

ZWÄNGE

Zwangsstörungen – Zwangskrankheiten – Zwangsneurose – Zwanghafte Persönlichkeitsstörung

Fast jeder kennt sie, die harmlosen Alltagszwänge. Sie können durchaus hilfreich sein, vor allem dort, wo es auf unbedingte Exaktheit ankommt. Auch kann man damit Kräfte sparen, weil alles „wie auf Schienen läuft“. Schließlich besteht das halbe Berufsleben aus Zwängen, und zuhause, in der Freizeit und inzwischen sogar im Urlaub sieht das nicht viel anders aus. Zwänge, so scheint es, bestimmen unser Leben. Sie machen bisweilen einen geordneten Ablauf erst möglich. Zwang ist also keineswegs etwas grundsätzlich Unvernünftiges, Behinderndes oder gar Krankhaftes.

Außerdem gibt es harmlose Formen des Zwangs, die mitunter allerdings „grenzwertig“ zu werden beginnen: Manche erledigen ihre Aufgaben immer nach der gleichen Reihenfolge. Wenn das nicht geht, geraten sie aus dem Tritt, sind verunsichert oder verärgert; zumindest leidet die Gelassenheit, wenn nicht gar Effektivität. Andere kontrollieren mehr als nötig, sei es Haustür, Herd, Licht usw. Einige „schätzen halt Ordnung und Sauberkeit“, sei es im Haushalt, sei es am Arbeitsplatz. Ihrer Arbeit tut das eher gut, auch wenn sie mitunter belächelt werden. Gelegentlich fallen allerdings schon hier Begriffe wie „krankhaft genau“ oder „zwanghaft“. Das muss aber noch nicht der Fall sein. Wieder andere hüten sich vor Unglückszahlen und bestimmten Konstellationen im Alltag, über die sie zwar nicht oder nur ungern reden und an die sie auch nicht zwanghaft gebunden sind, aber wohlfühlen tun sie sich nicht, wenn sie ihre kleinen „Vorsichtsmaßnahmen“ nicht durchziehen können.

Manche „denken zu viel“, leider letztlich ineffektiv, weil immer dasselbe, und zwar ohne Sinn, Zweck und damit Lösung. Einige sorgen sich zu viel, nicht ganz abwegig zwar, aber letztlich ohne etwas ändern zu können. Wieder andere sind sogar „überängstlich“ und müssen mehr als andere darüber nachsinnen, ob nicht etwas Schreckliches passiert sein könnte, wo doch die ganze Welt voller Gefahren und Katastrophen ist. Einige haben sogar aggressive Gedanken oder Wünsche, aber völlig vereinnahmt werden sie davon nicht.

Vor allem hat das alles keine ernsteren Auswirkungen auf Lebensqualität, zwischenmenschliche Beziehungen, Arbeitsleistung und auf ihr so genanntes Zeitkontingent. Denn Zwänge kosten Zeit. Auf jeden Fall ist auch dies ein Punkt, bei dem sich die Grenze zum Krankhaften abzuzeichnen beginnt.

Krankhafter Zwang

Zwangsstörungen oder *Zwangskrankheiten*, früher *Zwangsneurose* genannt sowie die *zwanghaften Persönlichkeitsstörungen* (siehe später) sind also kein „zwanghaftes Verhalten“, wie man es häufig beobachten und auch noch tolerieren kann, ggf. sogar an sich selber. Zwangsstörungen (heute von der Weltgesundheitsorganisation – WHO als Obsessive Compulsive Disorder – OCD genannt) sind eine extreme Steigerung relativ harmloser Gedanken und Handlungen mit entsprechenden Folgen: Sie erzeugen wachsenden Leidensdruck, sind zeitraubend, zermürend, beschämend, seelisch beeinträchtigend, schließlich sogar körperlich belastend. Und sie können ein Leben vor allem zwischenmenschlich und beruflich ruinieren.

Zwänge sind alles beherrschende Erlebnisse. Sie werden vom Betroffenen zwar als unsinnig oder zumindest unangemessen erkannt - aber man ist machtlos gegen sie.

