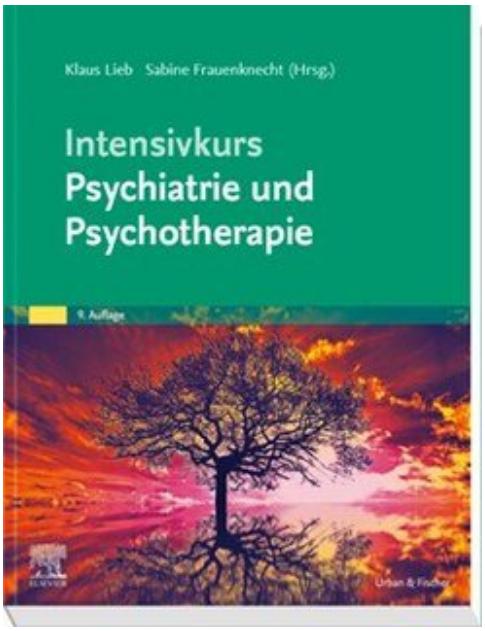
Lieb K / Frauenknecht S
Intensivkurs Psychiatrie und Psychotherapie

Extrait du livre

Intensivkurs Psychiatrie und Psychotherapie

de Lieb K / Frauenknecht S

Éditeur : Elsevier Urban&Fischer Verlag



https://www.editions-narayana.fr/b20127

Sur notre librairie en ligne vous trouverez un grand choix de livres d'homéopathie en français, anglais et allemand.

Reproduction des extraits strictement interdite.
Narayana Verlag GmbH, Blumenplatz 2, D-79400 Kandern, Allemagne
Tel. +33 9 7044 6488
Email info@editions-narayana.fr
https://www.editions-narayana.fr

Editions Narayana

Tab. 8.1 Zwangsstörung und Zwangsspektrumsstörungen in den verschiedenen Diagnosemanualen

ICD-10	ICD-11	DSM-5®
Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störung (F4)	Zwangsstörung und Zwangsspektrumsstörungen	Zwangsstörung und verwandte Störungen
F42 Zwangsstörung	Zwangsstörung	Zwangsstörung
(Dysmorphophobe Störung [F45.2], somatoforme Störungen)	Körperdysmorphe Störung	Körperdysmorphe Störung
–	Olfaktorisches Referenzsyndrom	Sonstige n. n. bez. Zwangsstörung
(Hypochondrische Störung [F45.2], somatoforme Störungen)	Hypochondrie	Krankheitsangststörung; (unter: somatische Belastungsstörung und verwandte Störungen)
–	Pathologisches Horten und Sammeln	Pathologisches Horten
(Trichotillomanie [F63.3], Verhaltensstörungen)	Körperbezogene Wiederholungszwänge (z. B. Trichotillomanie, pathologisches Hautzupfen)	Trichotillomanie Dermatillomanie
Sonstige Zwangsstörungen	Andere spezifische Zwangsstörung bzw. Zwangsspektrumsstörung	Andere näher bezeichnete Zwangsstörung und verwandte Störungen
(Sonstige psychische oder Verhaltensstörung durch psychotrope Substanzen [F1X.8])	(Störungen aufgrund von Substanzgebrauch oder -abhängigkeit)	Substanz- oder medikamenteninduzierte Zwangsstörung und verwandte Störungen
(Sonstige psychische Störung aufgrund einer Schädigung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit [F06.8])	(Sekundäre psychische oder Verhaltensstörungen aufgrund anderer Krankheiten)	Zwangsstörung aufgrund eines anderen medizinischen Krankheitsfaktors
Nicht näher bezeichnete Zwangsstörungen	Unspezifizierte Zwangsstörung bzw. Zwangsspektrumsstörung	Nicht näher bezeichnete Zwangsstörung und verwandte Störungen Olfaktorisches Referenzsyndrom

- Hypochondrie (➤ Kap. 8.3.2)
- Körperdysmorphe Störung (ICD-10: dysmorphophobe Störung) (➤ Kap. 8.3.3)
- Zwanghaftes Horten (➤ Kap. 8.3.4)
- Trichotillomanie (= pathologisches Haareausreißen) und Dermatillomanie (= pathologisches Hautzupfen / -quetschen) (➤ Kap. 8.3.5)
- Substanzinduzierte Zwangsstörung (Amphetamine, Kokain) (➤ Kap. 8.3.6)
- Sekundäre Zwangsstörung / Zwangsspektrumsstörung aufgrund einer anderen Erkrankung (➤ Kap. 8.3.6)

