

Aktuelle Verhaltenstherapie

Heft 3

Zwangsstörungen

**Psychosomatische Fachklinik
Bad Dürkheim**

Herausgeber: Psychosomatische Fachklinik
Ltd. Arzt
Dr. med. Klaus G. Limbacher
Facharzt für Neurologie und Psychiatrie
Facharzt für Psychotherapeutische Medizin
Kurbrunnenstraße 12
67098 Bad Dürkheim
Tel. 0 63 22 / 9 34 - 2 59
Fax 2 66

Redaktion: Dipl. Psych. Stefan Leidig
Dr. med. Klaus G. Limbacher

3. Auflage 1999 1000 Exemplare

ISSN 1432-5845

Themenhefte dieser Reihe erscheinen in unregelmäßigen Abständen.

Stefan Leidig

**Schwerpunkte eines integrativen
stationären Behandlungs-
konzeptes für PatientInnen mit
Zwangsstörungen**

Ansprechpartner für den Bereich Zwangsstörungen:

Dipl. Psych. S. Leidig, Ltd. Psychologe

**Telefonische Sprechzeit:
Freitags 11.00 - 12.00 Uhr
Tel. 0 63 22 / 9 34 - 2 15
Fax 2 66**

**Außerhalb dieser Sprechzeit erreichbar unter
Tel. 0 63 22 / 9 34 0**

Inhaltsverzeichnis

I. Problembereiche/Diagnostische Kriterien	4
II. Grundlegende therapeutische Prinzipien	5
III. Therapieziele	8
IV. Indikation zur stationären Behandlung	8
V. Spezifische Methoden	10
Basisliteratur	11

I. Problembereiche/Diagnostische Kriterien

Eine Zwangsstörung kann sich in Zwangsgedanken und Zwangshandlungen äußern. Sich aufdrängende Gedanken (z.B. "Habe ich den Herd ausgeschaltet?") sind jedoch genauso eine Normvariante menschlicher Gewohnheiten wie zwanghafte Verhaltensweisen (z.B. die Schreibtischunterlage immer parallel zur Schreibtischkante auszurichten). Krankheitswert bekommen Zwänge erst dann, wenn sie erhebliche Folgeprobleme bei den Betroffenen verursachen, z.B. berufliche und soziale Aktivitäten massiv einschränken. Trotz der Bewertung der Symptome als übertrieben und unangemessen sehen sich die Patienten nicht in der Lage, diesen Zwängen zu widerstehen. Zustände innerer Anspannung, die mit Ängsten, Ekel oder anderen intensiven und aversiven Gefühlen verbunden sind, können nur durch das Ausüben der Zwangsrituale abgestellt werden.

Zwangsgedanken und Zwangshandlungen haben ganz unterschiedliche Erscheinungsbilder:

Zwangsgedanken zeigen sich in zwanghaften Zweifeln und Befürchtungen (z.B. "Habe ich in der letzten Kurve jemanden angefahren?"), zwanghaften Vorstellungen und Bildern (z.B. sich ständig aufdrängende innere Bilder von Verstorbenen) sowie in Zwangsimpulsen (z.B. beim Anblick eines Messers sich in der Gefahr wähnen, jemanden erstechen zu müssen).

Zwangshandlungen treten meist in Form von Kontroll- und Reinigungszwängen auf. Kontrollzwänge dienen dazu, mögliche Katastrophen zu vermeiden, in dem man zum Beispiel exzessiv prüft, ob die Elektro- und Gasleitungen abgestellt sind. Reinigungszwänge (z.B. exzessives Putzen, Duschen, Händewaschen) sind häufig mit Kontaminationsängsten verbunden. Das heißt, die Betroffenen sind permanent bemüht,

durch Reinigungshandlungen mögliche Infektionen zu verhindern. Kontaminationsängste können aber auch zu zwanghaften passiven Vermeidungsstrategien führen, wie zum Beispiel keine Türklinken anzufassen oder bestimmte "verseuchte" Ecken der eigenen Wohnung nicht mehr zu betreten.

II. Grundlegende therapeutische Prinzipien

Die Behandlung von Zwangsstörungen erfolgt in der Fachklinik auf verschiedenen Ebenen: Erweiterung der aktuellen Handlungsspielräume durch symptomatische verhaltenstherapeutische Maßnahmen sowie Aufbau alternativer Lebensstrategien und Bearbeitung der die Störung aufrechterhaltenden psychischen und sozialen Faktoren.

Im Bezug auf die direkte Modifikation der Zwangssymptome gehen wir von einem Teufelskreismodell aus, wonach die Zwänge mit erhöhter vegetativer Erregung assoziiert sind. Diese Erregung ist mit unangenehmen Gefühlszuständen (Angst, Ekel, Wut) verbunden und veranlaßt die Betroffenen, mit Hilfe von Zwangsritualen (kontrollieren, waschen, grübeln) die innere Anspannung abzubauen. Durch die (kurzfristige) Wirksamkeit der eingesetzten Rituale verselbständigen sich die Zwänge.

