

Matthias Wentland

Zwangsstörungen

Ein ganzheitlicher Ansatz
zur Diagnose und Behandlung

Allgemeine Beratung, Psychotherapie und Seelsorge im Wandel
Prof. Dr. Michael Dieterich (Hg.)



ABPS

Allgemeine Beratung,
Psychotherapie und Seelsorge

SCM R.Brockhaus

Matthias Wentland · Zwangsstörungen

Matthias Wentland

Zwangsstörungen

Ein ganzheitlicher Ansatz
zur Diagnose und Behandlung

Reihe:

Allgemeine Beratung, Psychotherapie und Seelsorge im Wandel

Herausgeber: Prof. Dr. Michael Dieterich

SCM R.Brockhaus

SCM

Stiftung Christliche Medien

Band 1 der Reihe

Allgemeine Beratung, Psychotherapie und Seelsorge im Wandel

will einen fächerübergreifenden wissenschaftlichen Beitrag im
Grenzgebiet zwischen Psychologie, Medizin und Theologie liefern.

Michael Dieterich, Herausgeber



© 2012 SCM R.Brockhaus im SCM-Verlag GmbH & Co. KG

Bodenborn 43, 58452 Witten

Umschlaggestaltung: Katrin Retter, Weil im Schönbuch

Satz: Christian Kuka, Karlsruhe

Druck und Bindung: CPI -- Ebner & Spiegel, Ulm

Gedruckt in Deutschland ·

ISBN 978-3-417-26600-9

Bestell-Nr. 226.600

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	9
Einleitung	11
1 Beschreibung und Vorkommen der Zwangsstörungen	14
1.1 <i>Definitionskriterien nach ICD-10 (F42.x)</i>	15
1.1.1 Diagnostische Leitlinien des ICD-10 für Zwangsstörungen:	16
1.2 <i>Definitionskriterien nach DSM-IV (300.3)</i>	17
1.3 <i>Erscheinungsformen</i>	18
1.3.1 Wasch- und Putzzwang.....	18
1.3.2 Kontrollzwang.....	19
1.3.3 Zählzwänge	20
1.3.4 Ordnungszwänge	21
1.3.5 Sammelzwänge.....	21
1.3.6 Zwangsgedanken	22
1.3.7 Seltene Formen der Zwangsstörungen.....	22
1.3.8 Häufigkeit der einzelnen Untergruppen	23
1.4 <i>Epidemiologie der Zwangsstörungen</i>	24
1.5 <i>Verlauf der Zwangsstörungen</i>	25
1.5.1 Verlaufstypen	25
1.5.2 Prognose	26
1.6 <i>Komorbidität</i>	26
1.6.1 Zwänge und Phobien	27
1.6.2 Zwänge und Depression	28
1.6.3 Zwänge und Schizophrenie	29
2 Entstehung der Zwangsstörungen: Ätiologiemodelle und -theorien	30
2.1 <i>Psychodynamische Sicht zur Entwicklung der Zwangsstörung</i>	30
2.2 <i>Kognitiv-behaviorale Sicht zur Entwicklung der Zwangsstörung</i>	33

2.2.1	Die Entwicklung von aufdringlichen Gedanken zu Zwangsgedanken	34
2.3	<i>Das Zwei-Faktoren-Modell</i>	39
2.4	<i>Neurophysiologische Theorien</i>	41
2.5	<i>Entwicklungspsychologische u. bindungstheoretische Erklärungsansätze</i>	42
3	Die Therapie der Zwangsstörungen	44
3.1	<i>Die Psychodynamische Therapie bei Zwangsstörungen</i>	44
3.2	<i>Die kognitive Verhaltenstherapie bei Zwangsstörungen</i>	49
3.2.1	Problemanalyse.....	50
3.2.2	Verschieben der Problemdefinition	52
3.2.3	Konfrontation und Reaktionsverhinderung	53
3.2.3.1	Verstärkung und Ermutigung	59
3.2.3.2	Fokussieren auf die Angstkomponenten und Unterstützen der emotionalen Prozesse	60
3.2.3.3	Modell geben.....	60
3.2.3.4	Optimale Nutzung d. Erfahrung aus d. Exposition zur Erreichung kognitiver Veränderungen	61
3.2.4	Die kognitiven Interventionen	62
3.2.4.1	Die kognitive Umstrukturierung in Bezug auf die Überschätzung der Gefahr.....	62
3.2.4.2	Die kognitive Umstrukturierung in Bezug auf die Überschätzung der persönlichen Verantwortung.	65
3.3	<i>Die Pharmakotherapie</i>	68
3.4	<i>Fazit zu den therapeutischen Ansätzen</i>	70
4	Christliche Literatur über Seelsorge und Therapie von Zwangsstörungen	72
4.1	<i>Reinhold Ruthe über Zwangsstörungen</i>	72
4.2	<i>Samuel Pfeifer über Zwang und Zweifel</i>	82
4.3	<i>Jay E. Adams über Ängste</i>	85
4.4	<i>R. Oberbillig zu Zwangserkrankungen</i>	88

