

# 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. 01803-244-181-259  
Fax 01803-244-181-266

**Redaktion:** Dipl. Psych. Andreas Dehmlow  
Dr. med. Klaus G. Limbacher

4. Auflage 2005 1000 Exemplare  
ISSN 1432-5845  
Themenhefte dieser Reihe erscheinen in unregelmäßigen Abständen.

Stefan Leidig, Andreas Dehmlow

Schwerpunkte eines integrativen  
stationären Behandlungskonzeptes  
für Patienten mit Zwangsstörungen

**Ansprechpartner für den Bereich Zwangsstörungen:**

**Dipl. Psych. Andreas Dehmlow  
Psychologischer Psychotherapeut  
Leitender Psychologe  
Telefonische Sprechzeit:  
Freitags 11.00 – 12.00 Uhr  
Tel. 01803-244-181-261  
Fax 01803-244-181-266**

**Außerhalb dieser Sprechzeit erreichbar unter  
01803-244-181-0**

# Inhaltsverzeichnis

I. PROBLEMBEREICHE/DIAGNOSTISCHE KRITERIEN	4
II. GRUNDLEGENDE THERAPEUTISCHE PRINZIPIEN	5
III. THERAPIEZIELE	9
IV. INDIKATION ZUR STATIONÄREN BEHANDLUNG	10
V. ÜBERBLICK ÜBER STANDARD- UND STÖRUNGSSPEZIFISCHE ANGEBOTE	11
BASISLITERATUR	14

## I. Problembereiche/Diagnostische Kriterien

Eine Zwangsstörung kann sich in Zwangsgedanken und/oder 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 Rei

nigungshandlungen 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.

Jüngere Forschungsergebnisse (z.B. McKay et al., 2004) weisen jedoch darauf hin, dass sich hinter dem Krankheitsbild „Zwangserkrankung“ verschiedene Subtypen verbergen, was auch unserer klinischen Erfahrung entspricht. So reicht die Einteilung in Zwangsgedanken vs. Zwangshandlungen oftmals nicht aus, Subtypen wie Sammelzwänge, zwanghafte Langsamkeit, interaktionelle Zwänge (Rückversicherungs- bzw. Fragezwänge) Symmetrie- und Ordnungszwänge erfordern nicht nur eine spezifische Diagnostik, sondern auch ein hochindividualisiertes, subtypenspezifisches Vorgehen. Einige Zwangspatienten haben oft das Gefühl, die eigene Kontrolle über ihr Leben verloren zu haben, ihnen ist ihr eigenes Erleben fremd geworden, sie vertrauen ihren eigenen Erinnerungen nicht mehr, sind sich ihren eigenen Bedürfnissen und Wünschen nicht mehr sicher, leiden oftmals unter einem so genannten „Unvollständigkeitsgefühl“ (Hoffman & Hofmann, 2004), d.h. Patienten erleben bei ihren Zwangshandlungen, das Gefühl „nicht ganz da bzw. abwesend“ zu sein. Auch die Komorbidität mit Posttraumatischen Belastungsstörungen oder das Vorliegen von zusätzlichen Persönlichkeitsstörungen beeinflusst die Therapie nachhaltig.

## **II. Grundlegende therapeutische Prinzipien**

Die Behandlung von Zwangsstörungen erfolgt in der Fachklinik auf verschiedenen Ebenen: Erweiterung der aktuellen Handlungsspielräume durch symptomatische verhaltenstherapeuti

