

Hans Reinecker

Zwangshandlungen und Zwangsgedanken

Fortschritte der Psychotherapie

HOGREFE



Zwangshandlungen und Zwangsgedanken

Fortschritte der Psychotherapie

Band 38

Zwangshandlungen und Zwangsgedanken

von Prof. Dr. Hans Reinecker

Herausgeber der Reihe:

Prof. Dr. Dietmar Schulte, Prof. Dr. Kurt Hahlweg,

Prof. Dr. Jürgen Margraf, Prof. Dr. Dieter Vaitl

Begründer der Reihe:

Dietmar Schulte, Klaus Grawe, Kurt Hahlweg, Dieter Vaitl

Zwangshandlungen und Zwangsgedanken

von Hans Reinecker

HOGREFE



GÖTTINGEN · BERN · WIEN · PARIS · OXFORD · PRAG · TORONTO
CAMBRIDGE, MA · AMSTERDAM · KOPENHAGEN · STOCKHOLM

Prof. Dr. Hans Reinecker, geb. 1947. 1967–1973 Studium der Psychologie und Pädagogik in Salzburg. 1973 Promotion. 1980 Habilitation. Seit 1982 Professor für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Universität Bamberg und Aufbau der Forschungs- und Beratungsstelle/Psychotherapeutische Ambulanz. Seit 1989 Aufbau und Leitung eines Weiterbildungsgangs für Psychologische Psychotherapeuten (CIP-Bamberg).

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat für die Wiedergabe aller in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen etc.) mit Autoren bzw. Herausgebern große Mühe darauf verwandt, diese Angaben genau entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abzudrucken. Trotz sorgfältiger Manuskriptherstellung und Korrektur des Satzes können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handele.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© 2009 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Göttingen · Bern · Wien · Paris · Oxford · Prag · Toronto
Cambridge, MA · Amsterdam · Kopenhagen · Stockholm

<http://www.hogrefe.de>

Aktuelle Informationen · Weitere Titel zum Thema · Ergänzende Materialien



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

Satz: Grafik-Design Fischer, Weimar
Druck: AZ Druck und Datentechnik, Kempten
Printed in Germany
Auf säurefreiem Papier gedruckt

ISBN 978-3-8017-2055-1

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|-----------|
| Vorwort | 1 |
| 1 Beschreibung der Störung | 3 |
| 1.1 Diagnostische Kriterien nach ICD und DSM | 4 |
| 1.2 Untergruppen der Zwangsstörungen | 6 |
| 1.3 Zwangs-Spektrums-Störungen und Komorbidität | 8 |
| 1.4 Epidemiologie | 14 |
| 1.5 Verlauf und Nosologie | 14 |
| 2 Störungsmodelle | 15 |
| 2.1 Zwei-Faktoren-Modell | 15 |
| 2.2 Kognitives Modell | 18 |
| 2.3 Psychophysiologische und psychobiologische Merkmale | 26 |
| 3 Diagnostik und Indikation | 29 |
| 3.1 Zuweisung und Erstgespräch | 29 |
| 3.2 Vorbereitung der Behandlung | 30 |
| 3.3 Diagnostische Instrumente und funktionale Analyse | 32 |
| 3.4 Hinweise zur Indikation | 36 |
| 4 Psychotherapie der Zwangsstörungen | 40 |
| 4.1 Prinzip der Behandlung: Konfrontation und Reaktions- verhinderung | 40 |
| 4.2 Kognitive Therapie | 47 |
| 4.3 Die Behandlung von Zwangsgedanken | 54 |
| 4.4 Aufbau von Alternativen | 57 |
| 4.5 Medikamentöse Behandlung | 60 |
| 5 Effektivität in der Behandlung von Zwangshandlungen und Zwangsgedanken | 62 |
| 5.1 Behandlungseffekte | 62 |
| 5.2 Ergebnisse in Meta-Analysen | 64 |
| 5.3 Klinische Relevanz und Langzeiteffekte | 68 |
| 5.4 Misserfolge, Rückfälle und Grenzen der Behandlung | 69 |

| | | |
|-----------|---|-----|
| 6 | Offene Fragen | 74 |
| 6.1 | Versorgungssituation bei Zwangsstörungen | 75 |
| 6.2 | Reste bei der Behandlung von Zwängen | 76 |
| 6.3 | Chronizität der Zwangsstörung: Ändern versus Akzeptieren? | 78 |
| 6.4 | Kriterien der Veränderung | 80 |
| 6.5 | Zur Rolle der Selbsthilfe bei der Behandlung von Zwangs- störungen | 81 |
| 7 | Behandlungsbeispiel | 83 |
| 8 | Weiterführende Literatur | 92 |
| 9 | Literatur | 92 |
| 10 | Anhang | 100 |
| | Y-BOCS – Symptom-Checkliste | 100 |
| | Y-BOCS – Beurteilungsbogen | 103 |
| | Y-BOCS – Interviewleitfaden | 104 |

