

Zwangserkrankungen

Seite 11–14

? Wie verhalten sich die Erkrankten?

Ein gewisses Maß an Kontrolle und Wiederholung liegt in der Natur menschlichen Denkens und Handelns. Jeder kennt es, nach Verlassen der Wohnung Unruhe zu spüren, ob alle elektrischen Geräte ausgestellt und der Gashahn abgesperrt sind. Man kehrt zurück, kontrolliert die Wohnung aufs Neue. Trotzdem stellt sich beim Verlassen wieder Unruhe ein, etwas übersehen zu haben, oder ob man nicht vielleicht durch das Kontrollieren selbst aus Versehen etwas an- statt abgeschaltet habe. In Maßen ist Kontrolle sinnvoll. Im Übermaß kann sie bis zur völligen Blockade von Denken und Handeln gehen.

Menschen mit Zwangsstörungen wissen um das weitgehend Unsinnige ihrer immer wiederkehrenden Grübeleien, sich immer wieder aufdrängender seelischer Bilder oder ritualhafter Wiederholungen letztlich sinnloser Handlungen. Der Mensch mit einem Wasch- oder Kontrollzwang „weiß“, daß er sich eigentlich nicht zum 10., 20. oder 30. Mal die Hände waschen muß. Er weiß auch, daß die Kontrolle akkurater Ablage bestimmter Gegenstände völlig sinnlos ist, wenn für den Zeitaufwand andere alltägliche Abläufe ganz unmöglich werden, das Haus nicht mehr pünktlich verlassen werden kann, auf der Arbeit übertragene Aufgaben nicht zeitgerecht erledigt werden. Neben diesem „Wissen“ um das „Sinnlose“ seines Tuns gibt es aber eine Art von parallelem Denken und Fühlen. Es wird von teils diffusen, teils konkreten Ängsten und Befürchtungen geleitet. Fast vergleichbar mit magischen Ritualen verlangt dieses „zweite“ System von Handlungen und Handlungsimpulsen und -gedanken nach Kontrolle und Wiederholung.

Der Partner und die Familie werden durch die eigenen rituell wiederkehrenden Handlungen des Erkrankten bis zur Weißglut getrieben. Nur kann der Zwangskranke sein Denken und Handeln nicht stoppen. Er kann dies auch dann nicht, wenn er die Zwänge als unsinnig erkannt hat. Sie vermeiden bringt dem Zwangskranken körperliches Unbehagen, Anspannung, Unruhe und Angst; durch das Ritual kommt man wenigstens für einige Zeit einigermaßen zur Ruhe. Dann aber gehen Zwangsgedanken und Zwangshandlungen aufs Neue los. Aber schließlich wird der Handlungsspielraum so sehr eingeschränkt, daß der Zwang den gesamten Lebensalltag bestimmt.

? Wie häufig kommt der Zwang vor?

Zwangsstörungen sind häufiger als angenommen. Weil sie von den Betroffenen schamhaft verschwiegen werden und früher effiziente Hilfe kaum möglich war, ist die Dunkelziffer hoch. 1–2% der Gesamtbevölkerung leiden an dieser Störung.

Zwangserkrankungen treten bei Männern und Frauen aller Altersstufen gleich häufig auf. Erste Anzeichen beginnen meist im Kindes- oder frühen Erwachsenenalter. Sie werden oft lange Zeit nicht erkannt, als merkwürdige Manieren und Übertreibungen abgetan oder so lange wie möglich im verborgenen ausgeübt, weil die Betroffenen eben um die Unsinnigkeit ihres Denkens und Tuns wissen. Spontan bilden sich Zwänge selten zurück. Meist haben sie die Tendenz, schrittweise oder schleichend zuzunehmen.

? Wie entsteht die Zwangskrankheit?

