

Teil I Grundlagen

1 Erscheinungsbild und Klassifikation

Hans Reinecker

1.1 Einleitung

Personen, die unter Zwangsstörungen leiden, sind sehr stark beeinträchtigt. Dabei sind Gewohnheiten und Rituale Bestandteile unseres Lebens; sie helfen uns bei der Strukturierung des Alltags, so dass wir über verschiedene Abläufe nicht mehr aktiv nachzudenken brauchen. Man denke beispielsweise an Rituale beim Begrüßen, beim Essen, beim Waschen, Duschen, bei automatisierten Handlungen im Arbeitsalltag. Rituale haben auch eine ganz wichtige Funktion in Religion und Kultur, viele davon haben wir in emotional relevanten Phasen übernommen, speziell wenn es um die Bewältigung von Gefühlen der Angst und Unsicherheit geht. Gerade in emotional bedeutsamen Momenten helfen Rituale in Situationen des Übergangs, man denke an Tauf-, Hochzeits- oder Beerdigungsrituale.

Viele Personen berichten auch, dass sie unter dem »Tic« leiden, die Haustüre mehrfach kontrollieren zu müssen oder auch bestimmte Abläufe bei der Kleidung oder beim Essen zu befolgen. Solche Gewohnheiten sind sehr weit verbreitet, Gibbs (1996) geht von einer Häufigkeit in der Bevölkerung von rund 20 % aus. In all diesen Fällen kann man auch kaum von einem relevanten Leidensdruck sprechen, die Personen können ihren Alltag in der Regel durchaus problemlos absolvieren.

All das ist nicht gemeint, wenn wir von *Zwangsstörungen* sprechen.

Eine erste fundierte Beschreibung und Klassifikation erfolgte im Jahr 1838 von Esquirol, etwas später dann auch von Westphal (1878). Die heute gängigen Klassifikationen stützen sich nach wie vor auf Beschreibungen durch Jaspers (1913).

1.2 Erscheinungsbild

Für die Einordnung eines *Zwangs* sind folgende Kriterien entscheidend:

1. Die Person leidet unter einem *inneren Drang*, bestimmte Inhalte zu denken oder zu tun.

2. Die Person leistet einen *Widerstand* gegen diesen Drang betreffend der Gedanken und Handlungen.
3. Die Person erkennt den *Inhalt* der Gedanken bzw. Handlungen als *sinnlos* und kann sich im Prinzip davon distanzieren.
4. Durch die Gedanken oder Handlungen erlebt sich die Person und/oder ihr direktes Umfeld in ihrem Alltag massiv *beeinträchtigt*.

Fallbeispiel

Herr N., ein 35-jähriger Mitarbeiter einer Bank, berichtet, vor dem Verlassen seiner Wohnung über mehrere Stunden hinweg Fenster, Türen, Elektrogeräte, Wasserhähne, aber auch Bücher im Schrank, Besteck, Geschirr usw. kontrollieren zu müssen. Um dies mit seinem Beruf in Einklang zu bringen, stellt er den Wecker so früh, dass er 2–3 Stunden Zeit hat, diese Rituale durchzuführen und dann noch einigermaßen rechtzeitig zur Arbeitsstelle zu kommen. Dem Patienten ist die Sinnlosigkeit seines Verhaltens völlig klar, er zeigt auch deutlichen Widerstand gegen die Impulse, ist jedoch nicht in der Lage, das entsprechende Verhalten zu unterlassen.

Weshalb ist es so wichtig, die einzelnen genannten Kriterien bei Betroffenen genau zu prüfen?

Ad (1): Entscheidend ist es, die Person danach zu fragen, *woher* der Drang für bestimmte Gedanken und Handlungen kommt. Dies deshalb, um Zwangsstörungen von einem möglicherweise psychotischen Geschehen abzugrenzen. Patienten und Patientinnen deuten auf die Frage nach dem *woher* des Gedankens zumeist auf den eigenen Kopf, um zu signalisieren, dass der Gedanke bei ihnen selbst entsteht und *nicht* von außen aufgetragen oder eingegeben ist.