8.2 Zwangsstörung

KASUISTIK

Eine 21-jährige Patientin stellt sich in Begleitung ihrer Mutter in der psychiatrischen Ambulanz vor. Der Patientin ist es offensichtlich sehr unangenehm, über ihre Beschwerden zu berichten. Zögerlich, mit leiser Stimme und den Blick auf den Boden gerichtet äußert sie schließlich, dass sie seit etwa 6 Monaten kaum noch außer Haus gehe, weil sie befürchte, sich mit dem HI-Virus zu infizieren bzw. infiziert zu haben.
Aus Angst vor AIDS könne sie auch niemanden in die Wohnung hereinlassen und müsse mehrmals täglich duschen, um sich zu reinigen. Sie wisse aber andererseits genau, dass diese Angst unbegründet sei, und ihre Handlungen erscheinen ihr unsinnig. Sogar die Mutter müsse, wenn sie von draußen komme, duschen und sich umziehen. Wenn sie selbst außerhalb der Wohnung gewesen sei, müsse sie sich gründlich von Kopf bis Fuß desinfizieren, was bis zu 2 h in Anspruch nehme. Auch Gegenstände, die andere berührt haben, müsse sie genauestens reinigen. In den letzten 2 Monaten habe sie praktisch nur noch ihr eigenes Zimmer benutzt (auch zum Essen), weil sie dieses für einigermaßen sauber halte. In der Wohnung trage sie eine spezielle „reine" Bekleidung. Ihre Mutter habe sie so weit gebracht, ihr praktisch alles abzunehmen.
Das Ganze habe vor 3 Jahren begonnen, zunächst mit Ängsten, sich zu infizieren. Vor 2 Jahren habe sie angefangen, sich zu waschen, seit 1 Jahr sei es ganz schlimm. Kurz vor Beginn der ersten Symptome habe sie erfahren, dass sich ein ehemaliger Mitschüler mit HIV infiziert habe.
Da sie seit 3 Monaten zunehmend lust- und kraftloser geworden sei, habe ihr die Hausärztin 75 mg Amitriptylin (trizyklisches Antidepressivum) verordnet, was jedoch kaum Besserung gebracht habe. Das Studium der Architektur habe sie aufgeben müssen. Auch ihre anschließend begonnene Lehre als Einzelhandelskauffrau habe sie vor 1 Jahr abgebrochen. Zurzeit sei sie arbeitslos. Sie stelle sich jetzt auf Empfehlung einer mit der Familie befreundeten Ärztin vor. Über das, was sie geschildert habe, habe sie bisher in diesem Umfang mit keinem Arzt gesprochen.
Die Mutter bestätigt im Wesentlichen das Gesagte und ergänzt, dass ihre Tochter täglich mindestens 6 h mit Reinigungen verbringe. Zur Vorgeschichte befragt, berichtet die Mutter, die Tochter sei schon immer eher ängstlich und besorgt gewesen und habe sich wenig zugetraut. Sie habe immer Angst, kritisiert oder von anderen nicht gemocht zu werden (nach Lieb und Heßlinger 2016).

© Elsevier GmbH München. Alle Rechte vorbehalten. Lieb, Frauenknecht: Intensivkurs Psychiatrie und Psychotherapie, 9. A. 2019

8.2.1 Definition, Symptomatik und Klassifikation

Definition

Unter **Zwangshandlungen** (engl.: „compulsions") werden Verhaltensweisen verstanden, die in bestimmten Situationen sinnvoll sind (z. B. Händewaschen, Kontrollieren von Elektrogeräten), vom Betreffenden aber unzählige Male in ritualisierter Weise durchgeführt werden müssen, obwohl er dies selbst als unsinnig, quälend oder unnötig erlebt. Versucht er, die Handlung zu unterdrücken, empfindet er ein äußerst unangenehmes Gefühl innerer Anspannung, Ängstlichkeit oder Unruhe, das nachlässt, wenn das Ritual durchgeführt wird.

Zwangsgedanken (engl.: „obsessions") sind Vorstellungen oder Ideen, deren Inhalt als negativ empfunden wird (z. B. aggressive Gedanken, Befürchtung von Verunreinigung) und die sich immer wieder aufdrängen und wiederholen.

Bei den **Zwangsstörungen** (engl.: „Obsessive compulsive disorders", OCD) bilden Zwangsgedanken oder -handlungen das zentrale Merkmal der Erkrankung.

