

# 1 Diagnose und Behandlung der Zwangserkrankung

*»Der Mensch ist frei geboren, und liegt doch überall in Ketten.«*

*Jean-Jacques Rousseau*

## 1.1 Epidemiologie und Klinik der Zwangserkrankungen

*»[...] können solche Kranke ihr Leiden durch viele Jahre als ihre Privatsache behandeln und verbergen. Auch leiden viel mehr Personen an solchen Formen der Zwangsneurose, als den Ärzten bekannt wird.«*

*Sigmund Freud*

### 1.1.1 Zwänge im Erwachsenenalter

Herr K. sucht bis zu zehnmal am Arbeitstag die Toilette seines Büros auf, um sich mehrere Minuten lang die Zähne zu putzen. Einige Kollegen belächeln die häufige Toilettenbenutzung ihres Zimmernachbarn; niemand ahnt, unter welchem Druck Herr K. gerät, wenn er nicht seine Zähne reinigen kann.

Frau M. fürchtet alles, was mit der Zahl 3 in Zusammenhang steht, da sie darin eine Verbindung mit dem Teufel sieht. Auch wenn sie weiß, dass ihre Befürchtungen im Grunde unsinnig sind, vermeidet sie es, an Tagen mit einer 3 im Datum aus dem Haus zu gehen und muss viele Tätigkeiten genau viermal verrichten, um die Drei zu »übertreffen«. Ihrer Tätigkeit als Lehrerin kann sie schon lange nicht mehr nachgehen.

Herr P. muss jeden Abend vor dem Schlafengehen alle Stecker aus der Steckdose ziehen und mehrmals in genau festgelegter Reihenfolge an Fenstern und Haustür rütteln, um zu überprüfen, ob sie wirklich geschlossen sind. Wenn er endlich erschöpft ins Bett sinkt, schläft seine Partnerin schon seit zwei Stunden.

Die Erscheinungsformen einer Zwangsstörung sind vielfältig und werden vom Umfeld des Betroffenen oft gar nicht erkannt oder fehlinterpretiert. Gemeinsam ist allen Zwangsarten, dass sie mit einem hohen Zeitaufwand verbunden sind, eine Beeinträchtigung im Alltag verursachen und die Lebensqualität der Betroffenen deutlich herabsetzen.

Anhand einer Metaanalyse (Fawcett et al. 2020) über 34 Studien ergab sich weltweit eine Lebenszeit-Prävalenz für Zwangserkrankungen von 1,0% bei Männern und 1,5% bei Frauen.

Damit gehört die Zwangserkrankung zu den häufigeren psychischen Störungen. Dieser Umstand spiegelt sich allerdings nicht in den stationären und ambulanten Behandlungssettings wider, wo Zwangsstörungen deutlich seltener anzutreffen sind. Gründe hierfür dürften in erster Linie Scham und die besonders hohe Verheimlichungstendenz sein. Im Rahmen einer Untersuchung an Patienten in nervenärztlichen Praxen fanden Wahl et al. (2010) beispielsweise, dass kaum mehr als ein Viertel der an einer Zwangsstörung leidenden Patienten diese Diagnose auch tatsächlich von ihrem Arzt erhalten hatte. Eine andere Studie unter ambulanten Psychotherapeuten ergab, dass bei fast 90% der befragten Behandler die Therapie von Zwängen im Praxisalltag keine oder maximal eine geringe Rolle spielte (Külz et al. 2010b).

### **Ist die Häufigkeit von Zwängen abhängig von Kultur und Gesellschaft?**

Dieser Frage ging die Cross National Collaborative Group nach (Weissman et al. 1994). Die Forscher fanden auf der Grundlage von sieben epidemiologischen Studien aus den USA, Kanada, Puerto Rico, Taiwan, Korea, Neuseeland und Deutschland eine relativ homogene Lebenszeit-Prävalenz. Diese lag mit 1,9–2,5% ebenfalls etwas höher als in der Studie von Fawcett et al. (2020). Die Autoren schließen daraus, dass Zwänge über verschiedene Kulturen hinweg in ähnlicher Häufigkeit auftreten. Allerdings scheinen die Inhalte von Zwängen, insbesondere im Bereich religiöser Zwangsgedanken, einer deutlichen kulturellen Prägung zu unterliegen (Nicolini et al. 2017). Auch das Häufigkeitsverhältnis von Zwangsgedanken zu Zwangshandlungen kann je nach Kultur recht unterschiedlich ausfallen (Reinecker 1994).

