eigenständigen Kategorie spricht (Takeuchi et al. 1997).

1.1.2 Zwänge im Kindes- und Jugendalter

Viele Kinder bestehen in bestimmten Entwicklungsphasen auf ritualisierten, stereotypen Verhaltensmustern wie z. B. Zubettgeh- oder Spielritualen, die in rigider Form immer auf die gleiche Art und Weise auszuführen sind. Diese Vorlieben erinnern an Zwangsrituale, besitzen jedoch als Sicherheit und Vertrautheit stiftende Gewohnheiten für die Kinder einen positiven Wert und haben ichsynchronen Charakter, d. h. werden als stimmig erlebt.

Auch bestimmte magische Befürchtungen wie beispielsweise die Vorstellung, beim Umdrehen im dunklen Keller oder auch beim Betreten von Ritzen zwischen Pflastersteinen ein Unglück heraufzubeschwören, sind in bestimmten Entwick-

lungsstufen normal und verschwinden im Rahmen der Entwicklung mit größerer Reife in der Regel von selbst.

Gleichzeitig können bereits im Kindesalter Zwangssymptome auftreten, die so belastend sein können, dass sie behandlungsbedürftig sind. Die Symptomdimensionen ähneln dabei denen von erwachsenen Patienten (Mataix-Cols et al. 2008), allerdings scheinen bei Kindern Zwangshandlungen etwas häufiger als bei Erwachsenen aufzutreten und die Symptome variieren häufiger über die Zeit (Flament et al. 2007).

Darüber hinaus verfügen die Kinder zumeist über eine begrenztere Einsicht hinsichtlich der Irrationalität ihrer Befürchtungen und Handlungen. Ähnlich wie bei erwachsenen Zwangserkrankten, geht geringere Einsichtsfähigkeit bezüglich der Zwänge mit einer etwas schlechteren Prognose für den Behandlungserfolg einher. In einer kürzlich veröffentlichten Längsschnittstudie konnten Bloch et al. (2009) zeigen, dass fast die Hälfte aller von Zwängen betroffenen Kinder im Erwachsenenalter das klinische Bild einer Zwangsstörung nicht mehr erfüllte. Kinder, die zwanghaftes Horten zeigten, neigten eher zu persistierender Symptomatik im Erwachsenenalter. Eine komorbide Tic-Symptomatik ging hingegen häufiger mit einer Remission im Erwachsenenalter einher.

Typische Zwangssymptome bei Kindern und Jugendlichen

Zwangsgedanken können beispielsweise Kontaminationsängste betreffen, religiöse oder aggressive Inhalte haben. Manche Kinder leiden auch unter schreckenerregenden Vorstellungen (z. B. Tod einer geliebten Person), deren Eintreten befürchtet wird, wenn bestimmte Rituale nicht ausgeführt werden. Anderen drängen sich sinnlose Sätze oder Gedanken, die um Ordnung und Symmetrie kreisen, auf. Neben der Sorge, Elektrogeräte, Schlösser oder Fenster etc. nicht hinreichend überprüft zu haben, sind nicht selten exzessive Sorgen bezüglich fehlerhafter oder unvollständiger Hausaufgaben zu beobachten (s. **Abb. 1.2**).

Auf der Handlungsebene finden sich zahlreiche Reinigungs-, Kontroll- oder Ordnungsrituale, außerdem mentales oder äußerlich sichtbares Neutralisierungsverhalten (z. B. Zählen bis zu einer bestimmten Zahl), das nicht selten in Zusammenhang mit magischen Befürchtungen steht. Ebenso trifft man auf wiederholtes Nachfragen, das häufig Rückversicherungscharakter hat. Nach Mataix-Cols (2008) treten bei Mädchen überdurchschnittlich häufig Sammelzwänge auf, während Jungen eher zu sexuellen Zwangsgedanken tendieren. Wie kürzlich gezeigt werden konnte, ist die Auftretenshäufigkeit von zwanghaften Persönlichkeitsstörungen im Erwachsenenalter erhöht, wenn die Person bereits als Kind an einer Zwangsstörung litt (Maina et al. 2008). Häufiger als bei Erwachsenen findet man komorbide Tic-Störungen. So leiden fast zwei Drittel aller Kinder mit Zwangssymptomen auch unter Tics.

