



**ps**  
psychologie

James N. Butcher  
Susan Mineka  
Jill M. Hooley

# Klinische Psychologie

13., aktualisierte Auflage



**ps**  
psychologie

James N. Butcher  
Susan Mineka  
Jill M. Hooley

# Klinische Psychologie

13., aktualisierte Auflage

Aus dem Amerikanischen von Guido Plata

Deutsche Bearbeitung von Karin Schleider

Mit über 350 Abbildungen

PEARSON  
Studium

---

Ein Imprint von Pearson Education  
München • Boston • San Francisco • Harlow, England  
Don Mills, Ontario • Sydney • Mexico City  
Madrid • Amsterdam

### Konsistente Merkmale

Die Zwangsstörung ist in gewisser Weise homogener, als es vor dem Hintergrund ihrer zahlreichen Varianten den Anschein haben könnte (Rasmussen & Eisen, 1991). Bestimmte Merkmale sind offenbar über alle klinischen Erscheinungsbilder hinweg konsistent: (1) Das affektive Symptom ist Angst (außer im Falle zwanghafter Langsamkeit). (2) Die Zwangshandlungen reduzieren die Angst in gewissem Maße, zumindest für kurze Zeit. (3) Nahezu alle Menschen mit Zwangsstörungen befürchten, dass durch sie selbst oder anderen Menschen durch ihre Schuld etwas Schlimmes zustoßen wird.

Dieses letztgenannte konsistente Merkmal hat einige Forscher dazu geführt, die Zwangsstörung als eine Art „Was-wäre-wenn-Erkrankung“ zu bezeichnen (Rasmussen & Eisen, 1991). Die meisten Menschen mit Zwangsstörungen sind ständig besorgt, dass etwas Schreckliches passieren wird – beispielsweise „allein die Tatsache, dass die Möglichkeit besteht, wie unwahrscheinlich sie auch sein mag, dass ich mein Baby erstechen oder vergiften könnte, reicht aus, um mich so zu erschrecken, dass ich trotz aller Anstrengung an nichts anderes mehr denken kann“ (Rasmussen & Eisen, 1991, S. 37). Diese Tendenz zur unrealistischen Beurteilung von Risiken scheint ein sehr wichtiges Merkmal von Zwangsstörungen zu sein.

### 6.7.3 Psychosoziale Bedingungen

#### Die behavioristische Perspektive

Die vorherrschende behavioristische Sichtweise der Zwangsstörung geht auf O. H. Mowrers Zwei-Faktoren-Modell des Vermeidungslernens (1947) zurück. Gemäß dieser Theorie werden neutrale Reize durch klassische Konditionierung mit erschreckenden Gedanken oder Erfahrungen assoziiert, und können anschließend Angst hervorrufen. So könnte beispielsweise das Berühren eines Türgriffs oder das Händeschütteln mit der „grauenvollen“ Vorstellung einer Verseuchung assoziiert werden. Nachdem diese Assoziation einmal hergestellt ist, kann die Person die Entdeckung machen, dass die beim Händeschütteln oder dem Berühren von Türgriffen hervorgerufene Angst durch Händewaschen reduziert werden kann. Das ausgiebige Händewaschen reduziert die Angst, und so wird die Waschreaktion verstärkt, was wiederum ihre Auftretenswahrscheinlichkeit verstärkt, wenn zukünftige Situationen Angst vor Verseuchung hervorrufen (Rachman & Shafan, 1998). Einmal erlernt sind derartige Vermeidungsreaktionen

extrem widerstandsfähig gegenüber einer Löschung (Mineka, 2004; Mineka & Zinbarg, 1996; Salkovskis & Kirk, 1997). Weiterhin führen alle Stressoren, die das Ausmaß der Angst erhöhen, bei Tieren zu häufigeren Vermeidungsreaktionen und bei Menschen zu häufigeren Zwangsritualen.

Mehrere klassische Experimente von Rachman & Hodgson (1980) unterstützen diese Theorie. Die Forscher untersuchten Menschen mit Zwangsstörungen und fanden heraus, dass die Exposition an eine Situation, die Zwangsgedanken hervorrief (wie etwa bei Zwangsgedanken in Bezug auf Verseuchung von einem Toilettensitz oder Türgriff), tatsächlich Distress erzeugte, der eine kurze Zeit lang bestehen blieb und dann allmählich nachließ. Wenn der Person unmittelbar nach der Provokation erlaubt wurde, ihr Zwangsritual durchzuführen, ließ die Angst jedoch rapide nach (wenn auch nur zeitweise) und verstärkte das Zwangsritual so. Dieses Modell sagt also voraus, dass Exposition an gefürchtete Objekte oder Situationen sinnvoll bei der Behandlung von Zwangsstörungen ist, wenn das Zwangsritual im Anschluss an die Exposition verhindert wird und die Person so die Erfahrung machen kann, dass die Angst im Lauf der Zeit auch ohne das Ritual von selbst nachlässt (siehe auch Rachman & Shafan, 1998).

Dies ist in der Tat der zentrale Aspekt der wirksamsten Form einer behavioristischen Therapie von Zwangsstörungen (siehe hierzu „Fortschritte der Behandlung 6.4“). Somit war das frühe behavioristische Modell sehr hilfreich beim Verständnis dessen, welche Faktoren zum Fortbestehen von Zwangsgedanken und Zwangshandlungen führen, und hat auch eine wirksame Behandlungsmethode hervorgebracht. Jedoch war es weniger hilfreich bei der Erklärung, weshalb Menschen mit einer Zwangsstörung zuerst Zwangsgedanken entwickeln und weshalb sie derart abnorme Risikobeurteilungen vornehmen.

#### Zwangsstörungen und angeborene Lernbereitschaft

Vor dem Hintergrund des Konzepts der angeborenen Lernbereitschaft können wir spezifische und soziale Phobien im evolutionären Kontext als ursprünglich möglicherweise adaptive Furcht ansehen. Diese evolutionäre Betrachtungsweise hat auch unser Verständnis der Zwangsstörung erweitert (siehe beispielsweise DeSilva, Rachman & Seligman, 1977; Rapoport, 1989). So sind mit zwanghaftem Waschen assoziierte Gedanken über Schmutz und Verseuchung so häufig, dass ihr Auftreten wahrscheinlich kein Zufall ist. Es scheint un-

strittig, dass die menschliche Obsession mit Schmutz, Verseuchung und bestimmten anderen potenziell gefährlichen Situationen nicht aus dem Nichts entstanden ist, sondern starke evolutionäre Wurzeln hat (Mineka & Zinbarg, 1996, 2006).