Ein gewisses Maß an ritualisierenden Wiederholungen und Kontrolle ist sinnvoll. Bereits die Verhaltensforschung beim Tier hat Hinweise darauf ergeben, daß beispielsweise zur Sicherung des Reviers Tiere mehrfach und wiederholt die gleichen Bewegungen ausführen, sich umdrehen, umschauen, „um alles im Blick zu haben“, bevor sie sich zur Ruhe niederlegen oder mit der Nahrungsaufnahme beginnen. Ritualisierende mehrfache Kontrollen scheinen auch im Menschen biologisch angelegt zu sein. Fast wie einen solchen tierischen „Instinkt“ beschreiben Zwangserkrankte ihr Denken und Handeln, das sie solange wiederholen müssen, bis eine gewisse Erschöpfung des Zwanges eingetreten ist. Es gibt aus der Gehirnforschung Hinweise dafür, daß bestimmte Regelkreise im menschlichen Gehirn gestört sind, im Sprachbild vergleichbar „einer Schallplatte mit Sprung“. Wieder und wieder werden Gedanken und Handlungen wiederholt ohne ein natürliches Ende oder ein Dazwischenkommen von anderen Impulsen. Neben biologischen bzw. Anlagefaktoren für die Entstehung von Zwangsstörungen werden aus psychoanalytischer Perspektive Erziehungsfaktoren in der frühen Kindheit diskutiert, z.B. dann, wenn seitens der Mutter besondere Betonung auf Reinlichkeit in der ersten Phase der Sauberkeitserziehung gelegt wurde. Dies ist weitgehend spekulativ. Auch hat sich die Annahme Sigmund Freuds nicht bestätigt, daß mehr oder minder alle Zwangskranken in gesunden Tagen sehr ordentliche, pingeligenaue und übermäßig gewissenhafte Menschen sind. Allerdings gibt es eine überzufällige Häufung: Schon vor dem Auftreten der Erkrankung gehören ca. 60% später zwangskrank Menschen zu diesem Persönlichkeitstypus „anankastischer“ Menschen.

? Wie kann die Zwangsstörung behandelt werden?

In dem Abschnitt über die Ursachen der Zwangserkrankung haben wir gezeigt, daß zwei Faktoren eine Rolle spielen. Zum einen handelt es sich um

biologische „übersteigerte“ Fehlfunktionen. Zum anderen um fehlerhaft gelernte „übertriebene“ Reaktionsmuster. Übersetzt in die Sprache des Computers, liegen die Fehlleistungen sowohl in der Hardware (anlagebedingte neurophysiologische und biochemische Störungen des Gehirns) als auch in der Software (fehlerhafte Lernprozesse).

Dementsprechend ist der Behandlungsansatz der Zwangsstörung zweigleisig. Im Einzelfall kann allerdings auch schon das Beschreiten sowohl des einen als auch des anderen Behandlungsweges helfen.

Hinsichtlich der biologischen Fehlfunktionen ist davon auszugehen, daß bestimmte Regelkreise im Gehirn aufgrund harmloser Reize immer wieder und wieder gleichartig ablaufen. Bei Zwangskranken gibt es gestörte neurophysiologische und biochemische Prozesse im Gehirn. Insofern ist es nur folgerichtig, daß ein Schwergewicht in der Behandlung bei Medikamenten, den sog. selektiven Serotoninwiederaufnahmehemmern oder trizyklischen Antidepressiva, liegt. Werden diese Medikamente genügend lange (über Monate) und genügend hochdosiert (manchmal das 3fache der in der Depressionsbehandlung üblichen Dosis) eingenommen, so bilden sich Zwangshandlungen und Zwangserkrankungen bei zwei Drittel der Behandelten schrittweise zurück. Medikamente reduzieren oft das Ausmaß von Zwangshandlungen und Zwangsgedanken. Leider ist ein völliges Verschwinden selten. Natürlich haben viele Menschen eine Abneigung und Vorurteile gegenüber Psychopharmaka. Wichtig ist daher der Hinweis, daß es sich um eine Normalisierung gestörter biologischer Abläufe handelt. Das Wirkprinzip der genannten Medikamente liegt in einer Hemmung der Wiederaufnahme der körpereigenen Substanz Serotonin. Der Spiegel dieser Substanz wird im Gehirn auf ein normales „gesundes Maß“ wieder angehoben. Weil es sich um ein biologisches Wirkprinzip handelt, ist auch keine süchtige Abhängigkeit zu befürchten. Diese wird aber beispielsweise dann beobachtet, wenn Zwangskranke wegen der Unruhe und Angst, die mit dieser Störung verbunden sind, über längere Zeit Beruhigungsmittel vom Typ der Benzodiazepine einnehmen.