Ob sich größere gesellschaftliche Ereignisse wie etwa die Covid-19-Pandemie über längere Sicht auf die Häufigkeit und Schwere von Zwangssymptomen auswirken, ist noch nicht hinreichend bekannt. Es gibt allerdings erste Hinweise auf eine Zunahme der Zwangssymptomatik insbesondere bei Menschen mit Wasch- und Kontaminationszwängen (z. B. Davide et al. 2020). Jelinek et al. (2021) fanden für den deutschen Sprachraum bei 394 online befragten Patienten in 77% der Fälle eine Zunahme der Zwangssymptomatik, wobei die Verschlechterung bei den Betroffenen mit Waschzwängen signifikant ausgeprägter war und insbesondere mit eingeschränkter Mobilität sowie interpersonellen Konflikten in Zusammenhang stand. Auch bei Kindern und Jugendlichen mit Wasch- und Reinigungszwängen wurde eine Verstärkung der Zwangssymptomatik festgestellt, die eng damit korrelierte, wie intensiv sich die Betroffenen und ihr soziales Umfeld mit der Covid-19-Pandemie beschäftigten (Tanir et al. 2020). Nach unserem klinischen Eindruck waren die Auswirkungen der Pandemie auf Menschen mit Zwängen im Allgemeinen eher heterogen. Während viele Betroffene aufgrund erhöhter Stressbelastung durch Angst vor Ansteckung und sekundäre Belastungsfaktoren im Zuge des Lockdowns wie soziale Isolation, Arbeitsplatzverlust oder fehlende Tagesstruktu-

rierung eine Zunahme ihrer Zwangssymptome berichteten, fühlten sich einige auch durch den Rückgang sozialer Anforderungen und damit verbundener Zwangsauslöser vorübergehend entlastet. Selbst die verstärkten Hygienemaßnahmen wurden von manchen Menschen mit Kontaminationsbefürchtungen teils als beruhigend, teils als irritierend oder gar als irrelevant beurteilt, wenn die eigenen Zwangsinhalte ganz andere Bereiche tangierten. ► Abb. 1.1 und ► Abb. 1.2 zeigen ein Waschekzem eines jungen männlichen Patienten, der sich bis zu acht Stunden am Tag die Hände wäscht, sowie den Kleiderschrank einer 28-jährigen Patientin einschließlich ihrer Angaben bezüglich der Symmetrie- und Kontrollzwänge, die mit der Ordnung im Kleiderschrank verbunden sind.



**Abb. 1.1:** Waschekzem durch exzessives Reinigen der Hände und Unterarme bei einem jungen Mann mit einer Zwangserkrankung

## Verlauf von Zwangsstörungen

Zwangsstörungen beginnen meist zwischen dem 22. und dem 36. Lebensjahr (Maj et al. 2002); nicht selten besteht die Zwangssymptomatik jedoch bereits in der Kindheit. Betroffene mit frühem Erkrankungsbeginn (< 20 Jahre) zeigen oft schwerere Zwangssymptome und leben häufiger allein (Anholt et al. 2014). Ohne Behandlung nimmt die Zwangsstörung in der Regel einen chronisch-fluktuierenden Verlauf. Spontanremissionen stellen eher die Ausnahme dar. Nach Jahrzehnten der Erkrankung verbessert sich oftmals die Symptomatik, jedoch bleibt in den meisten Fällen eine klinische oder subklinische Residualsymptomatik bestehen. In einer bekannten Längsschnittstudie von Skoog und Skoog (1999) über insgesamt 40 Jahre wurde bei 83% der Patienten eine Verbesserung beobachtet, eine Heilung bei 48% (20% komplette Remission, 28% mit subklinischer Symptomatik). Somit ist etwa die Hälfte der Betroffenen lebenslanglich von der Erkrankung betroffen (Skoog und Skoog 1999).



