## Wege aus der Endlosschleife

# Therapie von Zwangsgedanken

Zwangsgedanken, Vorstellungen und Impulse beschäftigen einen Grossteil der Patienten mit Zwangserkrankungen, selbst dann, wenn sie nicht im Vordergrund der Erkrankung stehen. Von den Betroffenen werden sie meistens schamhaft verborgen. Dabei können medikamentöse und psychotherapeutische Behandlungsansätze Abhilfe verschaffen.



C. Poppe, Kilchberg

Zwangsstörungen zeigen sich klinisch in wiederkehrenden Zwangsgedanken und Zwangshandlungen, die das emotionale Erleben und das Funktionieren im Alltag einschränken. Die Patienten berichten über unangenehme Gedanken, Vorstellungen und Handlungsimpulse (Intrusionen), die sich dem Bewusstsein gegen den eigenen Willen aufdrängen (englisch: "obsessions"), sowie über ritualisierte Gedanken- und Handlungsketten (englisch: "compulsions"), die ausgeführt werden, um aversive Befürchtungen zu vermeiden oder zu neutralisieren. Bei etwa 25% der Betroffenen stehen Gedankenzwänge im Vordergrund. Zudem gehen Handlungszwänge in etwa 70% der Fälle mit einer ausgeprägten kognitiven Komponente einher.

Zwangsgedanken können alltäglichen Gedanken und Befürchtungen ähneln, haben jedoch eine intensivere Qualität. Oftmals handelt es sich um bizarre, rational schwer nachvollziehbare Gedanken, zum Beispiel die Befürchtung einer jungen Mutter, sie könne dem geliebten Kind etwas antun. Typische Themen von Zwangsgedanken sind: Ansteckung, Vergiftung, Verschmutzung, Krankheit, Streben nach Symmetrie, Ordnung, Aggression, Sexualität und Religion. Die Betroffenen erleben die Zwangsgedanken sehr häufig als quälend, sinnlos, inakzeptabel und beschämend. Sie versuchen meistens erfolglos, Widerstand zu leisten oder die Gedanken zu unterdrücken. Zwangsgedanken können durch bestimmte Situationen ausgelöst werden oder spontan auftreten. Entgegen den Befürchtungen der Betroffenen werden Zwangsgedanken mit dem Charakter von Handlungsimpulsen nicht tatsächlich ausgeführt.

## Entstehung und Aufrechterhaltung von Zwangsgedanken

Kognitiv-verhaltenstherapeutische Modelle (Abb. 1) gehen davon aus, dass es sich bei Zwangsgedanken um aufdringliche Gedanken des Bewusstseinsstroms (z.B. "Ich könnte mit dem Messer zustossen") handelt, die Gesunde in ähnlicher Form erleben, diesen jedoch keine weitere Beachtung schenken. Patienten mit einer Zwangserkrankung reagieren hingegen mit einer katastrophisierenden Fehlbewertung im Sinne von: "Wenn ich dies denke, besteht Gefahr, dass ich es tue. Wer so etwas denkt, ist ein schlechter Mensch." Sie entwickeln ein inneres Unbehagen, Angst und Scham. Durch den Rückgriff auf diverse dysfunktionale Bewältigungsstrategien, wie zum Beispiel den Versuch der Gedankenunterdrückung, das Vermeiden von auslösenden Situationen, das Einholen von Rückversicherungen, inneres Argumentieren oder Bilden von positiven Gegengedanken, gelingt es ihnen zwar, sich kurzfristig zu beruhigen, langfristig führt dies jedoch zu einer Aufrechterhaltung der Symptomatik (negative Verstärkung).

Dass Patienten mit Zwangsstörungen aufdringliche Gedanken fehlbewerten, wird mit bestimmten Grundüberzeu-

### KeyPoints

- Zwangsgedanken werden mit der Fehlbewertung von normalen, aufdringlichen Gedanken erklärt.
- Grundüberzeugungen, Einstellungen und Metakognitionen zu Gedanken, Gefühlen und Handlungen spielen eine Rolle bei der Anhaftung an Zwangsgedanken.
- Therapeutisches Ziel ist es, die Zwangsgedanken als mentale Ereignisse zu bewerten und ziehen zu lassen.
- Die Behandlungsleitlinien empfehlen eine Kombinationsbehandlung mit einem SSRI und einer kognitiven Verhaltenstherapie.
- Achtsamkeit kann einen nicht bewertenden Umgang mit Zwangsgedanken unterstützen