Karte:

Screening-Fragen zur Identifikation von Zwangsstörungen

Vorwort

Das Thema *Zwangshandlungen* und *Zwangsgedanken* beschäftigt mich seit mehr als 20 Jahren in Forschung, Ausbildung und Praxis. Dabei hat das Störungsbild nichts von seiner Faszination verloren – im Gegenteil: Immer wieder gibt es Facetten, die in Forschung und Praxis echte Herausforderungen darstellen. Deshalb war es auch gar nicht einfach, die Vorgaben des Verlages und der Reihe einzuhalten, zu umfangreich und zu differenziert ist unser Wissen um die Zwangsstörungen. Ich habe dennoch versucht, mich aus dem Blickwinkel des Praktikers auf das Wesentliche zu beschränken, vieles ist den Hinweisen zur Literatur zu entnehmen.

Neben der Faszination in der Forschung stellt für mich die *Ausbildung* von angehenden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ein wichtiges Anliegen dar. Interessant war und ist immer wieder, dass angehende Praktiker berichten, sie hätten in der Therapie von Patienten mit Zwangshandlungen und Zwangsgedanken besonders viel gelernt. Bei näherer Nachfrage zeigt sich, dass damit die Vernetzung in fast alle Gebiete der Psychologie ebenso gemeint ist wie die Verzweigung in angrenzende Disziplinen, seien es die Psychiatrie, die Pharmakologie, die Psychophysiologie, die Evolutionstheorie, kulturvergleichende Aspekte oder auch die klassische Literatur. Dazu kommen Merkmale von Religion, von zentralen Themen des menschlichen Lebens wie Schmutz und Sauberkeit, Risiko und Unsicherheit, Sexualität, Aggressivität und die Frage der Normen menschlichen Verhaltens. All diese Themen sind von Bedeutung, wenn man mit Patienten arbeitet, die oft seit Jahren unter Zwangsstörungen leiden.

In der Phase der Erstellung des Manuskriptes bin ich einer Reihe von Personen zu großem Dank verpflichtet, stellvertretend möchte ich Markus Gmelch nennen, der geduldig und aufmerksam Korrektur gelesen und manche Fehler beseitigt hat!

Ein besonderer Dank gilt auch den Herausgebern der Reihe und den Gutachtern, die viele konstruktive Anregungen beigetragen haben. Nicht zuletzt ein großer Dank auch an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Verlages, die das Projekt mit Geduld und Beharrlichkeit unterstützt haben.

Im Verlauf des Textes habe ich versucht, durch die Auswahl von Patientenbeispielen die männliche und weibliche Form einigermaßen abwechselnd zu gebrauchen. Wenn nur eine der beiden Formen genannt ist, sind in der Regel selbstverständlich beide Geschlechter gemeint.

Bamberg, im Januar 2009

Hans Reinecker

1 Beschreibung der Störung

Gewohnheiten und Rituale sind Bestandteile unseres Alltagslebens: Sie erleichtern uns den Ablauf alltäglicher Handlungen, wenn wir nicht in jedem Moment neue Entscheidungen treffen müssen (z. B. bei Begrüßungsritualen, die stark normiert und kulturell vorgegeben sind). *Rituale* haben auch eine wichtige Funktion bei sogenannten Übergängen im Verlauf eines Lebens, man denke nur an Tauf-, Hochzeits- oder Beerdigungsrituale. In diesen neuen Situationen bieten die normativ vorgegebenen Handlungsmuster eine gewisse Orientierung, sie reduzieren Unsicherheit und Angst in unklaren Handlungsräumen.

Rituale sind Bestandteile des Alltags

Aus der Literatur sind Beispiele von zwanghaften Ritualen anzuführen: Am bekanntesten ist wohl die Figur der Lady Macbeth aus dem Drama von William Shakespeare, die nach der Ermordung von König Duncan begann, sich unablässig die Hände zu waschen – offenbar um nicht nur Blut zu entfernen, sondern sich vielmehr von Schuld zu befreien.