Ad (2): Personen leisten den genannten *Widerstand*, indem sie angeben, dass sie die Gedanken und Handlungen keinesfalls möchten. Besonders relevant ist dies bei Gedanken mit aggressivem oder blasphemischem Inhalt. Die Prüfung des Widerstands ist deshalb von besonderer Bedeutung, weil Betroffene den Inhalt ihrer aggressiven, blasphemischen oder anderweitigen Impulse *nicht* in die Handlung umsetzen. Wichtig ist es zu beachten, dass bei einem geringen Teil der Betroffenen das Kriterium der Sinnlosigkeit nicht oder nur zeitweise gegeben ist: Hier sprechen wir von »atypischen Zwängen«.

Ad (3): Herr N. ist die *Sinnlosigkeit* seiner Gedanken und Handlungen völlig klar:

So verdeutlicht er immer wieder, dass er seinem Drang zur Kontrolle folgt, obwohl er doch gerade nachgesehen hat, ob das Fenster geschlossen, oder ob ein Gerät ausgeschaltet ist usw. Gerade auch bei aggressiven Gedanken sind Patienten und Patientinnen sehr betroffen über den Inhalt, anderen Personen oder Kindern Gewalt anzutun – im Sinne von »ich würde meine Kinder nie schlagen oder verletzen!«

Ad (4): Ganz entscheidend auch für das weitere Vorgehen auch hinsichtlich einer möglichen Behandlung ist das Kriterium der *Beeinträchtigung*: Personen wenden sich in der Regel speziell dann an Fachleute, wenn Alltag, Familie, Beruf

und Partnerschaft so sehr beeinträchtigt sind, dass ein geregeltes Leben nicht mehr möglich ist. Viele Personen haben sich mit ihrer Problematik auch so weit arrangiert, dass sie erst nach vielen Jahren (oft angeregt durch Partner oder Familie, siehe unten Frau R.) bei professionellen Einrichtungen vorstellig werden.

Fallbeispiel

Frau R., 45 Jahre, verheiratet, zwei Kinder, Lehrerin, beschreibt umfangreiche Wasch- und Reinigungsrituale: Als Beginn schildert sie die Geburt ihres zweiten Kindes, hier hatte sie massive Ängste hinsichtlich der möglichen Verletzung entwickelt (Schmutz auf dem Boden, Glassplitter usw.) und begonnen, alle Gegenstände vorbeugend zu reinigen und zu desinfizieren. Im Verlauf von ca. zwölf Jahren seit Beginn der Problematik zeigen sich deutliche Schwankungen: Verschlechterungen vor allem im Zusammenhang mit Belastungen (Umzug, Krankheiten in der Familie, Stress im Beruf usw.). Die gesamte Familie wird in die Rituale mit einbezogen, Frau R. drängt Partner und Kinder zum Duschen beim Betreten des Hauses, sie wirft vermeintlich kontaminierte Kleider weg und verlangt spezielle Reinigung auch in den Zimmern der Kinder. Die Rituale werden immer aufwändiger, Frau R. ist mittlerweile krankgeschrieben und da die Situation für die gesamte Familie unerträglich geworden ist, wendet sie sich an den Psychotherapeuten.

1.3 Klassifikation

Bis einschließlich zum DSM-IV waren die Zwangsstörungen als Untergruppe der Angststörungen klassifiziert worden. Das hatte auch eine gewisse Logik, gesteuert sicherlich durch theoretische Modelle, wonach die Betroffenen durch ihre Gedanken und Handlungen versuchen, Angst zu vermeiden oder zu bewältigen.

Erst im DSM-5 werden Zwänge als eigene Störungsgruppe klassifiziert. Dabei erfolgt die Einordnung unter »Zwangsstörung und verwandte Störungen« (APA 2018, S. 322 f.).

Zwangsstörung – Diagnostische Kriterien (F42.2)

A. Entweder Zwangsgedanken, Zwangshandlungen oder beides:

Zwangsgedanken sind durch (1) und (2) definiert:

1. Immer wiederkehrende und anhaltende Gedanken, Impulse oder Vorstellungen, die im Krankheitsverlauf mindestens zeitweilig als aufdringlich

und ungewollt empfunden werden, und die meist ausgeprägte Angst und großes Unbehagen hervorrufen.