Die Zwangsstörung tritt letztlich in der gleichen Form auf wie die harmlosen Alltagszwänge der Gesunden, nur eben das Leben absorbierend bis versklavend: z. B. durch Ordnungs-, Wasch-, Kontroll- und andere Zwänge, durch zwanghafte Befürchtungen und rituelle Handlungen (Ritual: Gesten, Handlungen oder Sätze nach einem festgelegten Ablauf bzw. einer bestimmten Ordnung). Zwangsstörungen entwickeln sich in der Regel schleichend, manchmal aufgrund eines bestimmten Auslösers, auf jeden Fall aber lange unerkannt, bisweilen sogar für nahe Angehörige. Denn die Betroffenen neigen zur Verheimlichung ihres Problems aus Scham, Resignation und Hoffnungslosigkeit. Selbst heute finden sich nicht wenige Menschen, die mit Zwangsstörungen zu kämpfen haben, erst nach jahrelangem Leidensweg bei ihrem Arzt ein (s. u.).

Epidemiologische Aspekte

Im Durchschnitt vergehen nämlich rund 17 Jahre, bis die Diagnose gestellt und eine Behandlung eingeleitet wird. Für die Diagnose selber müssen die Symptome mindestens zwei Wochen lang an mehreren Stunden pro Tag als störend empfunden werden.

Die so genannte 1-Jahres-Prävalenz (Häufigkeit) in Deutschland wird mit rund 3,6 % angegeben. Das mittlere Erkrankungs-Alter liegt bei etwa 20 Jahren. Beschrieben sind aber auch Fälle, in denen sie sich bereits im Kindesalter oder während der Pubertät entwickelt haben.

Bei mehr als der Hälfte der Betroffenen beiderlei Geschlechts werden so genannte Stressoren und belastende Lebens-Ereignisse angegeben, und zwar von der Schwangerschaft bis zum Hausbau, von sexuellen Problemen bis zum Tod eines

nahen Angehörigen u. a. Zu den wissenschaftlich diskutierten Ursachen siehe später.

Das Beschwerdebild der Zwangsstörung

Zwänge drängen sich auf beim Denken, Vorstellen, Fragen, Sprechen und Zählen, beim Handeln und Vermeiden, beim Planen und Ausführen. In der Mehrzahl der Fälle setzt sich das Beschwerdebild aus *Zwangsgedanken* oder *Zwangshandlungen* zusammen, meist sogar aus beidem.

Zwänge müssen - wie erwähnt - nicht immer unsinnig sein und leichte Formen (Licht, Bügeleisen, Haustür, Wasch- oder Putzzwang) sind auch beim psychisch Gesunden nicht selten. Die Grenze zum Behindernden und Quälenden, also letztlich Krankhaftem, ist meist fließend.

Was macht dann aber das Krankhafte aus? Vor allem die hartnäckige Aufdringlichkeit und die Unfähigkeit, sie zu steuern oder zu unterdrücken. Im Extremfall können Zwänge so groteske Formen annehmen, dass sie das Leben des Betroffenen ruinieren. Denn wenn er seinen Zwängen entrinnen will, drohen vielfältige körperliche Reaktionen, z. B. Schweißausbruch, Zittern, vor allem aber Angst. Deshalb hat man die Zwangsstörungen früher zu den Angststörungen gerechnet, kam aber nach und nach zu der Erkenntnis, dass es sich um ein eigenständiges Leiden handelt.

- Am häufigsten finden sich **Zwangsgedanken** und **Zwangsvorstellungen**, die sich um Unfälle, Erkrankungen, Katastrophen oder Gewalttaten drehen. Und die nicht selten vor allem nahe stehende Personen bedrohen sollen. Dabei werden die zwanghaften Befürchtungen fast bildhaft-realistisch durchlitten. Gelegentlich drängen sich auch stereotype, also immer wieder auftretende Sätze, Verse, Melodien oder die Vorstellung auf: „Was wäre, wenn ...“? Das fragen sich zwar auch viele Gesunde, aber nicht unter einem vergleichbar quälenden Wiederholungszwang.