gungen, Metakognitionen, Einstellungen und Annahmen erklärt, die diese vor dem Hintergrund von prägenden Lernerfahrungen ausgebildet haben (Tab. 1). Dazu zählen Faktoren wie Perfektionismus, Verantwortung, Kontrollierbarkeit von Gedanken, Schuld und Scham, Moral, Angstvermeidung und Risikoaversion sowie Zweifel an der eigenen Wahrnehmung und dem Gedächtnis. Zwangspatienten streben danach, die richtigen Gedanken/Gefühle zu haben, und halten das Nichtverhindern eines Unglücks für genauso strafbar wie das aktive Herbeiführen. Bereits das Vorhersehen von schlechten Ereignissen wird mit Verantwortung gleichgesetzt. Sie haben die Vorstellung, Gedanken komplett kontrollieren zu können, und zweifeln an den eigenen Sinneswahrnehmungen, was die Unsicherheit zusätzlich verstärkt. In Anbetracht hoher, rigider Moralvorstellungen sowie eines übermässigen Verantwortungsgefühls reagieren sie mit ausgeprägten Schuld- und Schamgefühlen auf die Zwangsgedanken, sodass diese oft lange verheimlicht werden. Sie vermeiden tendenziell Risiken, da sie sich selbst wenig zutrauen. Metakognitive Theorien aus dem Bereich der Informationsverarbeitung<sup>1</sup> weisen in diesem Zusammenhang auf die Vermischung von Gedanken, Handlungen und Ereignissen hin. Aufgrund von Metakognitionen, dass et-

## Relevante kognitive Faktoren bei Zwangsgedanken

- Perfektionismus
- Verantwortung
- · Kontrolle von Gedanken
- Vermischung von Gedanken und Handlungen (Metakognitionen)
- Angstvermeidung
- Risikoaversion
- Zweifel an Wahrnehmung und Gedächtnis
- Schuld und Scham
- Moral
- Akzeptanz von Gedanken

Tab. 1

was zu denken genauso schlimm ist, wie es zu tun, bzw. dass das, was gedacht wird, auch passiert, bewerten Zwangspatienten ihre Gedanken als Spiegelbild der Realität und handeln dementsprechend. Schlechte Gedanken zu haben, erscheint ihnen grundsätzlich als inakzeptabel.

#### Therapie von Zwangsgedanken

Therapeutisch stellen Zwangsgedanken eine Herausforderung dar, da sie weniger gut beobachtbar und sehr schambesetzt sind sowie häufig von depressiven Symptomen begleitet werden, zu denen die Abgrenzung nicht immer leicht gelingt. Zwangsgedanken sprechen weniger gut auf die etablierten Techniken der kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) wie auch auf die pharmakologische Behandlung mit selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (SSRI) an. Die aktuellen Behandlungsleitlinien empfehlen beim Vorherrschen einer kognitiven Zwangskomponente eine Kombinationsbehandlung aus KVT und Gabe eines SSRI in ausreichend hoher Dosierung über einen längeren Zeitraum.<sup>2</sup>

Die kognitive Verhaltenstherapie zielt darauf ab, zu einer Neubewertung von Zwangsgedanken im Sinne von mentalen Ereignissen zu kommen sowie zu einer Veränderung von dysfunktionalen Bewältigungsstrategien (Tab. 2). Am Anfang steht die Psychoedukation darüber, dass es sich bei Zwangsgedanken um automatische Gedanken des Bewusstseinsstroms handelt, die andere Menschen ebenfalls erleben, jedoch anders bewerten. Diese Form der Normalisierung wird von den Betroffenen in der Regel bereits als grosse Entlastung wahrgenommen, ebenso wie die Erfahrung, dass der Therapeut es aushält und sie nicht ablehnt, wenn sie den Inhalt der Zwangsgedanken offenlegen. In Anbetracht des beständigen Zweifelns benötigen sie Kriterien - wie wiederkehrenden Charakter, ungewöhnlichen Inhalt und unangenehme Begleitemotion -, mit deren Hilfe sie Zwangsgedanken von gesunden Gedanken unterscheiden können. Mithilfe von Verhaltensprotokollen werden Patienten angeleitet, auslösende Situationen, Zwangsgedanken, deren Bewertung, Begleitemotionen und die bisherigen Bewältigungsstrategien zu beobachten und zu analysieren. Dies verschafft den Patienten eine gewisse innere Distanz und stellt zugleich eine Form der Exposition dar, anhand



Abb. 1: Kognitives Modell der Entstehung und Aufrechterhaltung von Zwangsgedanken



deren die Patienten den Unterschied zwischen Gedanken, Handlungen und Ereignissen erleben können. Man kann den Patienten den paradoxen Effekt der Gedankenunterdrückung sowie die Effekte von Gegengedanken, Rückversicherungen etc. anhand eines individuellen Störungsmodells erklären und sie schliesslich dazu ermutigen, auszuprobieren, was passiert, wenn sie diese Bewältigungsstrategien unterlassen. Obwohl dies nicht einfach ist, können die Patienten so die Erfahrung machen, dass der Druck der Zwangsgedanken nachlässt, wenn sie diese zwar registrieren, inhaltlich jedoch nicht mehr darauf eingehen, sondern sie vorbeiziehen lassen. Jede inhaltliche Auseinandersetzung verstärkt letztlich die Zwangsgedanken.