2. Die Person versucht, diese Gedanken, Impulse oder Vorstellungen zu ignorieren oder zu unterdrücken oder sie mithilfe anderer Gedanken oder Tätigkeiten zu neutralisieren (z. B. durch die Ausführung einer Zwangshandlung).

Zwangshandlungen sind durch (1) und (2) definiert:

1. Wiederholte Verhaltensweisen (z. B. Händewaschen, Ordnen, Kontrollieren) oder mentale Handlungen (z. B. Beten, Zählen, Wörter lautlos wiederholen), zu denen sich die Person als Reaktion auf einen Zwangsgedanken oder aufgrund von streng zu befolgenden Regeln gezwungen fühlt.
2. Die Verhaltensweisen oder mentalen Handlungen dienen dazu, Angst oder Unbehagen zu verhindern oder zu reduzieren oder gefürchteten Ereignissen oder Situationen vorzubeugen; diese Verhaltensweisen oder mentalen Handlungen stehen jedoch in keinem realistischen Bezug zu dem, was sie zu neutralisieren oder zu verhindern versuchen oder sie sind deutlich übertrieben.

Beachte: Kleine Kinder könnten nicht in der Lage sein, den Zweck dieser Verhaltensweisen oder mentalen Handlungen auszudrücken.

- B. Die Zwangsgedanken oder Zwangshandlungen sind zeitintensiv (sie beanspruchen z. B. mehr als 1 Stunde pro Tag) oder verursachen in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.
- C. Die Symptome der Zwangsstörungen sind nicht Folge der physiologischen Wirkung einer Substanz (z. B. Substanz mit Missbrauchspotenzial, Medikament) oder eines medizinischen Krankheitsfaktors.
- D. Das Störungsbild kann nicht besser durch das Vorliegen einer anderen psychischen Störung erklärt werden (z. B. exzessive Sorgen, wie bei der Generalisierten Angststörung; übermäßige Beschäftigung mit dem äußeren Erscheinungsbild, wie bei der Körperdysmorphen Störung; Schwierigkeiten, Gegenstände auszusondern oder sich von diesen zu trennen, wie beim Pathologischen Horten; Haarausreißen, wie bei der Trichotillomanie [Pathologisches Haarausreißen]; Hautzupfen/-quetschen, wie bei der Dermatillomanie [Pathologisches Hautzupfen/-quetschen]; Stereotypien, wie bei der Stereotypen Bewegungsstörung; ritualisiertes Essverhalten, wie bei Essstörungen; übermäßige Beschäftigung mit Substanzen oder Glücksspielen, wie bei den Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen und abhängigen Verhaltensweisen; übermäßige Beschäftigung, eine Krankheit zu haben, wie bei der Krankheitsangststörung; sexuell dranghafte Bedürfnisse oder Fantasien, wie bei der Paraphilie; Impulsdurchbrüche, wie bei den disruptiven, Impulskontroll- und Sozialverhaltensstörungen; Grü-

beln über Schuld, wie bei einer Major Depression; Gedankeneingebung oder Wahn, wie bei einer Störung aus dem Schizophrenie-Spektrum oder anderen psychotischen Störungen; oder stereotyp wiederholten Verhaltensmustern, wie bei der Autismus-Spektrum-Störung).

Bestimme, ob:

Mit Guter oder Angemessener Einsicht: Die Person erkennt, dass die zwangsbezogenen Überzeugungen definitiv nicht, wahrscheinlich nicht oder möglicherweise nicht zutreffen.

Mit Wenig Einsicht: Die Person denkt, dass die zwangsbezogenen Überzeugungen wahrscheinlich zutreffen.

Mit Fehlender Einsicht/Wahnhaften Überzeugungen: Die Person ist vollkommen davon überzeugt, dass die zwangsbezogenen Überzeugungen zutreffen.

Bestimme, ob:

Tic-Bezogen: Die Person weist gegenwärtig oder in der Vorgeschichte eine Tic-Störung auf.

Abdruck erfolgt mit Genehmigung vom Hogrefe Verlag Göttingen aus dem Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, © 2013 American Psychiatric Association, dt. Version © 2018 Hogrefe Verlag.