Manchmal zeigen die Zwangsvorstellungen auch die erwähnten *aggressiven Züge*. Das äußert sich beispielsweise in dem „theoretischen Zwang“, Unanständiges aussprechen oder gar ausführen zu müssen, jemanden zu beschimpfen, ja selbst geliebte Personen, z. B. das eigene Kind oder gar sich selber zu verletzen oder zu töten. Allerdings kommt es so gut wie nie zur Ausführung dieser Zwangsideen, nicht zur Beschimpfung und schon gar nicht zu aggressiven Handlungen. „Zwangskranke sind Täter ohne Tat“, sagt man. Dafür leiden sie jedoch furchtbar unter diesen, ihnen ja wesensfremden Zwängen, die natürlich auch zu Selbstzweifeln und Selbstanklagen, zu Scham, Schuldgefühlen, Angst und Niedergeschlagenheit führen.

Weitere, vielleicht nicht ganz so bedrohliche, aber trotzdem unangenehme Zwangsgedanken beziehen sich auf *Verschmutzung* (von Reinigungs- und Lösungsmitteln über Krankheitskeime bis zu giftigen Abfallstoffen, Strahlen, Urin und Kot), auf *sexuelle Inhalte* („Verbotenes“, „PerverSES“), auf *religiöse und moralische Fragen* (Sünde, Gotteslästerung) usw.

Schließlich die zwanghafte Furcht, bestimmte *Dinge zu wissen*, zu sagen, zu verlieren. Oder die *extreme Besorgnis* über körperliche Funktionen, Störungen oder äußerliche Veränderungen. Oder die Angst irgend- etwas könnte unordentlich, schief, schräg oder wie auch immer aus-sehen und zu entsprechenden Klagen Anlass geben. Den zwanghaften Befürchtungen und Sorgen sind keine Grenzen gesetzt.

- **Zwangshandlungen** sollen häufig die Zwangsvorstellungen neutralisieren. Nach außen fallen sie durch ihren fast automatisierten Ablauf auf, und weil sie der jeweiligen Situation völlig unangemessen sind. Am bekanntesten sind die *Kontrollzwänge*: Schösser, Herd, Elektrogeräte, Licht usw. – Nicht viel seltener sind die *Reinigungs-* bzw. *Waschzwänge*: Händewaschen, Duschen, Baden, Zähneputzen, sonstige Körperpflege, aber auch Haushalts- und andere Gegenstände. – Schließlich die *Wieder-holungszwänge*: mehrmaliges Lesen, Schreiben oder Handeln. – Oder die *Zähl-, Ordnungs-, Sammel-* oder *Aufbewahrungszwänge*. Und nicht zu vergessen die verschiedenen, den Uneingeweihten reichlich *grotesk erscheinenden Zwangshandlungen* wie der Drang zu reden, zu fragen oder zu bekennen, zu blinzeln oder anzustarren, Dinge anzufassen oder anzutippen, zu reiben, wischen usw.

Viele dieser Zwänge erschöpfen sich aber nicht nur in der reinen Zwangshandlung, sie bauen sich immer raffinierter und dadurch zeitaufwendiger, mühseliger, schließlich alle Kräfte erschöpfend aus: Zum Beispiel Treppe rauf, Treppe runter; oder exakt rechts oder links bzw. genau durch die Mitte einer Tür laufen und wieder zurück; Dokumente haargenau(!) übereinander legen; Reinigungszwänge nicht nur real, sondern nach einem bestimmten Ritual durchführen, also Schuhe dreimal längs, dreimal quer und einmal diagonal auf der Fußmatte abputzen.

Solche, z. T. nicht nur umständlichen Entlastungs-Rituale („nur so komme ich zur Ruhe“) sind natürlich nicht nur lächerlich, sondern können den Betroffenen auch zwischenmenschlich und vor allem beruflich schaden. Ähnliches gilt für häufiges Händewaschen gegen AIDS, nur „gute Gedanken denken“ oder „Gutes tun, damit den Kindern nichts passiert“ u. a.

Auch gibt es die so genannte zwanghafte Verlangsamung mit zeitlupenhaftem Verhalten. Oder Ordnungs- und andere Zwänge, die nur unterbrochen werden können, in denen man bestimmte Zahlenabfolgen durchrechnet und sich dadurch kurzfristig befreit - bis der Zwang aufs Neue versklavt (und im Übrigen die geforderten Entlastungs-Rechnungen immer komplizierter werden lässt).