5	Vorüberlegungen und Grundlagen für einen holistischen Behandlungsansatz von Zwangsstörungen...	92
5.1	<i>Die Anthropologie der ABPS.....</i>	94
5.2	<i>Die Psychopathologie der ABPS.....</i>	97
5.3	<i>Die Psychotherapie bzw. Seelsorge der ABPS.....</i>	98
6	Theorie und Praxis des holistischen Behandlungsansatzes von Zwangsstörungen.....	100
6.1	<i>Der Mensch ist eine lebendige Seele – Soma</i>	102
6.2	<i>Der Mensch ist eine lebendige Seele – Psyche.....</i>	103
6.3	<i>Der Mensch ist eine lebendige Seele – Pneuma</i>	107
6.4	<i>Ein Therapieplan im Sinne der ABPS gemäß dem 9-Faktoren-Modell.....</i>	108
6.4.1	<i>Übung.....</i>	108
6.4.2	<i>Stimuli.....</i>	109
6.4.3	<i>Gedanken.....</i>	110
6.4.4	<i>Medikamente.....</i>	110
6.4.5	<i>Organismus.....</i>	110
6.4.6	<i>Verstärker</i>	111
6.4.7	<i>Kontingenz</i>	111
6.4.8	<i>System</i>	112
6.4.9	<i>Spiritualität.....</i>	113
7	Fazit.....	118
	Anhang.....	119
A.1	<i>Kriterien für Zwangsstörungen nach DSM-IV.....</i>	119
A.2	<i>Der Padua-Zwangsfragebogen.....</i>	121
A.3	<i>Das Hamburger Zwangsinventar</i>	125
A.4	<i>Arbeitsblätter für Betroffene</i>	128
A.5	<i>Die Beschreibungen der Tiefenstruktur (PST-R).....</i>	132
A.6	<i>Die Beschreibungen der Globalfaktoren (PST-R).....</i>	136

A.7	<i>Therapieplan</i>	138
A.7.1	Diagnostik.....	138
A.7.2	Problemverhalten.....	138
A.7.3	Therapieziele.....	139
A.7.4	Erstellung des Therapieplans.....	139
A.7.5	Praktische Durchführung.....	140
A.7.6	Evaluation.....	140
Literaturverzeichnis		141

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1:	Häufigkeit der Untergruppen von Zwangsstörungen.....	23
Abb. 2:	Ablauf des Zwangsvorgangs.....	36
Abb. 3:	Beispiel für die Pie-Chart – Technik.....	66
Abb. 4:	Das holistische Menschenbild/ Teil 1.....	96
Abb. 5:	Das holistische Menschenbild/ Teil 2.....	96
Abb. 6:	Veränderungsprozess als Formel.....	100
Abb. 7:	Veränderungsprozess als Schaubild.....	100
Abb. 8:	9-Faktoren-Modell der ABPS.....	101
Abb. 9:	Aspekt Soma (grau hinterlegt).....	102
Abb. 10:	Aspekt Psyche (grau hinterlegt).....	103
Abb. 11:	Wahl der richtigen Methode als Formel.....	104
Abb. 12:	Dimensionen der Tiefenstruktur im PST-R.....	105
Abb. 13:	Aspekt Spiritualität (grau hinterlegt).....	107

Zusammenfassung

Dieses Buch basiert auf der Masterarbeit des Autors im Fach Counseling Psychology der Lee University (USA)¹.

Die Zwangsstörungen gehören zu den psychischen Störungen und werden im ICD-10² unter F42 und im DSM-IV³ unter 300.3 aufgeführt bzw. beschrieben. Die Betroffenen folgen einem inneren Drang, bestimmte Dinge zu tun oder zu denken. Sie versuchen sich erfolglos gegen diese Zwangshandlungen oder Zwangsgedanken zu wehren und erleben sie als sinnlos und übertrieben. Der Leidensdruck von Zwangspatienten ist sehr hoch. Oft sind sie nicht mehr in der Lage, ihren Beruf auszuüben, alltägliche Dinge wie den Haushalt oder Körperpflege zu erledigen oder ihre Beziehungen in Familie und Freundeskreis zu pflegen.