Darüber hinaus haben manche Theoretiker argumentiert, dass die Übersprungshandlungen mancher Tierarten im Angesicht drohender Gefahr oder unter großer Anspannung den menschlichen Ritualen bei Zwangsstörungen ähnelt (Craske, 1999; Mineka & Zinbarg, 1996; Rappaport, 1989; Winslow & Insel, 1991). Diese Übersprungshandlungen beinhalten oft Fellpflege (wie etwa, wenn ein Vogel sich das Gefieder putzt) oder Nestbau unter großer Anspannung oder Frustration. Sie könnten daher mit den distressinduzierten Pflegehandlungen (wie Waschen) oder Aufräumen von Menschen mit Zwangsstörungen in Zusammenhang stehen, die oft von angstprovozierenden Zwangsgedanken hervorgerufen werden.

### Auswirkungen von Versuchen der Unterdrückung von Zwangsgedanken

Wenn normale Menschen unerwünschte Gedanken zu unterdrücken versuchen (beispielsweise „Denk jetzt nicht an einen Eisbären“), so erleben sie oft einige Zeit später eine paradoxe Zunahme dieser Gedanken (Abramowitz et al., 2001; Wegner, 1994). Darüber hinaus zeigten zwei Studien, dass die Unterdrückung von Gedanken in negativer Stimmungslage zum Entstehen einer Verbindung zwischen den betreffenden Gedanken und der negativen Stimmungslage führt. Wenn die negative Stimmungslage dann später erneut auftrat, wurde der Gedanke eher erneut erlebt, oder wenn der Gedanke aufkam, kehrte die Stimmungslage zurück (Wenzlaff, Wegner & Klein, 1991).

Wie bereits erwähnt, unterscheiden sich Menschen mit normalen und abnormen Zwangsgedanken vorwiegend hinsichtlich des Ausmaßes, in dem sie ihren Gedanken widerstehen und diese als inakzeptabel empfinden. Somit könnten diese Versuche einer Unterdrückung der Gedanken einer der wichtigsten Faktoren sein, die zur Häufigkeit von Zwangsgedanken und negativen Stimmungslagen beitragen (ähnlich den weiter oben im Text erörterten Auswirkungen des Versuchs einer Kontrolle der Besorgnis bei generalisierter Angststörung). Beispielsweise wurden Menschen mit Zwangsstörungen in einer Untersuchung aufgefordert, intrusive Gedanken in einem Tagebuch festzuhalten; hierbei erhielten sie an manchen Tagen die Instruktion, diese Gedanken zu unterdrücken, an anderen hingegen nicht. Die Betroffenen berichteten von etwa doppelt

so vielen intrusiven Gedanken an jenen Tagen, an denen sie diese zu unterdrücken versuchten (Salkovskis & Kirk, 1997). Weitere Forschungen zeigten außerdem, dass die Gedankenunterdrückung nicht nur die Auftrenshäufigkeit der Zwangsgedanken erhöht, sondern auch die weiteren Symptome der Zwangsstörung (Purdon, 2004).

### Bewertung der Verantwortlichkeit für intrusive Gedanken

Salkovskis (beispielsweise 1989), Rachman (1997) und andere haben zwischen zwanghaften oder intrusiven Gedanken per se und den negativen automatischen Gedanken in Bezug auf diese Zwangsgedanken sowie ihre katastrophisierenden Einschätzungen seitens der Betroffenen unterschieden. So scheinen Menschen mit Zwangsstörungen oft ein übersteigertes Gefühl von Verantwortlichkeit zu haben, das möglicherweise in ihrer Kindheit durch das Setzen extrem hoher Standards oder exzessive Kritik seitens der Eltern ausgelöst wurde. Dieses Gefühl kann bei Menschen mit einer gewissen Vulnerabilität zu der Überzeugung führen, dass der Gedanke an eine Handlung (wie das Überfahren eines Fußgängers) der Handlung selbst entspricht (diesen also tatsächlich überfahren zu haben), oder dass der Gedanke an das Begehen einer Sünde genauso schlimm ist wie das tatsächliche Begehen (Steketee & Barlow, 2002). Dies nennt man die *thought-action fusion* (für eine Übersicht siehe Shafan & Rachman, 2004). Das übersteigerte Gefühl der Verantwortlichkeit für mögliche Schädigungen kommt zur „wahrgenommenen Schrecklichkeit der schlimmen Konsequenzen“ (Salkovskis et al., 2000, S. 348) hinzu und steigert die Motivation zu Zwangshandlungen wie Waschen oder Kontrollieren, mit denen die Wahrscheinlichkeit schlimmer Ereignisse gesenkt werden soll. Der Unterschied zwischen normalen Menschen mit Zwangsgedanken, die diese (ohne ein Gefühl von Verantwortlichkeit) einfach beiseite schieben können, und zwangsgestörten Menschen ist eben dieses Gefühl von Verantwortlichkeit, das den Gedanken so „schrecklich“ macht. Neben der *thought-action fusion* spielen bei Menschen mit Zwangsstörungen auch die sogenannte *thought-event fusion* und die *thought-object fusion* eine Rolle; vergleiche hierzu Neumann & Geissner (2007).

### Kognitive Verzerrungen

Auch kognitive Faktoren wurden mit der Zwangsstörung in Verbindung gebracht. Die Ergebnisse von For-

schungen an zwangsgestörten Personen zeigten, dass die Aufmerksamkeit der Betroffenen ähnlich wie bei anderen Angststörungen auf belastendes Material mit Bezug zu ihren Zwangsgedanken ausgerichtet wird (für eine Übersicht siehe McNally, 2000). Menschen mit Zwangsstörungen haben offenbar Schwierigkeiten dabei, negative irrelevante Reize oder ablenkende Informationen auszublenden und versuchen daher stattdessen, die durch diese Informationen ausgelösten negativen Gedanken zu unterdrücken (Enright & Beech, 1993a, 1993b; McNally, 2000). Wie weiter oben ausgeführt, kann der Versuch einer Unterdrückung negativer Gedanken deren Auftretenshäufigkeit paradoxerweise erhöhen. Die Betroffenen haben außerdem wenig Vertrauen in ihr Gedächtnis, was zur ständigen erneuten Wiederholung der ritualisierten Verhaltensweisen beitragen könnte (Dar et al., 2000; McNally, 2000).

### 6.7.4 Biologische Bedingungen

In den vergangenen 25 Jahren gab es einen sprunghaften Anstieg der Forschungsbemühungen zur Untersuchung einer möglichen biologischen Grundlage der Zwangsstörung, von Studien zu möglichen genetischen Faktoren bis hin zu Studien hinsichtlich Abnormalitäten im Gehirn und im Neurotransmitterhaushalt. Die Befunde aus allen drei Richtungen legen den Schluss nahe, dass biologische kausale Faktoren bei der Zwangsstörung möglicherweise eine größere Rolle spielen als bei allen anderen Angststörungen.