Gibbs (1996) hat darauf hingewiesen, dass der Spielraum subklinischer Zwänge sehr groß ist: Sie geht davon aus, dass rund 20 % der erwachsenen Bevölkerung eine Reihe von sehr stabilen und invarianten Gewohnheiten zeigen, die man dem Spektrum der subklinischen Zwänge zuordnen kann. Ein Verzicht auf diese Gewohnheiten bereitet der Person durchaus eine gewisse Unruhe, die mit der Emotion bei Zwangsstörungen vergleichbar ist. Im Unterschied zu klinisch relevanten Zwängen ist die Person in ihrem Lebensvollzug jedoch kaum beeinträchtigt, im Gegenteil: Ihre Handlungen werden als weitgehend „ich-synton“ angesehen, d. h. die Person sieht keinen Grund, auf die entsprechenden Handlungen zu verzichten. All diese subklinischen Zwänge bieten jedoch nur ein schwaches Abbild von Zwangsstörungen, die von der Person, von der Umgebung bzw. von Fachleuten als einer Behandlung bedürftig bzw. als krankheitswertig angesehen werden.

Subklinische Zwangshandlungen sind weit verbreitet

Beispiel

Frau G. wendet sich auf Empfehlung eines Psychiaters an den Psychotherapeuten. Die 28-jährige Sachbearbeiterin einer großen Firma leidet seit ca. 6 Jahren an Zwangsgedanken und Zwangshandlungen, die immer wieder längere Fehlzeiten und Krankenhausaufenthalte verursachen. So ist sie nicht mehr in der Lage, für sich selbst einzukaufen, weil der Besuch von Läden, speziell von Drogeriemärkten bei ihr größte Unruhe verursacht. Sie wird von dem Gedanken gequält, sie könnte (unabsichtlich?) Lebensmittel mit Reinigungs- oder Desinfektionsmitteln versetzt und dadurch Menschen (insbesondere Kinder) gefährdet haben.

Sie geht deshalb nur in Begleitung einkaufen, Mitglieder der Familie müssen sie ständig beruhigen, dass sie nichts angestellt habe usw. In manchen Phasen ihrer Problematik ist es ihr nicht einmal möglich, an Supermärkten vorbeizugehen oder mit dem Auto daran vorbeizufahren, weil allein schon der Gedanke, sie könnte allein durch ihre Anwesenheit jemanden gefährdet haben, für sie unerträglich wird.

1.1 Diagnostische Kriterien nach ICD und DSM

Die Kriterien für Zwangsstörungen (*Obsessive Compulsive Disorder, OCD*) wurden bereits vor langer Zeit sehr präzise beschrieben (s. Esquirol, 1838) und haben Eingang in die beiden gängigen Klassifikationssysteme gefunden.

Kriterien für
Zwangsstörungen
nach ICD-10

Im ICD-10 sind die Zwangsstörungen unter den Neurotischen-, Belastungs- und somatoformen Störungen (F4) als eigenes Krankheitsbild aufgelistet (F42).

Diagnostische Leitlinien (ICD-10, Dilling et al., 1991, S. 152/153)

Für eine eindeutige Diagnose sollen wenigstens zwei Wochen lang an den meisten Tagen Zwangsgedanken oder -handlungen oder beides nachweisbar sein; sie müssen quälend sein oder die normalen Aktivitäten stören. Die Zwangssymptome müssen folgende Merkmale aufweisen:

1. Sie müssen als eigene Gedanken oder Impulse für den Patienten erkennbar sein.
2. Wenigstens einem Gedanken oder einer Handlung muss noch, wenn auch erfolglos, Widerstand geleistet werden, selbst wenn sich der Patient gegen andere nicht länger wehrt.
3. Der Gedanke oder die Handlungsausführung dürfen nicht an sich angenehm sein (einfache Erleichterung von Spannung und Angst wird nicht als angenehm in diesem Sinne betrachtet).
4. Die Gedanken, Vorstellungen oder Impulse müssen sich in unangenehmer Weise wiederholen.

Kriterien für
Zwangsstörungen
nach DSM-IV

Im DSM-IV, dem Klassifikationssystem der American Psychiatric Association (APA), werden die Zwangsstörungen nach wie vor als eine Untergruppe der Angststörungen angeführt:

**Diagnostische Kriterien für Zwangsstörung
(300.3) (DSM-IV, Saß et al., 1996, S. 485/486)**

A. Entweder Zwangsgedanken oder Zwangshandlungen:

Zwangsgedanken, wie durch (1), (2), (3) und (4) definiert:

1. wiederkehrende und anhaltende Gedanken, Impulse oder Vorstellungen, die zeitweise während der Störung als aufdringlich und unangemessen empfunden werden und die ausgeprägte Angst und großes Unbehagen hervorrufen,
2. die Gedanken, Impulse oder Vorstellungen sind nicht nur übertriebene Sorgen über reale Lebensprobleme,
3. die Person versucht, diese Gedanken, Impulse oder Vorstellungen zu ignorieren oder zu unterdrücken oder sie mit Hilfe anderer Gedanken oder Tätigkeit zu neutralisieren,
4. die Person erkennt, dass die Zwangsgedanken, -impulse oder -vorstellungen ein Produkt des eigenen Geistes sind (nicht von außen auferlegt wie bei Gedankeneingebung).