Die wichtigste differenzialdiagnostische Abgrenzung betrifft das Merkmal der *Angststörungen* – dies deshalb, weil das Merkmal der Angst auch in den Kriterien bei Zwängen benannt wird. Folgende Gesichtspunkte erlauben eine Differenzierung von Zwängen einerseits und Angststörungen andererseits:

- Art der *Emotionen*: Patienten und Patientinnen mit Ängsten (z. B. Phobien) benennen die Emotion als Angst, während bei Zwängen eher undifferenzierte emotionale Zustände beschrieben werden, nämlich Unruhe, Anspannung etc.
- Merkmale der *Vermeidung*: Bei Patienten und Patientinnen mit Ängsten sprechen wir eher von *passiver Vermeidung*, d. h. die Personen versuchen, mit einer gefürchteten Situation gar nicht in Kontakt zu kommen (z. B. Vermeidung von öffentlichen Plätzen, sozialen Kontakten). Bei Zwängen spielt *aktive Vermeidung* eine wichtige Rolle, die Patienten und Patientinnen versuchen durch eigenes Verhalten, die entsprechende Emotion zu reduzieren (z. B. durch Waschen, Reinigen, Zählen und weitere gedankliche Rituale).
- Patienten und Patientinnen mit Ängsten können die *Auslöser* ihrer Ängste zu meist recht konkret beschreiben (z. B. bei Phobien, oder auch bei generalisierter Angststörung). Frägt man Patienten und Patientinnen mit Zwängen nach den Auslösern ihrer Unruhe und ihrer Zwänge, so können sie diese kaum konkret benennen. Entscheidend ist für Betroffene vielmehr das Gefühl, eine Situation nicht mehr aushalten zu können (also eher ein innerer Spannungszustand).

- Wirkung von *Medikamenten*: Patienten und Patientinnen mit Angststörungen reagieren in der Regel signifikant auf Anxiolytika (z. B. Benzodiazepine), diese erweisen sich bei Zwängen als weitgehend unwirksam. Ebenso interessant ist die deutliche Reaktion von Patienten und Patientinnen mit Ängsten auf Placebos, während sich diese Reaktion in Studien bei Zwängen nicht zeigt.

Zwangsstörungen treten in der Regel mit einer Reihe von anderen psychischen Störungen auf. Hier ist vor allem die Problematik der *Depression* zu erwähnen, aber auch viele andere Störungsbilder sind häufig mit Zwängen verknüpft (Komorbidität, ► Kap. 10 in diesem Buch). Daneben sind Erscheinungsbilder zu berücksichtigen, die große Ähnlichkeiten mit Zwängen aufweisen, die aber in der Klassifikation davon getrennt gesehen werden sollten (z. B. Horten, Trichotillomanie etc., ► Kap. 8 in diesem Buch). Vielfach wird hier auch von *Zwangsspektrumstörungen* gesprochen.

1.4 Aspekte der Differenzierung von Zwangsstörungen

Die beschriebene Klassifikation täuscht eine Einheitlichkeit des Störungsbildes vor, die in der klinischen Realität so nicht gegeben ist: Zwang ist nicht gleich Zwang. Verschiedene Differenzierungen haben sich nicht nur aus deskriptiver Sicht als sinnvoll herausgestellt, sie sind auch in epidemiologischer und vor allem hinsichtlich des Verlaufs und der Therapie relevant.

Generell macht es Sinn, zwischen *Zwangsgedanken* einerseits und *Zwangshandlungen* andererseits zu unterscheiden; dabei ist zu berücksichtigen, dass diese beiden Formen in der Regel gemeinsam auftreten – die Gedanken sind zumeist Auslöser, Vorläufer oder Begleiter der Zwangshandlungen.

Bei den *Zwangsgedanken* unterscheidet man wiederum:

- Reine *Gedanken*, z. B. zählen, wiederholen von Worten, beten etc.,
- zwanghaft immer wieder auftauchende *Bilder*, etwa über unerwünschte Inhalte und
- unerwünschte *Impulse* hinsichtlich einer bestimmten Handlung, etwa Gedanken aggressiver oder blasphemischer Art.