### Beschreibung der Zwänge von Frau L. (28 Jahre)

Im Schrank müssen die Abstände zwischen den Kleidungsstücken und dem Rand des Regals exakt gleich sein, was per Augenmaß bestimmt wird.

Jedes Teil muss symmetrisch liegen. Wenn dies nicht der Fall ist, kommt der Gedanke: „Ich bin eine Schlampe“. Daraus resultiert ein Vermeidungsverhalten, dass nur noch das oben auf dem Stapel liegende Kleidungsstück angezogen werden kann, einen Pullover aus dem Stapel zu ziehen, würde 10–15 Min. Zwangshandlungen durch Zurechtrücken und Überprüfen der Symmetrie zur Folge haben.

Bügel müssen exakt parallel zueinander stehen, die Hosen auf den Bügeln müssen wiederum exakt symmetrisch am Bügel hängen. Draußen getragene Schuhe dürfen nicht mit der Sohle mit dem Schrank in Berührung kommen und müssten nach jeder Außenbenutzung mit Spray gereinigt werden, die Sohle muss abgerieben werden.

Abb. 1.2: Kleiderschrank einer Frau mit Symmetrie- und Kontrollzwängen

#### Tipp für die Praxis

Ein eher episodischer Verlauf mit schweren akuten Exazerbationen und zwischenzeitlich weitgehender Remission ist eher selten. In diesen Fällen sollte differenzialdiagnostisch die Frage geklärt werden, ob es sich um sekundär zu einer rezidivierenden Depression auftretende Zwangssymptome handelt.

Die Bedeutung dieser Zahlen lässt sich erst erahnen, wenn man sich die Auswirkungen für die Betroffenen verdeutlicht. So führen Zwangsstörungen meist zu einer erheblichen Beeinträchtigung der Lebensqualität, die gelegentlich so ausgeprägt sein kann wie bei Menschen, die an einer Schizophrenie leiden (Moritz 2008). Viele Patienten mit Zwängen leiden insbesondere unter Schwierigkeiten bei der Rollenbewältigung im beruflichen und sozialen Kontext; ein großer Teil berichtet über belastete zwischenmenschliche Beziehungen. Dabei kann die Symptomatik auf ganz unterschiedliche Art und Weise den Alltag beeinträchtigen. Beispielsweise vermied ein Mann aufgrund aggressiver Zwangsgedanken gegenüber seiner Frau und seiner dreijährigen Tochter zunehmend den Kontakt mit ihnen und richtete sich schließlich trotz Sehnsucht nach seiner Familie sogar im Büro eine Schlafmöglichkeit ein. Ein anderer Patient konnte sich hingegen nur noch unter »Überwachung« durch seine fast erwachsenen Kinder in der Öffentlichkeit bewegen, da er fürchtete, an-

sonsten unbemerkt persönliche Notizen oder Gegenstände zu verlieren, die intime Details über ihn verraten könnten. Die Auswirkungen von Zwängen im beruflichen Kontext reichen von Verlangsamung von Handlungsabläufen aufgrund von Zwangsritualen oder Konzentrationsschwierigkeiten durch exzessive Präokkupation mit Zwangsgedanken über Vermeidung von zwangsrelevanten Tätigkeitsbereichen oder immer längere Arbeitsunterbrechungen durch ausufernde Zwangshandlungen bis hin zur Berufsunfähigkeit, bei der nicht selten auch eine sekundär entstandene depressive Symptomatik eine erhebliche Rolle spielt. Teilweise stehen zwischenmenschliche und interaktionelle Problembereiche (z. B. durch Hänkeln, Mobbing), die sich aufgrund der Zwänge ergeben, diese aufgrund des dadurch resultierenden Stresslevels auch gleichzeitig verstärken können ganz im Vordergrund der beruflichen Beeinträchtigungen. Manchen Patienten mit Zwängen gelingt es hingegen, tagsüber weitgehend ein hohes Funktionsniveau aufrechtzuerhalten und erst in der häuslichen Umgebung den Zwangshandlungen nachzugeben. So berichten Patienten häufig über ein chronisches Schlafdefizit aufgrund exzessiver nächtlicher Rituale.