#### Genetische Faktoren

Zur Untersuchung der genetischen Einflüsse bei Zwangsstörungen wurden sowohl Zwillingsstudien als auch Untersuchungen der Familiengeschichte durchgeführt. Die Ergebnisse aus den Zwillingsstudien zeigten eine mittlere Konkordanzrate bei eineiigen und eine niedrigere Konkordanzrate bei zweieiigen Zwillingen. In einer Analyse von 14 veröffentlichten Studien wurden insgesamt 80 eineiige Zwillingspaare untersucht, von denen 54 die konkordante Diagnose einer Zwangsstörung aufwiesen; weiterhin wurden 29 zweieiige Zwillingspaare untersucht, von denen neun die konkordante Diagnose einer Zwangsstörung erhielten. Dies passt zu einer moderaten Erblichkeit dieser Störung (Billett, Richter & Kennedy, 1998). In den meisten Untersuchungen der Familiengeschichte zwangsgestörter Patienten fand sich darüber hinaus bei deren Verwandten ersten Grades eine deutlich höhere Rate an Zwangsstörungen, als man es aufgrund aktueller

Schätzungen der Prävalenz dieser Störung erwarten könnte (Hettema et al., 2001; Pauls et al., 1995).

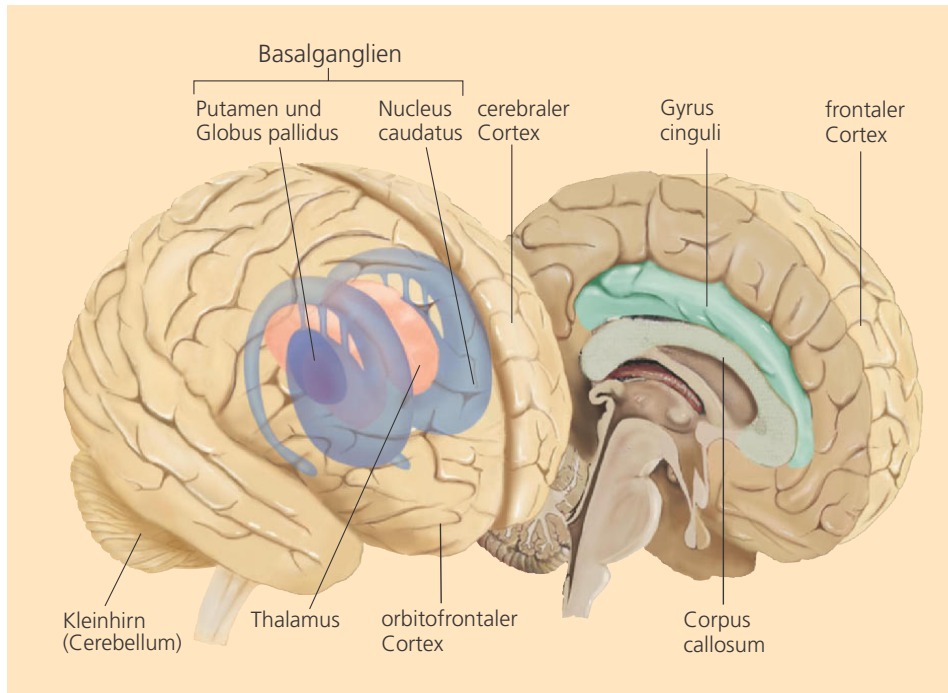
#### Auffälligkeiten in Hirnfunktionen und -strukturen

In den vergangenen 20 Jahren wurde intensiv nach Abnormalitäten in den Gehirnen zwangsgestörter Personen gesucht, während die bildgebenden Verfahren gleichzeitig große Fortschritte machten. Die Ergebnisse von mindestens einem halben Dutzend PET-Studien zeigen, dass Menschen mit Zwangsstörungen einen abnorm erhöhten Metabolismus im Nucleus caudatus, im orbitofrontalen Cortex und im cingulären Cortex aufweisen. Der Nucleus caudatus gehört zu den Basalganglien, einer Gruppe großer Kerngebiete unter der Cortexoberfläche, die ihrerseits wiederum den Thalamus umgeben (siehe ► Abbildung 6.3). Darüber hinaus nimmt die Aktivität in einigen dieser Areale weiter zu, wenn die Zwangssymptome durch relevante phobische Stimuli provoziert werden (für Übersichtsartikel siehe Evans, Lewis & Jobst, 2004; Rauch & Savage, 2000). Einige der genannten Studien belegten weiterhin eine zumindest teilweise Normalisierung, wenn die Störung durch Medikation oder Verhaltenstherapie erfolgreich behandelt worden war (Baxter et al., 2000; Saxena, Brody et al., 2002).

Wie diese Hirnareale genau zur Zwangsstörung beitragen, ist nach wie vor ungeklärt, obwohl derzeit mehrere Theorien überprüft werden. So gehen beispielsweise Baxter et al. (1991, 2000) davon aus, dass ein Teil der primären Dysfunktion bei Zwangsstörungen in den Basalganglien stattfinden könnte (die auch den Nucleus caudatus beinhalten). Die Basalganglien und somit auch der Nucleus caudatus gehören zu einem wichtigen neuronalen Schaltkreis, der den orbitofrontalen Cortex mit dem Thalamus verbindet; dieser ist eine zentrale Übertragungsstation, die nahezu alle sensorischen Eingänge erhält und zurück an den cerebralen Cortex überträgt. Der orbitofrontale Cortex scheint ein Verarbeitungsort von Triebregungen in Bezug auf Sexualität, Aggression, Hygiene und Gefahr zu sein (dem „Gegenstand der Obsessionen“; Baxter et al., 1991, S. 116).

Dieser cortico-basalganglio-thalamische Schaltkreis ist normalerweise an der Vorbereitung komplexer Gruppen von miteinander in Verbindung stehenden verhaltensbezogenen Reaktionen beteiligt, die nur in bestimmten Situationen wie bei territorialen oder sozialen Belangen zum Einsatz kommen. Baxter et al. führen Belege dafür an, dass Funktionsstörungen in diesem neuronalen Schaltkreis zu unangemessenem Verhalten führen, darunter wiederholte Gruppen





**Abbildung 6.3: Neurophysiologische Mechanismen der Zwangsstörung.** Der orbitofrontale Cortex und die Basalganglien (insbesondere der Nucleus caudatus) sind die Hirnstrukturen, die am häufigsten mit der Zwangsstörung in Verbindung gebracht werden. Bei zwangsgestörten Patienten fand sich erhöhte metabolische Aktivität sowohl im orbitofrontalen Cortex als auch im Nucleus caudatus.

von Verhaltensweisen aus dem territorialen und sozialen Bereich (wie Kontrollieren und Aggressivität) sowie dem hygienischen Bereich (wie Reinigen). Somit könnte die Überaktivierung des orbitofrontalen Cortex in Kombination mit einer dysfunktionalen Interaktion zwischen dem Striatum/Nucleus caudatus, dem orbitofrontalen Cortex und dem Thalamus (der vom Striatum aus gesehen „stromabwärts“ gelegen ist) die zentrale Komponente der cerebralen Dysfunktion bei einer Zwangsstörung darstellen. Diese könnte die Betroffenen daran hindern, die normale Hemmung von Empfindungen, Gedanken und Verhaltensweisen an den Tag zu legen, die ihnen bei einer ordnungsgemäßen Funktion dieses Schaltkreises möglich wäre. In diesem Fall können Impulse bezüglich Aggression, Sexualität und Hygiene sich in Form von Zwangsgedanken ihren Weg bahnen und die zwangsgestörten Personen an normalem, zielgerichtetem Verhalten hindern.