Die Zwangsstörung kann sich in unterschiedlicher Art und Weise äußern. Man unterscheidet zwischen Wasch- und Putzzwängen, Kontrollzwängen, Zählzwängen, Ordnungszwängen und Sammelzwängen. In der Allgemeinbevölkerung ergeben Studien eine Lebenszeitprävalenz⁴ von 2 - 3 %. Demzufolge ist die Zwangsstörung die vierthäufigste psychische Störung nach den Phobien, der Depression und den Suchterkrankungen.

Die verschiedenen Psychotherapie-Schulen haben unterschiedliche Ansätze, um diese Krankheit zu verstehen und zu behandeln. Die Psychoanalyse nimmt an, dass Zwangsstörungen aus einer Verdrängung von Konflikten aus der Kindheit entstehen: Zwangsstörungen sind ein Versuch, latente Ängste zu ersetzen. Die kognitiv-behaviorale Therapieschule geht davon aus, dass die

¹ Das Studium wurde an der Zweigstelle in Freudenstadt absolviert, nähere Infos dazu unter www.bibelseminar.de oder www.bts-ips.de.

² International Classification of Diseases, tenth revision

³ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition

⁴ Die Prävalenz oder Krankheitshäufigkeit sagt aus, wie viele Menschen einer untersuchten Gruppe an einer bestimmten Krankheit erkrankt sind bzw. erkranken.

Zwangsstörung erlernt worden ist: Wenn eine bestimmte Angst erlernt wurde, versucht der Betroffene sie durch eine Zwangshandlung zu vermeiden. Die Neurophysiologie hat herausgefunden, dass bei Zwangsstörungen das Zusammenwirken des präfrontalen Cortex⁵, der Basalganglien⁶ und des limbischen Systems⁷ gestört ist. Dem entsprechend kann eine Pharmakotherapie - eine Psychotherapie begleitend - zu einer Verringerung der Symptomatik führen.

In der christlichen Seelsorge-Literatur finden sich mehrere Modelle für den Umgang mit Zwangsstörungen. Ihnen gemeinsam ist, dass die geistliche Ebene des Glaubens berücksichtigt oder sogar als entscheidend angesehen wird. Sie unterscheiden sich darin, ob und in welcher Weise Erkenntnisse und Techniken der „säkularen“ Psychotherapie in die Behandlung einzubeziehen sind und welche Therapieschule dabei bevorzugt wird.

Nach einem Überblick über diese Modelle wird der ganzheitliche Behandlungsansatz der Allgemeinen Beratung, Psychotherapie und Seelsorge (kurz: ABPS) dargestellt, der von der BTS Fachgesellschaft für Psychologie und Seelsorge praktiziert wird. Er benützt Techniken aus verschiedenen Therapieschulen und sieht den Menschen entsprechend der biblischen Schöpfungslehre als eine „lebendige Seele“ mit den Teilbereichen Soma, Psyche und Pneuma, die nicht voneinander zu trennen sind. Dementsprechend müssen alle drei Teilbereiche der Seele in der Behandlung berücksichtigt werden, während in den herkömmlichen Therapieformen der spirituelle Bereich „Pneuma“ vernachlässigt wird.

⁵ Der präfrontale Cortex ist ein Teil des Frontallappens der Großhirnrinde (Cortex) an der Stirnseite des Gehirns.

⁶ Kerngebiete des Gehirns

⁷ System von Nervenstrukturen im Gehirn, das u.a. der Verarbeitung von Emotionen dient

Einleitung

*Zwangskranke leben in einem ständigen Schwanken,
in einem Auf- und Niederwogen der Affekte.
Selbst wenn sie ganz ruhig sind,
lauert im Hintergrund die Angst,
es könnte sich eine Zwangsvorstellung melden.
Sie trauen der Ruhe nicht und jede Stille
ist die Stille vor dem Sturm.*

Wilhelm Stekel, 1927⁸

Dieses Zitat von Wilhelm Stekel drückt aus, wie es einem Menschen geht, der an Zwängen leidet. Zwangserkrankte leben in einem ständigen Schwanken ihrer Emotionen, ihrer Kognitionen und der Handlungen, die sie ausführen müssen. Selbst wenn sie einen Moment der Ruhe haben, in dem sie nicht von ihren Zwängen geplagt werden, haben sie doch die Angst im Hinterkopf: Jeden Moment könnte sich ein Zwangsgedanke oder eine Zwangsvorstellung mit einem abstoßenden, aggressiven oder sexuellen Inhalt einstellen. Die Betroffenen trauen der Ruhe nicht, sondern sind dauerhaft in Gedanken bei ihren Zwängen. Die drängende Kraft von einschießenden Impulsen ist enorm hoch.