sche 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 Expositions- und Reaktionsmanagementverfahren vor. Ziel ist es, die beim Unterdrücken der Zwangssymptome auftretenden negativen Anspannungszustände so lange auszuhalten, bis diese abklingen (habituierten). Bei den Expositionsverfahren haben unsere Patienten jeweils volle Autonomie über die Behandlung, d.h. sie entscheiden letztendlich immer selbst, ob sie die Übungen tatsächlich machen wollen. Entgegen mancher Vorurteile gegenüber dieser Methode üben Therapeuten hier keinerlei „Macht“ aus, sie versuchen vielmehr mit den Patienten zu erarbeiten, welche Vorteile ein zwar belastendes, aber auch wirksames Expositionstraining für die Betroffenen haben kann. Die Expositionsverfahren müssen nach unserer Erfahrung sehr individuell auf die gedankliche/emotionale oder verhaltensbezogene Symptomatik zugeschnitten sein. Während der eine Patient mit Kontrollzwängen z.B. aufgrund unzutreffender Risikoeinschätzungen befürchtet, ein Unglück auszulösen, wenn er seine Handlungen nicht mehrmals kontrolliert (und die Behandlung

demzufolge dann um kognitive Elemente muss), so kontrolliert der nächste Pat. deshalb, weil er unter einem „Unvollständigkeitsgefühl“ leidet und die Therapie muss deshalb auch das „Ich-Gefühl“ stärken, das Expositionstraining wird dann um spezifische Wahrnehmungsübungen ergänzt.

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 Zwangsimpulse führt.

Eine weitere kognitive Therapiestrategie besteht darin, mit den Patienten deren "zartes Gewissen" zu thematisieren: Insbesondere Zwangsgedanken, die sich gegen eigene oder kulturelle Moralverstellungen richten, führen bei den Betroffenen sofort zu rituellen Versuchen, die störenden Gedanken zu unterdrücken oder wieder gutzumachen. Zwangspatienten 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.

Seit 2003 besteht für Pat. mit Zwangsstörungen die Möglichkeit, an einer Zwangsbewältigungsgruppe teilzunehmen. Nach Vermittlung von Störungsmodell und Behandlungsmethoden werden die Pat. zu regelmäßigen selbstkontrollierten Expositionsübungen mit Reaktionsmanagement angeleitet.

Therapie der psychischen und sozialen Problembereiche: Patienten, 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 Patienten 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 verhaltensmedizinische 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 Problemlagen Verhaltensänderungen behindern, kommen selbstverständlich multimodale Methoden im Rahmen unseres weitgefassten Indikativangebotes (s.u.) 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.
- Ein wesentliches Ziel ist es, dass unsere Patienten wieder ein Gefühl der Kontrolle über ihre eigenen Handlungen und über ihre Leben zurückerhalten

## 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.

## **V. Überblick über Standard- und störungsspezifische Angebote**

Der Therapieansatz für Patienten mit Zwangserkrankungen ist dem für Patienten mit anderen psychischen und psychosomatischen Störungen hinsichtlich seiner biopsychosozialen (verhaltensmedizinischen) Grundausrichtung und der Zusammensetzung aus verschiedenen Bausteinen vergleichbar. Der Patient wird bei der Diagnosestellung und bei der Therapie als Gesamtperson mit Problemen auf körperlicher, seelischer und/oder sozialer Ebene betrachtet. Hier zunächst die Angebote, die für alle Patienten verbindlich sind, ihnen mit individueller Indikationsstellung verordnet werden bzw. an denen sie wahlweise / auf Empfehlung des Therapeuten teilnehmen können:

### Standardangebote für alle Patienten

#### Obligatorisch:

- Ärztliche Aufnahmeuntersuchung und allgemeinärztliche Weiterbetreuung
- Einzelgespräche mit der Bezugstherapeutin / dem Bezugstherapeuten
- Gruppenpsychotherapie (Psychosomatikgruppe oder Problemlösegruppe)
- Entspannungstraining nach Jacobson

#### Mit individueller Indikationsstellung:

- Hausinterne und externe konsiliarische medizinische Diagnostik (hausintern: Innere Medizin, Gynäkologie, Neurologie, Psychiatrie)
- Medikamentenmanagement
- Training sozialer Kompetenzen
- Psychoedukation in Großgruppen zu den Störungsbildern Depression, Persönlichkeitsstörungen, Schmerz
- Störungsspezifische Gruppen für Anorexie/Bulimie, Adipositas, posttraumatische Belastungsstörung
- Spezielle Angebote für Jugendliche / junge Erwachsene sowie ältere Patienten
- Paar- und Familiengespräche
- Teamsport, Sportgruppe „Fit ab 45“, Zirkeltraining, Wassergymnastik, Rückenschule, Atemgruppe, Körperwahrnehmungsgruppe, Energiegruppe
- Krankengymnastische Einzelbehandlung
- Soziotherapeutische Betreuung
- ergotherapeutische Betreuung
- Hausinterne oder externe berufliche Belastungserprobung
- Ernährungsberatung