Zu den Begriffen Zwang und Zwangsstörung

Gelegentlich auftretende Zwangsgedanken wie z. B. das wiederholte Erinnern einer kurzen Musikpassage („Ohrwurm") oder Zwangsrituale (mehrfaches Kontrollieren des Türschlosses oder eines Elektrogeräts beim Verlassen der Wohnung) werden von vielen Menschen geschildert und sind **ohne Krankheitswert.** In der kindlichen Entwicklung um das 2. und 3. Lj. spielen ritualisierte Handlungsweisen (z. B. beim Einschlafen) oder der Glaube an die „Macht der Gedanken" eine wichtige Rolle. Kinder dieses Alters sind davon überzeugt, dass z. B. aggressive Vorstellungen das entsprechende Geschehen verursachen können („magisches Denken"). Auch in der Pubertät können transitorische Zwangsphänomene auftreten. Bestimmte **Rituale** werden von Kindern – wie auch von Erwachsenen in der religiösen Praxis vieler Kulturen – genutzt, um Angst zu verringern und negative Ereignisse abzuwehren. Eine **krankhafte Störung** liegt erst dann vor, wenn die Zwangssymptome in ihrer **Häufigkeit, Dauer und Intensität** ein solches Ausmaß annehmen, dass der Betreffende darunter **leidet** und in seinem **sozialen oder individuellen Erleben, seiner Leistungs- und Gestaltungsfähigkeit** beeinträchtigt ist.

Während Zwangssymptome bis in die Neuzeit hinein als „Besessenheit" interpretiert wurden, verstand man sie im 19. Jh. als Symptom der Depression. Erst seit Beginn des 20. Jh. wurden Zwänge als eigenständiges Syndrom mit ungünstigem Verlauf betrachtet. Bis in die 1960er-Jahre hinein war das Verständnis über die Erkrankung von psychoanalytischen Konzepten zur Ätiologie und Therapie dominiert. Die Entwicklung wirksamer therapeutischer Interventionen auf kognitiver und behavioraler Grundlage seit den 1970er-Jahren und die Beobachtung günstiger Effekte von serotonerg wirksamen Antidepressiva haben die Einschätzung von Prognose und Therapierbarkeit der Störung zum Positiven verändert.

Symptomatik

Zwangsgedanken

Zwangsgedanken beinhalten zumeist **Ideen aggressiven Inhalts** oder **Befürchtungen,** die sich auf **Verschmutzung, Verunreinigung** oder **Ansteckung** beziehen. Patienten mit aggressiven Zwangsgedanken berichten z. B. über Vorstellungen, ihr eigenes Kind zu verletzen oder es fallen zu lassen, ohne dass eine solche Handlung je erfolgt. Oder sie sind von der Angst gequält, beim Autofahren unbemerkt eine Person überfahren zu haben. Andere befürchten, an einer schweren Erkrankung (AIDS, Krebs) zu leiden und Familienangehörige über direkte Berührung oder gemeinsam benutzte Gegenstände anzustecken. Auch Bilder oder Befürchtungen, als abnorm oder ekelhaft eingestufte sexuelle Neigungen oder Praktiken auszuleben, kommen vor. Die betreffenden Personen erleben die Gedanken als äußerst **beängstigend, moralisch verwerflich** oder **quälend.** Daher versuchen sie, die Zwangsgedanken wegzuschieben oder sich dagegen zu wehren, was aber meist nicht gelingt. Viele Patienten entwickeln daraufhin **gedankliche Rituale** (Verinnerlichen bestimmter Gebete, Zählen, leises Wiederholen einzelner Worte) oder **stereotyp ablaufende Handlungen** (siehe Zwangshandlungen), um die angstauslösenden Ideen und Impulse zu neutralisieren (➤ Tab. 8.2).

Zwangshandlungen

Als Zwangshandlungen werden am häufigsten Verhaltensweisen beobachtet, die sich auf das **Kontrollieren** oder **Waschen und Reinigen** beziehen. So werden z. B. Elektrogeräte oder Türschlösser vor dem Verlassen der Wohnung immer wieder kontrolliert, was mehrere Stunden in Anspruch nehmen kann. Häufig sind auch das wiederholte Händewaschen, das auf stereotype Weise abläuft und zigmal im Verlauf des Tages wiederholt wird, oder die Reinigung der Wohnung und der Wäsche, die in einer bestimmten,

Tab. 8.2 Typische Inhalte von Zwangsgedanken und Zwangshandlungen

Zwangsgedanken	Zwangshandlungen
• Aggressive Vorstellungen oder Impulse • Kontamination (Angst vor Schmutz, Keimen) • Symmetrie, Ordnung • Religiöse Vorstellungen • Sexuelle Impulse oder Gedanken • Pathologische Zweifel an korrekt ausgeführten Handlungen	• Kontrollieren • Waschen / Reinigen • Wiederholen • Zählen • Ordnen • Sammeln / Aufbewahren • Berühren

© Elsevier GmbH München. Alle Rechte vorbehalten. Lieb, Frauenknecht: Intensivkurs Psychiatrie und Psychotherapie, 9. A. 2019

ritualisierten Abfolge durchgeführt wird und bei Störungen oder erneuter „Kontamination" von vorn begonnen werden muss. Patienten beschreiben häufig auch ein quälendes „Unvollständigkeitsgefühl", das sie zwinge, die Handlungen so lange durchzuführen, bis subjektiv ein Erleben von „Vollständigkeit" erreicht ist. Oft entwickeln Patienten mit Wasch- und Reinigungszwängen durch die ständige Exposition mit Wasser, Reinigungs- und Desinfektionsmitteln erhebliche Hautläsionen.