### Fallbeispiel: Patientin mit Wasch- und Reinigungszwängen

Die 70-jährige Gerda S. leidet seit Jahrzehnten an schweren Wasch- und Reinigungszwängen, manchmal bis zu 18 Stunden am Tag. Jedwede Berührung mit Personen oder Gegenständen außerhalb der Wohnung löst Reinigungsrituale aus. Sie führt eine »Vita minima« und geht nur noch selten aus dem Haus, niemand darf ihre Wohnung betreten, nicht einmal ihre geliebte Tochter und wichtigste Bezugsperson. Der Zwang wird zum Kerker des Lebens. Erst nach einer erfolgreichen Therapie mit einer Reduktion der Zwänge auf ein erträgliches Maß von einer Stunde am Tag kann ihre Tochter sie wieder besuchen. Die Patientin kann wieder problemlos das Haus verlassen und neue Lebensfreude entwickeln.

### Kennzeichen von Zwangssymptomen

Zwangsstörungen sind durch das Auftreten von Zwangsgedanken und/oder Zwangshandlungen gekennzeichnet. Beide Phänomene können isoliert vorkommen, allerdings leiden die meisten Patienten unter einer Kombination aus beiden.

*Zwangsgedanken* sind Vorstellungen, Ideen oder Impulse, die sich dem Betroffenen entgegen seinem Willen aufdrängen und starkes Unbehagen oder Angst auslösen. Häufig werden Zwangsgedanken von den Patienten als absurd erkannt, zumindest zeitweise aber als übertrieben wahrgenommen. So könnte jemand beispielsweise beim Lesen dieses Buches den Zwangsgedanken haben, jedes Wort genau erfassen zu müssen und nichts überlesen zu dürfen. Nach seiner Einschätzung gefragt, könnte er durchaus antworten, dass das detaillierte Bewusstmachen jedes Wortes nicht notwendig, ja nicht einmal zielführend für das Textverständnis ist. Dennoch wäre der Gedanke während der gesamten Lektüre in aufdringlicher Art und Weise präsent.

Häufige Themen von Zwangsgedanken mit Beispielen sind in ► Tab. 1.1 zusammengestellt.

**Tab. 1.1:** Typische Inhalte von Zwangsgedanken

Inhalt	Beispiel für Gedanken
Verunreinigung oder Kontamination	»Der Griff am Einkaufswagen ist verseucht – jetzt bin ich unrein.«
Ansteckung	»Ich habe mich im Schwimmbad mit AIDS infiziert.«
Physische Gewalt	»Ich könnte mein Baby ersticken.«
Sexualität	»Ich werde eine meiner Schülerinnen vergewaltigen.«
Zufälliges Unglück	»Ich habe versehentlich jemanden angerempelt und er ist zu Tode gestürzt.«
Religion	»Die Mutter Gottes ist eine Hure.«
Magisches Denken	»Wenn ich nicht rechts herum gehe, passiert etwas Schreckliches.«
Sozial unangepasstes Verhalten	»In der Konferenz werde ich etwas Obszönes rufen.«
Ordnlichkeit und Symmetrie	»Die Schnürsenkel müssen genau gleich lang sein.«