Parallel zur medikamentösen Behandlung sind verhaltenstherapeutische Techniken „zur Neuprogrammierung der Hardware“ bei der Behandlung

von Zwangsstörungen angebracht. Wir haben im Abschnitt über die Ursachen von Zwangsvorstellungen und Zwangshandlungen zum Ausdruck gebracht, daß ihre Entstehung nicht in erster Linie als erlerntes Fehlverhalten aufzufassen ist. Allerdings sind falsche Lernvorgänge an der Ausprägung von Vermeidungsreaktionen beteiligt. Als Beispiel: Anfangs hilft nochmaliges Händewaschen gegen Angst und Ekel bei Benutzung von Gaststättengeschirr. Betroffene lernen, daß exklusives Waschen die Spannung verminderte. Sie lernen, öffentlich benutztes Geschirr zu meiden oder sich immer mehr zu waschen. Es geht den Verhaltenstherapeuten darum, daß sich der Patient den „automatisch ablaufenden“ Zwängen stellt und sie Schritt für Schritt überwindet. Ein Hauptziel der verhaltenstherapeutischen Behandlung besteht v. a. darin, das Vermeidungsverhalten in den Situationen, die bislang Zwänge ausgelöst haben, abzubauen. Der Betroffene wird mit angstauslösenden Situationen konfrontiert, ohne daß er seine Zwangshandlungen ausführt. Zur Therapievorbereitung bespricht der Verhaltenstherapeut das Zwangsverhalten mit dem Erkrankten auf das Genaueste. Häufig ist es durch eine möglichst exakte Beschreibung der Zwänge und genaueste Situationsanalyse möglich, schon eine erste Ordnung in das Chaos der den Erkrankten quälenden Zwänge zu bringen. Möglichst genau wird dabei besprochen, welche Gefühle und welche Gedanken dem Erkrankten in zwangsauslösenden Situationen bewegen. Den „falschen“ Vorstellungen beim Zwang wird geduldig und schrittweise eine Neubewertung der Situation gegenübergestellt. Die fehlerhaft eingespielten gedanklichen und gefühlsmäßigen Warnungen im Gehirn werden gleichsam neu programmiert auf gedanklichem, willentlichem und v. a. auf übendem Wege. In einer Schwierigkeitshierarchie arbeitet sich dabei der Patient mit dem Verhaltenstherapeuten vom Leichten zum Schwierigen vor. Letztlich werden neue Verhaltens- und Reaktionsmuster eingeübt. Es wird etwas Neues gelernt. Die von einem solchen Lernansatz ausgehende Psychotherapieform heißt „Verhaltenstherapie“ (siehe S. 87). Im übenden Teil der Behandlung machen Betroffene neue Erfahrungen. Sie lernen bei ausreichend langer Konfrontation mit angst- und zwangsauslösenden Situationen, daß automatisch der Pegel innerer Anspannung und Unruhe langsam fällt

(„Wendepunkt der Angst“). Dieser Rückgang der Angst wird durch automatische, physiologische Prozesse bewirkt, z. B. Habituationen (Gewöhnung) und parasympathische Gegenregulation. Macht ein Zwangskranker mehrfach die Erfahrung, daß Angst und Unruhe auch ohne die Auslösung von Zwangshandlungen sinken, verlieren solche Situationen ihren bedrohlichen Charakter.

Am Ende der Verhaltenstherapie steht dann durchaus auch die massive Konfrontation mit der zwangsauslösende Situationen im Rahmen der sog. Reizüberflutungen (Flooding). Z. B. ist es eine Aufgabe für Patienten mit Waschzwang, stundenlang schmutzige Hände nicht zu waschen. Immer wieder ist es wichtig, irrationale Überzeugungen möglichst genau und präzise anzusprechen, einer Realitätsprüfung zu unterziehen und praktische Verhaltensweisen zu üben. Dabei werden parallel die alltäglichen Aktivitäten, z. B. im Freizeitbereich oder im Kontaktverhalten zu anderen Menschen „auftrainiert“, weil die Zwangsrituale als tagesfüllende Beschäftigung auch diese Bereiche verkümmern ließen.

