

screening WS 2017/18

Zwangsstörung

Hans Reinecker, Bamberg

Bis vor wenigen Jahren galt die Zwangsstörung als ausgesprochen seltene psychische Störung; gewissermaßen als Nebenprodukt bei der epidemiologischen Erfassung von Angststörungen zeigt sich jedoch, daß Zwänge mit einer Lebenszeit-Prävalenz von 1–2 % ein echtes Versorgungsproblem darstellen (Weissmann, 1985; Rasmussen & Tsuang, 1986; Rasmussen & Eissen, 1992). Die deutliche Unterschätzung der Prävalenzrate dürfte mit mehreren Gesichtspunkten zusammenhängen: Bei Zwängen zeigt sich eine hohe Tendenz zur Verheimlichung – Patientinnen und Patienten kommen erst Jahre nach dem Beginn der Störung zur Behandlung, was mit den schlechten Behandlungsaussichten zusammenhängen mag. Zwangsstörungen standen lange Zeit am Rande therapeutischer Behandlungsmöglichkeiten und fanden vielleicht auch deshalb wenig Beachtung. Die geringe Behandlungseffektivität galt gleichermaßen für pharmakologische und psychotherapeutische Bemühungen: Es ist sinnlos, sein Problem preiszugeben und eine Behandlung anzuvisieren, wenn diese wenig erfolgversprechend ist.

Gerade mit der Entwicklung verhaltenstherapeutischer Behandlungsstrategien haben sich die Chancen für Patienten mit Zwängen deutlich verbessert:

Zwänge stellen noch immer eine echte Herausforderung für Theoretiker und Therapeuten dar (Reinecker, 1992). Mißerfolge, Rückschläge und schwierige Episoden in der Behandlung sind gerade bei Zwangspatienten nicht ungewöhnlich. Dennoch kann bei den meisten Patienten mit Zwängen zumindest eine Verbesserung des Zustandes erreicht werden (Marks, 1987). Eine fundierte Kenntnis theoretischer Grundlagen, des klinischen Erscheinungsbildes und der effizienten klinischen Strategien ist für den Umgang mit Zwangspatienten unerlässlich. In diesem Abschnitt wird exemplarisch der in vielfacher Hinsicht typische Fall eines Patienten vorgestellt; das therapeutische Vorgehen wird nur angerissen, konkrete Behandlungsmöglichkeiten sind an anderer Stelle ausführlich dargestellt (Reinecker, 1994).

Angaben zur Person

Herr F. ist zu Beginn der Therapie 27 Jahre alt, verheiratet, hat ein Kind (5 Jahre); er wuchs mit einer älteren Schwester und einem jüngeren Bruder in einem kleinen Ort auf. Seinen Vater schilderte er als äußerst autoritär, allerdings sehr sprunghaft und fallweise auch „herzensgut“. Die Mutter litt etwa im Alter des Patienten offenbar ebenfalls an einer psychischen Störung – der Patient bezeichnet sie als „Depression“ – die jedoch im Wege der Selbsthilfe überwunden werden konnte. Durch den massiven Alkoholkonsum des Vaters war das familiäre Klima stets äußerst belastet; in finanziell-wirtschaftlicher Hinsicht stand und steht der mittelständische Betrieb des Vaters – den der Patient übernehmen sollte und im Prinzip auch wollte – immer wieder am Rande des Ruins.

Nach Abschluß der Schule absolvierte Herr F. eine Ausbildung zum Kfz-Mechaniker; er interessiert sich in höchstem Maße für Motorräder und baut dieses Hobby weiter aus. Seine gesamte Freizeit verwendet er darauf, Motorrad und Motorrad-Rennen zu fahren. In die Lehrzeit fällt eine Hungerkur (ca. 10 kg Reduktion), Herr F. wird nervös, unkonzentriert und nach einigen Stürzen beim Motorrad-Rennen gibt er den Rennsport auf, behält aber seine große Vorliebe für schnelle Motorräder.