Zwangshandlungen, wie durch (1) und (2) definiert:

1. wiederholte Verhaltensweisen (z. B. Händewaschen, Ordnen, Kontrollieren), oder gedankliche Handlungen (z. B. Beten, Zählen, Wörter leise wiederholen), zu denen sich die Person als Reaktion auf einen Zwangsgedanken oder aufgrund von streng zu befolgenden Regeln gezwungen fühlt,
2. die Verhaltensweisen oder die gedanklichen Handlungen dienen dazu, Unwohlsein zu vermindern oder zu reduzieren oder gefürchteten Ereignissen oder Situationen vorzubeugen; diese Verhaltensweisen oder gedanklichen Handlungen stehen jedoch in keinem realistischen Bezug zu dem, was sie zu neutralisieren oder zu verhindern versuchen, oder sie sind deutlich übertrieben.

B. Zu irgendeinem Zeitpunkt im Verlauf der Störung hat die Person erkannt, dass die Zwangsgedanken oder Zwangshandlungen übertrieben oder unbegründet sind.

C. Die Zwangsgedanken oder Zwangshandlungen verursachen erhebliche Belastung, sind zeitaufwendig (benötigen mehr als 1 Stunde pro Tag) oder beeinträchtigen deutlich die normale Tagesroutine der Person, ...

D. Falls eine andere Achse-I-Störung vorliegt, so ist der Inhalt der Zwangsgedanken oder Zwangshandlungen nicht auf diese beschränkt (...),

E. Das Störungsbild geht nicht auf die direkte körperliche Wirkung einer Substanz (z. B. Droge, Medikament) oder eines medizinischen Krankheitsfaktors zurück.

**Spezielle
Merkmale von
Zwangs-
störungen**

Merke:

In differenzialdiagnostischer Hinsicht ist es wichtig, auf spezielle Merkmale besonderes Augenmerk zu legen. Demnach sind für Zwangsstörungen charakteristisch

- ein *innerer, subjektiver Drang*, bestimmte Dinge zu denken oder zu tun,
- ein *Widerstand* gegen den Impuls,
- prinzipielle Einsicht in die *Sinnlosigkeit* der Gedanken oder Handlungen, sowie
- eine erhebliche Belastung und *Beeinträchtigung*.

Das erste Merkmal grenzt Zwangsstörungen sehr klar von psychotischen Gedanken oder Impulsen ab. Hier ist es diagnostisch wichtig, die Person sinngemäß zu befragen: „Woher kommen Ihre Gedanken, xy zu denken oder zu tun?“ Die Person mit einer Zwangsstörung erkennt sich *selbst als Quelle* der Gedanken oder der Impulse.

Zum zweiten leistet die Person *Widerstand*, d. h. die Gedanken werden abgewehrt oder die Person unternimmt den Versuch, diese zu unterdrücken (im Kontrast etwa zu depressiven Gedanken oder zum Grübeln bei Generalisierter Angst).

Eine Person mit einer Zwangsstörung besitzt auch prinzipiell *Einsicht* in die Sinnlosigkeit: Bei einem Waschzwang etwa ist der Person durchaus klar, dass es wenig Sinn hat, die Hände ein weiteres Mal zu waschen. Hier wird auch schon klar, dass es weniger darum geht, Schmutz zu beseitigen, die Person unternimmt eher den Versuch, sich durch das Waschen zu beruhigen oder die Angst zu reduzieren.

Von besonderer Bedeutung ist das letzte Kriterium der *Beeinträchtigung*: Erst wenn die Gedanken oder Handlungen das Alltagsleben der Person deutlich einschränken, sollte man von einer behandlungsbedürftigen Störung ausgehen (vgl. dazu das Kriterium von ca. 1 Stunde pro Tag im DSM-IV).

1.2 Untergruppen der Zwangsstörungen

**Untergruppen
der Zwangsstö-
rungen sollten
unterschieden
werden**

Es ist aus diagnostischer, ätiologischer und durchaus auch therapeutischer Hinsicht sinnvoll, einzelne Untergruppen von Zwangsstörungen zu unterscheiden. Ganz generell unterscheidet man Zwangshandlungen und Zwangsgedanken.

Zwangshandlungen

Bei den *Zwangshandlungen* wiederum sind zwei Hauptgruppen relevant, nämlich

- Wasch-, Reinigungs- und Putzzwänge, sowie
- Kontroll- und Ordnungszwänge.