Frage der Komorbidität

Zwangsstörungen sind häufig vergesellschaftet mit anderen psychischen Störungen (Vergesellschaftung mehrerer Erkrankungen = Komorbidität). Besonders häufig treten Zwänge in Verbindung mit mehr oder minder umschriebenen Ängsten und Befürchtungen (sog. Phobien, siehe S. 2, 6) auf. Beispielsweise geht vielfaches sich-Waschen, -Duschen und -Säubern mit der Angst einher, sich bei allen möglichen und unmöglichen Gelegenheiten mit Krankheitserregern zu infizieren und auch andere damit „anzustecken“. Häufig ist auch eine Vergesellschaftung von Zwangsgedanken und -handlungen mit gemütsmäßigen Verstimmungszuständen (Dysthymien, S. 30; Major Depression, siehe S. 34). Bei einer zahlenmäßig kleineren Gruppe von Menschen treten Zwangsphänomene gemeinsam mit psychotischen Symptomen bei einer Schizophrenie (siehe S. 41 ff.) auf. Letzteres ist nur selten der Fall und nicht zu verwechseln mit den Befürchtungen vieler Zwangskranker, über die ritualisierten Wiederholungen im Rahmen der Zwangserkrankung

„verrückt“ zu werden. Schließlich gibt es auch Überlagerungen von Zwangsstörungen mit Eßstörungen (siehe S. 47 ff.).

Das gemeinsame Auftreten von Zwangserkrankungen mit Angst-, Eßstörungen und Depressionen sollte zu einer „doppelgleisigen“ Behandlung Veranlassung geben. Weil es offenbar gemeinsame neurobiologische Grundlagen von Angst, Zwang und Depressionen gibt, sind es vor allen Dingen bewährte antidepressive Medikamente. Zum Einsatz kommt das Trizyklikum Clomipramin und die bereits erwähnten Serotoninwiederaufnahmehemmern (Fluvoxamin, Fluoxetin, Sertralin, Cipramil sowie Paroxetin). Unterstützend wirken auch serotonerg wirksame Anxiolytika (Buspiron). Sie sind effizient in der doppelgleisigen Behandlung der genannten komorbiden Störungen. Bei unzureichendem Ansprechen sollte der Nervenarzt konsultiert werden. Er wird möglicherweise als Medikamente der zweiten Linie Venlafaxin, Lithiumsalze oder atypische Neuroleptika einsetzen.

? **Wie sollten sich Partner und Angehörige verhalten?**

Für die Erkrankten selbst, aber auch für die Menschen, die ihnen am nächsten stehen, ist es wichtig, überhaupt erst einmal in den „Eigenheiten“ der Zwangskranken, in ihren Ritualen und den Wiederholungen die Krankheit zu erkennen und anzuerkennen. Es handelt sich nicht um Unarten und Schikanen. Es sind auch keine Merkwürdigkeiten und persönlichen Eigenheiten, die man schicksalsergeben tolerieren muß. Wie bei vielen anderen psychischen Störungen auch ist eine Haltung von angemessener Nähe, aber auch Distanz, Abgrenzung angebracht. Trotz des Drängens durch den Erkrankten sollte man sich nicht in die Zwangsrituale „einspannen“ lassen. Gleichmaßen behutsam, aber auch fest, ist der Erkrankte im Rahmen der Therapie in seinem Training gegen den Zwang zu unterstützen. Wichtig ist auch die Information für alle Beteiligten, daß Zwangsstörungen anlagebedingte Fehlfunktionen des Gehirns sind. Niemand hat Schuld. Zwangskrankheiten sind durch medikamentöse und Verhaltenstherapie günstig zu beeinflussen. Es gelingt nicht immer, den Zwang ganz verschwinden zu lassen. Häufig ist spürbare Verminderung erreichbar und dem Betroffenen zumindest ein Teil seiner Handlungsfreiheit wiedergeben. Nicht zuletzt ist auch die Situation der nächsten Angehörigen verbessert.