Entsprechend gehen wir bei einem Großteil von Zwängen analog der Verhaltenstherapie bei Phobien mit Reaktionsverhinderungsmaßnahmen bzw. Expositionsverfahren vor. Ziel

ist es, die beim Unterdrücken der Zwangssymptome auftretenden negativen Anspannungszustände so lange auszuhalten, bis diese abklingen (habituierten).

Die (gedankliche) Bewältigung der sehr unangenehmen Anspannungszustände wird dadurch erleichtert, daß wir unseren Patienten genaue Informationen zu allen Aspekten der Therapie von Zwangsstörungen geben. Beispielsweise nutzen wir hierbei das neuroanatomische Modell der Symptomauslösung (z.B. Schwartz et. al. 1992), das letztlich den Betroffenen helfen will, ihre Symptome analog eines „Fehlalarms“ im Gehirn aufzufassen, dessen Aufforderungscharakter zu widerstehen auf Dauer auch zu einer Reduktion solcher Zwangs-impulse führt.

Eine weitere kognitive Therapiestrategie besteht darin, mit den Patienten deren "zartes Gewissen" zu thematisieren: Insbesondere Zwangsgedanken, die sich gegen eigene oder kulturelle Moralvorstellungen richten, führen bei den Betroffenen sofort zu rituellen Versuchen, die störenden Gedanken zu unterdrücken oder wieder gutzumachen. ZwangspatientInnen erleben sich dabei wie Sünder, die zu einer perversen Minderheit der Bevölkerung gehören. Es ist häufig eine erste Erleichterung für die Betroffenen zu erfahren, daß der Großteil der Bevölkerung ab und an Phantasien hat, die jeden Zwangspatienten in exzessive Rituale treiben würden. Tatsächlich werden grausame Gedanken in Aversivität und Häufigkeit dadurch verstärkt, daß infolge sofortiger Ablenkungshandlungen keine Gewöhnung stattfinden kann. Entsprechend steht bei Gedankenzwängen das Aushalten der eigenen aversiven Vorstellungen im Fokus therapeutischer Bemühungen.

Therapie der psychischen und sozialen Problembereiche: PatientInnen, die unter Zwangsstörungen leiden, fallen in der Regel erst dann klinisch auf, wenn die Symptome das Leben so stark einengen, daß private und berufliche Pflichten kaum mehr erfüllt werden. Die meisten Betroffenen haben bis zu diesem Zeitpunkt schon einen jahrelangen Leidensweg hinter sich. Die stattgefundene Chronifizierung zum Zeitpunkt der erstmaligen Diagnosestellung hat dann schon infolge einer Vielzahl fehlgeschlagener Bewältigungsversuche zu depressiv-hilflosem Erleben und Verhalten geführt. Entsprechend haben vielen PatientInnen mit Zwängen depressive Symptome und Probleme in der sozialen Interaktion. Bezugspersonen der Betroffenen haben bereits eine fatalistisch-resignative Grundhaltung eingenommen, die den Symptomträgern zunehmend weniger korrigierende Erfahrung ermöglicht.

Soweit notwendig, erlernen unsere Patienten, den infolge der Symptomreduktion wiedergewonnen Freiraum gesundheitsfördernd zu füllen. Entsprechend werden nach individuellen Defiziten Selbstsicherheitstraining, Familiengespräche, medizinische Belastungserprobungen und andere verhaltenmedizinische Indikativangebote in das Behandlungsprogramm integriert.

Prinzip der minimalen Intervention: Es hat sich gezeigt, daß reine Expositionsmethoden komplexen Therapieprogrammen überlegen sein können (z.B. Fiegenbaum 1988). Entsprechend sind wir im Rahmen der individuellen Motivationslage bemüht, zunächst eine effektive symptomorientierte Therapie durchzuführen. Stellt sich heraus, daß aufgrund spezifischer Chronifizierungsbedingungen psychische und soziale Pro-

blemlagen Verhaltensänderungen behindern, kommen selbstverständlich multimodale Methoden im Rahmen unseres weitgefaßten Indikativangebotes zu Anwendung.

III. Therapieziele

Die Sicherung beruflicher und sozialer Leistungsfähigkeit sowie die Verhinderung drohender gesundheitlicher Beeinträchtigungen wird durch Erarbeiten folgender Ziele angestrebt:

- Aufbau von Verständnis für die psychologischen und neuroanatomischen Grundlagen der Zwangsstörungen als Grundlage der verhaltenstherapeutischen Behandlungsprogramme
- Sistieren bzw. Reduktion der Zwangssymptome
- Verbesserung der sozialen Kompetenz bzw. Therapie anderer im Verlauf der Chronifizierung aufgetretener psychosozialer Problembereiche.