Häufig werden **Familienangehörige** in die Zwangshandlungen **einbezogen:** Kinder müssen, wenn ein Elternteil unter einem Reinigungszwang leidet, z. B. beim Betreten der Wohnung alle Kleider ablegen und sofort unter der Dusche gesäubert werden. Danach darf nur eine vorbereitete, saubere Wohnungsbekleidung getragen werden. Auch Bad und Dusche müssen anschließend geputzt und desinfiziert werden.

Zwangsstörung

Bei der Zwangsstörung treten als Leitsymptome Zwangsgedanken oder -handlungen – zumeist gemeinsam – auf. Charakteristisch ist auch die Entwicklung eines ausgeprägten **Vermeidungsverhaltens** für die Angst und Anspannung auslösenden Reize (Schmutz, Unordnung etc.) und die zunehmende Ausweitung der Situationen und Objekte, auf die mit neutralisierenden Vorstellungen oder Verhaltensweisen reagiert werden muss (= **Generalisierung**). In den meisten Fällen empfinden die Betroffenen ihre Verhaltensweisen als sinnlos, irrational und daher äußerst beschämend (= **ich-dyston**). Sie versuchen deshalb meist, die Erkrankung zu **verheimlichen.** Dies erfordert neben den alltäglichen Verpflichtungen einen ungeheuren Energieaufwand, da die Zwangssymptomatik u. U. viele Stunden des Tages in Anspruch nehmen kann. Im weiteren Verlauf der Störung entwickeln viele Patienten – neben dem **subjektiven Leiden** an der Symptomatik – **Schwierigkeiten in ihren Beziehungen,** am **Arbeitsplatz,** in der **Schule** oder in der **Freizeitgestaltung.** Viele Patienten ziehen sich aus Kontakten zurück oder können ihren beruflichen oder häuslichen Anforderungen nicht mehr gerecht werden. Dies ist insbesondere deshalb von großer Bedeutung, weil die Zwangsstörung in mehr als der Hälfte der Fälle **chronisch-fluktuierend** verläuft und aufgrund der Verheimlichungstendenz meist sehr viel Zeit vergeht, bis ambulante oder stationäre psychiatrische Hilfe in Anspruch genommen wird. Suizidgedanken sind bei Patienten mit Zwangsstörung aufgrund des hohen Leidensdrucks nicht selten: Bis zu 25 % aller Menschen mit Zwangsstörung sollen Suizidversuche unternehmen. Das Risiko für einen Suizidversuch ist höchstwahrscheinlich höher, wenn gleichzeitig eine depressive Episode vorliegt.

Viele Patienten leiden **zusätzlich** unter einer **weiteren psychischen Erkrankung:** Am häufigsten sind depressive Syndrome (Lebenszeitprävalenz > 50 %), Angststörungen (v. a. soziale Phobie, generalisierte Angststörung), Essstörungen (v. a. Anorexia nervosa), eine sekundäre Alkoholproblematik, schizophrene Psychosen oder eine Ticstörung zu beobachten. Häufig kann auch die zusätzliche Diagnose einer Persönlichkeitsstörung gestellt werden; insbesondere die Persönlichkeitsstörungen des Clusters C (v. a. dependente und selbstunsichere PS) sind vertreten. Da bei Kindern mit einer Zwangsstörung die Komorbidität mit ADS / ADHS relativ häufig ist, sollte auch bei Erwachsenen mit Zwängen nach den Symptomen eines Aufmerksamkeitsdefizits gefragt werden.

Klassifikation

Die **ICD-10** sieht vor, die Zwangsstörung in Formen zu differenzieren, die sich einerseits vorwiegend in Zwangsgedanken, andererseits hauptsächlich in Zwangshandlungen äußern oder bei denen beide Aspekte vorliegen (➤ Tab. 8.3). Bei den meisten Betroffenen liegen sowohl Zwangsgedanken als auch Zwangshandlungen vor.

In der **ICD-11** wird die Beschreibung der Zwangsstörung um einige Aspekte ergänzt: Es wird betont, dass Zwangsgedanken gewöhnlich mit dem Auftreten von Angst verbunden sind, womit die Nähe zu den Angsterkrankungen hergestellt wird. Darüber hinaus wird der „Zwangsaspekt" von Zwangshandlungen etwas stärker hervorgehoben: Die Handlungen müssen häufig nach einem ritualisierten Plan durchgeführt werden oder dienen dazu, ein Gefühl von „Vollständigkeit" zu erreichen. Eine krankhafte Störung liegt dann vor, wenn die Zwangssymptomatik **zeitaufwendig** ist (mehr als 1 h pro Tag) und zu erheblichem Leiden und deutlichen Beeinträchtigungen wichtiger Fähigkeiten bzw. Funktionsbereiche führt.