Oder „moderne“ Zwänge, z. B. die zwanghafte Befürchtung im Straßenverkehr durch unverzeihliche Unachtsamkeit andere behindert, gar angefahren und verletzt zu haben, vor allem beim Einparken, Abbiegen, Rückwärtsfahren, Einfädeln usw. Dies verbunden mit zwanghafter Rückkehr an den „Tatort“ mit ängstlich-zwanghafter Kontrolle, ob dort nicht ein verletzter Fußgänger, Fahrradfahrer, Hund usw. liegt. Und das Ganze gegebenenfalls mehrmals hintereinander („vielleicht ist der Verletzte schon in einen Hausgang getragen worden ...“).

Am häufigsten sind offenbar Zwangsgedanken zum Thema Ansteckung, Vergiftung, Verschmutzung, Krankheit, ferner Streben nach Symmetrie, Ordnung, schließlich sogar Aggression, Sexualität und Religion.

Zwanghafte Persönlichkeitsstörung

Die Persönlichkeitsstörungen, früher auch als Psychopathien, Charakterneurosen u. a. bezeichnet, gehören einer ganz anderen psychiatrischen Klassifikation an. Hier ist allerdings wissenschaftlich, vor allem ätiopathogenetisch (Ursache und Verlauf) sowie nomenklatorisch (wissenschaftliche Benennung) so manches im Fluss. So auch die Aspekte zur **zwanghaften Persönlichkeitsstörung**. Dabei gilt/galt:

Handelt es sich nur um einen „zwanghaften Persönlichkeits-Stil“, gelten die Betroffenen als gewissenhaft, exakt, zielstrebig und prinzipientreu. Sie brauchen aber eine organisierte Umgebung, in der Gewissenhaftigkeit und Genauigkeit belohnt werden. Ein Alltag ohne Regeln oder feste Gewohnheiten ist dagegen für sie eine Belastung.

Wichtigstes Merkmal einer zwanghaften Persönlichkeitsstörung ist eine durchgängige Neigung zu Perfektionismus - und damit letztlich zu Unflexibilität. Hier gibt es dann auch enge Beziehungen zu Zwangsstörungen, aber auch zwanghaften Depressionen und manchen schizophrenen Beeinträchtigungen. Charakteristisch ist ein ständiges Gefühl von Zweifel, verbunden mit einem Hang zu übertriebener Gewissenhaftigkeit, zu wiederholten Kontrollen und damit zu unnötiger Über-Vorsicht, ja Starrheit. Belastend sind auch beharrliche und unerwünschte Gedanken oder Impulse, die allerdings nicht die lähmende Zwanghaftigkeit einer Zwangsstörung (s. o.) erreichen.

Die häufigsten Symptome sind starke Zweifel und verstärkte Vorsicht, überzogene Vorliebe für Details, Regeln, Listen, Schemata und organisatorische Aspekte mit der unergiebigem Dominanz des Faktors „Ordnung“. Nicht selten auch die Neigung zu Perfektionismus (was die Erfüllung einer Aufgabe erschwert, vielleicht sogar unmöglich macht) sowie übertriebene Gewissenhaftigkeit, ja Skrupel. Das geht auf Kosten von Genussfähigkeit und vor allem zwischenmenschlicher

Beziehungen. Noch problematischer wird es, wenn die Betroffenen pedantisch, übertrieben angepasst (besonders was soziale Konventionen anbelangt), wenn nicht gar unflexibel, stur und starr reagieren, und zwar in praktisch allen Lebensbereichen.

Man sieht aber, dass es hier die erwähnten Überschneidungen geben kann zwischen Zwangsstörung (früher Zwangs-Neurose) und zwanghafter Persönlichkeitsstörung. Allen gemeinsam ist ein erheblicher Leidensdruck, der jedoch auch bei den zwanghaften Persönlichkeitsstörungen durch meist verhaltenstherapeutisch orientierte Trainingsprogramme, ggf. unterstützt durch bestimmte Antidepressiva, zumindest gemildert werden kann.