Die Unterscheidung ist für folgende Punkte von Bedeutung:

- *Geschlecht*: Frauen leiden häufiger unter Waschwängen, Männer eher unter Kontrollzwängen.
- *Alter*: Kontrollzwänge beginnen früher, Waschwänge ca. 5 Jahre später als der Durchschnitt.
- *Beginn*: Kontrollzwänge beginnen eher „schleichend“, Waschwänge überwiegend abrupt.
- *Ähnlichkeit mit Phobien*: Waschwänge weisen deutliche Überschneidungen mit Phobien (z. B. vor Krankheiten, Verschmutzung) auf, dies trifft für Kontrollzwänge nicht zu.
- *Implikationen für die Therapie*: Es ist bei Kontrollzwängen von größter Bedeutung, die Verantwortung beim Patienten zu belassen, bei Waschwängen spielt dies keine so große Rolle (s. Kap. 4).

Differenzielle
Merkmale

Zwangsgedanken

Bei den *Zwangsgedanken* unterscheidet man

- reine Gedanken, z. B. Wiederholen von Inhalten, Beten, Zählen,
- Bilder, z. B. über Unfälle und
- Impulse, z. B. aggressiver, sexueller oder blasphemischer Art.

Bei rund 25 % aller Patienten sind Zwangsgedanken ohne beobachtbare Handlungen zu diagnostizieren; in diagnostischer und insbesondere therapeutischer Hinsicht stellt diese Form der Zwangsstörungen eine besondere Herausforderung dar: Die Gedanken sind nur von der Person selbst beobachtbar, sie beeinträchtigen den Patienten aber in besonderer Weise.

Untergruppen
von Zwangs-
gedanken

Primäre zwanghafte Langsamkeit

Der Vollständigkeit halber soll hier noch die sog. „*primäre zwanghafte Langsamkeit*“ angeführt werden (s. Rachman & Hodgson, 1980): Hier handelt es sich um eine besondere Form des sehr langsamen Ablaufs des Verhaltens („wie in Zeitlupe“), z. B. bei alltäglichen Handlungen (z. B. Zähne putzen).

Sind Differenzierungen in weitere Untergruppen sinnvoll?

Notwendigkeit
einer weiteren
Binnendifferenzierung?

Ob es sinnvoll sein könnte, weitere Untergruppen von Zwangsstörungen zu differenzieren, wird in neuerer Zeit durchaus kontrovers diskutiert (s. Abramowitz, McKay & Taylor, 2005). Als Argument für eine weitere Differenzierung wird angeführt, dass Zwangsstörungen als eine sehr heterogene Gruppe zu betrachten sind und dass man dies in Diagnostik, Theorie und Therapie entsprechend berücksichtigen sollte. Als Alternative zu einer immer weiteren Differenzierung (bis hin zu einer Betrachtung von Einzelfällen) wird eine dimensionale Perspektive einzelner (speziell kognitiver) Merkmale von Zwangsstörungen angeregt (s. Clark, 2005). Die einzelnen kognitiven Merkmale werden dabei nicht mehr kategorial voneinander abgegrenzt, sondern es wird ein fließender (dimensionaler) Übergang angenommen.

Erwähnt werden sollte noch eine Gruppe von bis zu 10 % sogenannter „atypischer Zwänge“: Gemeint sind damit Betroffene, bei denen das Kriterium der Einsicht in die Sinnlosigkeit der Problematik nicht oder nicht durchgehend gegeben ist (s. Foa, 1979). In der englischsprachigen Literatur wird dies als „*overvalued ideation*“ bezeichnet.

Beispiel

Atypische
Zwänge/
Überwertige
Ideen

Frau E., 35 Jahre alt, litt unter dem Gedanken, durch Reinigungsmittel ihre Angehörigen und speziell Kinder ihrer Schwester vergiften zu können. Erst im Verlauf der Konfrontationsübungen im Supermarkt und insbesondere bei der Patientin zu Hause wurde deutlich, dass es für Frau E. unvorstellbar war, sich auf die Konfrontation so einzulassen, wie es für die Veränderung ihrer Emotionen notwendig gewesen wäre. Im Kern ihrer Befürchtungen hielt sie an der Möglichkeit (und wenn sie noch so gering wäre) eines Schadens für die Kinder fest – und der Gedanke, dafür möglicherweise verantwortlich zu sein, war für sie unerträglich. Aus diesem Grunde war auch eine Behandlung ihres massiven Waschzwanges nicht möglich, und die Patientin beendete von sich aus die Therapie.