Im **DSM-5®** kann zusätzlich eingeschätzt werden, wie stark die betreffende Person die Zwangssymptomatik als „ich-dyston" erlebt oder nicht. Hier ist eine dreistufige Zuordnung von „guter bzw. angemessener Einsicht" bis zu „fehlender Einsicht bzw. wahnhaften Überzeugungen" möglich. Das heißt, dass eine Zwangsstörung **auch dann diagnostiziert werden kann, wenn keine Einsicht in die Irrationalität des Handelns vorliegt.** Dies ist insofern von Bedeutung, als die fehlende Krankheitseinsicht höchstwahrscheinlich mit einer schlechteren Prognose der Erkrankung einhergeht. Überdies kann bestimmt werden, ob bei der Person aktuell oder in der Vorgeschichte eine Ticstörung vorliegt.

8.2.2 Epidemiologie und Ätiologie

Epidemiologie

Zwangsstörungen sind nicht selten. Ihre **Lebenszeitprävalenz** für die Allgemeinbevölkerung in Deutsch-

© Elsevier GmbH München. Alle Rechte vorbehalten. Lieb, Frauenknecht: Intensivkurs Psychiatrie und Psychotherapie, 9. A. 2019

Tab. 8.3 Diagnostische Kriterien der Zwangsstörung nach ICD-10 (F42)	
A.	Entweder Zwangsgedanken oder Zwangshandlungen (oder beides) an den meisten Tagen über einen Zeitraum von mindestens 2 Wochen
B.	Die Zwangsgedanken (Ideen oder Vorstellungen) und Zwangshandlungen zeigen sämtliche der folgenden Merkmale:
	1. Sie werden als eigene Gedanken / Handlungen von den Betroffenen angesehen und nicht als von anderen Personen oder Einflüssen eingegeben.
	2. Sie wiederholen sich dauernd und werden als unangenehm empfunden, und mindestens ein Zwangsgedanke oder eine Zwangshandlung wird als übertrieben und unsinnig anerkannt.
	3. Die Betroffenen versuchen, Widerstand zu leisten (bei lange bestehenden Zwangsgedanken und Zwangshandlungen kann der Widerstand allerdings sehr gering sein). Gegen mindestens einen Zwangsgedanken oder eine Zwangshandlung wird gegenwärtig erfolglos Widerstand geleistet.
	4. Die Ausführung eines Zwangsgedankens oder einer Zwangshandlung ist für sich genommen nicht angenehm (dies sollte von einer vorübergehenden Erleichterung von Spannung und Angst unterschieden werden).
C.	Die Betroffenen leiden unter den Zwangsgedanken und Zwangshandlungen oder werden in ihrer sozialen oder individuellen Leistungsfähigkeit behindert, meist durch den besonderen Zeitaufwand.
D.	Häufigstes Ausschlusskriterium: Die Störung ist nicht bedingt durch eine andere psychische Störung wie Schizophrenie und verwandte Störungen (F2) oder affektive Störungen (F3).

land liegt bei **2–3 %.** Mit einer 12-Monats-Prävalenz von 3,8 % in Deutschland sind sie damit häufiger als früher angenommen. Interessanterweise zeigen transkulturelle Untersuchungen, dass die Häufigkeit von Zwangsstörungen in verschiedenen Ländern und Kulturkreisen ähnlich hoch ist. Inhalte und Themen der Störung können jedoch – abhängig von den soziokulturellen Bedingungen – sehr verschieden sein.

Das **Geschlechterverhältnis bei Erwachsenen** ist **ausgeglichen,** während im Kindesalter mehr Jungen als Mädchen betroffen sind. Allerdings erkranken Jungen i. d. R. auch früher als Mädchen. Die Störung beginnt zumeist in der Adoleszenz oder im jungen Erwachsenenalter (mit einem Gipfel zwischen dem 20. und dem 25. Lj.). Nur 5 % der Erkrankungen manifestieren sich nach dem 40. Lj.; Ersterkrankungen bei über 50-Jährigen sind extrem selten. Bei einem Großteil der Betroffenen treten erste Symptome vor dem 18. Lj. auf. Zwangsstörungen beginnen häufig schleichend (v. a. Kontrollzwänge), aber auch eine akut einsetzende Symptomatik ist (z. B. beim überwiegenden Teil der Waschzwänge) möglich. Die Erkrankung zeigt im Kindes- und Jugendalter häufig einen fluktuierenden Verlauf. Überwiegend müssen sich die Betroffenen ein Leben lang mit der Erkrankung auseinandersetzen. Spontanremissionen sind bei Erwachsenen relativ selten. Jeder zweite Zwangspatient lebt unverheiratet oder ohne festen Partner, was auf den frühen Erkrankungsbeginn, die hohe Beeinträchtigung zwischenmenschlicher Beziehungen und dadurch eingeschränkte soziale Kompetenzen zurückgeführt wird.