Insgesamt scheint bei Menschen mit Zwangsstörungen eine Überaktivierung des orbitofrontalen Cortex vorzuliegen (Baxter et al., 1991, S. 116). Darüber hinaus gibt es auch eine Dysfunktion des cortico-basalganglio-thalamischen Schaltkreises, die zu unangemessenen Reaktionen im Verhalten führt, da diese nicht – wie es normalerweise der Fall wäre – inhibiert werden. Vor dem Hintergrund dieser Probleme können wir nun ein

gewisses Verständnis dafür entwickeln, was der Grund für die andauernden und wiederholten Schübe von Zwangsverhalten sein könnte (Baxter et al., 1991, 1992, 2000).

#### Zur Bedeutung des Neurotransmitters Serotonin

Die pharmakologischen Untersuchungen der kausalen Faktoren bei der Zwangsstörung intensivierten sich in den Siebzigerjahren des vergangenen Jahrhunderts, nachdem man entdeckt hatte, dass ein Medikament namens Clomipramin bei der Behandlung von Zwangsstörungen oft wirksam ist. Clomipramin ist ein enger Verwandter anderer trizyklischer Antidepressiva (siehe Kapitel 7), bei der Behandlung von Zwangsstörungen jedoch wirksamer (Pigott & Seay, 2000). Die Forschung hat gezeigt, dass dies auf eine stärkere Wirkung auf den Neurotransmitter Serotonin zurückzuführen ist, dem mittlerweile eine zentrale Rolle bei der Zwangsstörung zugeschrieben wird (Pogarell, Hamann, Popperl et al., 2003). Darüber hinaus haben sich mehrere andere Medikamente aus der Gruppe der selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (wie beispielsweise Fluoxetin), die auch relativ selektiv auf den Serotoninhaushalt wirken, als vergleichbar wirksam bei der Behandlung von Zwangsstörungen erwie-

sen (Dougherty, Rauch & Jenike, 2002; Pigott & Seay, 2000).

Die genaue Beschaffenheit der Dysfunktion in den serotonergen Systemen, die bei Zwangsstörungen auftritt, ist nach wie vor unklar (siehe Gross, Sasson, Chopra & Zohar, 1998; Murphy et al., 1996). SSRI müssen mindestens sechs bis zwölf Wochen eingenommen werden, bevor sich eine deutliche Besserung der Zwangssymptome zeigt (Baxter et al., 2000; Dougherty et al., 2002). Allerdings wird auch immer deutlicher, dass eine Dysfunktion in den serotonergen Systemen allein diese komplexe Störung nicht vollständig erklären kann. Auch andere Neurotransmittersysteme scheinen eine Rolle zu spielen, obwohl deren Rolle bisher kaum verstanden wird (Baxter et al., 2000; Hollander et al., 1992).

Insgesamt gibt es nun zahlreiche Befunde, die einen Zusammenhang zwischen biologischen kausalen Faktoren und der Zwangsstörung belegen. Diese stammen aus genetischen Untersuchungen, Studien der Struktur und Funktion des Gehirns sowie psychopharmakologischen Untersuchungen. Obwohl die genaue Natur aller der betreffenden Faktoren und ihrer Beziehungen zueinander bisher nicht verstanden wird, sind aktuell intensive Forschungsbemühungen im Gange, die unser Verständnis dieser schweren und beeinträchtigenden Störung sicher verbessern werden.

### 6.7.5 Behandlung der Zwangsstörung

Die wirksamste Behandlung von Zwangsstörungen ist eine Verhaltenstherapie, die Exposition und Reaktionsprävention miteinander kombiniert (siehe beispielsweise Franklin & Foa, 1998, 2002; Steketee & Barlow, 2002). Bei dieser Form von Behandlung sollen die Patienten bei sich eine repetitive Exposition an Reize vornehmen, die ihre Zwangsgedanken auslösen (wie beispielsweise bei Waschzwang, das Berühren der eigenen Schuhsohle oder den Sitz einer öffentlichen Toilette) und werden dann daran gehindert, die Zwangsrituale auszuführen, mit denen sie normalerweise die durch die Zwangsgedanken ausgelöste Angst (und den Distress) reduzieren würden. Die Verhinderung dieser Rituale ist entscheidend, damit die Patienten sehen, dass die durch die Zwangsgedanken ausgelöste Angst im Lauf der Zeit von selbst vergeht. Diese Behandlung wird im Kasten „Fortschritte der Behandlung 6.4“ genauer erörtert.

Die Behandlung hilft Patienten, die dabeibleiben, und die meisten zeigen eine Reduzierung der Symptomatik um etwa 50 bis 70 Prozent (Steketee, 1993). Etwa

50 Prozent zeigen starke oder sehr starke Besserung, und weitere 25 Prozent eine mittelmäßige Besserung. Diese Ergebnisse sind denen bei einer medikamentösen Therapie deutlich überlegen (Franklin & Foa, 2002; Steketee & Barlow 2002).

Die erfolgreiche Anwendung dieser Behandlung im Falle von Mark, dem schwer zwangsgestörten jungen Künstler, soll hier ebenfalls kurz erläutert werden.

#### Fallbeispiel: Marks Behandlung

Mark wurde zunächst mit Medikamenten sowie Exposition und Reaktionsprävention behandelt. Er empfand die Nebenwirkungen der Medikation (Clomipramin) unerträglich und setzte das Medikament nach einigen Wochen ab. Zur Verhaltenstherapie wurde er angewiesen, auf das Aufnahmegerät zu verzichten und bekam einige Übungen vorgegeben, mit denen er sich selbst an gefährdete Situationen exponieren sollte, in denen er ein Verbrechen gestehen oder anderen Schaden zufügen könnte, darunter Telefonate von öffentlichen Fernsprechern, das Schreiben von Briefen und das Betreten von Geschäften und öffentlichen Toiletten; zu all diesen Dingen war er zuvor nicht in der Lage gewesen. Kontrollrituale (darunter auch das Aufnahmegerät) wurden verhindert. Obwohl die erste Phase der Behandlung nicht sehr hilfreich war, was zum Teil an seinen Schwierigkeiten beim Aufsuchen des Therapieortes lag, ermöglichte er schließlich durch einen Umzug in eine kleine Wohnung in der Nähe der Klinik eine intensivere Behandlung. Danach machte er sehr große Fortschritte.