Optional:

- Psychoedukative Informationsveranstaltung über sozialmedizinische Aspekte der psychosomatischen Rehabilitation
- Ergotherapie in den offenen Werkstätten
- Freizeitsport

Störungsspezifische Angebote für Zwangspatienten

- Zwangsbewältigungsgruppe (2/Woche sowie zusätzlich 1/Woche Treffen in Eigenregie)
  - Expositions- bzw. Reaktionsmanagementverfahren
  - Aufbau von Selbstbehandlungsstrategien
  - Psychoedukation in Großgruppen zum Thema Angst
- insbesondere bei Patienten, die unter Zwangserkrankungen leiden, besteht in Einzelfällen auch die Indikation einer Kombinationstherapie mit Antidepressiva.

Zur Vorbereitung und im Sinne einer Klärung der Motivation und Indikation zu einer stationären Verhaltenstherapie bieten wir die Möglichkeit eines ambulanten Vorgesprächs in der Klinik an.

## Basisliteratur

- Ecker W. (2001): Verhaltenstherapie bei Zwängen. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Ecker W. (1999): Die Krankheit des Zweifels: Wege zur Überwindung von Zwangsgedanken und Zwangshandlungen. Lippstadt: Verl. für Psychologie und –Lebenshilfe.
- Ecker, W. (Hg.) (2002): Die Behandlung von Zwängen. Perspektiven für die klinische Praxis. Verlag Hans Huber, Bern.
- Hedlund S. (2005): Exposition mit Reaktionsmanagement bei Zwangserkrankungen. In Neudeck P. & Wittchen H.-U. (Hg.): Konfrontationstherapie bei psychischen Störungen. Göttingen: Hogrefe.
- Hoffmann, N. (1990). Wenn Zwänge das Leben einengen. Mannheim, PAL
- Hoffmann N. & Hofmann B: (2004): Expositionen bei Ängsten und Zwängen. Praxishandbuch. Weinheim, Beltz PVU.
- 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
- Lakatos, A., Reinecker, H. (1999). Kognitive Verhaltenstherapie bei Zwangsstörungen. Ein Therapiemanual. Göttingen: Hogrefe.
- McKay,D., Abramovitz, J.S, Calamari, J.E, Kyrios ,M., Radomsky, A., Sookman,D., Taylor,S. & Wilhelm,S. (2004) Acritical evaluation of obsessive-compulsive disorder subtypes: symptoms vs. mechanisms. Clinical Psychology Review, 24 (3), 283-313.
- 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
- Reinecker, H.S. (1991): Zwänge: Diagnose, Theorien und Behandlung. Bern: Hans Huber Verlag.
- 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.



In dieser Reihe sind bisher erschienen:

- Heft 1 – Indikation zur stationären Therapie
- Heft 2 – Angststörungen
- Heft 3 – Zwangsstörungen
- Heft 4 – Psychogene Essstörungen
- Heft 5 – Somatoforme Störungen
- Heft 6 – Chronischer Kopfschmerz
- Heft 7 – Biofeedbacktherapie
- Heft 8 – Psychosomatische Behandlung bei Jugendlichen
- Heft 9 – Psychosomatik gynäkologischer Störungsbilder
- Heft 10 – Die Aufmerksamkeitsdefizit/  
Hyperaktivitätsstörung des Jugend  
und Erwachsenenalters
- Heft 11 – Sexuelle Traumatisierungen
- Heft 12 – Persönlichkeitsstörungen
- Heft 13 – Depression
- Heft 14 – Chronischer Schmerz

ISSN 1432-5845