Begleiterscheinungen und Folgen

Zwangsgedanken und Zwangshandlungen nehmen viel Zeit in Anspruch, im Schnitt zwei Stunden pro Tag, meist mehr. Schon der im Alltag landläufig als „Perfektionismus“ bezeichnete Drang nach Ordnung kann sehr aufwendig sein. Um wie viel mehr eine Zwangsstörung, vor allem wenn sie in ein so genanntes *Ordnungs-Ritual* mit ganzen Programmabläufen eingebunden ist. Dabei gehört dieses ritualisierte Verhalten zu der häufigsten Verlaufsform von Zwangshandlungen.

Die Folgen lassen sich leicht vorstellen: Sie beginnen in Partnerschaft und Familie und belasten schließlich Freundeskreis, Freizeit, Hobbys und natürlich den Berufsalltag. Man denke nur an entsprechende Situationen in Schlaf- und Badezimmer, in Toilette und Küche, im Familienalltag bei Unterhaltungsspielen, Ausflügen, bei Treffen und sonstigen Veranstaltungen, von beruflichen Komplikationen ganz zu schweigen.

Und man stelle sich die Konsequenzen vor: Verwunderung, Irritation, Ärger, Hohn und Spott, entsprechende Kommentare, Aufforderungen, reizbare bis aggressive Reaktionen, Beschimpfungen, Verhöhnungen, Beschneidungen, Verbote, Versetzungen, Herabstufung, Kündigung, Wohnungs-, Orts- und Arbeitsplatzwechsel, schließlich Rückzug, Isolation, Arbeitsunfähigkeit, finanzielle Schwierigkeiten, ggf. Trennung oder Scheidung, sozialer Abstieg usw. Natürlich muss es nicht zu einem solch traurigen Ende kommen, aber völlig reaktionslos pflegt die genervte Umgebung ein Zwangsverhalten nicht einfach hinzunehmen, jedenfalls nicht auf Dauer.

Dabei hatten viele Zwangsgestörte schon vor Ausbruch der Erkrankung ihre liebe Not mit sich und anderen: Sie sind oft unsicher, entscheidungsschwach, ambivalent (was ist richtig, was soll ich tun?), haben nicht selten Angst vor Ablehnung durch andere, verfügen über ein nur geringes Selbstwertgefühl, sind furchtsam und unsicher (vor allem was Normen betrifft: was „man“ tut), entwickeln insbesondere Zukunfts- und Risiko-ängste, sind dabei von depressiven Stimmungen und

sexuellen Störungen bedroht. Nach Ausbruch der Zwangskrankheit wird sich dies alles noch verstärken, ein Teufelskreis von Befürchtungen, „erahnten“ schlimmen Ereignissen und damit gesteigerten Angstvorstellungen setzt ein.

Komorbidität – wenn eine Krankheit zur anderen kommt

Zwangsstörungen sind schon für sich allein eine schwere schicksalhafte Belastung. Noch folgenreicher wird es, wenn sie mit so genannten komorbiden Störungen zusammen beeinträchtigen, d. h. wenn eine Krankheit zur anderen kommt.

Dazu gehören vor allem affektive Störungen (also Depressionen), Angststörungen, und hier nicht zuletzt soziale Phobien. Ferner Ess-Störungen, Substanz-Abhängigkeiten und körperdysmorphe Störungen. Einzelheiten siehe die entsprechenden Beiträge in dieser Serie.

Vor allem das ggf. gehäufte Auftreten belastet natürlich besonders schwer, lang und folgenreich, weshalb auch mit einer erhöhten Suizidgefahr gerechnet werden muss. Tatsächlich berichten laut entsprechender Untersuchungen etwas mehr als 6 % der befragten Patienten von entsprechender Lebensmüdigkeit. Und genauso viel und sogar etwas mehr hatten bereits einen Suizidversuch unternommen.

Zunehmend belastend ist offenbar auch ein weiterer Aspekt, nämlich dermatologische Folgen. So findet sich inzwischen gehäuft bei Menschen mit Zwangsstörungen auch eine so genannte Trichotillomanie, d. h. das Haare-Ausreißen. Und hier vor allem isoliert an den Augenbrauen. Nicht selten auch eine Dermatillo-manie (ständiges Haut zupfen), eine Onychotillomanie (Nägel anreißen) sowie Onychophagie (Nägel kauen). Das erklärt auch, warum eine zunehmende Zahl der Zwangs-Betroffenen in dermatologischer Behandlung stehen, nicht zuletzt wegen massiver Dermatitiden (Hautentzündung) nach extremen Wasch- und Putz-Zwängen.