In stark abgeschwächter Form kennen die meisten Menschen aus dem Alltagsleben Gedanken, die sich einnisten können, die aber ein gesunder Mensch filtern und als Unsinn „abschütteln“ kann, z.B.:

- „Habe ich das Auto wirklich abgeschlossen?“
- „Habe ich alle Fenster und Türen geschlossen, als ich zur Arbeit gegangen bin?“
- „Ist das Bügeleisen abgeschaltet?“
- „Habe ich den Herd nach dem Kochen wirklich ausgemacht?“
- „Ich bin so verärgert, ich würde Hr./Fr. XY gerne Schaden zufügen.“

⁸ Zitat aus: Pfeifer, 2007, S. 1

Solche kurzen Gedankenblitze, die uns eventuell dazu bringen, den Herd zweimal zu kontrollieren oder nach dem Abschließen der Türe noch einmal nachzusehen, ob sie wirklich zu ist, können wir schnell ablegen und sie belästigen uns nicht den weiteren Tag. Menschen mit Zwangsstörungen können ihre Gedanken nicht abschalten und ihre Ängste nicht kontrollieren. Sie sind dazu gezwungen, verschiedenste Rituale auszuführen, um ihre Ängste zu neutralisieren und nicht dauerhaft unter Hochspannung zu leben.

Der Leidensdruck der Betroffenen ist sehr hoch. Sie können ihre Zwangshandlungen zwar als unsinnig erkennen, sind aber nicht in der Lage diese zu unterbinden, da sie sonst unter massiven Ängsten und Spannungen leiden würden. Sie „müssen“ die Handlungen durchführen: sie werden innerlich dazu gezwungen.

Meistens isolieren sich Zwangspatienten wegen ihrer Störung von der Außenwelt. Langsam verlieren sie ihre sozialen Kontakte. Die Zwänge werden so lange wie möglich vor dem sozialen Umfeld verheimlicht. Die Betroffenen schämen sich für ihre Gedanken und leiden unter Schuldgefühlen. Ein Mensch mit Sammelzwang wird in seiner Wohnung allerlei „Müll“ ansammeln. Er ist irgendwann nicht mehr in der Lage, Besuch zu empfangen. Ein „Waschzwängler“ wird über kurz oder lang den Kontakt zu Mitmenschen meiden, um nicht „kontaminiert“ zu werden oder andere mit seiner gefährlichen Krankheit anzustecken. So vereinsamen diese Menschen, sind in ihren Zwängen gefangen und leiden unter Schuldgefühlen.

Hier ein kurzes Beispiel aus der Beratung einer christlichen Frau mit Zwangsstörungen, welches verdeutlichen soll, wie sehr diese Menschen unter Schuldgefühlen und Scham leiden:

„Im Fall von Vera fiel ihr Blick beispielsweise auf die Seifenschale im Badezimmer, der Gedanke ‚Seifengott‘ bedrängte sie unvermittelt und ängstigte sie in Richtung einer möglichen religiösen Gotteslästerung. Oder sie befand sich unter Menschen und wurde von dem plötzlichen Gedanken ‚Stell dir alle Menschen nackt vor‘ beschämt. Zu ganz besonderen Selbstzweifeln an ihrer moralischen Integrität trugen aggressiv-sexuelle gedankliche Intrusionen (= Eindringen / Bedrängungen / Einschüßungen) bei mit perversem Inhalt; so wurde sie etwa ‚überfallen‘ von dem Gedanken ‚Schneide den Penis des Predigers ab‘, während einer gottesdienstlichen Veranstaltung. Man kann sich die-

ses Gefängnis von Scham und Selbstzweifel bei den Betroffenen vorstellen!“

Oberbillig, 2009, S. 36

An diesem Beispiel wird deutlich, dass auch Christen von dieser Störung betroffen sein können und wie der christliche Glaube den durch die Störung verursachten Leidensdruck sogar verstärken kann. Zwangsgedanken haben oft einen Inhalt, der der Moral des Betroffenen total widerspricht - entsprechend groß sind die Schuldgefühle und der Zweifel am eigenen Glauben.

In den säkularen Psychotherapien wird jedoch der spirituelle Teil eines Menschen wenig bzw. gar nicht berücksichtigt. Diese Arbeit soll dazu beitragen, dass Menschen mit Glaubenshintergrund eine ganzheitliche Beratung bekommen, in der sie zusätzlich lernen, wie sie mit dieser Störung in Bezug auf ihren Glauben umgehen können. Welchen Hintergrund haben ihre Schuldgefühle? Machen sich Menschen, wie in dem oben beschriebenen Fall von „Vera“, schuldig vor Gott? Sind ihre Ängste Sünde, weil sie als Gläubige doch unter dem Schutz Gottes stehen und der, den Christus frei gemacht hat, „recht frei“ ist (vgl. Joh. 8,36)? Und: Warum lässt Gott dieses Leid in ihrem Leben zu?