IV. Indikation zur stationären Behandlung

Die Einweisungskriterien, die im Zusammenhang mit der Notwendigkeit einer stationären Therapie genannt werden, sind in der Regel undifferenziert. Ein zentraler Punkt dieser Unklarheit besteht in der Verunsicherung bezüglich der Differentialindikation: Wann ist eine ambulante Maßnahme ausreichend, wann ist eine stationäre Therapie notwendig? Da

aus psychiatrischen Diagnosen unmittelbar keine therapeutischen Strategien abgeleitet werden können, sollen im folgenden Problembereiche der Zwangsstörungen aufgeführt werden, die ambulante Behandlungen erschweren und im stationären Rahmen effektiv zu therapieren sind

- **Ausgeprägte Verhaltensexzesse:**
Zwangssymptome, die tägliche mehrere Stunden in Anspruch nehmen sind im ambulanten Bereich in der Regel nicht effektiv modifizierbar. Der Aufbau von Selbstkontrolle ist bei exzessivem Problemverhalten nur durch engmaschige Kontrolle zu sichern.
- **Kontrollverlustängste:**
Aufgrund des zunehmenden sozialen Rückzugs und einhergehender interaktioneller Defizite entwickelt sich bei Patienten mit chronifizierten Zwängen ein Vertrauensverlust in die eigenen Fähigkeiten und in die soziale Umwelt. Bei solcherlei gravierenden Kontrollverlustängsten benötigen Patienten einen schützenden Rahmen, um erste Veränderungsschritte zu wagen. Andererseits ist eine stetige Aktivierung notwendig, um trotz der massiven Verunsicherung die gewünschten Kompetenzen aufzubauen.
- **Ausgleich strukturbedingter Versorgungsmängel:**
Verhaltenstherapeutische Behandlungsansätze sind bei Zwangsstörungen nachgewiesenermaßen sehr erfolgreich.

Da nicht überall Therapeuten mit entsprechenden Kompetenzen ambulant arbeiten, kann es sinnvoll sein, die notwendigen verhaltenstherapeutischen Maßnahmen in einer entsprechend spezialisierten Klinik durchzuführen. Mögliche psychosoziale Problembereiche können dann im ambulanten Rahmen weiterbearbeitet werden. Im Dienste einer Zeit- und Kostenersparnis ist eine enge Zusammenarbeit mit niedergelassenen KollegInnen sinnvoll.

- **Zur Vorbereitung und im Sinne einer Klärung der Motivation und Indikation zu einer stationären Verhaltenstherapie halten wir ein ambulantes Vorgespräch in der Klinik für notwendig.**

V. Spezifische Methoden

- Einzeltherapie (kognitiv - verhaltenstherapeutisch orientiert)
- Gruppentherapie nach Grawe (interaktionelle Problemlösegruppe)
- Expositions- bzw. Reaktionsverhinderungsverfahren
- Aufbau von Selbstbehandlungsstrategien
- Systemische Ansätze
- Indikativgruppen nach spezifischer Problemlage (Sporttherapie, Ergotherapie, Atemtherapie, Selbstsicherheits-training, Entspannungstraining etc.)
- insbesondere bei Patienten, die unter Zwangsgedanken leiden, besteht bei Bedarf die Möglichkeit einer Kombinationstherapie mit Antidepressiva

Basisliteratur

- Baer, L. (1993) Alles unter Kontrolle. Bern, Huber
- Ecker, W. (1994) Stationäre Verhaltenstherapie bei Zwangsnerven. In M. Zielke, J. Sturm (Hg.) Handbuch stationäre Verhaltenstherapie. Weinheim, Beltz
- Hand, I. (1992) Verhaltenstherapie der Zwangsstörungen. In I. Hand, W.K. Goodman, U. Evers (Hg.) Zwangsstörungen. Neue Forschungsergebnisse. Berlin, Springer
- Hoffmann, N. (1990). Wenn Zwänge das Leben einengen. Mannheim, PAL
- Fiegenbaum, W. (1988) Longterm efficacy of ungraded versus graded massed exposure. In I. Hand, H.U. Wittchen (Hg.) Panic and phobias. Part II. Berlin, Springer
- Klepsch, R. Wlazlo, Z.; Hand, I. (1991) Zwänge. In R. Meermann, W. Vandereycken (Hg.) Verhaltenstherapeutische Psychosomatik in Klinik und Praxis. Stuttgart, Schattauer
- Marks, I. (1992) Behavioral self-treatment for obsessive compulsive disorder. In I. Hand, W.K. Goodman, U. Evers (Hg.) Zwangsstörungen. Neue Forschungsergebnisse. Berlin, Springer
- Rachman, S.J., Hodgson, R.J. (1980) Obsessions and compulsions. Englewood Cliffs, Prentice Hall
- Schwartz, J.M., Martin, K.M., Baxter, L.R. (1992) Neuroimaging and cognitive-biobehavioral self-treatment for obsessive-compulsive disorder: Practical and philosophical considerations. In I. Hand, W.K. Goodman, U. Evers (Hg.) Zwangsstörungen. Neue Forschungsergebnisse. Berlin, Springer