Auch wenn Zwangsgedanken zumeist mit Handlungen gemeinsam auftreten, gehen wir davon aus, dass in rund $\frac{1}{4}$ aller Fälle keine Handlungen mit den Gedanken verknüpft sind.

Bei den Zwangshandlungen hat es sich als sehr sinnvoll herausgestellt, zu unterscheiden zwischen

- a. *Waschzwängen* (u. a. auch Reinigen, Putzen, Säubern ...) und
- b. *Kontrollzwängen* (Ordnen, Symmetrien ...).

Die Differenzierung ist nicht nur phänomenologisch relevant, sondern auch hinsichtlich einiger anderer Merkmale von Bedeutung, nämlich:

- *Geschlecht*: Männer leiden etwas häufiger unter Kontrollzwängen, Frauen eher unter Waschzwängen (Rachman und Hodgson 1980).
- *Alter*: Der Durchschnitt des Beginns von Zwängen liegt generell bei ca. 23 Jahren (► Kap. 2). Dabei beginnen Kontrollzwänge rund fünf Jahre früher als der Durchschnitt, Waschzwänge ca. fünf Jahre später (Rachman und Hodgson 1980).
- *Art des Beginns*: Kontrollzwänge beginnen »schleichend«, d. h. der Verlauf kann sich über Jahre hinweg entwickeln; Waschzwänge beginnen eher »abrupt«, d. h. sie können sich innerhalb weniger Wochen oder Tage vollständig ausbilden.
- *Überlappungen mit Phobien*: Bei Waschzwängen werden viele Überschneidungen mit Phobien beobachtet (z. B. Kontaminationsängste, Verschmutzung, Krankheiten etc.). Für Kontrollzwänge trifft dies offenbar nicht zu.
- Die Differenzierung hat wichtige Implikationen für die Therapie: Bei Betroffenen mit Kontrollzwängen ist es ganz entscheidend, die Verantwortung bei den Patientinnen und Patienten zu belassen (z. B. für die Frage, ob das Licht, der E-Herd, eine Maschine etc. auch sicher ausgeschaltet ist). Bei der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Waschzwängen spielt dies offenbar keine so große Rolle.

In der Forschung wird vielfach auch darüber diskutiert, ob es sinnvoll ist, eine weitere Gruppe so genannter »atypischer Zwänge« zu klassifizieren (s. o., Merkmale). Gemeint sind damit Patienten und Patientinnen, die sich nur zeitweise vom Inhalt ihrer Gedanken distanzieren können. Generell geht man davon aus, dass dies rund 10 % aller Patienten und Patientinnen betrifft (Kozak und Foa 1994). Diese Form der Problematik stellt für die Behandlung natürlich eine ganz besondere Herausforderung dar. In gewisser Weise bildet diese Gruppe eine Art Übergang zur »Zwanghaften Persönlichkeitsstörung« (► Kap. 9 in diesem Buch).

1.5 Beschreibung der Psychopathologie

Für Zwecke der Forschung sowie für die Verständigung unter Fachleuten ist es zweifellos wichtig, bei der Analyse psychischer Störungen auf eine valide Klassifikation zurückgreifen zu können. Im Umgang mit der Problematik erscheint es allerdings noch bedeutsamer, eine Beschreibung der Problematik auf unter-

schiedlichen Ebenen zu leisten. Im Folgenden sollen einige dafür relevante Gesichtspunkte benannt werden.

Was ist mit den unterschiedlichen *Ebenen* gemeint:

Menschliches Verhalten lässt sich in einzelne Ebenen gliedern – dabei ist klar, dass Erleben und Verhalten eine Einheit sind, die lediglich für Zwecke der Analyse in einzelne Details gegliedert wird. Seit einer grundlegenden Arbeit von P. Lang (1971) wird unterschieden in

- eine Ebene des *Verhaltens* (Merkmal: Beobachtbarkeit),
- eine Ebene der *Gedanken* oder auch der *Kognitionen*, Prozesse, Ereignisse und Strukturen, sowie
- eine Ebene der *physiologischen*, körperlichen, biologischen Abläufe und des damit verbundenen komplexen Geschehens.