Ätiologie

Um die Ätiologie der Zwangsstörung zu erklären, werden Erkenntnisse verschiedener Erklärungs- und Forschungsansätze zu einem Modell **multifaktorieller Genese** der Störung (im Sinne eines Diathese-Stress-Modells) zusammengefasst (➤ Box 8.1).

Box 8.1

Faktoren bei der Entstehung von Zwangsstörungen

- **Vulnerabilität**
  - Biologische / genetische Disposition, immunologische Faktoren?
  - Intrapsychische Faktoren (unbewusste Konflikte, Perfektionismus)
  - Entwicklungsgeschichtliche Aspekte (rigider, überstrenger Erziehungsstil)
- **Stress**
  - Kritische Lebensereignisse (z. B. Todesfall, Pubertät, Trennung, Heirat, Eintritt ins Berufsleben)
- **Aufrechterhaltende Faktoren**
  - Vermeidungsverhalten
  - Intrapsychische Funktion (Abwehr von Angst und Anspannung = primärer Krankheitsgewinn)
  - Interpersonelle Funktion (sekundärer Krankheitsgewinn)
  - Eigendynamik (Hilflosigkeit, Kontrollverlust)

Vulnerabilitätsfaktoren

Es ist davon auszugehen, dass die **Vulnerabilität** für eine Zwangsstörung von **genetisch-biologischen** und **entwicklungspsychologischen Komponenten** beeinflusst wird:

- **Neurobiologische Modelle,** die sich auf bildgebende Verfahren, neurochirurgische Untersuchungen und Erkenntnisse über neurologische Störungen mit Zwangs-

© Elsevier GmbH München. Alle Rechte vorbehalten. Lieb, Frauenknecht: Intensivkurs Psychiatrie und Psychotherapie, 9. A. 2019

symptomen beziehen, sprechen für eine **Dysfunktion im Regelkreis** zwischen **Basalganglien** (insb. von Nucleus caudatus, Striatum und Globus pallidus), limbischem System und **präfrontalem Kortex.** Höchstwahrscheinlich besteht eine **frontoorbitale dopaminerge Hyperaktivität,** die mit einer vermehrten „Produktion" automatisierter Gedanken oder Handlungsimpulse verbunden sein soll. Durch die Überaktivität werden sekundär vermehrt exzitatorische (frontostriatale) Regelschleifen aktiviert, wodurch sekundär die „Filterfunktion" der Basalganglien für kortikale Informationen herabgesetzt wird. Auf funktioneller Ebene werden damit das verstärkte Wahrnehmen von automatisierten Verhaltensmustern und Kognitionen wie auch die Schwierigkeit erklärt, dieses Verhalten bzw. die Gedanken situationsadäquat zu beenden. Dies wiederum erschwert ein flexibles Denken, Reagieren und Handeln. Die affektive Komponente bei Zwangssymptomen, d. h. Angst, Anspannung, Ekel, sowie die damit verbundenen Konditionierungsprozesse werden wahrscheinlich über die **Amygdalae** vermittelt, die ihrerseits enge Verbindungen zum präfrontalen Kortex, zu den Basalganglien und zum Thalamus aufweisen. Organisches Korrelat könnte die vermutete **Dysbalance serotonerger Systeme** sein, die angesichts der Wirksamkeit von Serotonin-Wiederaufnahmehemmern in der Behandlung von Zwangserkrankungen angenommen wird.
Die **erbliche Komponente** bei einer Zwangsstörung wird mit etwa 40 % veranschlagt. Angehörige eines Menschen mit einer Zwangsstörung haben ein bis zu 6-fach erhöhtes Risiko, ebenfalls an einer Zwangsstörung zu erkranken.