Diese und andere Fragen sollen in diesem Buch beantwortet werden. Wie kann Betroffenen geholfen werden, ihre Ängste, Zwangsgedanken und Zwangsrituale / Zwangshandlungen zu reduzieren und wieder ein normales Leben zu führen?

Dazu wird in dieser Arbeit der aktuelle wissenschaftliche Stand über Zwangsstörungen beleuchtet: Woher kommen Zwangsstörungen und wie können sie behandelt werden? Außerdem wirft die Arbeit einen Blick auf die christliche Literatur zu dieser Störung: Wie bewerten christliche Seelsorger Zwangsstörungen und wie sieht ihre seelsorgerliche Hilfe aus? Abschließend fokussiere ich mich auf ein neues Konzept für die Behandlung von Zwangsstörungen, um den ganzen Menschen – mit seinen körperlichen, psychischen und pneumatischen Anteilen und Bedürfnissen – zu berücksichtigen.

Das oben genannte Zitat von Wilhelm Stekel habe ich bewusst an den Anfang gestellt. Der Mensch als Betroffener soll von dieser Arbeit profitieren. Sei es indirekt durch einen Berater oder einen Pfarrer, der sich mit dem Thema Zwangsstörungen auseinandersetzt, oder sei es direkt, indem der Betroffene selbst sich über seine Störung informiert.

1 Beschreibung und Vorkommen der Zwangsstörungen

Bereits im 18. Jahrhundert wurden in der Literatur Zwangs-Phänomene beschrieben. Im 19. Jahrhundert beschrieb Westphal das Zwangsverhalten und die sich aufdrängenden Gedanken von Patienten als eine leichte Form der Schizophrenie („abortive insanity“). Maudsley (1895) sah dieses Syndrom als eine nicht-psychotische Form der Depression und nannte es „simple melancholy“. Sigmund Freud ordnete die Zwangsneurose und die Hysterie als zwei Formen der Übertragungsneurose ein (vgl. Emmelkamp & van Oppen, 2000).

Heutzutage wird zur Klassifikation psychischer Störungen entweder das amerikanische „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition“ (kurz: DSM-IV) oder die „International Classification of Diseases, tenth revision“ (kurz: ICD-10) benutzt. Interessant ist, dass bei der ICD-10 die Zwangsstörungen unter die neurotischen Belastungs- und somatoformen Störungen fallen und dabei eine eigene Unterkategorie bilden, wie phobische Störungen, andere Angststörungen, posttraumatische Belastungsstörung oder dissoziative Störungen. Im DSM-IV dagegen werden die Zwangsstörungen den allgemeinen Angststörungen zugeordnet.

Nicolas Hoffmann beschreibt das Erleben der Zwangsstörungen folgendermaßen:

„Im Erleben der Kranken vollzieht sich der Werdegang einer Zwangsstörung in drei Episoden. Zu Beginn treten anlässlich von kritischen Lebensereignissen Emotionen auf, die sie nicht bewältigen können. Es kommt daraufhin zu Konfusions- und Unvollständigkeitsgefühlen, die ein starkes Bedürfnis nach Sicherheit und Kontrolle auslösen. Es gelingt den Patienten, die vorläufige Kontrolle über ihren inneren Zustand zu erlangen, aber um den Preis einer Selbstdissoziation, gegen die sie wiederum reagieren müssen“

Ambühl, 1998, S. 1

Patienten erleben ihr eigenes zwanghaftes Verhalten fast immer verbunden mit Schamgefühlen. Gerade weil sie Einsicht in die Aussichtslosigkeit und Sinnlosigkeit ihres eigenen Handelns haben und wissen, wie sehr ihr eigenes Verhalten von dem der anderen Menschen abweicht, versuchen sie alles, um ihre Störung vor der Umwelt zu

verheimlichen. In der Regel sind es nur die allernächsten Verwandten, die über die Zwangsstörung Bescheid wissen.