Ebenso wie Erwachsene scheinen Kinder von einer Expositionsbehandlung und Behandlung mit selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern zu profitieren (Kalra und Swedo 2009); allerdings gilt im Kindesalter die Berücksichtigung des familiären Kontextes als besonders wichtig (vgl. Freeman et al. 2008).

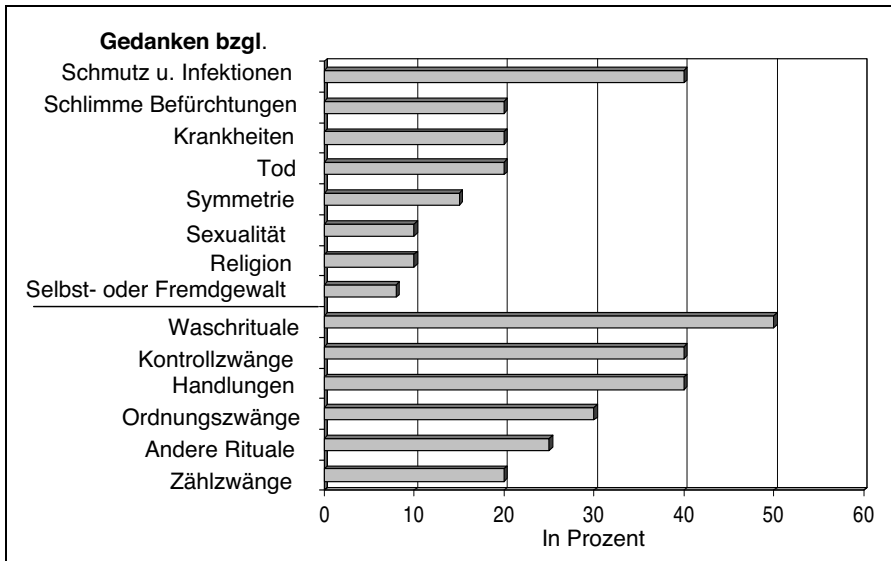


Abb. 1.2: Die häufigsten Zwangssymptome bei Kindern und Jugendlichen.
Quelle: Thomsen 1998

Fallbeispiel: Junge mit autoaggressiven Zwangsgedanken

Jeden Abend wenn der achtjährige Paul zu Bett gegangen war, drängte sich ihm der Zwangsimpuls auf, mit einem spitzen Gegenstand in einer Steckdose stochern zu müssen. Dies, so hatte er gelernt, sei lebensgefährlich. Erschrocken über seine Phantasien, pflegte er zunächst zu seinen Eltern zu laufen, um sich rückzuversichern, dass er zu einem solchen Verhalten nicht fähig wäre. Als diese auf die abendlichen Störungen zunehmend ungehalten reagierten, begann er, zum Selbstschutz die Steckdosen in seinem Zimmer abzukleben.

Allmählich generalisierte er seine Befürchtungen jedoch auch auf Steckdosen außerhalb der Wohnung. So wechselte er beispielsweise unter einem Vorwand im Klassenzimmer auf einen Fensterplatz, um möglichst weit entfernt von einer Steckdose zu sitzen; trotzdem schien es ihm nicht mehr möglich, dem Unterricht zu folgen. Im Gegenteil war er umso stärker von seinen Zwangsimpulsen okkupiert, je mehr er sie zu verdrängen versuchte, und sämtliche Räume entwickelten sich zu potenziellen Gefahrenzonen.

Nachdem sich Paul zunehmend in sein Zimmer zurückzog, suchten die Eltern mit ihm eine Kindertherapeutin auf. Mithilfe einer Expositionstherapie gelang es ihm schließlich, inneren Abstand zu den beängstigenden Vorstellungen zu finden, und die Zwangsimpulse nahmen in der Folge wieder ab.