Es ist in diesem Zusammenhang darauf zu verweisen, dass die Ebenen sowohl jede für sich, als auch in ihrer Interaktion als ausgesprochen komplex anzusehen sind (wie entstehen Gedanken, wie beeinflussen Hormone unser Verhalten, wie verändert unser Verhalten körperliche Prozesse usw.).

Anmerkung: Ebenso wichtig wie die Erfassung der Pathologie und ihrer detaillierten Merkmale ist auch die Analyse von Verhaltensweisen, die als unproblematisch anzusehen sind; in letzter Zeit spricht man in diesem Zusammenhang auch von »Ressourcen«, die auch für den Weg aus der Problematik nutzbar gemacht werden können.

Für unsere Zwecke heißt das, bei der Analyse der Problematik genau hinzusehen und eine Beschreibung auf unterschiedlichen Ebenen zu leisten: Was genau *tut* der Patient und die Patientin, wie intensiv sind seine und ihre Bestrebungen nach Sauberkeit, wie häufig kontrolliert er und sie einen Wasserhahn oder eine Türklinke? Wie viel Zeit benötigt die Person für alltägliche Handlungen?

Es ist völlig klar, dass eine Erfassung der *Gedanken* nur auf indirektem Weg erfolgen kann, aber: Ohne eine Analyse der Befürchtungen, Gedanken, der kognitiven Abläufe einer Person hat man die Problematik nur unvollständig erfasst.

Dasselbe gilt für körperliche/somatische Prozesse, *physiologische Abläufe* etc. Auch und gerade als Psychotherapeut und Psychotherapeutin sollte man einschlägige physiologische Merkmale erfassen und in der Beschreibung und Behandlung nutzen.

Exkurs: Emotionen

Es ist hier natürlich nicht der Raum, das Thema der Emotionen in der notwendigen Differenziertheit darzustellen. Dennoch: Die Analyse von P. Lang ist und war als eine mögliche Analyse von Emotionen angelegt. Demnach sind Emotionen als theoretische Konstrukte zu sehen, die selbst nicht direkt beobachtbar sind – wir können Aspekte von Emotionen erfassen, und genau dies tun wir mit der oben beschriebenen Form der Analyse.

Zusätzlich zur genauen *Beschreibung* auf den unterschiedlichen Ebenen stellt es sich als höchst bedeutsam heraus, die Einbettung des Verhaltens (wiederum: auf unterschiedlichen Ebenen) in auslösende und aufrechterhaltende *Bedingungen* zu erfassen. Verhalten ist in eine Kette von Mikro- und Makro-Bedingungen eingebettet zu sehen. Dabei können sowohl externe Merkmale als Auslöser angesehen werden, als auch eigenes Verhalten (Berührung einer Türklinke), eigene Gedanken (habe ich die Türklinke berührt?) oder auch physiologische Merkmale (Schlaf, Erregung ...).

Die Trennung von Mikro- und Makroebene bedarf einer Erläuterung:

Mit *Mikroebene* sind diejenigen Auslöser ebenso wie Konsequenzen einer Handlung (oder eines Gedankens) gemeint, die bei detaillierter Betrachtung des Ablaufs eines Verhaltens einer Person erfassbar sind.

Als *Makroebene* bezeichnen wir diejenigen Merkmale im Umfeld der Person, die als Randbedingungen unseres Verhaltens anzusehen sind, z. B. Familie, berufliches Umfeld, finanzielle Situation, generelle Stressbedingungen usw. Gerade die Analyse von Makro-Bedingungen stellt sich für die spätere Behandlung der Problematik als ganz entscheidend heraus, z. B. hinsichtlich der Kooperation von Partnern, der Familie, des beruflichen Umfelds, aber auch hinsichtlich der Erreichbarkeit von psychotherapeutischer Hilfestellung.

1.6 Klinische Fragestellungen

Wie kommen der Patient und die Patientin zur Therapie in die Klinik?

Diese einfach klingende Frage steht am Beginn eines diagnostischen oder therapeutischen Kontakts. Daran lassen sich auch verschiedene Merkmale der Pathologie von Personen mit Zwangsstörungen gut erläutern.

