



Thomas Hillebrand

Aggressive und sexuelle Zwangsgedanken

Ein Therapieleitfaden

 hogrefe

Aggressive und sexuelle Zwangsgedanken

Thomas Hillebrand

Aggressive und sexuelle Zwangsgedanken

Ein Therapieleitfaden



Dipl.-Psych. Thomas Hillebrand, geb. 1963. 1984–1990 Studium der Psychologie in Münster. 1991–1995 Psychotherapeutische und wissenschaftliche Tätigkeit in der Reha-Klinik Teutoburger Wald, Bad Rothenfelde. Seit 1995 psychotherapeutische Tätigkeit (Verhaltenstherapie) in eigener Praxis mit dem Schwerpunkt in der Behandlung von Zwangsstörungen. Seit 2005 als Dozent in verschiedenen Weiterbildungsinstituten tätig. Seit 2006 ehrenamtliches Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft Zwangserkrankungen (DGZ e.V.).

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat gemeinsam mit den Autor:innen bzw. den Herausgeber:innen große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen, Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskripterstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autor:innen bzw. Herausgeber:innen und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Copyright-Hinweis:

Das E-Book einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar.

Der Nutzer verpflichtet sich, die Urheberrechte anzuerkennen und einzuhalten.

Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Merkelstraße 3
37085 Göttingen
Deutschland
Tel. +49 551 999 50 0
Fax +49 551 999 50 111
info@hogrefe.de
www.hogrefe.de

Umschlagabbildung: © stock.adobe.com / AleksFil
Satz: Franziska Stolz, Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen
Format: PDF

1. Auflage 2023

© 2023 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen

(E-Book-ISBN [PDF] 978-3-8409-3162-8; E-Book-ISBN [EPUB] 978-3-8444-3162-9)

ISBN 978-3-8017-3162-5

<https://doi.org/10.1026/03162-000>

Nutzungsbedingungen:

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden. Davon ausgenommen sind Materialien, die eindeutig als Vervielfältigungsvorlage vorgesehen sind (z. B. Fragebögen, Arbeitsmaterialien).

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Download-Materialien.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	9
2	Merkmale aggressiver und sexueller Zwangsgedanken	13
2.1	Inhalte aggressiver und sexueller Zwangsgedanken	14
2.2	Modale Kriterien aggressiver und sexueller Zwangsgedanken	15
2.3	Häufigkeit aggressiver und sexueller Zwangsgedanken	17
2.4	Geschlechterverteilung und weitere Merkmale von Personen mit sexuellen und aggressiven Zwangsgedanken	19
2.5	Gemeinsamkeiten und Unterschiede zu normalen Intrusionen	21
2.5.1	Inhalte von Zwangsgedanken und normalen Intrusionen	22
2.5.2	Ich-Dystonie von Zwangsgedanken	25
2.5.3	Fehlender Kontextbezug von Zwangsgedanken	28
2.5.4	Zwangsgedanken durch Inferenzverwirrung?	32
2.6	Werden aggressive oder sexuelle Zwangsgedanken ausgeführt?	33
3	Ätiologiemodelle – Wie entstehen aggressive und sexuelle Zwangsgedanken?	35
3.1	Der kognitiv-behaviorale Ansatz	35
3.2	Der metakognitive Ansatz	37
3.3	Kontroverse kognitive vs. metakognitive Theorie und Therapie	38
3.4	Der inferenzbasierte Ansatz	40
3.4.1	Die Grundbegriffe des inferenzbasierten Ansatzes	41
3.4.2	Die inferenzbasierte Therapie	47
3.5	Inferenzbasierte vs. metakognitive Therapie	52
3.6	Die Bedeutung von Emotionen und Wirklichkeitsanmutung in kognitiven Erklärungsmodellen	53
4	Diagnostische Verfahren	55
4.1	Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS)	56
4.2	Dimensional Obsessive-Compulsive Scale (DOCS)	59
4.3	Obsessive-Compulsive Inventory – Revised (OCI-R)	62
4.4	Hamburger Zwangsinventar – Kurzform (HZI-K)	63