1.1 Definitionskriterien nach ICD-10 (F42.x)

Die Diagnosekriterien der Zwangsstörungen nach ICD-10 lauten folgendermaßen:

- Zwangsgedanken oder Zwangshandlungen treten innerhalb eines Zeitraums von zwei Wochen an den meisten Tagen auf.
- Die Zwangsgedanken (Gedanken, Ideen oder Bilder) und die Zwangshandlungen (Verhaltensweisen) haben die folgenden Merkmale:
 - Sie werden als Produkte des eigenen Geistes erkannt und folglich nicht als von Personen oder äußeren Einflüssen eingegeben betrachtet;
 - Sie treten wiederholt auf und werden als unangenehm erfahren, wobei mindestens ein Zwangsgedanke oder eine Zwangshandlung als übertrieben oder unangemessen erkannt wird;
 - Der Patient versucht sie zu unterdrücken. Allerdings kann die Unterdrückung des Zwangsgedanken oder der -handlung auf lange Sicht minimal sein. Es gibt mindestens einen Zwangsgedanken oder eine Zwangshandlung, die nicht erfolgreich unterdrückt werden.
 - Das Auftreten des Zwangsgedanken oder die Ausführung der Zwangshandlung an sich wird als unangenehm erfahren.
- Die Zwangsgedanken oder -handlungen verursachen Beschwerden oder beeinträchtigen das soziale Leben bzw. die Bewältigung des Alltags des Patienten, und zwar meistens aus Zeitmangel.
- Häufigstes Ausschlusskriterium: Die Zwangsgedanken oder -handlungen sind nicht das Ergebnis einer anderen psychischen Störung, wie Schizophrenie oder verwandten Störungen bzw. Affektiven Störungen (vgl. Emmelkamp & van Oppen, 2000).

Die Ausführung von Zwangshandlungen oder Ritualen dient nicht der Durchführung von an sich nützlichen Tätigkeiten, sondern der Reduktion von Ängsten oder Anspannung. Es kann aber auch sein, dass sie dazu dienen, bestimmte gefürchtete Ereignisse zu verhindern. Häufig sind Zwangsstörungen mit der Angst verbunden, dass anderen Menschen Schaden zugefügt werden könnte. Zwangsstörungen verursachen bei Betroffenen einen hohen Leidensdruck, weil sie wissen, dass dieses Verhalten sinnlos oder nicht effektiv ist. Der Betroffene versucht immer wieder, dagegen anzukämpfen.

Wiederkehrende Zwangsgedanken und Zwangshandlungen sind wesentliche Kennzeichen einer Zwangsstörung. Zwangsgedanken sind Ideen, Vorstellungen oder Impulse, die den Patienten immer wieder stereotyp beschäftigen. Sie sind fast immer quälend, weil sie gewalttätigen Inhalts oder obszön sind, oder weil sie einfach als sinnlos erlebt werden. Die Personen haben scheinbar keine Möglichkeit, gegen diese Gedanken oder Handlungen anzugehen. (vgl. Weltgesundheitsorganisation, 1992)

1.1.1 Diagnostische Leitlinien des ICD-10 für Zwangsstörungen:

Für eine eindeutige Diagnose sollen wenigstens 2 Wochen lang an den meisten Tagen Zwangsgedanken oder Zwangshandlungen oder beides nachweisbar sein; sie müssen quälend sein oder die normalen Aktivitäten stören. Die Zwangssymptome müssen folgende Merkmale aufweisen: sie sind gegen den Willen des Patienten und seine rationale und emotionale Überzeugung (vgl. Dieterich & Dieterich, 1996):

- *„Sie müssen als eigene Gedanken oder Impulse für den Patienten erkennbar sein*
- *Wenigstens einem Gedanken oder einer Handlung muss noch, wenn auch erfolglos, Widerstand geleistet werden, selbst wenn sich der Patient gegen andere nicht länger wehrt.*
- *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).*
- *Die Gedanken, Vorstellungen oder Impulse müssen sich in unangenehmer Weise wiederholen.“*

Weltgesundheitsorganisation, 1992, S. 165

In der ICD-10 wird die Zwangsstörung in folgende Subtypen unterteilt:

- Zwangsstörungen mit vorwiegend Zwangsgedanken oder Grübelzwang (F42.0)
- Zwangsstörungen mit vorwiegend Zwangshandlungen (Zwangsrituale, F42.1)
- Zwangsgedanken und Zwangshandlungen, gemischt (F42.2)
- Sonstige Zwangsstörungen (F42.8)
- Zwangsstörungen, nicht näher bezeichnet (F42.9)

1.2 Definitionskriterien nach DSM-IV (300.3)

Das DSM-IV-TR zählt die Zwangsstörungen nach wie vor zu den Angststörungen, obwohl diese Zuordnung umstritten ist. Gegen die Gleichsetzung spricht die Unterschiedlichkeit der Phänomene und Symptome. Während bei Angstpatienten eindeutig die Angst als emotionale Reaktion im Mittelpunkt steht, beschreiben Zwangspatienten häufig auch andere Gefühle wie Ekel, Unruhe, Anspannung oder ein nicht erklärbares Gefühl von Unvollständigkeit als vorherrschend (vgl. Ambühl, 2005).