### Fallbeispiel: Patient mit Zwangsgedanken bzgl. drohenden Unheils

Herr M. wurde beim Duschen plötzlich von der Vorstellung überrascht, er könne im Alter von 37 Jahren sterben. Demnach würden ihm noch zwei Jahre bleiben, um von Familie und Freunden Abschied zu nehmen und seine beruflichen Projekte abzuschließen. Zunächst erschien ihm der Gedanke absurd, und er versuchte ihn als haltlos abzutun. Je mehr er gegen die Vorstellung des baldigen Todes ankämpfte, desto intensiver drängte sie sich ihm jedoch auf. Warum sollte solch ein Gedanke einfach so aus dem Nichts auftauchen? Sollte er ihn nicht vielmehr als ernstzunehmende Warnung begreifen? Was aber, wenn er sein Leben durch die Beschäftigung mit dem Gedanken erst recht aufs Spiel setzte? Hatte man nicht schon öfter etwas von einer sich selbst erfüllenden Prophezeiung gehört? Auch wenn er sich nie für einen abergläubischen Menschen gehalten hatte, begann er nach Anzeichen Ausschau zu halten, die ihm die Einordnung seines Gedankens erleichtern würden. So wertete er das Auftauchen einer Drei oder einer Sieben in persönlichen Kalenderdaten oder der Anzahl von Gegenständen als Warnhinweis für den Realitätsgehalt der Vorstellung. Schließlich begann er alle Orte und Aktivitäten zu vermeiden, die er mit den beiden Zahlen in Zusammenhang bringen konnte. Dabei verstrickte er sich immer tiefer in ein Netz aus hartnäckigen Gedanken über ein baldiges Lebensende, Schuldgefühlen wegen der vermeintlichen Selbstgefährdung aufgrund der Gedanken, Ärger über

seine irrationalen Vorstellungen und massive Ängste vor einem drohenden Tod. Eine Psychotherapie half ihm schließlich dabei, Fehlannahmen über die Bedeutung aufdringlicher Gedanken zu entkräften. Durch Expositionsübungen gegenüber den Gedanken sowie Verhaltensexperimente gelang es ihm, eine gelassene Haltung gegenüber den Zwangsgedanken zu entwickeln, die in der Folge auch viel seltener auftraten.

Zwangsgedanken sind in der Regel mit dem Drang verbunden, diese wieder »aufzuheben« bzw. zu *neutralisieren* oder dem Eintreten der damit verbundenen Befürchtung aktiv entgegenzuwirken: Es kommt zu Zwangshandlungen.

Unter *Zwangshandlungen* versteht man offene oder gedankliche Rituale, zu denen sich der Betroffene gedrängt fühlt, und die dazu dienen, Angst und Anspannung zu reduzieren. Häufig werden Zwangshandlungen bereits vorbeugend ausgeführt, um zu verhindern, dass Unwohlsein auftritt oder um vermeintliche Gefahren abzuwenden. Wird das Ausführen einer Zwangshandlung verhindert, führt das zunächst zu einem deutlichen Anstieg von Angst und/oder Unbehagen. Zwangshandlungen werden zumeist in stereotyper, ritualisierter Weise nach genau definierten Regeln ausgeführt. So kann zwanghaftes Händewaschen beispielsweise so aussehen, dass der Betroffene die einzelnen Finger in einer genau festgelegten Bewegungsabfolge einseift und anschließend Hände und Unterarme jedes Mal so lange mit reichlich Wasser abspült, bis er bis zu einer bestimmten Zahl gezählt hat.

Zwangshandlungen beinhalten am häufigsten Kontrollzwänge (z. B. wiederholtes Überprüfen von Schlössern und Elektrogeräten oder mehrmaliges Kontrollieren, beim Autofahren niemanden verletzt zu haben) sowie Wasch- oder Reinigungszwänge, die etwa beim Duschen, Zähneputzen, der Toilettenbenutzung oder bei der Hausarbeit auftreten (► Kap. 2). Ebenso können die Patienten unter dem Drang leiden, Handlungsabläufe mehrfach wiederholen zu müssen. So musste beispielsweise eine Patientin vor dem Arbeiten jedes Mal den Computer so oft starten und herunterfahren, bis sie während der Handlung nicht mehr an ihre kranke Mutter dachte. Auch übermäßiges Ordnen, wie beispielsweise das zentimetergenaue Übereinanderfalten von Pullovern im Kleiderschrank oder exzessives Sammeln von Gegenständen, kann Inhalt von Zwangshandlungen sein.