Herr F. kennt seine Frau aus der Schulzeit, beide sind seither (mit kleinen Unterbrechungen) befreundet. Mit Unterstützung seiner Frau und unter größten Anstrengungen und finanziellen Entbehrungen hat Herr F. den Bau seines Hauses fertiggestellt. Er ist zu Beginn der Therapie als Kraftfahrer (schwere LKWs) beschäftigt, muß diesen Beruf aber aufgrund seiner Zwänge aufgeben. Sein berufliches Ziel besteht nach wie vor – wenn auch mit großer Ambivalenz – darin, den elterlichen Betrieb vor dem Niedergang zu retten und zu übernehmen.

Der Patient war zunächst längere Zeit bei seinem Hausarzt und kurzfristig bei einem Facharzt für Neurologie in medikamentöser Behandlung. Nach etwas mehr als einem Jahr der Behandlung schickte ihn der Hausarzt zu mir (er kannte mich von früheren Patienten her). Zu Beginn der Therapie ist Herr F. krankgeschrieben, er kann seinen Beruf der Zwänge wegen (insbesondere Kontrollzwänge) nicht mehr ausführen und erwartet sich von der Therapie Hilfe. Als bedeutsames Moment ist noch anzuführen, daß Herr F. von seiner Frau zur Therapie begleitet wird, da er selbst nicht in der Lage wäre, die längere Strecke (ca. 1 Fahrstunde) mit dem Auto zurückzulegen.

1 Beschreibung der Störung

Herr F. leidet seit ca. 1 ½ Jahren unter multiplen Zwängen; er selbst schildert den Beginn seiner Zwänge als ganz plötzlich: in der Phase der Fertigstellung des Hauses verließ er abends die Baustelle und wollte eine provisorische Türe mit einem Schloß versperren. Dabei hatte er den Eindruck, die Tür lasse sich nicht richtig schließen, sie sei irgendwie „verspannt“. Herr F. übertrug dieses Gefühl auf sich selbst, fühlte sich ebenfalls verspannt, unruhig und nervös.

Von diesem Zeitpunkt an belasteten ihn Gedanken und Gefühle, daß etwas nicht richtig gemacht sei in einer Vielzahl von Situationen, z. B. beim Autofahren, beim Gang durch den Wald, bei der Betrachtung einzelner Teile seines Hauses (Dachboden, Garten, Fußboden, Elektroinstallationen ...). Besonders störend sind für den Patienten kleinste Gegenstände im Haus oder auf der Kleidung („Fusseln“), die er sofort zu beseitigen versucht, was ihm aber nur sehr schwer gelingt, „weil die Gedanken daran hängen bleiben ...!“ Deswegen muß ihm seine Frau dabei helfen, die Kleinigkeiten zu beseitigen. Zusätzlich zu diesen konkreten Zwängen kamen die Gefühle der Unsicherheit hinsichtlich der Vaterschaft seines Kindes hinzu, und Herr F. begann, seine Frau mit Szenen der Eifersucht zu quälen. Themen der Verantwortung und Schuld spielten eine immer größere Rolle, zum Teil im Zusammenhang mit dem Tod von Bekannten, die der Patient noch kurz vorher gesehen hatte; zufällige Situationen (z. B. Richtung der Schuhe auf das Haus des Verstorbenen; ein zufällig gesprochener Satz des Patienten mit dem Sohn des Toten ...) lösten quälende Überlegungen über seine (Mit-) Schuld aus; diese Gedanken erkannte der Patient zwar im Prinzip als sinnlos, sie beschäftigten ihn jedoch äußerst intensiv und trugen zu seiner Unruhe und Anspannung bei.

Die Beschwerden des Patienten ergeben – festgehalten auf den unterschiedlichen Manifestationsebenen – folgendes Bild:

Verhaltensebene (α)

Der Patient kontrolliert z. B. Lichtschalter, Schlösser, Autoradio, Autotüren etc. äußerst häufig. Zur **Kontrolle** der oben genannten „Fusseln“ hat er mehrfach den Estrich seines Hauses oder auch Lichtleitungen aufgestemmt, seinen Garten umgegraben usw. Beim Autofahren – zum Teil auch mit einem großen LKW – kehrt er mehrfach um und kontrolliert die Strecke, ob er jemanden angefahren hat und ob auch sonst nichts passiert ist (**Verletzung** eines Baumes am Rand eines Waldweges ...). Beim Baden,

Waschen und Rasieren benötigt er sehr viel Zeit und verbraucht eine Menge an Handtüchern, die ihm von seiner Frau gereicht werden.