1.3 Zwangs-Spektrums-Störungen und Komorbidität

Als Psychotherapeut ist man nicht selten mit Störungen aus dem sog. *Spektrum der Zwangserkrankungen* konfrontiert. Gemeint ist damit eine Reihe von psychischen Störungen, die durchaus gewisse Ähnlichkeiten mit Zwangsstörungen aufweisen, die aber differenzialdiagnostisch (und natür-

lich auch ätiologisch und therapeutisch) von Zwängen unterschieden werden müssen (s. Hollander, 1993). In Abbildung 1 sind diese in Form eines Diagramms angeführt.

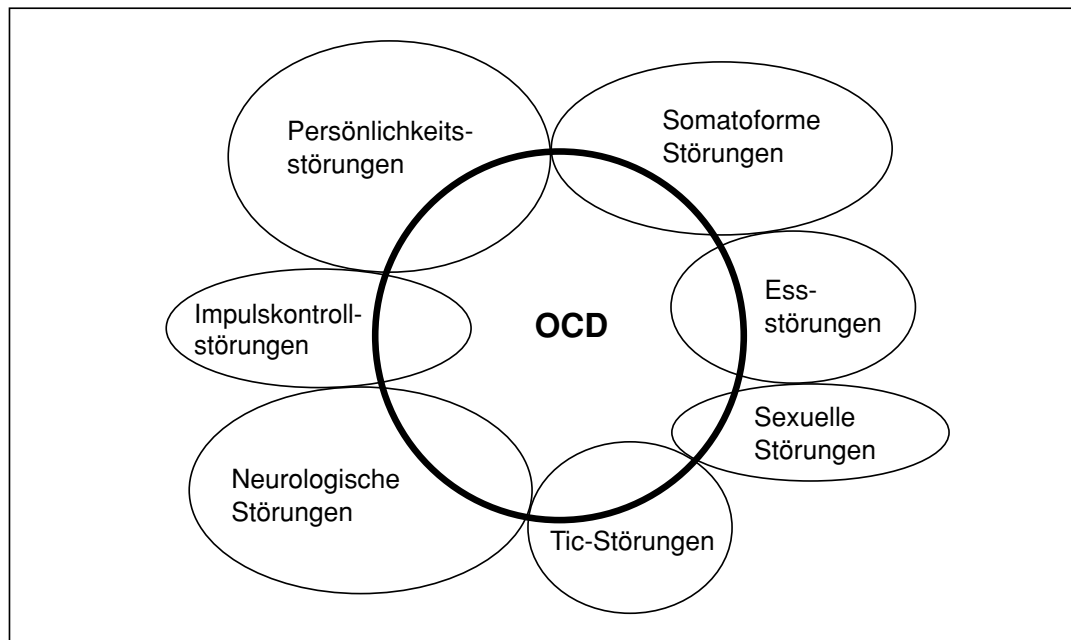


Abbildung 1: Zwangs-Spektrums-Störungen (in Anlehnung an Hollander, 1993; Hollander & Stein, 2005)

Alle angeführten Störungen weisen Gemeinsamkeiten mit Zwangsstörungen auf: Bei Impulskontrollstörungen beispielsweise (s. pathologisches Kaufen oder Spielen) erlebt die Person einen Impuls, den sie durchaus als *Ich-synton* erlebt. Ein entscheidender Punkt der Differenzierung gegenüber Zwangsstörungen ist darin zu sehen, dass die Person zumindest kurzfristig (Lust-?)Gewinn (im operanten Sinne) aus ihrer Handlung zieht. Eine weitere wichtige Differenzierung findet sich im Bereich des *Widerstandes*, der bei Störungen der Impulskontrolle nicht gegeben ist. Darüber hinaus werden die einzelnen Störungen durch das Kriterium (D) im DSM-IV ausgeschlossen. Vielfach werden Zwangsstörungen einerseits und Störungen der Impulskontrolle andererseits auf Endpunkten eines Kontinuums angeordnet (s. Abb. 2): Auf dem einen Ende befinden sich die Zwangsstörungen,

Störungen der Impulskontrolle als Zwangs-Spektrums-Störungen

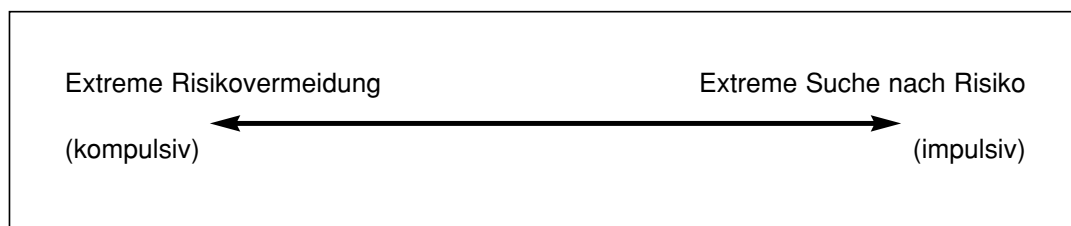


Abbildung 2: Kontinuum von Zwangsstörungen versus Störungen der Impulskontrolle

bei denen es ganz besonders um die Risikovermeidung geht, während Personen mit Störungen der Impulskontrolle das Risiko immer wieder suchen (und als angenehm erleben).