1.2 Diagnostische Kriterien

Die Zwangsstörung ist im ICD-10 den neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen zugeordnet; im DSM-IV ist sie unter den Angststörungen aufgeführt.

Die Zuteilung zu den Angststörungen erfolgte unter dem Gesichtspunkt, dass Zwangsgedanken oftmals Angst auslösen und die Ausübung von Zwangshandlungen bei den meisten Betroffenen zur Vermeidung oder Verringerung von Angst geschieht.

Allerdings stehen bei vielen Patienten im Zusammenhang mit ihren Zwangssymptomen andere Emotionen, wie z. B. Ärger oder Ekel, im Fokus; darüber hinaus wird immer wieder angeführt, dass die Vermeidung der angstauslösenden Reize weniger im Vordergrund steht als bei anderen Angststörungen. Andererseits weist etwa die Existenzanalyse darauf hin, dass Zwänge phänomenologisch immer auch eine Art Phobie i. S. einer »Phobie gegenüber Unsicherheit« darstellen (Längle und Holzhey-Kunz 2008). Da Unsicherheit angesichts der ontologischen Gegebenheiten in unserem Leben allgegenwärtig ist, hat der Zwangserkrankte im Vergleich zu anderen Phobikern nur weniger Chancen, den angstauslösenden Stimulus aus seinem Alltag fernzuhalten. Dennoch weicht die aktive, ritualisierte Umgangsform mit den gefürchteten Auslösern deutlich von den bei anderen Angsterkrankungen praktizierten Bewältigungsversuchen ab.

Auch in Hinblick auf die Gestaltung des DSM-V diskutierte die Arbeitsgruppe »Angststörungen, Zwangsspektrum, Posttraumatische und Dissoziative Störungen« im April 2009 über eine neue Kategorisierung der Zwangsstörung. Aktuell wird erwogen, entweder die Subsumierung der Zwangserkrankung unter die Angststörungen beizubehalten, die Zwangsstörung als eigene Kategorie aufzuführen und die Zwangsspektrumsstörungen dazuzunehmen oder die ursprüngliche Kategorie der Angststörungen auszudehnen und eine neue Überschrift, welche die Zwangsstörung einbezieht, zu entwerfen (APA 2009). Die endgültige Version wird im Mai 2012 erwartet.

1.2.1 ICD-Klassifikation

Nach ICD-10 kann die Diagnose einer Zwangsstörung sowohl beim alleinigen Auftreten von Zwangsgedanken (ICD-10: F42.0) oder Zwangshandlungen (ICD-10: F42.1) als auch bei einer Kombination aus beidem (ICD-10: F42.2) gestellt werden.

Am häufigsten findet sich eine Kombination aus Zwangsgedanken und -handlungen. Nach Erfahrung der Autoren kommen insbesondere im Erwachsenenalter Zwangshandlungen ohne Zwangsgedanken relativ selten vor. Manchmal laufen Zwangshandlungen allerdings so automatisiert ab, dass die Betroffenen vor Einsetzen des Zwangsrituals kaum mehr Zwangsgedanken bei sich wahrnehmen. Gelingt es ihnen, die Zwangshandlungen und begleitenden Vermeidungsverhal-

tensweisen z. B. im Rahmen einer Psychotherapie zu reduzieren, nehmen die Zwangsgedanken unter Umständen zunächst vorübergehend zu.

Auch alleinige Zwangsgedanken findet man relativ selten. Unserer Erfahrung nach können die meisten Patienten auf genaue Nachfrage zumindest verdeckte Neutralisierungsrituale angeben, die als Reaktion auf die Zwangsgedanken auf mentaler Ebene erfolgen.

Die Kriterien für eine Zwangsstörung nach ICD-10 sind in **Kasten 1.1** verkürzter Form zusammengefasst.