- Nach verschiedenen Studien zur Epidemiologie (► Kap. 2) dauert die Suche nach einer professionellen Einrichtung bei Patienten und Patientinnen mit Zwängen 9–14 Jahre. Das hängt u. a. mit der oben beschriebenen Makro-Situation der Versorgung von Patienten und Patientinnen zusammen. Hinsichtlich der Pathologie verwundert es nicht, dass sich die Problematik im Lebenskontext der Patienten und Patientinnen stabilisiert hat. Die Schwierigkeiten für die Therapie (sprich: Veränderung) liegen dabei auf der Hand.
- Eng damit verbunden ist ein spezielles Merkmal von Betroffenen: Personen mit Zwängen versuchen, ihre Problematik oft über Jahre hinweg selbst vor ihren nächsten Angehörigen zu verheimlichen. Diese *Verheimlichung* hat mit der Scham der Patienten vor ihren eigenen Gedanken ebenso zu tun wie mit der Angst vor Ablehnung durch die Umgebung. Viele Patienten und Patientinnen haben auch im professionellen System vielfach Unverständnis und Hilflosigkeit erlebt.

- Wenn Personen mit Zwängen professionelle Hilfe suchen, tun sie dies vielfach auf Anraten oder Drängen von *Angehörigen*. Personen der näheren Umgebung leiden unter der Problematik zumeist in besonderer Weise, da sie vielfach in die Problematik mit einbezogen sind (Unterstützung bei Kontrollen oder bei Reinigungsritualen usw.). Hier ist es meist Aufgabe von Therapeuten und Therapeutinnen, die Patienten und Patientinnen selbst zur Veränderung zu motivieren. Veränderung ist aber generell aversiv, so dass der Patient oder die Patientin zumeist wenig Motivation zeigt, Schritte in Richtung eines Ziels zu unternehmen.
- Damit im Zusammenhang steht eine besondere Form von *Ambivalenz* von Betroffenen: Die Person kann sich auf der Grundlage einer lange dauernden Problematik kaum noch vorstellen, wiederum ein »normales« Leben zu führen. Darüber hinaus ist der Patient oder die Patientin unsicher, und hinsichtlich der Problematik auch demoralisiert: Er oder sie hat ggf. schon eine Reihe von erfolglosen (medikamentösen oder psychotherapeutischen) Versuchen zur Behandlung unternommen. Viele Patienten und Patientinnen berichten auch von Ansätzen aus dem nicht- oder paraprofessionellen Bereich.
- Die angesprochene *Unsicherheit* schlägt sich auch im Bereich der therapeutischen Beziehung nieder: Viele Kolleginnen und Kollegen kennen dies auf der Grundlage der Erfahrung in der Behandlung von Patienten und Patientinnen mit Zwängen. Betroffene äußern sich skeptisch über Psychotherapie, schwanken hinsichtlich der Medikation oder Möglichkeit einer stationären Behandlung und ggf. auch hinsichtlich des Geschlechts oder der Kompetenz des Therapeuten oder der Therapeutin (»Mir wäre eine weibliche Therapeutin lieber!« »Sie sind ja noch so jung, haben Sie Erfahrung in der Behandlung einer so schweren Störung?«).
- Letztlich zeigen Betroffene ihrer Umgebung – und nicht zuletzt den Psychotherapeuten gegenüber – ein beachtliches Ausmaß an *Manipulation*: Angehörige werden massiv gedrängt, dem Patienten und der Patientin diejenige (Pseudo-) Sicherheit zu vermitteln, wenn es um Merkmale von Sauberkeit, Kontrolle etc. geht. Nicht zuletzt werden auch Therapeuten und Therapeutinnen damit konfrontiert, zumindest kurzfristig nachzusehen, ob die Türe wirklich abgeschlossen ist etc.

1.7 Zusammenfassung

Im Verlauf des Beitrags wurde mehrfach auf die Notwendigkeit einer Binnen-Differenzierung der Problematik sowie auf eine Analyse auf unterschiedlichen Ebenen verwiesen. Dennoch hat bereits die Klassifikation als »Zwangsstörung« oder »Zwangserkrankung« für den Patienten und die Patientin eine wichtige Funktion: Viele Betroffene erleben eine deutliche Erleichterung, wenn sie die