**Gemeinsames
Auftreten:
Komorbidität**

Von besonderer Relevanz ist allerdings der Aspekt der *Komorbidität*: Gemeint ist damit, dass psychische Störungen (hier: Zwangsstörungen) kaum in sogenannter „reiner“ Form auftreten, sondern dass man mit Überschneidungen und gemeinsam auftretenden Störungen zu rechnen hat. Komorbidität ist damit nichts anderes als die fast triviale Beobachtung, dass sich psychische Störungen nicht einfach nach den (künstlichen, willkürlichen) Klassifikationssystemen verhalten: Die einzelnen Merkmale von Störungen werden vielmehr nach bestimmten Konventionen den einzelnen Klassen eines Systems zugeordnet.

Grundsätzlich können beim Vorliegen von Zwangsstörungen so gut wie alle anderen Formen psychischer Störungen mit auftreten. Es gibt allerdings einige Störungen, die aufgrund ihrer Häufigkeit besonderer Beachtung bedürfen.

Zwanghafte Persönlichkeitsstörung

Die Persönlichkeitsstörungen werden im DSM-IV auf Achse II diagnostiziert, sie sind damit von den klinischen Störungen im engeren Sinne abzugrenzen. „Das Hauptmerkmal einer Zwanghaften Persönlichkeitsstörung ist die starke Beschäftigung mit Ordnung, Perfektion sowie psychischer und zwischenmenschlicher Kontrolle, dies auf Kosten von Flexibilität, Aufgeschlossenheit und Effizienz. Dieses Verhaltensmuster entwickelt sich im frühen Erwachsenenalter und zeigt sich in verschiedenen Situationen“ (DSM-IV, Saß et al., 1996, S. 755). Im Klassifikationssystem sind die einzelnen Kriterien angeführt (S. 759), wobei einige dieser Kriterien wenig konkretisiert bzw. auf Verhaltensebene operationalisiert sind.

Merke:

**Merkmal der
Persönlich-
keitsstörung
ist die Ich-
Syntonie**

In praktisch-klinischer Hinsicht ist es entscheidend, dass die Zwanghafte Persönlichkeitsstörung als *ich-synton* zu sehen ist, d. h. die Person distanziert sich nicht von ihren Einstellungen, Gedanken und Handlungen, im Gegenteil, diese werden als sinnvoll, wichtig und bedeutsam angesehen (z. B.: „... es ist sehr wichtig, dass ich noch einmal kontrolliert habe, ich bin eben ein verantwortungsbewusster Mensch!“).

Menschen mit einer Zwanghaften Persönlichkeitsstörung wenden sich üblicherweise nicht selbst an einen Therapeuten oder an eine Klinik, weil ihnen eben die eigenen Verhaltensweisen als durchaus sinnvoll, zur eigenen Person gehörig und damit nicht änderungsrelevant erscheinen.

Zwischen Zwangsstörungen einerseits und zwanghafter Persönlichkeit andererseits besteht auch keine spezielle nosologische Verknüpfung, allerdings ist von einer *Komorbidität* von ca. 25 % auszugehen. Als häufige Komorbiditäten spielen vor allem selbstunsichere sowie ängstlich-vermeidende Muster der Persönlichkeit eine Rolle (Summerfeldt, Huta & Swinson, 1998).

Zwänge und
Persönlich-
keitsstörung

Depressionen

Bei mehr als der Hälfte der Zwangsstörungen werden zusätzlich depressive Störungen diagnostiziert. Das hat zu vielen Vermutungen über ätiologische und neurobiologische Gemeinsamkeiten geführt (s. dazu Kap. 2). In diagnostischer Hinsicht sind depressive Gedanken und Grübeln durch eine gewisse Ich-Syntonie (Zusammenhang mit der Selbstwertproblematik) und durch einen Bezug auf die Vergangenheit charakterisiert. Zwanghafte Gedanken beziehen sich auf den Aspekt der Unsicherheit hinsichtlich der eigenen Handlungen und auf das zukünftige Geschehen. Untersuchungen zum Verlauf von Zwängen weisen darauf hin, dass die Wahrscheinlichkeit des Überganges vom Zwang zur Depression etwa dreimal so häufig ist wie umgekehrt (s. Black & Noyes, 1990). Die Dauer der Zwangsstörung und die damit erlebte Hilflosigkeit münden demnach in Demoralisierung und Depression. Eine gravierende depressive Problematik stellt für den Beginn der Behandlung zumeist ein besonderes motivationales Hindernis dar.