- **Psychodynamische Erklärungsmodelle** betrachten die Zwangsstörung als **Abwehr** bzw. „Bewältigung" eines **Abhängigkeits-Autonomie-Konflikts** und der mit dem Konflikt verbundenen unangenehmen Gefühle (Angst, Ekel, Ärger). Der die Störung bedingende Konflikt entsteht im Kleinkindalter, wenn das Kind selbstständiger wird und sich seine Umgebung immer aktiver erschließt. Dabei kommt es in Konflikt mit den Eltern, die seinen Autonomiebestrebungen Grenzen setzen. Ein sehr unnachgiebiges, strenges Reagieren der Eltern und die Bestrafung mit Liebesentzug werden als Faktoren angesehen, die zur Ausbildung der Konfliktstruktur beitragen. Im Sinne eines intrapsychischen Bewältigungsversuchs werden der Konflikt und die damit verbundenen Ängste durch bestimmte Abwehrmechanismen (➤ Kap. 3.4.3, ➤ Tab. 3.27) zwar nicht beseitigt, aber in einer für das Bewusstsein tolerablen Weise bearbeitet. Im weiteren Leben wird die Konfliktstruktur in entsprechenden Triggersituationen reaktiviert (z. B. Verlassen des Elternhauses).
- Das **lerntheoretische Verständnis** für die Entstehung der Zwangsstörung bezieht sich in erster Linie auf das **Zwei-Faktoren-Modell** (nach Mowrer). Die Zwangssymptomatik wird durch klassische und operante Konditionierungsprozesse mit ausgelöst und aufrechterhalten (➤ Abb. 8.1), analog dem für die Agoraphobie beschriebenen Modell (➤ Kap. 7.3.2). Eine belastende, bedrohliche Konfliktsituation (UCS) führt zu einer aversiven Reaktion (z. B. Angst, Unruhe, Anspannung, UCR). Ein an sich neutraler Reiz (z. B. Unordnung, Schmutz, CS), der im Zusammenhang mit der belastenden Konfliktsituation auftritt, wird mit der Situation verknüpft. In Zukunft genügt dann allein der konditionierte Reiz (CS), um die Angstreaktion (CR) auszulösen, ohne dass tatsächlich eine aktuelle Bedrohung besteht. In einem weiteren Schritt wird beim Auftreten des konditionierten Reizes die aversive Reaktion (CR) antizipiert. Um die befürchtete Reaktion zu vermeiden, werden Zwangshandlungen eingesetzt (z. B. Reinigen, Aufräumen). Durch den damit verbundenen Abfall der ängstlichen Erwartung bzw. Unruhe wird das Wiederholen der Zwangshandlungen (negativ) verstärkt, d. h. „belohnt", und ihre Auftretenswahrscheinlichkeit damit erhöht. Wie bei den Angststörungen trägt das sich dabei entwickelnde Vermeidungsverhalten damit in besonderem Maße zur Aufrechterhaltung der Symptomatik bei.
- **Kognitiv-behaviorale Erklärungsmodelle** können die Genese von Zwangsgedanken veranschaulichen: Im Bewusstseinsstrom des Menschen tauchen gelegentlich aufdringliche oder absurd anmutende Bilder, Gedanken oder Impulse auf. Sie werden als normalpsychologische Phänomene betrachtet. Gesunden Menschen fällt es offenbar leicht, diesen Inhalten keine besondere Bedeutung zuzumessen. Erst die subjektive Bewertung solcher Gedanken als inakzeptabel, unmoralisch, verboten oder höchst verwerflich führt zu unangenehmen Sensationen (Unruhe, Anspannung, Angst). Den Inhalten wird damit einerseits vermehrt Aufmerksamkeit geschenkt, andererseits scheinen Zwangserkrankte dazu zu neigen, die Gedanken stärker mit „Gefahr und Risiken" in Verbindung zu bringen als Gesunde. Beispielsweise überschätzen Zwangserkrankte das Risiko dafür, dass sie das Gedachte in die Tat umsetzen könnten. Typisch sind kognitive Verzerrungen der folgenden Art: „Wenn ich daran denke, dass ich mich anstecken könnte, wird es auch passieren" (Gedanken-Ereignis-Fusion, „magisches Denken") oder „Wenn ich darüber nachdenke, dass ich meinen Mann mit einem Küchenmesser verletzen könnte, werde ich es auch tun" (Gedanken-Handlungs-Fusion). Es wird nachvollziehbar, dass der Betreffende bestrebt ist, die für ihn unangenehmen Inhalte zu kontrollieren oder durch neutralisierende Gedanken oder Handlungen abzumildern. Alle

© Elsevier GmbH München. Alle Rechte vorbehalten. Lieb, Frauenknecht: Intensivkurs Psychiatrie und Psychotherapie, 9. A. 2019