Kasten 1.1: Kriterien von Zwangsstörungen nach ICD-10

1. Zwangsgedanken und/oder -handlungen an den **meisten Tagen** über einen Zeitraum von **mindestens zwei Wochen** mit folgenden Kennzeichen:
 - Sie werden vom Patienten **als eigene Gedanken oder Handlungen** erkannt,
 - Sie **wiederholen** sich ständig,
 - Mindestens einer der Gedanken und/oder eine der Handlungen wird als **übertrieben**, bzw. **unsinnig** erkannt,
 - Wenigstens einem Gedanken oder einer Handlung wird noch – wenngleich erfolglos – **Widerstand geleistet**,
 - Die Ausführung eines Gedankens oder einer Handlung ist für sich genommen **nicht angenehm**;
2. Die Patienten **leiden** unter ihren Zwangsgedanken und/oder -handlungen oder es liegt eine **Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit** vor;
3. Die Zwangsstörung ist nicht bedingt durch andere Störungen, wie z. B. Schizophrenie oder Depression

1.2.2 DSM-Klassifikation

Auch im DSM-IV werden Zwangsgedanken und Zwangshandlungen unterschieden, allerdings nicht als eigene diagnostische Kategorie wie im ICD-10.

Zwangsgedanken werden als *wiederkehrende, anhaltende Gedanken, Vorstellungen und Impulse* beschrieben, die zeitweise als *aufdringlich* und *unangemessen* empfunden werden.

So erkennt beispielsweise der Patient mit Kontaminationsängsten zumindest zu irgendeinem Zeitpunkt, dass seine Befürchtungen übertrieben sind und ihn eher in penetranter Weise an einer befriedigenden Alltagsgestaltung hindern, als ihn vor Gefahren durch Verunreinigung zu schützen.

Weiterhin müssen Zwangsgedanken ausgeprägte *Angst und Unbehagen hervorrufen*. Demnach wäre beispielsweise der andauernde freudige Gedanke an eine bestimmte Person im Zustand der Verliebtheit kein Zwangsgedanke, auch wenn er sich zeitweise aufdrängt und andere Bewusstseinsinhalte verdrängt. Außerdem dürfen Zwangsgedanken *nicht nur übertriebene Sorgen über reale Lebensprobleme* sein. So stellt die übermäßige gedankliche Beschäftigung mit einer anstehenden Prüfungssituation keinen Zwangsgedanken dar, auch wenn sie als unangenehm erlebt wird und Angst auslöst.

Die Betroffenen versuchen, die Zwangsgedanken *zu ignorieren oder zu unterdrücken* oder sie mithilfe anderer Gedanken oder Tätigkeiten *zu neutralisieren*. Die

Neutralisierungsrituale können dabei durchaus auch auf rein gedanklicher Ebene ablaufen (s. o.).

Schließlich werden die Zwangsgedanken, -impulse oder -vorstellungen als ein *Produkt des eigenen Geistes erkannt*. Dies ist ein wichtiges Unterscheidungskriterium gegenüber psychotischen Erkrankungen, bei denen die Gedanken häufig als von außen eingegeben erlebt oder in Form von Stimmen gehört werden.

Zwangshandlungen werden als *wiederholte Verhaltensweisen oder gedankliche Handlungen* beschrieben, zu denen sich die Person als Reaktion auf einen Zwangsgedanken oder aufgrund von streng zu befolgenden Regeln gezwungen fühlt.

Zwangshandlungen haben das Ziel, *Uwohlsein zu verhindern oder zu reduzieren* oder gefürchteten Ereignissen oder Situationen vorzubeugen. Zentral ist, dass sie jedoch *in keinem realistischen Bezug* zu dem stehen, was sie zu neutralisieren oder zu verhindern versuchen, oder sie sind deutlich übertrieben.

Um von einer Zwangserkrankung sprechen zu können, müssen die Zwangssymptome eine *erhebliche Belastung* verursachen, *zeitaufwendig sein* (d. h. mehr als eine Stunde pro Tag in Anspruch nehmen) oder deutlich den *normalen Tagesablauf bzw. die Aktivitäten und Beziehungen der Person beeinträchtigen*. So kann beispielsweise das viermalige Kontrollieren der Haustür beim Verlassen der Wohnung durchaus zwanghaften Charakter haben; da das Ritual aber weder besonders zeitaufwendig ist noch zu weitreichenden Beeinträchtigungen im Alltag führt, wäre in diesem Fall noch keine Zwangsstörung zu diagnostizieren. Tabelle 1.2 fasst die Unterschiede zwischen ICD-10 und DSM-IV bei der Diagnose von Zwangsstörungen zusammen.