Ein Hauptnachteil der medikamentösen Behandlung von Zwangsstörungen liegt – wie auch im Falle anderer Angststörungen – darin, dass die Rezidivraten nach dem Absetzen des Medikaments im Allgemeinen sehr hoch sind; sie liegen bei bis zu 90 Prozent (Dolberg et al., 1996a, 1996b; Franklin & Foa, 2002). In Studien an Erwachsenen fand sich bei der Kombination von Medikation mit Exposition und Reaktionsprävention in der Regel kein besserer Therapieerfolg als bei alleiniger Verhaltenstherapie (Franklin & Foa, 2002; Foa, Liebowitz & Kozak, 2005).

Schließlich haben Psychiater aufgrund der extrem beeinträchtigenden und lähmenden Natur der Zwangsstörung in den letzten Jahren erneut damit begonnen, die Wirksamkeit neurochirurgischer Techniken bei der Behandlung schwerer und behandlungsresisten-

## FORTSCHRITTE DER BEHANDLUNG 6.4

### Exposition und Reaktionsprävention zur Behandlung der Zwangsstörung

Foa und Franklin (2001, S. 241–248; siehe auch Steketee & Foa, 1985) haben den folgenden Fall als Beispiel für den von ihnen empfohlenen Ansatz zur verhaltenstherapeutischen Behandlung von Zwangsstörungen beschrieben. Die Patientin, June, war eine 26-jährige und kürzlich verheiratete examinierte Krankenschwester, die laut eigener Aussage unter so schweren Wasch- und Putzwängen litt, dass sie nicht in der Lage war, in ihrem Beruf zu arbeiten. Beim Aufnahmegespräch war sie agitiert und gestresst, da sie ihr übermächtiges Bedürfnis nach zweimal 45-minütigem Duschen pro Tag (jeweils mit zahlreichen Zähl- und Ordnungsritualen) und dem etwa 20-maligen täglichen Händewaschen für jeweils etwa fünf Minuten nicht kontrollieren konnte. Sie verbrachte auch viel Zeit damit, verschiedenste Objekte mit Alkohol abzuwischen. Auf Nachfrage stellte sich schnell heraus, dass sie Angst vor einer „Versuchung“ hatte, insbesondere durch „Hundedreck“ und menschliche Fäkalbakterien in Badezimmern, und sie unternahm sehr große Anstrengungen, um alles zu vermeiden, was Kontakt mit Hundedreck oder Fäkalbakterien gehabt haben könnte. Sie hatte ebenfalls ein Problem mit Müll und toten Tieren auf der Straße. Vorherige Behandlungen waren nicht wirksam gewesen. Die Beziehung zu ihrem Ehemann war aufgrund seiner Frustration über ihre exzessive Sauberkeit sehr angespannt.

#### Expositionstherapie

Therapeut und Patientin erarbeiteten gemeinsam eine Hierarchie belastender Reize, die aufgrund ihrer Fähigkeit zum Hervorrufen von Abscheu und Waschimpulsen auf einer Skala von 1 bis 100 eingeordnet wurden. So vergab die Patientin beispielsweise den Wert 100 für das Berühren von „Hundedreck“ (sofern sie sich nicht sofort waschen konnte), 90 für Autoreifen (die ein totes Tier berührt haben könnten), 90 für Mülltonnen auf der Straße (aber nur 50 für den Müll unter ihrer eigenen Spüle) und 40 für den äußeren Türgriff einer öffentlichen Toilette (der innere Türgriff bekam den Wert 80 und der Sitz einer öffentlichen Toilette 95). In der Folge erhielt June bei den fünfmal wöchentlich stattfindenden Behandlungssitzungen die Instruktion, sich entweder in angeleiteter Vorstellung oder direkt freiwillig an diese Reize zu exponieren, wobei mit den in der Hierarchie relativ niedrig stehenden begonnen und dann nach und nach mit den bedrohlicheren fortgefahren wurde. Diese systematische Exposition wurde fortgesetzt, bis die Patientin offenbar kein Problem mit einer bestimmten Konfrontation mehr hatte und ihr Unbehagen bei der Berührung auf 40 bis 50 abgesunken war.

Zusätzlich zur Exposition während der Therapiesitzungen wurden freiwillige „Hausaufgaben“ vergeben. Während dieser Konfrontationen wurden die subjektiven Einschätzungen des Unbehagens sorgfältig über-

wacht. Bei einer Gelegenheit im späteren Verlauf der Behandlung fuhr der Therapeut mit der Patientin zu einer Stelle, an der sie eine tote Katze auf der Straße gesehen hatte, und bestand darauf, dass sie sich dem stinkenden Leichnam näherte, ihn mit der Schuhsohle berührte und anschließend ihre Schuhsohle berührte. Die Patientin bekam einen nahebei liegenden Kieselstein und einen Stock, mit denen sie die Katze berührt hatte, und erhielt die Instruktion, beide Gegenstände in der Tasche mit sich herumzutragen und sie über den Tag verteilt häufig zu berühren. Weiterhin sollte sie an den folgenden Tagen häufig mit dem Auto an der betreffenden Stelle vorbeifahren.

#### Reaktionsprävention

Nach Junes Einwilligung für die Durchführung des vollständigen Therapieprozesses stellte der Therapeut nach der ersten Expositionssitzung eine „Nicht-Waschen-Regel“ auf. Genauer gesagt durfte die Patientin sich drei Tage lang nicht waschen, woraufhin sie einmalig zehn Minuten duschen und sich anschließend erneut drei Tage lang nicht waschen durfte. Wie zu erwarten war June durch diese Regel sehr aufgebracht und bezweifelte, dass sie es durchhalten würde. Der Therapeut trat ihr gegenüber ermutigend, aber insistierend auf und versprach Unterstützung während der schwierigen Phasen der Therapie, und so schaffte die Patientin es schließlich auch. Der Übergang zu „normalem Wasch- und Reinigungsverhalten“ wurde kurz vor dem Ende der jeweils auf mehrere Stunden angelegten 15 Therapiesitzungen vollzogen. Dieses Verhalten bestand in einer zehnmütigen Dusche pro Tag und 30-sekündigem Händewaschen bei nicht mehr als fünf Gelegenheiten pro Tag vor den Mahlzeiten, nach Toilettenbesuchen und nach dem Berühren deutlich verschmutzter oder schmieriger Objekte.

Bei einer Evaluation neun Monate nach dem Beginn der Behandlung gab June an, sich „definitiv viel besser, etwa 80 Prozent besser“ zu fühlen. Sie gab zu, immer noch „ein- oder zweimal die Woche“ Zwangsgedanken zu haben (meistens in Bezug auf Hundedreck), hatte jedoch eine Anstellung gefunden und die Beziehung zu ihrem Ehemann war deutlich besser geworden. Sie fühlte sich, als ob sie ein „normales Leben“ führen würde.