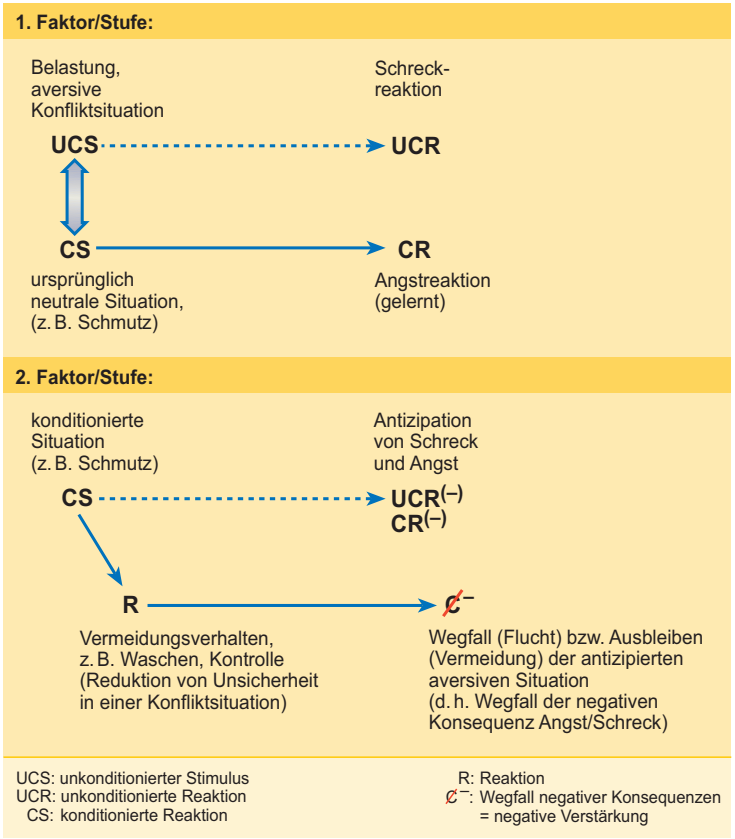


Abb. 8.1 Das Zwei-Faktoren-Modell in der Genese der Zwangsstörung [M516/L141]

genannten „Bewältigungsversuche" im Umgang mit den aversiven Inhalten haben aber zur Folge, dass die entsprechenden Vorstellungen oder Impulse *leichter* und *häufiger* in sein Bewusstsein drängen (zur Veranschaulichung: Denken Sie jetzt *nicht* an einen rosa Elefanten!). Dadurch kommt es zu einer wechselseitigen Verstärkung von dysfunktionalen Bewältigungsstrategien und Symptomen.

Biografischen Erfahrungen, die zur **lerngeschichtlichen** Entwicklung bestimmter subjektiver **Regeln oder Grundannahmen** führen, wird bei der Entwicklung der oben geschilderten „Bewältigungsstrategien" ebenfalls eine wichtige Rolle zugeschrieben (z. B. hat ein erwachsener Zwangspatient als Kind immer wieder die folgende, mit den entsprechenden Affekten verbundene Lernerfahrung gemacht: „Wenn ich nicht das tue, was Mama will, dann liebt sie mich nicht mehr und lässt mich allein"). Auch eine biografische Situation, in der der Betreffende viel zu früh Verantwortung übernehmen musste oder erhebliche, intolerable Unsicherheit erlebte, kann dazu beitragen.

Auslösende und aufrechterhaltende Bedingungen

Belastende Lebensereignisse wie der Tod einer wichtigen Bezugsperson oder die eigene körperliche Erkrankung, aber auch chronische Stresssituationen und andere Lebensveränderungen (Heirat, Geburt eines Kindes) werden von vielen Patienten für den Zeitraum vor Beginn ihrer Störung angegeben. Sie können als **unspezifische Faktoren** betrachtet werden, die ein vulnerables System „zum Kippen" bringen und damit einen **Auslöser** für die Entstehung der Symptomatik darstellen.

Als **aufrechterhaltender Faktor** wurde bereits das **Vermeidungsverhalten** genannt. Es verhindert die Erfahrung, dass Zwangsgedanken nicht mit einer tatsächlichen Bedrohung verbunden sind und dass Anspannung und Unruhe wieder abnehmen, wenn der Betreffende nur lange genug in der auslösenden Situation verbleibt. Er erreicht über seine Neutralisierungsrituale ein Gefühl vermeintlicher Sicherheit und damit verbundener intrapsychischer Entlastung. Von wesentlicher Bedeutung ist auch die **Funktionalität** der Symptomatik **für die psychosoziale Situation** des Patienten: So können Zwänge dem Betreffenden z. B. helfen, seine Machtposition in einem Partnerschaftskonflikt zu untermauern, oder ihn durch Arbeitsunfähigkeit von einer beruflichen Überlastung befreien. Ein Gefühl von zunehmendem Kontrollverlust und Hilflosigkeit sowie sekundäre soziale, schulische oder berufliche Probleme tragen häufig zur Chronifizierung der Symptomatik bei.

© Elsevier GmbH München. Alle Rechte vorbehalten. Lieb, Frauenknecht: Intensivkurs Psychiatrie und Psychotherapie, 9. A. 2019

Lieb K / Frauenknecht S

Intensivkurs Psychiatrie und Psychotherapie

556 pages, broché
publication 2019

acheter maintenant

Plus de livres sur homéopathie, les médecines naturelles et un style de vie plus sain
www.editions-narayana.fr