Tab. 1.2: Zwangsstörungen nach ICD-10 und DSM-IV

	ICD-10	DSM-IV
Oberkategorie	neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	Angststörungen
Zwangsgedanken/ Zwangshandlungen	Zwangsgedanken (F42.0), Zwangshandlungen (F42.1) und die Kombination aus beidem (F42.2) bilden jeweils eigene diagnostische Kategorien	Zwangsgedanken und Zwangshandlungen werden unterschieden, jedoch nicht als eigene diagnostische Kategorien aufgeführt
Zeitkriterium	Mindestzeitraum 2 Wochen	kein Mindestzeitraum, täglich mindestens 1 Stunde

Falls eine andere Achse-I-Störung vorliegt, darf der Inhalt der Zwangsgedanken oder Zwangshandlungen *nicht auf diese beschränkt* sein. Tabelle 1.3 zeigt mögliche Inhalte von Zwangsgedanken oder -handlungen, die bereits einem anderen Störungsbild inhärent sind. Bei bestehender Diagnose der jeweiligen Erkrankung darf die Diagnose einer Zwangsstörung nicht gestellt werden, sofern nicht zusätzlich Symptome mit anderen Inhalten vorliegen.

Tab. 1.3: Beispiele für zwangsähnliche Gedanken, die anderen Störungsbildern zuzuordnen sind, sofern die jeweiligen Diagnosekriterien erfüllt sind

Grübeln über Schuld	Major Depression?
Starkes Beschäftigtsein mit Essen oder Gewicht	Essstörung?
Zwanghaftes Haarausreißen	Trichotillomanie, d. h. Störung der Impulskontrolle?
Wiederkehrende Ideen, dass ein Körperteil missgestaltet oder hässlich ist	körperdysmorphe Störung?
Starkes Beschäftigtsein mit bestimmten sexuellen Bedürfnissen oder Phantasien	Störung der Sexualpräferenz?
Wiederkehrende Gedanken, an bestimmten Krankheiten zu leiden oder daran erkranken zu können	hypochondrische Störung?
Sorgen, etwas Falsches gesagt oder getan zu haben	soziale Phobie?
Starkes Beschäftigtsein mit Drogen oder Alkohol	Störung in Zusammenhang mit psychotropen Substanzen?

Schließlich darf die Erkrankung wie bei anderen Störungsbildern nicht auf die direkte körperliche Wirkung einer Substanz oder eines Krankheitsfaktors zurückgehen.

1.2.3 Instrumente zur Diagnostik

Screening-Fragen

Da Zwangssymptome oftmals von Betroffenen aus Scham verschwiegen oder gar nicht als solche erkannt werden, empfiehlt es sich in jedem klinischen Interview, kurze Screening-Fragen zur Identifikation einer Zwangsstörung zu stellen.

Einige Fragen, die sich hierbei bewährt haben, sind:

- Haben Sie Gedanken, die Sie beunruhigen und die sich Ihnen immer wieder gegen Ihren Willen aufdrängen?
- Müssen Sie bestimmte Dinge immer wieder tun, auch wenn Sie sie als übertrieben oder sinnlos empfinden?
- Überprüfen oder kontrollieren Sie häufig?
- Waschen oder reinigen Sie viel?
- Beschäftigen Sie sich viel mit Ordnung oder Symmetrie?
- Benötigen Sie viel Zeit für alltägliche Tätigkeiten?

Beantwortet der Patient eine oder mehrere Fragen der o. g. Fragen mit »Ja«, empfiehlt sich die genauere Exploration. Dabei können Fragebögen und Skalen eine aufschlussreiche Ergänzung zum klinischen Interview darstellen.