Wie Foa und Franklin (2001) sowie Steketee und Foa (1985) betont haben, verschwinden Zwangsstörungen selten völlig; auch bei erfolgreich behandelten Patienten wie June bleiben in der Regel einige Zwangsprobleme oder Rituale zurück. Die hier beschriebene Verhaltenstherapie war natürlich rigoros und fordernd, aber genau das scheint in diesem Fall die beste Methode gewesen zu sein.



ter Zwangsstörungen zu untersuchen (diese betreffen etwa zehn Prozent der diagnostizierten zwangsgestörten Personen; Mindus, Rasmussen & Lindquist, 1994). Bevor derartige chirurgische Eingriffe überhaupt in Betracht gezogen werden, muss die Person mindestens fünf Jahre lang an einer schweren Zwangsstörung gelitten und auf keine der bekannten und bisher erörterten Therapien (medikamentöse oder verhaltenstherapeutische Behandlung) angesprochen haben. Mehrere Studien haben gezeigt, dass etwa ein Drittel dieser behandlungsresistenten Fälle sehr gut auf neurochirurgische Eingriffe anspricht, bei denen Gehirngewebe in einem der an dieser Störung beteiligten Gehirnareale zerstört wird (Dougherty et al., 2002; Jenike, 2000). Die Ergebnisse dieser Techniken werden in Kapitel 17 ausführlicher behandelt.

#### WIEDERHOLUNGSFRAGEN

- Fassen Sie die wichtigsten Symptome der Zwangsstörung zusammen.
- Auf welche Weise wurden Konditionierung und kognitive Faktoren mit der Zwangsstörung in Verbindung gebracht?
- Was sind die wichtigsten biologischen kausalen Faktoren bei einer Zwangsstörung?
- Beschreiben Sie die gängigsten Behandlungsansätze bei Zwangsstörungen und ihre relativen Vor- und Nachteile.

## Soziokulturelle Aspekte von Angststörungen

### 6.8

Die Ergebnisse kulturübergreifender Forschungen legen den Schluss nahe, dass Angst zwar eine universale Emotion ist und Angststörungen vermutlich in allen menschlichen Gesellschaften existieren, es hinsichtlich der Prävalenz und der Art der Ausprägung verschiedener Störungen in verschiedenen Kulturen aber dennoch Unterschiede gibt (Barlow, 2002a, Good & Kleinman, 1985; Kirmayer, Young & Hayton, 1995). Innerhalb der USA ist die Prävalenz über alle ethnischen Gruppen (darunter Kaukasier, Afroamerikaner und Hispanoamerikaner) hinweg jedoch relativ einheitlich, obwohl phobische Störungen bei Afroamerikanern und Hispanoamerikanern etwas häufiger vorkommen.

Latinoamerikaner aus der Karibik und andere Menschen von dort zeigen jedoch im Vergleich mit anderen ethnischen Gruppen höhere Raten einer Variante

der Panikstörung namens *ataque de nervios* (Barlow, 2002a; Liebowitz et al., 1994). Die meisten Symptome einer *ataque de nervios* entsprechen denen einer Panikattacke, können jedoch auch das Ausbrechen in Tränen und unkontrollierbares Schreien beinhalten. Zu den weiteren möglichen Symptomen zählen Zittern, verbale oder physische Aggression, dissoziative Erfahrungen und krampfanfallartige oder mit Ohnmacht verbundene Episoden. Derartige Attacken stehen oft in Zusammenhang mit einem belastenden Familienereignis (wie einer Todesnachricht), und die Person kann in Bezug auf die Episode eine Amnesie erleiden (APA, *DSM-IV-TR*, 2000).

Bei der Untersuchung von Angststörungen aus länderübergreifender Perspektive zeigte eine neuere Studie (WHO World Mental Health Survey Consortium, 2004) an über 60.000 Menschen aus 14 Ländern (acht entwickelt und sechs weniger entwickelt), dass Angststörungen die am häufigsten berichtete Störung in allen Ländern bis auf eines (der Ukraine) darstellten, die kombinierten Prävalenzen aller Angststörungen jedoch zwischen 2,4 Prozent (Shanghai, China) und 18,2 Prozent (USA) schwankten. Andere Staaten mit relativ hohen berichteten Raten von Angststörungen waren Kolumbien, Frankreich und der Libanon, und andere Staaten mit berichteten relativ niedrigen Raten von Angststörungen waren China, Japan, Nigeria und Spanien. Wir werden nun einige Beispiele kultureller Varianten von Angststörungen betrachten, die das Spektrum der Ausprägung von Angststörungen im weltweiten Vergleich veranschaulichen.

In der Yoruba-Kultur in Nigeria gibt es drei zentrale Cluster von Symptomen, die mit generalisierter Angst in Beziehung stehen: Besorgnis, Träume und körperliche Beschwerden. Die Quellen der Besorgnis unterscheiden sich jedoch erheblich von denen in westlichen Gesellschaften und konzentrieren sich hauptsächlich auf die Gründung und den Erhalt einer großen Familie und Fruchtbarkeit. Träume sind ein Hauptquell der Angst, da man dort glaubt, sie seien Anzeichen einer Verhexung. Die gängigen somatischen Beschwerden sind aus westlicher Sicht ebenfalls ungewöhnlich: „Ich habe das Gefühl, dass etwas wie Wasser in meinem Gehirn ist“, „Irgendetwas wie Ameisen kriecht durch bestimmte Teile meines Gehirns“ und „Ich bin sicher, dass ich irgendeine Art von Würmern im Kopf habe“ (Ebigbo, 1982; Good & Kleinman, 1985). Nigerianer mit dieser Symptomatik leiden oft auch an paranoider Furcht in Bezug auf eine böswillige Attacke mittels Hexerei (Kirmayer et al., 1995). Weiterhin gibt es in Indien ein viel höheres Maß an Besorgnis hinsichtlich einer möglichen Besessenheit durch Geister und

sexuelle Unzulänglichkeit als es bei der generalisierten Angststörung in westlichen Kulturen zu beobachten ist (Carstairs & Kapur, 1976; Good & Kleinman, 1985).

Ein weiteres kulturspezifisches Syndrom, das unter anderem in China vorkommt, ist *Koro*. Dies beinhaltet bei Männern die intensive und akute Furcht, dass ihr Penis sich in den Körper zurückzieht und der Betreffende nach dem Ende dieses Prozesses sterben würde. Die Störung tritt bei Frauen seltener auf und beinhaltet bei diesen die Furcht, dass ihre Brustwarzen sich zurückziehen und ihre Brüste schrumpfen würden. *Koro* tritt tendenziell in Epidemien – besonders in kulturellen Minderheiten, deren Überleben bedroht ist – und kulturellen Kontexten auf, in denen es ernsthafte Sorgen über die männliche sexuelle Potenz gibt (Barlow, 2002a; Kirmayer et al., 1995).