Aus Angst, versehentlich etwas Wichtiges wegzuerwerfen oder auch unwillentlich Informationen über sich preiszugeben, können sich bei Betroffenen unter anderem leere Plastikflaschen, Altpapier und längst gelesene Zeitschriften, kaputte Elektrogeräte oder veraltete Notizzettel stapeln. Bei Hort- und Sammelzwängen haben sich spezielle therapeutische Interventionen wie z. B. das Aneignen von Entscheidungs- und Ordnungsstrategien oder Imaginationenübungen zur Stärkung der Veränderungsmotivation bewährt (Steketee und Frost 2014; Külz und Voderholzer 2018).

Eine eher seltene, jedoch besonders belastende Form stellen Zwänge dar, die auf sensorische Inhalte bezogen sind. Hier leiden Betroffene unter einer Hyperfokussierung auf automatisierte körperliche Prozesse wie Schlucken, Atmen oder Blinzeln; manchmal stehen auch körperliche Wahrnehmungen wie etwa »Mouches volantes« (häufige und harmlose Glaskörpertrübungen des Auges) im Fokus der Aufmerksamkeit. Die Zwangshandlungen bestehen darin, die Aufmerksamkeit mit aller Kraft von diesen Empfindungen wegzulenken oder aber diese zu kontrollieren

– häufig mit der Angst verbunden, dass sonst etwas Schlimmes wie Ersticken o. ä. geschehen könnte.

Schließlich können Zwangshandlungen mit dem Drang zu zählen oder Dinge zu berühren in Zusammenhang stehen. So litt ein Patient unter dem Zwang, im Gespräch immer die Wörter im Satz seines Gegenübers zählen zu müssen, auch wenn er dieses Verhalten selbst als unsinnig erlebte. Ein anderer Patient musste Lebensmittel vor dem Einkauf mehrmals antippen, um die Gefahr einer Vergiftung zu bannen, auch wenn er prinzipiell um die Irrationalität seiner Befürchtungen wusste.