Ein weiteres Argument ist, dass im Gegensatz zu anderen Angststörungen Anxiolytika⁹ bei Zwangspatienten kaum die gewünschte Wirkung zeigen. Zudem gibt es bei der Behandlung von Zwangsstörungen deutlich mehr Rückfälle als bei der Behandlung von Angststörungen.

Obwohl die Kriterien der ICD-10 grundsätzlich mit den Kriterien des DSM-IV übereinstimmen, wird die Störung im DSM-IV genauer beschrieben. Der DSM-IV unterscheidet nicht zwischen Zwangsgedanken und -handlungen, die Ausschlusskriterien sind im DSM-IV besser umschrieben als bei der ICD-10. Zwangsgedanken und -handlungen müssen beträchtliche Probleme verursachen, zeitraubend sein (mehr als eine Stunde pro Tag) oder sie müssen den Alltag, die Berufsausübung oder

⁹ Anxiolytika sind Medikamente, die Ängste verringern. Synonym verwendet werden die Begriffe Ataraktika („Beruhigungsmittel“) oder minor tranquilizer (engl. für „schwache Beruhigungsmittel“).

die üblichen sozialen Aktivitäten bzw. Beziehungen zu anderen Personen beeinträchtigen.

Eine detaillierte Beschreibung des Auftretens von Zwangsgedanken oder -handlungen gemäß dem DSM-IV findet sich im Anhang dieses Buches.

1.3 Erscheinungsformen

Zwangsgedanken kommen selten als solche alleine vor. Meistens sind diese Gedanken verbunden mit Ritualen und Zwangshandlungen. 80% aller Ratsuchenden mit einer Zwangsstörung haben sowohl Probleme mit Zwangsgedanken als auch mit Zwangshandlungen.

Die Zwangshandlungen, die am häufigsten vorkommen, sind Waschen und Kontrollieren. Diese und andere häufige Formen der Zwangsstörungen möchte ich hier kurz beschreiben:

1.3.1 Wasch- und Putzzwang

Dieser Zwang ist in der Regel mit der Angst vor einer Ansteckung mit Krankheitskeimen oder Verunreinigung mit menschlichen Ausscheidungen, gefährlichen Chemikalien u.a. verbunden. Typischerweise befürchten die Patienten, sich selber oder Menschen in ihrem Umfeld durch den Kontakt mit diesen Stoffen krank zu machen, sie zu töten oder selbst daran zu sterben (Lakatos & Reinecker, 2007).

Besonders häufig lassen sich Ansteckungsängste feststellen, die dazu führen, dass der Erkrankte der Berührung mit scheinbar „kontaminierten“ Dingen exzessive Waschroutinen folgen lässt. Die Art und Dauer der Waschroutinen kann stark variieren. Bei leichteren Fällen reicht es aus, die Hände unter fließendem Wasser und mit viel Seife abzuspülen. Schwerwiegendere Fälle haben ein genaues Konzept, wie die „Waschung“ vorzugehen hat. Diese kann bis zu 30 Minuten oder länger dauern und muss wiederholt werden, wenn der Erkrankte von außen dabei gestört wird. Hier spielt der genaue Ablauf eine große Rolle. Die Art und Weise, wie der Wasserhahn aufgedreht wird, wie oft man den Seifenspender drücken muss, welche Finger zuerst und wie oft eingerieben und abgewaschen werden, mit welcher Hand begonnen werden muss und wieviele Wiederholungen getätigt werden müssen, ist festgelegt. Das Gefühl von Sauberkeit stellt sich erst ein, wenn das

Ritual abgeschlossen ist. Dieses Sauberkeitsgefühl hält aber nicht lange an und es vergeht nicht viel Zeit, bis der Betroffene wieder etwas „Schmutziges“ angefasst oder mit den Augen betrachtet hat. Insbesondere Waschwänge treten häufig zusammen mit Kontrollzwängen und Putzzwängen auf.

Fallbeispiel:

Sonja G. benötigte bereits für das Waschen der Hände und Putzen der Zähne bis zu zwei Stunden Zeit. Duschen und Baden waren mehr oder weniger ganztägige Aktionen. Sonja G. fürchtete, andere Menschen könnten mit winzigen Spuren ihrer Ausscheidungen (Urin und Fäkalien) in Berührung kommen und auf diese Weise Schaden nehmen. Sie war im Laufe der Zeit von den ausgiebigen Zwangsritualen so erschöpft, dass sie mehr und mehr in eine starre Vermeidungshaltung geriet. Weil Waschen und Reinigen so anstrengend waren und fast nie zu einem wirklich befriedigenden Ergebnis führten, wusch sie sich nun gar nicht mehr, sondern beschränkte das Waschen auf das Allernotwendigste. Alle zehn Tage wurde sie von ihrem Lebensgefährten oder einem Pflegedienst gebadet, dazwischen fand so gut wie gar keine Körperpflege mehr statt. Sonja verwehrte zunehmend. Sie war nicht mehr imstande, die Zähne zu putzen, die Fingernägel zu reinigen oder sich sonst adäquat zu pflegen. Außer Haus ging sie gar nicht mehr, weil sie „unrein“ war und Angst hatte, andere zu schädigen. Ihre Vermeidungshaltung ging so weit, dass sie schließlich kaum mehr das Bett verlassen konnte und weitgehend invalide und vereinsamt vor sich hin lebte.