Warum eine Zwangskrankheit so spät erkannt wird

Zwanghaftes Verhalten findet sich oft schon in der Kindheit. Etwa die Hälfte der erwachsenen Zwangskranken kann sich rückblickend an bestimmte Zwangsmerkmale im Kindesalter erinnern. Doch in jungen Jahren lässt sich das noch besser verbergen als später. Es kann Monate, ja Jahre dauern, bis es die Eltern und Geschwister bemerken. Schulkameraden und Lehrern bleibt Zwangsverhalten meist verborgen, weil es vertuscht wird, solange es geht.

Viele Eltern sind auch deshalb verwirrt, weil ihr Kind die Zwänge in der Schule oder bei Freunden unterdrücken kann, zu Hause aber nicht mehr zu kontrollieren vermag. Doch die Kontrolle ist so anstrengend, dass dafür zu Hause keine Kraft mehr verfügbar ist, man lässt sich „gehen“, um wenigstens in Schule und Freun-

deskreis nicht aufzufallen (wie übrigens später im Erwachsenenalter auch: dort kämpft man vor allem um eine möglichst lange Vertuschung am Arbeitsplatz).

Doch nach und nach ist auch das nicht mehr möglich. Manchmal wechseln die Zwänge, manchmal weiten sie sich aus. Meist dominiert ein spezieller Zwang über Monate und Jahre hinweg. In jungen Jahren ist das in der Regel ein Waschzwang, der allerdings auf Dauer besonders schlecht verheimlicht werden kann. Wie es nach frühem Krankheitsbeginn weitergeht, ist schwer voraussagbar. Bei den einen kommt es zur spontanen Besserung (etwa ein Drittel?), bei den anderen belastet es ein Leben lang (jeder Fünfte?). Die Mehrzahl weist aber auch im späteren Leben wenigstens leichtere Zwangsmerkmale auf. Einfach haben es die Betroffenen deshalb auch in Zukunft nicht, vor allem im zwischenmenschlichen (Partnerschaft, Familie, Freundeskreis, Nachbarschaft) sowie im beruflichen Bereich.

Ursachen

Für die Entstehung von Zwangsstörungen nimmt man in Fachkreisen eine so genannte multifaktorielle Genese an, d. h. biologische, psychologische und externe Faktoren. Nicht zu übersehen ist auch die Erkenntnis: Zwangsstörungen treten in Familien gehäuft auf. Untermauert wird eine genetische (erbliche) Ursache auch durch so genannte Zwillings-Studien.

Daneben gibt es aber auch infektiös bedingte Zwangsstörungen, vor allem zwischen 3 und 12 Jahren. Auch bei Störungen der Nahrungsaufnahme und frühkindlichen Depressionen sind spätere Zwangsstörungen nicht selten, meist wohl auf infektiöser Grundlage.

Nicht nur interessant, sondern von entscheidender (zusätzlicher?) Bedeutung ist auch die neuroradiologische Erkenntnis: Bei Zwangsstörungen lassen sich mitunter Beeinträchtigungen bestimmter Hirn-Areale diagnostizieren, vor allem im orbitofrontalen Cortex und den Basalganglien (was sich durch erfolgreiche Therapie wieder normalisieren lässt?). Hier ist allerdings die Forschung noch im Fluss. Eine korrekte Diagnosestellung ist derzeit durch Hirnscans kaum möglich.

Diagnostische Möglichkeiten

Diagnostisch bleiben im Alltag von Klinik und vor allem Praxis letztlich die Vorgeschichte (Eigen- und Fremd-Anamnese, d. h. Patient oder Umfeld) sowie - interessanterweise - 5 Fragen, die zumindest einen gewissen Hinweiswert aufweisen können. Nämlich

1. Waschen oder putzen Sie sehr viel? 2. Kontrollieren Sie sehr viel? 3. Haben Sie quälende Gedanken, die Sie loswerden möchten, aber nicht können?