Zwangs-
störung und
Depression

Phobien

Gewisse Ähnlichkeiten sind hinsichtlich der Waschzwänge gegeben: Speziell bei Krankheits- und Kontaminationsängsten dienen die Rituale zur Reduktion der Unsicherheit. Der entscheidende Unterschied ist allerdings in einem nosologischen Merkmal zu sehen:

Merke:

- Bei Phobien zeigen die Patienten eine sog. *passive Vermeidung*, d. h. sie suchen bestimmte Situationen *nicht* auf, in denen sie Befürchtungen hegen. So vermeidet es eine Patientin mit einer Agoraphobie, Menschenansammlungen, öffentliche Verkehrsmittel etc. aufzusuchen und verhindert damit das Aufkommen von Angst.
- Bei Zwängen hingegen sprechen wir von *aktiver Vermeidung*: Die Person mit einer Zwangsstörung sucht die Situation von sich aus auf und versucht, diese *aktiv* zu beeinflussen oder zu verändern (z. B. durch die Benutzung von Waschmitteln oder durch frühzeitige Kontrollen).

Zwangsstörung
und Phobien:
Aktive vs.
passive
Vermeidung

Körperdysmorphie Störungen

Zwang und
Körper-
dysmorphie
Störung

Die körperdysmorphie Störung wird bei den Somatoformen Störungen eingeordnet (s. Rief & Hiller, 1992; Brunhoeber, 2009). Charakteristisch dafür ist eine dauernde Beschäftigung mit einem eingebildeten Defekt in der körperlichen Erscheinung. Die Person beschäftigt sich in zwanghaft wiederholter Weise mit diesem Merkmal (z. B. Nase, Busen), das Kontrollieren und die Suche nach Beruhigung sind als gemeinsame Charakteristika zu sehen. Ein entscheidender Unterschied liegt zum einen in der geringeren Einsicht von Patienten mit einer körperdysmorphen Störung und in dem Aspekt, dass die Gedanken um die eigene Person und nicht wie bei Zwangsstörungen um die Verantwortung für andere Personen kreisen (Phillips, 2000). Charakteristisch für körperdysmorphie Störungen sind darüber hinaus deutliche kognitive Verzerrungen und der Umstand, dass das „checking“ (z. B. vor dem Spiegel) nur kurzfristig zu einer Beruhigung, langfristig aber zu einer Erhöhung von Angst und Unruhe führt.

Essstörungen

Essstörungen werden ebenfalls als eine der Zwangs-Spektrums-Störungen gesehen. Die dauernde gedankliche Beschäftigung mit dem Essen und mit der eigenen Figur weist durchaus zwanghafte Merkmale auf. Anhand des Merkmals D im DSM-IV werden allerdings auch die Essstörungen von den Zwangsstörungen unterschieden. Zur Differenzierung sind folgende Merkmale von Essstörungen wichtig: Es handelt sich (anders als bei Zwängen) um eine konsumatorische Reaktion, das Essen wird von der Person zumindest kurzfristig als verstärkend (angenehm) erlebt und das Essen folgt einer anderen biologisch-somatischen Regulation als zwanghafte Rituale. Durch die offensichtlichen somatischen Folgeschäden sind Patientinnen mit Essstörungen in der Regel von Patientinnen mit Zwangsstörungen abzugrenzen.

Differenzierung
zwischen
Zwang und
Essstörungen

Hinsichtlich der *Komorbidität* gibt es allerdings Überlappungen zwischen Zwängen und Essstörungen: Schon im zeitlichen Verlauf zeigt sich, dass vor dem Auftreten der Zwangsstörungen in der Vorgeschichte vielfach Anorexien diagnostiziert wurden (Fahy, Osacar & Marks, 1993). Dennoch sollte man Essstörungen nicht als eine Untergruppe von Zwangsstörungen betrachten.

Psychosen

Zwangsstörungen können natürlich auch während einer schizophrenen Episode beobachtet werden. Da hier allerdings das psychotische Erleben und Verhalten im Vordergrund stehen, sollte nicht in erster Linie die Zwangsstörung diagnostiziert werden. Die wichtigste Unterscheidung zwischen