Althaus, Niedermeier, & Niescken, 2008, S. 41-42

1.3.2 Kontrollzwang

Kontrollzwänge sind vor allem dadurch gekennzeichnet, dass die betroffenen Personen von Gedanken gequält werden. Ein vermeintlicher Fehler oder eine Unachtsamkeit könnte zu einer Katastrophe führen. Die Unachtsamkeit wird manchmal sogar in Bereichen vermutet, die eigentlich harmlos sind.

Kontrollzwänge beziehen sich meistens auf elektronische Hausgeräte wie Herd, Bügeleisen oder Kaffeemaschinen. In der zwanghaften Vorstellung der Patienten könnten diese Geräte einen Brand verursachen

Allgemeine Beratung, Psychotherapie und Seelsorge im Wandel

Band 1 – Zwangsstörungen

Neben Angststörungen, Depressionen und Sucht gehören Zwangsstörungen zu den häufigsten psychischen Problemen in der Beratung. Die Betroffenen folgen einem inneren Drang, bestimmte Dinge zu tun oder zu denken. Sie versuchen sich erfolglos gegen solche Zwänge zu wehren und erleben sie oft als sinnlos und übertrieben. Der Leidensdruck ist sehr hoch. Auch gläubige Christen erleben Zwangsstörungen und sind ratlos, weil auch in Glaubensdingen solche Probleme auftreten können.

Man kann mit dem heutigen Stand der psychotherapeutischen Forschung davon ausgehen, dass Zwangsstörungen nicht vererbt, sondern im Rahmen der persönlichen Entwicklungsgeschichte entstanden sind. Es gibt kaum medizinische Therapiemöglichkeiten und die Vergangenheitsverarbeitung führt nur zu geringen Erfolgen.

Mit dem neuen ganzheitlichen Ansatz der „Allgemeinen Psychotherapie und Seelsorge“ (ABPS) ergeben sich hilfreiche Behandlungsmöglichkeiten, die in diesem Band 1 der Reihe beschrieben werden.

„Allgemeine Beratung, Psychotherapie und Seelsorge im Wandel“ lautet der Titel unserer Buchreihe. Mit „Wandel“ ist ein Doppeltes gemeint: Wir gehen davon aus, dass Probleme, die heute auf christliche Berater, Seelsorger und Therapeuten zukommen, immer komplexer werden, so dass eine zunehmende Professionalisierung vonnöten wird. Ratgeberliteratur alleine reicht nicht mehr aus.

Wandel bedeutet aber auch, dass die Zeit der klassischen Therapieschulen abgeschlossen ist und ein Paradigmenwandel vor uns steht: Wir brauchen ein Meta-konzept, das die tatsächlichen Wirkfaktoren erkennt, spezifisch einsetzt und auch möglich macht, den christlichen Glauben als wesentliche Ressource im ganzheitlichen Sinne einzusetzen. Der vom Herausgeber der Buchreihe Prof. Dr. M. Dieterich und seinen Mitarbeitern entwickelte Ansatz der „Allgemeinen Beratung, Psychotherapie und Seelsorge“ ABPS liefert eine erfolgsversprechende Möglichkeit hierzu.

Prof. Dr. Michael Dieterich ist Dekan der „School of Counseling“ am ETS (Freudenstadt) in Kooperation mit der LEE-University (USA) und der University of Wales (GB). Er lehrte zuvor an verschiedenen deutschen Universitäten. Er ist verheiratet und hat drei erwachsene Kinder. Zusammen mit seiner Frau Hilde Luise war er 1987 Mitbegründer der Biblisch-Therapeutischen Seelsorge BTS.

Matthias Wentland, geb. 1984 in Bonn, hat Theologie und Psychologische Beratung studiert. Er ist Personalleiter im Familienunternehmen „Pflegeteam Wentland“ und bietet neben Lebensberatung auch Supervision, Coaching und Seminare an.



Allgemeine Beratung,
Psychotherapie und Seelsorge

www.scm-brockhaus.de

ISBN 978-3-417-26600-9



SCM R. Brockhaus