Gedankliche Ebene (β)

Der Patient leidet unter **aufdringlichen Gedanken** und hat größte Angst, diese Gedanken nicht los zu werden. Gedanken, daß etwas nicht in Ordnung sei und der Kontrolle und Richtigstellung bedürfe, behindern ihn in der alltäglichen Lebensführung. Herr F. wird auch von dem Gedanken geplagt, er könnte etwas vergessen, verloren oder liegengelassen haben, was anderen möglicherweise Schaden zufügte.

So ist es ihm beispielsweise nicht möglich, spazieren oder in den Wald zu gehen, weil von seinen Schuhen oder Stiefeln kleinste Teile auf dem Weg liegen bleiben könnten; der Gedanke an solche „verlorenen“ Teile läßt ihn nicht los und beeinflusst sowohl seine Stimmung (s. unten, γ -Ebene) als auch sein Vermeidungsverhalten, α -Ebene). Der Patient vermag selbst nicht präzise anzugeben, was an den „Fusseln“, an der Unordnung oder an seinem Gedanken so schlimm wäre – das Gefühl selbst ist ihm sehr unangenehm, und er versucht, diese Situation zu vermeiden oder aktiv zu beenden.

Physiologisch-emotionale Ebene (γ)

Der Patient fühlt sich „wie von einem Gummiband gezogen“, die einzelnen Wasch- und Kontrollhandlungen auszuführen. Als charakteristische **Emotionen** schildert der Patient Angst, Unruhe, Ärger, Anspannung, die ihn nicht loslassen, bis er ein spezielles Ritual durchgeführt hat. Die in solchen Fällen typische Erregung und Unruhe wird von Rachman & Hodgson (1980) als „anxiety/discomfort“ bezeichnet; dabei steht offenbar nicht so sehr ein spezielles Gefühl der **Angst** im Mittelpunkt, sondern Anspannung, Unruhe, Ärger, Niedergeschlagenheit etc.

Die **Intensität** der Beschwerden hat im vergangenen Jahr stark zugenommen: Anfangs konnte der Patient seinen Beruf noch ausüben, mit der Zunahme der Kontrollen (mehrfaches Abfahren eines Weges ...) wurde dies bald unmöglich. Der Patient erkannte selbst die objektive Gefährlichkeit seiner Kontrollen, z. B. wenn er einen mit Baumstämmen beladenen LKW mit Anhänger auf einer kleinen Straße zu wenden versuchte, um noch einmal zurückzufahren. Seit rund einem halben Jahr ist der Patient nicht mehr fähig, seinen Beruf auszuüben; er hat in der Zwischenzeit eine Reihe klei-

nerer Arbeiten an seinem Haus begonnen, z. B. den Ausbau des Kellers, der Garage etc., aber auch diese Tätigkeit ist wegen unzähliger Kontrollen praktisch nicht mehr möglich. Gegenwärtig sitzt der Patient oft fast teilnahmslos in einem Stuhl im Wohnzimmer und versucht sich möglichst wenig zu bewegen, „damit ich nur ja nichts Falsches tun kann“.

Die Zwänge des Patienten sind durchaus verschiedenen *Oszillationen* und *Schwankungen* unterworfen: Bei der Konzentration auf interessante Tätigkeiten treten die Zwänge deutlich in den Hintergrund; für kurzfristige Besserungen macht der Patient u. a. Wetterbedingungen (z. B. Sonnenschein, Wärme ...) verantwortlich. Unfreundliches, kaltes Wetter (wie zu Beginn der Therapie) beeinträchtigt nicht nur seine Stimmung, sondern belastet ihn auch im Bereich der Zwangshandlungen und Zwangsgedanken deutlich stärker.

Der Weg des Patienten zur Therapie

Der Patient wird von seiner Frau zu einem Erstgesprächs-Termin angemeldet; den Hinweis zur Möglichkeit einer Therapie hatte der Patient von einem sehr verständnisvollen Hausarzt erhalten, der durch Kontakte mit klinischen Psychologen über die Problematik von Zwängen Bescheid wußte und dem eine psychotherapeutische Behandlung äußerst zielführend erschien. Ohne diese direkte Überweisung wäre der Patient wohl viele Jahre – wie bei psychischen Störungen im ländlichen Gebiet und insbesondere bei Zwangspatienten üblich – ohne Chance auf eine psychotherapeutische Behandlung geblieben.