### Fallbeispiel: Patientin mit Ordnungs- und Symmetriezwängen

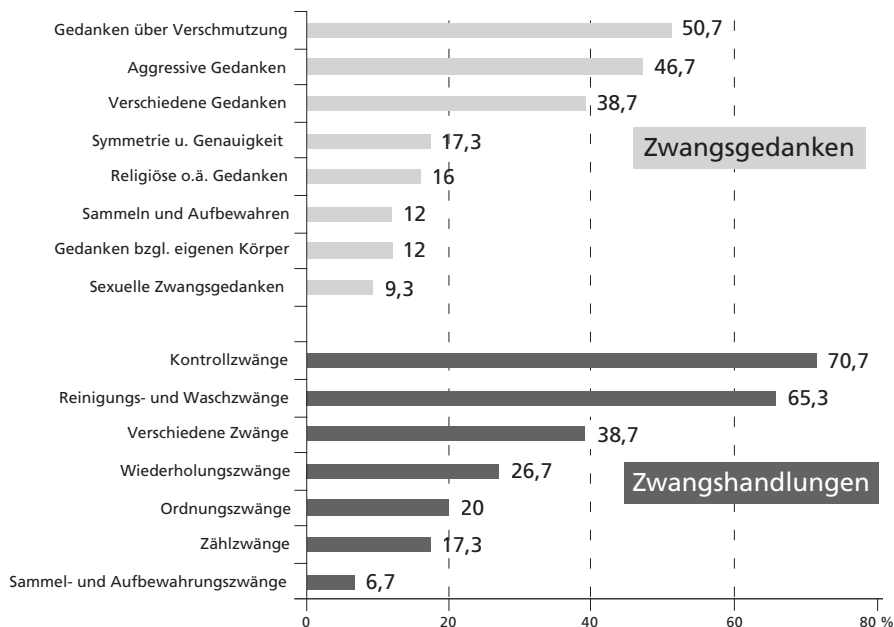
Frau A. bezog mit Beginn ihres Studiums erstmals eine eigene Wohnung in einer fremden Stadt. Obwohl sie sich auf die neue Unabhängigkeit sehr gefreut hatte, entwickelte sie bald Zweifel darüber, ob die Ordnung in ihrer Wohnung einem kritischen Auge standhalten würde. Sie gewöhnte sich zunächst an, Gegenstände immer an der gleichen Stelle aufzubewahren und stets im rechten Winkel zueinander auszurichten. Dabei entdeckte sie, dass sie sich allmählich selbst nur noch wohl fühlen konnte, wenn alles exakt arrangiert war. Daher ging sie beispielsweise dazu über, das Maßband anzusetzen, um ihren Laptop genau in der Mitte des Schreibtischs zu platzieren; Stiftehalter und Mousepad mussten die Endpunkte einer Geraden bilden. Ihr neues Ordnungsbedürfnis erstaunte sie selbst, da sie sich nie für einen besonders sorgfältigen Menschen gehalten hatte. Dennoch konnte sie sich gegen den ständigen Drang zum Aufräumen kaum wehren. Vor allem vor dem Einschlafen kam sie auf immer neue Ideen zu vermeintlich verbesserungsbedürftigen Details ihrer Einrichtung. So verbrachte sie eines Nachts vier Stunden damit, ihre Bücher nach Form und Größe zu sortieren. Um sich Arbeit zu ersparen, betrat sie ihre Wohnung schließlich kaum mehr. Aber auch wenn sie abends erst spät nach Hause gekommen war, benötigte sie am nächsten Morgen beinahe eine Stunde, um die Bettdecke glatt zu streichen und minimale Benutzungsspuren im Bad zu beseitigen. Mithilfe einer kognitiven Verhaltenstherapie, die neben Expositionsübungen auch auf eine Stabilisierung des Selbstwertgefühls und den Umgang mit Einsamkeitsgefühlen abzielte, konnte sie allmählich eine Verbesserung ihrer Symptome erreichen.

► Abb. 1.3 zeigt die Häufigkeit verschiedener Zwangsformen, wie sie an einer eigenen Stichprobe von 75 stationären Patienten der Uniklinik Freiburg erfasst wurde.

Nach einer Metaanalyse von Bloch et al. (2008), die 21 Studien zur Checkliste der Yale-Brown-Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS), des gebräuchlichsten Erhebungsinstrumentes bei Zwängen, mit 5.124 Patienten einschloss, besitzt die Zwangserkrankung eine Vier-Faktoren-Struktur. Demnach kann man

1. Zwangsgedanken bzgl. Symmetrie, Zählzwänge, Ordnungs- und Wiederholungszwänge,
2. verbotene und körperbezogene Zwangsgedanken sowie Kontrollzwänge,
3. Reinigungszwänge und
4. Hort- und Sammelzwänge unterscheiden.





**Abb. 1.3:** Häufigkeitsverteilung verschiedener Zwangsformen bei stationären Patienten (N = 75) in Prozent, Mehrfachnennungen waren möglich

Zu beachten ist, dass Zwangshandlungen neben äußerlich sichtbaren Verhaltensweisen auch in Form *gedanklicher Rituale* auftreten können. So könnte beispielsweise ein Patient mit blasphemischen Zwangsgedanken die Toilette für ein Gebetsritual zur Neutralisierung seiner Vorstellungen aufsuchen, er könnte jedoch auch im Geiste ein Gebet sprechen oder ein inneres »Gegenbild« zu seinen gotteslästerlichen Intrusionen heraufbeschwören.