Das bei Zwangshandlungen üblicher weise angewandte Expositionstraining mit Reaktionsmanagement kann auch bei Zwangsgedanken in abgewandelter Form eingesetzt werden. Dabei werden die Patienten unterstützt, bislang vermiedene Situationen wieder aufzusuchen, wie zum Beispiel das Betreten der Küche und das Hantieren mit Messern ohne Aufsicht. Eine weitere Möglichkeit stellt die Tonbandexposition dar. Patienten sprechen zunächst in Anwesenheit des Therapeuten ihre Zwangsgedanken, Impulse und Vorstellungen auf ein Tonband, möglichst unter Berücksichtigung sämtlicher Sinnesqualitäten. Dann hören sie das Band so oft gemeinsam an, bis es zu einem spürbaren Spannungsabfall kommt. Um eine Habituation zu erreichen, werden die Patienten angehalten, diese Übung täglich im Sinne von Hausaufgaben zu wiederholen.

Voraussetzung für diese Vorgehensweisen ist eine Neubewertung von Zwangsgedanken als mentale Ereignisse. Kognitive Faktoren wie Perfektionismus, Verantwortung, Kontrollierbarkeit, Zweifel an Wahrnehmung und Gedächtnis etc. können dies behindern

## Psychotherapeutische Techniken bei Zwangsgedanken

- Psychoedukation und Normalisierung von Zwangsgedanken
- Identifikation von Zwangsgedanken
- Entwicklung eines individuellen Störungsmodells
- Identifikation und Modifikation
  dysfunktionaler Bewältigungsstrategien
- Neubewertung von Zwangsgedanken als mentale Ereignisse
- Reflexion von Grundannahmen, Einstellungen und Metakognitionen
- Exposition vermiedener Situationen
- Tonbandexposition
- Imaginationsübungen
- Achtsamkeit

Tab. 2

und zu einer Anhaftung an Zwangsgedanken führen. Diese gilt es mit dem Patienten zu überprüfen und ggf. mit den üblichen therapeutischen Mitteln zu modifizieren (z.B. Kosten/Nutzen von Perfektionismus). Besondere Bedeutung kommt dabei Metakognitionen im Sinne einer Vermischung von Gedanken, Handlungen, Ereignissen und Objekten zu. Die Reflexion hierüber kann angeregt werden durch kritische Fragen (z.B. "Wenn Sie glauben, dass Ihre Gedanken die Macht haben, Ereignisse zu beeinflussen, inwiefern können Sie mittels Ihrer Gedanken einen Lottogewinn erwirken?") und Verhaltensexperimente (z.B. absichtlich einen kontrollierbaren Schaden verursachen, um die aktive Handlungskomponente zu erkennen). Das innere Loslassen von Zwangsgedanken kann unterstützt werden durch Imaginationsübungen. In ihrer Vorstellung schreiben die Patienten ihre Zwangsgedanken auf einen Zugwaggon, Wolken etc. und lassen diese vorbeiziehen.

Aktuelle Studien weisen an dieser Stelle auf die Wirksamkeit von achtsamkeitsbasierten Therapieansätzen zur Durchbrechung von dysfunktionalen Reiz-Reaktions-Ketten hin.3 Achtsamkeit meint dabei die absichtsvolle, nicht bewertende Lenkung der Aufmerksamkeit auf das bewusste Erleben im Augenblick. Die Aufmerksamkeit wird so von der selektiven Wahrnehmung zwangsauslösender Stimuli zum gegenwärtigen Moment gelenkt. Das nicht bewertende Gewahrwerden und Zulassen von Sinneseindrücken, Gedanken, Gefühlen und körperlichen Prozessen bewirkt eine Disidentifikation gegenüber den Zwangsinhalten und schafft Raum für alternative Reaktionen. Eine offene und akzeptierende Haltung unterstützt die emotionale Verarbeitung. Die Achtsamkeitspraxis fördert zugleich Freundlichkeit und Selbstmitgefühl, wovon Zwangspatienten in Anbetracht ausgeprägter Selbstvorwürfe und Schamgefühle profitieren können.

Literatur:

- Wells A: Metakognitive Therapie bei Angststörungen und Depression. 1. Auflage. Weinheim: Beltz Verlag, PVU, 2011
- <sup>2</sup> Keck ME et al: Die Behandlung der Angsterkrankungen. Teil 2: Zwangsstörungen und posttraumatische Belastungsstörung. Schweiz Med Forum 2013; 13: 337-44
- <sup>3</sup> Külz AK, Rose N: Achtsamkeitsbasierte kognitive Therapie (MBCT) für Patienten mit Zwangsstörung – eine Adaptation des Originalkonzepts. Psychother Psychosom Med Psychol 2014; 64: 35-40
- <sup>4</sup> Oelkers C, Hautzinger M: Zwangsstörungen. Kognitiv-verhaltenstherapeutisches Behandlungsmanual. Mit Online-Materialien (Materialien für die klinische Praxis). 2. Aufl. Weinheim: Beltz Verlag, PVU, 2013

Autorin: Dr. med. Christine Poppe Sanatorium Kilchberg, Privatklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Alte Landstrasse 72 8802 Kilchberg E-Mail: c.poppe@sanatorium-kilchberg.ch