4. Brauchen Sie für Alltäglichkeiten sehr lange? 5. Machen Sie sich Gedanken um Ordnung und Symmetrie?

Dieses so genannte Screening-Verfahren ist zeitsparend und nach wissenschaftlicher Erkenntnis sogar erstaunlich treffsicher (wissenschaftlich ausgedrückt als Sensitivität von 94 % und Spezifität von 85 % - für die Allgemeinheit also auf jeden Fall respektabel und damit empfehlenswert). Zur genauen differential-diagnostischen Abklärung dienen natürlich dann entsprechende Tests, die den Experten vorbehalten bleiben.

Möglichkeiten und Grenzen der Therapie

- *Psychotherapeutische Ansätze*

Die Psychotherapie ist das Mittel der Wahl, sofern man entscheiden kann. Das hängt allerdings meist von Faktoren ab, die mit der Therapiewahl wenig zu tun haben, vor allem Patienten-Wille und Therapeuten-Verfügbarkeit. Einigkeit besteht aber zumeist in der Art der Psychotherapie für Zwangsstörungen generell und ihre verschiedenen Leidensformen im Speziellen. Das heißt: Verhaltenstherapie im Allgemeinen und kognitive Verhaltenstherapie (KVT) im Speziellen. Und dies mit den Zusatz-Aspekten Exposition und Reaktionsverhinderung, was sowohl in spezialisierten Kliniken als auch ambulant möglich ist. Die KVT kann inzwischen auch im Rahmen einer Video-Sprechstunde durchgeführt werden. Daneben empfehlen die Experten aber auch so genannte Booster-Sitzungen zur Rückfallvorbeugung und die Teilnahme an Selbsthilfegruppen.

Zunehmend im therapeutischen Gespräch auch die so genannte Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT) sowie Achtsamkeitsbasierte kognitive Therapien (MBCT) - vor allem unterstützend. Hilfreich ist auch die Einbeziehung von akzeptierten Bezugspersonen sowie Sport generell, Ausdauertraining und Ergotherapie.

- *Pharmakotherapie*

Die Behandlung von Zwangsstörungen mit bestimmten Arzneimitteln ist nicht so selten und hat durchaus ihre Erfolge. Dies betrifft allerdings eine ganz bestimmte Medikamenten-Gruppe, nämlich die Antidepressiva im Allgemeinen und die so genannten selektiven Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer (SSRI) im Speziellen. Einzelheiten siehe die entsprechende Fachliteratur bzw. ärztliche Information.

Wichtig sind auf jeden Fall folgende Informationen: Eine Suchtgefahr ist nicht gegeben (was besonders häufig befürchtet wird, nicht zuletzt wegen des wachsenden Gebrauchs von Beruhigungs- und Schlafmitteln). Nebenwirkungen müssen allerdings schon hingenommen werden, z. B. Übelkeit, Durchfall, sexuelle Funkti-

onsstörungen u. a. sowie gewisse Absetz-Schwierigkeiten nach längerer Einnahme. Und die kann durchaus notwendig werden, zumal zu Beginn auch eher einschleichend dosiert werden sollte, um die so genannte Nebenwirkungsrate möglichst gering zu halten. Sollten die erwähnten SSRI-Medikamente nicht ansprechen oder vertragen werden, kann auch auf andere Psychopharmaka zurückgegriffen werden, was aber - wie die Therapie generell - den darin erfahrenen Psychiater nahe legt.

Dies vor allem bei den so genannten therapie-refraktären Zwangsstörungen, die also nicht auf die herkömmliche Behandlung ansprechen. Das wäre dann beispielsweise die repetitive transkranielle Magnetstimulation oder beidseitige tiefe Hirnstimulation, nicht aber die früher häufiger genutzte Elektrokonvulsionstherapie („Elektroschock“).

Digitale Unterstützung

Nicht zuletzt und vielleicht eher schon vor allen anderen Maßnahmen nutzbar sind die aktuellen digitalen Informations-Hilfen:

So finden sowohl Betroffene als auch Angehörige über die Homepage <https://www.ocdland.com> hilfreiche Blogartikel von Betroffenen sowie Beiträge von Experten, die über Zwangsstörungen aufklären.

Auch die Deutsche Gesellschaft Zwangserkrankungen e. V. ist im Internet unter <https://www.zwaenge.de> nutzbar und betreibt Aufklärung über Newsletter, Veranstaltungen und Experten-Auskünfte sowie weiterführende Literatur.