Es gibt einige Belege dafür, dass das Erscheinungsbild bestimmter Angststörungen sich an existierende kulturelle Muster angepasst hat. Ein gutes Beispiel ist das in Japan vorkommende *Taijin Kyufusho* (TKS), das der westlichen Diagnose sozialer Phobie entspricht. Wie die soziale Phobie ist auch *Taijin Kyofusho* eine Furcht vor interpersonellen Beziehungen oder sozialen Situationen (Kirmayer, 1991; Kleinknecht et al., 1997; Tseng et al., 1992). Jedoch empfinden westliche Menschen mit sozialer Phobie Angst vor sozialen Situationen, in denen sie zum Gegenstand von Beurteilung oder Kritik werden könnten. Im Gegensatz dazu sorgen sich die meisten Menschen mit TKS darüber, etwas zu tun, das andere beschämen oder beleidigen könnte (Barlow, 2002a). So könnten sie beispielsweise befürchten, andere durch Erröten, unangenehmen Körpergeruch, das unangemessene Starren in die Augen einer anderen Person, wahrgenommene eigene körperliche Defekte oder imaginäre Missbildungen zu beleidigen. Diese Furcht, andere Menschen zu beschämen oder zu beleidigen, führt zu sozialem Vermeidungsverhalten (Kleinknecht et al., 1997). Zwei der häufigsten Symptome (Phobien in Bezug auf Augenkontakt und Erröten) werden in der Beschreibung sozialer Phobie im DSM-IV-TR nicht erwähnt (Kirmayer, 1991). Die Körperdysmorphie Störung – die Furcht, dass ein Körperteil fehlerhaft oder missgebildet sein könnte (siehe Kapitel 8) – tritt bei TKS ebenfalls häufig auf.

Kirmayer (1991) et al. (1995) haben argumentiert, dass das bei *Taijin Kyufusho* auftretende Symptommuster deutlich durch kulturelle Faktoren geformt wurde. Japanische Kinder werden zu hoher Abhängigkeit von ihren Müttern erzogen und fürchten die Außenwelt, insbesondere Fremde. Als Säuglinge und Kleinkinder werden sie zu gehorsamem und sanftmütigem Verhalten ermutigt. Weiterhin gibt es eine starke Betonung der impliziten Kommunikation – der Fähigkeit, die Gedanken und Gefühle einer anderen Person zu erfassen und empfänglich dafür zu sein. Menschen, die zu viel Augenkontakt suchen, werden oft als aggressiv und unsensibel betrachtet, und Kinder lernen, anstatt der Augen ihres Gesprächspartners dessen Hals zu betrachten. Die Gesellschaft ist außerdem sehr hierarchisch und strukturiert, und viele Subtilitäten in Sprache und Mimik dienen dazu, die eigene Reaktion auf sozialen Status eines Gegenübers zu kommunizieren.

Auf allgemeinerer Ebene haben Forscher im Bereich der kulturübergreifenden Erforschung von Angststörungen angemerkt, dass die Berücksichtigung der kognitiven Komponente der meisten Angststörungen sehr viele kulturspezifische Variationen der Erscheinungsbilder der unterschiedlichen Angststörungen erwarten lässt. Angststörungen können zumindest teilweise als Störungen des Interpretationsprozesses betrachtet werden. Da die Kultur die Kategorien und Schemata beeinflusst, mit denen wir unsere Leidsymptome interpretieren, muss es signifikante Unterschiede im Erscheinungsbild von Angststörungen in unterschiedlichen Kulturen geben (siehe beispielsweise Barlow et al., 2002a, Good & Kleinman, 1985; Kirmayer et al., 1995).

#### WIEDERHOLUNGSFRAGEN

- Nennen Sie einige Beispiele für kulturspezifische Unterschiede hinsichtlich der Quellen von Besorgnis.
- Welche Beziehung besteht zwischen *Taijin Kyufusho* und sozialer Phobie und welche kulturellen Einflüsse haben diese Störung offenbar geformt?

## Z U S A M M E N F A S S U N G

- Die Angststörungen basieren auf Angst, Panik oder beidem. Früher wurden diese Störungen als Untergruppe der Neurosen betrachtet, aber in neueren Versionen von DSM-III und DSM-IV-TR wurde dieser Begriff aufgegeben.
- Furcht oder Panik ist eine Basisemotion, die eine Aktivierung der „Kampf-oder-Flucht“-Reaktion des sympathischen Nervensystems beinhaltet.
- Angst ist eine diffusere Mischung von Emotionen, die ein hohes Maß an negativem Affekt, Besorgnis über mögliche Bedrohung oder Gefahr und das Gefühl einer Unfähigkeit, diese Bedrohung vorherzusehen oder im Falle ihres Auftretens zu kontrollieren beinhaltet.
- Angst und Panik sind jeweils mehreren spezifischen Syndromen von Angststörungen assoziiert.
- Bei **spezifischen Phobien** besteht eine intensive und irrationale Furcht vor bestimmten Objekten oder Situationen; bei der Konfrontation mit einem gefürchteten Objekt zeigt die phobische Person oft eine Aktivierung der „Kampf-oder-Flucht“-Reaktion, die auch mit Panik assoziiert ist.
  - Viele Quellen von Furcht und Angst werden vermutlich durch Konditionierung oder andere Lernprozesse erworben. Jedoch sind manche Menschen (aufgrund von temperaments- oder erfahrungsbezogenen Faktoren) in Bezug auf den Erwerb derartiger Reaktionen vulnerabler als andere.
  - Wir haben offenbar eine biologisch begründete und angeborene Lernbereitschaft für den Erwerb von Furcht vor Objekten oder Situationen, die für unsere Vorfahren eine Bedrohung darstellten.
- Bei **sozialer Phobie** leidet eine Person an lähmender Furcht vor einer oder mehreren sozialen Situationen, die oft auf eine Furcht vor einer negativen Bewertung durch andere Menschen oder vor demütigendem und peinlichem eigenem Verhalten zurückzuführen ist; in manchen Fällen kann eine Person mit sozialer Phobie in sozialen Situationen tatsächlich Panikattacken erleiden.
  - Wir haben offenbar eine evolutionär begründete Prädisposition für den Erwerb von Furcht vor sozialen Reizen, die Dominanz und Aggression von anderen Menschen signalisieren.
  - Menschen mit sozialer Phobie neigen zu einem negativen Selbstbild, das ihre Fähigkeit zu geschicktem sozialem Umgang mit anderen Menschen beeinträchtigt.
- Bei einer **Panikstörung** erlebt eine Person unerwartete Panikattacken, die oft ein Gefühl intensiven Schreckens hervorrufen und nach wenigen Minuten wieder verschwinden.
  - Viele Menschen mit einer Panikstörung entwickeln eine anhaltende Besorgnis über das Auftreten einer weiteren Panikattacke; diese ist Voraussetzung für die Diagnose einer Panikstörung
  - Darüber hinaus entwickeln viele Menschen mit einer Panikstörung agoraphobisches Vermeidungsverhalten gegenüber Situationen, in denen sie eine weitere Attacke befürchten.
  - Die Lerntheorie der Panikstörung geht davon aus, dass Panikattacken die Angst vorwiegend an externe Reize im Zusammenhang mit den Attacken, und die Panik selbst vorwiegend an interozeptive Reize im Zusammenhang mit den frühen Phasen der Attacken konditionieren.
  - Die kognitive Theorie der Panikstörung postuliert, dass diese Störung sich bei Menschen entwickelt, die zu katastrophisierenden Fehlinterpretationen ihrer eigenen körperlichen Wahrnehmungen neigen, was mit einer bereits vorhandenen ausgeprägten Angstsensitivität in Zusammenhang stehen könnte.
  - Andere biologische Theorien der Panikstörung betonen, dass die Störung auf biochemische Abnormitäten im Gehirn und abnorm starke Aktivität der Neurotransmitter Noradrenalin und Serotonin zurückzuführen sein könnte.
- Bei der **generalisierten Angststörung** leidet eine Person an chronischer und übermäßiger Besorgnis in Bezug auf mehrere Ereignisse oder Aktivitäten und reagiert auf Stress durch ein hohes Maß an psychischer und muskulärer Anspannung.
  - Die generalisierte Angststörung kann bei Menschen auftreten, die intensive Erfahrungen mit unvorhersehbaren und unkontrollierbaren Lebensereignissen gemacht haben.
  - Menschen mit generalisierter Angst scheinen kognitive Schemata in Bezug auf ihre Unfähigkeit zur Bewältigung seltsamer und gefährlicher