Der Patient erschien zusammen mit seiner Frau zur Therapie; beide wünschten, daß die Frau bei den Sitzungen anwesend sein sollte. Die Erwartungen des Patienten waren zunächst sehr unspezifisch und gingen in Richtung einer Unterstützung bei der Bewältigung seiner Ängste und Zwänge. Der Patient hatte in gewisser Weise ein Modell vor Augen: Seine Mutter hatte ihm erzählt, daß sie – etwa im jetzigen Alter des Patienten – ebenfalls unter „Ängsten und Depressionen“ (genauer war nicht zu explorieren) gelitten habe. Durch intensive „Arbeit an sich selbst“ hätte sie diese schwierige Phase überwinden können.

Als Stärken und Verhaltensaktiva des Patienten sind sportliche Interessen und Aktivitäten ebenso anzuführen wie die soziale Einbindung des Patienten in einen Freundeskreis. Der Patient fühlt sich im Kreise seiner Familie äußerst wohl, für den Bau seines Hauses hatte er sehr viel Zeit und Energie investiert. Bis auf die mit der Störung zusammenhängende Eifersucht des Patienten erscheint die Beziehung zu seiner Frau ausgesprochen gut und

belastbar, ähnliches gilt für den Kontakt zu seinem Sohn. Der Behandlungswunsch des Patienten hängt u. a. damit zusammen, daß er seinem Sohn ein „gesundes“ Familienleben und günstige Bedingungen für das Heranwachsen bieten möchte.

2 Differentialdiagnostik

Bei Herrn F. können die Kriterien für das Vorliegen einer Zwangsstörung relativ rasch geklärt werden:

Der Patient leidet unter aufdringlichen Gedanken, die ihn nicht loslassen, bis bestimmte Dinge kontrolliert, verändert, gewaschen etc. sind. Er schildert den Drang als von *innen* kommend und hat *klare Einsicht* in die Sinnlosigkeit seiner Gedanken und Handlungen (*Abgrenzung* zur schizophrenen Symptomatik). So ist ihm beispielsweise *völlig bewußt*, daß seine Unordnung, Schmutz, „Fusseln“ etc. *betreffenden Gedanken unsinnig* sind. Er weiß, er müßte nicht waschen, kontrollieren usw., aber das „Gummi-band“ zieht ihn zurück, er hält die Unruhe nicht aus, bis er verschiedene Kontrollen durchgeführt hat. Dabei leistet er selbst intensiven *Widerstand*, sagt sich selbst: „Es ist egal, wenn etwas nicht in Ordnung ist ...“; dieser Widerstand funktioniert aber nur bis zu einem gewissen Grad.

Zur Datenerhebung und zur differentialdiagnostischen Abgrenzung wurden mit dem Patienten eine Reihe standardisierter Erhebungen durchgeführt:

- FLG Fragebogen zur Lebensgeschichte
- FSS III Angstfragebogen zur Abklärung der phobischen Problematik (ohne auffälligen Befund)
- LOI Leyton Obsessional Inventory (Cooper, 1970), insbesondere zur Erfassung der Zwangsgedanken
- MOC Maudsley Obsessional-Compulsive Inventory (Hodgson & Rachman, 1977), insbesondere zur Erfassung von Zwangshandlungen. Beide Fragebögen wurden itemweise ausgewertet und mit dem Patienten zusammen präzisiert.
- PF Problemfragebogen: Allgemeines Screening weiterer Problembe-reiche
- BDI Beck Depression Inventory (Beck et al., 1961). Zur Abklärung der depressiven Komponente (Wert: 12), die dann jedoch nicht mehr im Zentrum des therapeutischen Vorgehens steht.

Beantworten Sie bitte folgende Fragen auf max. 2 Seiten:

Erklären Sie je nach Ausbildungsstand ein nachvollziehbares Bedingungsmodell unter der Angabe Ihres Ausbildungssemesters.

1. Wie lautet die Verhaltensdiagnostik (bitte das horizontale Modell und das vertikale Modell)
2. Wie lautet ein theoretisches Erklärungsmodell?
3. Welcher Therapieplan könnte konzipiert werden?