### Merke

Das wichtigste *Unterscheidungsmerkmal* von Zwangsgedanken und -handlungen ist somit in der Regel ihre Auswirkung auf Anspannung oder Angst, die ein Patient erlebt: Zwangsgedanken lösen innere Anspannung oder Angst aus und haben somit Stimuluscharakter, während Zwangshandlungen dazu dienen, diese zu reduzieren.

Ein charakteristisches Merkmal von Zwangshandlungen ist, dass sie in keinem realistischen Bezug zu dem stehen, was sie erreichen sollen. Mit manchen Zwangshandlungen erreicht der Patient sogar das Gegenteil seiner Absicht (z. B. die Patientin, die durch exzessive Waschzwänge ihre Haut so schädigt, dass sie erst dadurch anfällig für Infektionen wird); zumindest sind Zwangshandlungen in der Regel in Durchführung, Häufigkeit oder beidem deutlich übertrieben. Werden

Zwangshandlungen unterdrückt, führt dies bei den Betroffenen zunächst zu einem deutlichen Anstieg von Angst und Anspannung.

Da Zwangsrituale sehr viel Zeit in Anspruch nehmen, benötigen die meisten Menschen entsprechend viel Zeit für alltägliche Verrichtungen. Daneben leidet eine kleine Untergruppe von Patienten unter einer primären zwanghaften Langsamkeit, bei der alltägliche Handlungen (z. B. Ankleiden, Nahrungsaufnahme) bis zu mehrere Stunden in Anspruch nehmen können. In diesem Fall ist gewissermaßen die Langsamkeit selbst der Zwang.

### **Tipp für die Praxis**

Im Einzelfall ist genau zu prüfen, ob die Langsamkeit nicht sekundär durch andere Zwangsinhalte (z. B. innere Kontrollrituale) bedingt ist. Diese können manchmal so automatisiert sein, dass sie dem Betroffenen kaum mehr bewusst sind und Handlungsabläufe enorm verlangsamen.

Das Erkrankungsbild der zwanghaften Langsamkeit wird kontrovers diskutiert, da häufig angenommen wird, dass der allgemeinen Verlangsamung bestimmte Zwangsbefürchtungen oder -rituale zugrunde liegen. Allerdings gibt es Hinweise darauf, dass die zwanghafte Langsamkeit auch nach erfolgreicher Behandlung der übrigen Zwangssymptomatik fortbestehen kann, was eher für die Beibehaltung einer eigenständigen Kategorie spricht (Takeuchi et al. 1997).

### **1.1.2 Zwänge im Kindes- und Jugendalter**

Viele Kinder bestehen in bestimmten Entwicklungsphasen auf ritualisierten, stereotypen Verhaltensmustern wie z. B. Zubettgeh- oder Spielritualen, die in rigider Form immer auf die gleiche Art und Weise auszuführen sind. Diese Vorlieben erinnern an Zwangsrituale, besitzen jedoch als Sicherheit und Vertrautheit stiftende Gewohnheiten für die Kinder einen positiven Wert und haben ich-syntonen Charakter, d. h. werden als stimmig erlebt.

Auch bestimmte magische Befürchtungen wie beispielsweise die Vorstellung, beim Umdrehen im dunklen Keller oder auch beim Betreten von Ritzen zwischen Pflastersteinen ein Unglück heraufzubeschwören, sind in bestimmten Entwicklungsstufen normal und verschwinden im Rahmen der Entwicklung mit größerer Reife in der Regel von selbst.

Gleichzeitig können bereits im Kindesalter Zwangssymptome auftreten, die so belastend sein können, dass sie behandlungsbedürftig sind. Die Symptomdimensionen ähneln dabei denen von erwachsenen Patienten (Mataix-Cols et al. 2008), allerdings scheinen bei Kindern Zwangshandlungen etwas häufiger als bei Erwachsenen aufzutreten und die Symptome variieren häufiger über die Zeit (Flament et al. 2007).

Darüber hinaus verfügen die Kinder zumeist über eine begrenztere Einsicht hinsichtlich der Irrationalität ihrer Befürchtungen und Handlungen. Ähnlich wie