Situationen zu besitzen, die ihre Besorgnis in Bezug auf mögliche Bedrohungen fördern.

- Panikattacken und generalisierter Angststörung sind unterschiedliche Neurotransmitter beteiligt.
- Bei der **Zwangsstörung** erlebt eine Person unerwünschte und intrusive belastende Gedanken oder Vorstellungsbilder, die üblicherweise von zwanghaft ausgeführten Verhaltensweisen zum Zweck der Neutralisierung dieser Gedanken oder Vorstellungsbilder begleitet werden. Kontroll- und Waschroutinen sind die häufigsten Formen.
  - Biologische kausale Faktoren scheinen bei der Zwangsstörung auch eine Rolle zu spielen, die entsprechenden Befunde stammen aus genetischen Untersuchungen, Studien der Hirnfunktion und psychopharmakologischen Untersuchungen.
  - Sobald die Störung begonnen hat, können die angstreduzierenden Qualitäten der Zwangshandlungen zu ihrem Fortbestehen beitragen.
- Sobald eine Person eine Angststörung entwickelt hat, scheint stimmungskongruente Informationsverarbeitung wie in Form von attentionalen und interpretativen Verzerrungen zu ihrem Fortbestehen beizutragen.
- Viele Menschen mit Angststörungen werden von Hausärzten behandelt, oft mit angstlösenden Me-

dikamenten oder Antidepressiva, die ebenfalls eine angstreduzierende Wirkung haben.

- Diese Behandlung konzentriert sich ausschließlich auf die Unterdrückung der Symptome, und manche Medikamente haben darüber hinaus eine suchterzeugende Wirkung.
- Nach dem Absetzen der Medikamente sind die Rezidivraten in der Regel sehr hoch.
- Verhaltenstherapien und kognitive Therapien haben in Bezug auf die Behandlung von Angststörungen die besten Erfolge vorzuweisen.
  - Die Verhaltenstherapie konzentriert sich in diesem Fall auf die längerfristige Exposition an gefürchtete Stimuli; bei der Zwangsstörung muss im Anschluss an die gefürchtete Situation außerdem das ritualistische Verhalten verhindert werden.
  - Die kognitiven Therapien konzentrieren sich darauf, den Patienten das Verständnis ihrer zugrunde liegenden automatischen Gedanken zu ermöglichen, die oft kognitive Verzerrungen wie unrealistische Vorhersagen von Katastrophen beinhalten, die jedoch in der Realität äußerst unwahrscheinlich sind. Anschließend lernen die Patienten im Rahmen der sogenannten kognitiven Umstrukturierung, ihre Denkmuster durch logische Reanalyse zu verändern.

## SCHLÜSSELBEGRIFFE

Agoraphobie (S. 241)  
 Amygdala (S. 246)  
 Angst (S. 224)  
 Angstsensitivität (S. 250)  
 Angststörungen (S. 225)  
 Blut-Injektion-Verletzungs-Phobie (S. 228)  
 Furcht (S. 223)  
 generalisierte Angststörung (GAS) (S. 254)  
 interozeptive Furcht (S. 252)  
 Neurosen (S. 222)  
 neurotisches Verhalten (S. 222)  
 Panik (S. 223)  
 panikogene Substanzen (S. 245)

Panikstörung (S. 239)  
 Phobie (S. 226)  
 soziale Phobie (S. 234)  
 spezifische Phobie (S. 226)  
 Zwangsgedanken (S. 262)  
 Zwangshandlungen (S. 262)  
 Zwangsstörung (S. 262)



Weitere Informationen zu diesem Buchkapitel sowie Multiple-Choice-Tests zur Überprüfung Ihres Wissens finden Sie auf der Companion Website zum Buch unter <http://www.pearson-studium.de>.

## Z U S A M M E N F A S S U N G

# Copyright

Daten, Texte, Design und Grafiken dieses eBooks, sowie die eventuell angebotenen eBook-Zusatzdaten sind urheberrechtlich geschützt. Dieses eBook stellen wir lediglich als **persönliche Einzelplatz-Lizenz** zur Verfügung!

Jede andere Verwendung dieses eBooks oder zugehöriger Materialien und Informationen, einschließlich

- der Reproduktion,
- der Weitergabe,
- des Weitervertriebs,
- der Platzierung im Internet, in Intranets, in Extranets,
- der Veränderung,
- des Weiterverkaufs und
- der Veröffentlichung

bedarf der **schriftlichen Genehmigung** des Verlags. Insbesondere ist die Entfernung oder Änderung des vom Verlag vergebenen Passwortschutzes ausdrücklich untersagt!

Bei Fragen zu diesem Thema wenden Sie sich bitte an: [info@pearson.de](mailto:info@pearson.de)

## Zusatzdaten

Möglicherweise liegt dem gedruckten Buch eine CD-ROM mit Zusatzdaten bei. Die Zurverfügungstellung dieser Daten auf unseren Websites ist eine freiwillige Leistung des Verlags. **Der Rechtsweg ist ausgeschlossen.**

## Hinweis

Dieses und viele weitere eBooks können Sie rund um die Uhr und legal auf unserer Website herunterladen:

**<http://ebooks.pearson.de>**