

## Komorbidität zwischen bipolaren Störungen und Zwangserkrankungen

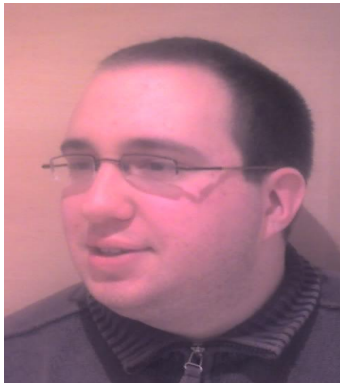
- ein Erfahrungsbericht

von Dennis Riehle

Nicht umsonst werden heute drei psychische Krankheitsbilder oft in einem Atemzug genannt: Ängste, Zwänge, Depressionen.

Gerade bei diesen Diagnosen scheint es häufig vorzukommen, dass die Grenzen der einzelnen Störungen fließend verlaufen.

Aus vielen Betroffenenberichten entnimmt man, dass sich gerade aus der Kategorie der Phobien schnell auch begleitenden Depressionen einstellen.



**Dennis Riehle**  
ist Selbsthilfegruppenleiter  
und selbst Betroffener von  
Zwängen sowie manisch-  
depressiven Phasen

Lange Zeit ging auch ich davon aus, dass ich als klassischer Patient einer Zwangsproblematik aus sehr verständlichen Gründen zu depressiven Phasen neigen würde. Was mir dabei nicht auffiel, war die Tatsache, dass ich enorme Stimmungsschwankungen aufzuweisen hatte. Gerade, wenn ich durch Medikamente, Neutralisationshandlungen oder Erfolgserlebnisse in der Therapie aufgeheitert war, entpuppte sich mein Zustand relativ eindeutig als manisch anmaßend.

Ich bin sicher nicht der einzige Patient, der eine sehr offenkundige Komorbidität zwischen einer Zwangserkrankung und einer manisch-depressiven Störung – einer bipolaren Störung – kennt. Meist ist es schwierig festzustellen, welches Krankheitsbild zuerst da war. Aus meinem Verständnis und meinem Alltag heraus kann ich jedoch die Reihenfolge Zwang, Depression, Manie als durchaus nachvollziehbar ansehen.

Kennzeichnet sich eine Zwangsstörung durch Zwangshandlungen und Zwangsgedanken, zielt sie meist darauf ab, dass der Betroffene versucht, mit absicherndem Verhalten die Bedrohlichkeit und Angst vor seinen Impulsen, die ihn zu seinen zwanghaften Ritualen antreiben, eine kurzzeitige Linderung seiner Anspannung zu erreichen.

Bekannte Zwangshandlungen sind das dauernde Händewaschen, was in Extremfällen bis zu 60 Mal am Tag oder mehr vorkommen kann und teilweise Stunden an Zeit einnimmt. Aber auch das Kontrollieren von Elektrogeräten, Haustüren oder Fenstern sind klassische Handlungen, die sich in ähnlichem Ausmaß abspielen. Meist empfindet der Patient eine überaus große Selbstkritik oder mangelndes Selbstbewusstsein, sodass er davon überzeugt ist, ihn könnten Bakterien, Viren oder Keime schneller befallen als andere. Oder er zeigt sich extrem besorgt davor, dass das eigene Haus abbrennen könnte, ein Einbrecher die Wohnung aufsucht oder die nicht richtig geschlossenen Fenster Einstiegsloch für Diebe darstellen könnten.

Statt einer einmaligen Rückversicherung verfällt der Betroffene in die immer gleichen Abläufe, kontrolliert solange, bis er erschöpft aufgibt oder seine Erregung langsam nachlässt. Anders dagegen äußern sich Zwangsgedanken, die meist in sexuelle, aggressive oder religiöse unterteilt werden. Hier belasten den Betroffenen immer wieder ähnliche Befürchtungen, sei es die Angst vor Ansteckung mit sexuell übertragbaren Krankheiten, die Unsicherheit, anderen Personen durch Worte oder Taten geschadet zu haben oder sich durch eine falsche Gottesvorstellung der Hölle nahe fühlen zu können. All diese Zweifel stellen sich immer als unbegründet heraus, allerdings kann sich ein Zwangspatient nur selten auf die Realität und Vernunft einlassen, sondern lebt in seiner eigenen Überzeugung.

Gerade dieser Umstand zeigt auch, wie ähnlich sich die Krankheitsbilder des Zwangs und der bipolaren Störung kommen. Zwangspatienten erleben eine Erfüllung, sobald sie erfolgreich eine Handlung ausgeführt haben oder einen Gedanken widerlegen konnten. Dass diese Euphorie zwar nur bedingt anhält, lässt die Vermutung nahe kommen, dass es rasant zu einer depressiven Verstimmung überschlagen kann – nämlich sobald sich der Gedanke oder die Handlung erneut dutzendfach wiederholt.

So zeigen auch die neuro-biologischen Ansätze große Gemeinsamkeiten zwischen Zwang, Depression und Manie: nicht nur, dass der Neuro-Transmitter Serotonin eine große Rolle spielt und bei beiden Erkrankungen in Form von Antidepressiva zur medikamentösen Behandlung herangezogen wird; auch die Ergebnisse neuester Studien weisen darauf hin, dass sowohl bei Ängsten, Zwängen und manisch-depressiven Erkrankungen die gleichen Hirnareale bei einem Patienten gegenüber einer nicht kranken Person Veränderungen aufweisen.

Abschließend sei zudem auch noch festgestellt: bipolare Störungen sind häufig Ausdruck psychovegetativem Persönlichkeitsempfinden. Nicht nur, dass Betroffene eine Achterbahnfahrt ihrer Gefühle und Stimmungslage erleben, mit den Grenzerfahrungen zwischen tiefster seelischer Traurigkeit und höchst motivierter Willenskraft schafft sich ein Erkrankter einen Halterahmen. Und auch ein Zwangspatient versucht, durch seine eigenen Glücksmomente das auszubügeln, was ihn während seiner Zwangsphase deprimiert hat – und kennzeichnet durch das absichernde Verhalten auf seine Art und Weise die Pole seiner Alltagswahrnehmung.

Daher ist auch nicht ausgeschlossen, dass gerade Menschen aus bipolaren Störungen auf ihrer Flucht aus dem Krankheitsbild erst später im Sicherheitsverhalten der Zwangsstörung versuchen Halt zu erfahren.

Es lohnt sich allemal ein Blick auf das, wie sich Betroffene beider Erkrankungen gegenseitig Rat und Stütze geben können – und wie Forscher anhand des Komorbiditäts-Modells auf der Suche nach weiteren Ursprüngen und Behandlungsmethoden psychischer Störungsbilder das Wissen und die Erfahrung aus beiden Bereichen für die Entlastung der Erkrankten nutzen können.

**Kontakt zum Autor:**

[Dennis.Riehle@t-online.de](mailto:Dennis.Riehle@t-online.de)