4.5	Multidimensionales Zwangsstörungsinventar (MZI)	65
4.6	Auswahl eines Diagnoseinstruments	67
5	Therapie aggressiver und sexueller Zwangsgedanken	69
5.1	Grundsätzliche Aspekte der Behandlungsrationalen	69
5.1.1	Der Zwangsgedanke ist der zentrale Trigger	70
5.1.2	Das unmittelbare Zwangsverhalten ist ein mentaler Prozess	71
5.1.3	Auf Verhaltensebene dominiert das Vermeidungsverhalten	71
5.1.4	Die Bedrohung des Selbst	72
5.2	Therapiephase 1: Diagnostik und Differenzialdiagnostik	73
5.2.1	Die Zwangsgedanken ermitteln	73
5.2.2	Vermeidungsmotiv: Befürchtung vom Therapeuten verurteilt zu werden	74
5.2.3	Vermeidungsmotiv: Angstreaktion beim Aussprechen der Gedanken	74
5.2.4	Offene Mitteilung der Zwangsgedanken	75
5.2.5	Merkmale in der Schilderung aggressiver und sexueller Zwangsgedanken	76
5.2.6	Zwangsgedanken an den Formen der Neutralisierung erkennen	79
5.2.6.1	Mentale Rekonstruktion	80
5.2.6.2	Suche nach Rückversicherung	81
5.2.6.3	Paradoxe Provokation – Kontrolle genitaler Reaktionen	82
5.2.6.4	Das „Ungewollte“ eingestehen	85
5.2.6.5	Gegengedanken denken	86
5.2.6.6	Aktives Vermeidungsverhalten	87
5.2.7	Differenzialdiagnostik: Merkmale tatsächlich aggressiver oder sexuell devianter Neigungen	88
5.2.7.1	Differenzialdiagnostik pädophiler Zwangsgedanken	90
5.2.7.2	Differenzialdiagnostik von Zwangsgedanken die sexuelle Orientierung betreffend	94
5.2.7.3	Differenzialdiagnostik aggressiver Zwangsgedanken	95
5.2.7.4	Differenzialdiagnostik suizidaler Zwangsgedanken	95
5.2.7.5	Zwangsgedanken im Rahmen einer schizophrenen Erkrankung	96
5.3	Therapiephase 2: Distanzierung von Zwangsgedanken	97
5.3.1	Die zentralen Therapieziele	98
5.3.2	Klärung der Frage: „Warum habe ich diese Gedanken?“	99
5.3.3	Die Zwangsgedanken als harmlos einordnen	102
5.3.4	Disputation zentraler Bewertungsfehler	104
5.3.4.1	Bewertungsfehler „Weil ich das denke, bin ich ein schlechter Mensch.“	104
5.3.4.2	Bewertungsfehler „Weil ich das denke, tue ich es bald.“	107
5.3.4.3	Emotionale Beweisführung – Das Gefühl als Beweis	109

5.3.4.4	Der Unzulässige Analogieschluss	110
5.3.5	Hilfreiche Metaphern	112
5.3.5.1	Das Märchenland des Zwanges (O'Connor et al., 2012)	112
5.3.5.2	Die Zug-Metapher (Wells, 2009)	113
5.3.5.3	Die Wespenfalle: Fliege durch die Dunkelheit! (Weg, 2011)	114
5.3.5.4	Die Tankanzeige	115
5.3.5.5	Zuschauer beim Ringkampf	115
5.3.6	Stellenwert Dritter-Welle-Methoden	117
5.4	Therapiephase 3: Exposition in sensu	119
5.4.1	Ziele der Exposition	119
5.4.2	Empirische Befunde zur Exposition in sensu	120
5.4.3	Wirkmechanismen der In-sensu-Exposition	122
5.4.4	Aufbau der In-sensu-Geschichte	123
5.4.5	Formale Kriterien der In-sensu-Geschichte	125
5.4.6	Vorbereitung und Durchführung der Exposition in sensu	126
5.4.6.1	Vermittlung des Therapierationals der Exposition in sensu	126
5.4.6.2	Gezielte Abfrage von Erwartungen und Befürchtungen	127
5.4.6.3	Darstellung des Expositionsblocks	128
5.4.6.4	Nach der maximalen oder einer „versteckten“ Befürchtung suchen	133
5.4.6.5	Fragen zur Exposition in sensu	137
5.4.6.6	Falldarstellung „Aggressive Zwangsgedanken“	145
5.5	Therapiephase 4: Exposition in vivo	148
5.5.1	Ziele der Exposition in vivo	148
5.5.2	Erstellung einer Auslöserhierarchie	148
5.5.3	Pädophile Zwangsgedanken	150
5.5.4	Zwangsgedanken die sexuelle Orientierung betreffend	152
5.5.5	Aggressive Zwangsgedanken	154
5.5.6	Fragen zur Durchführung einer Exposition in vivo	155
5.6	Pharmakotherapie	161
	Literatur	162
	Anhang	171
	Literaturempfehlungen und hilfreiche Internetadressen	173
	Dimensional Obsessive-Compulsive Scale (DOCS)	174
	Hinweis zur Zusatzskala „Sexuelle intrusive Gedanken“	182
	Zusatzskala „Sexuelle intrusive Gedanken“	183
	Hinweise zur Auswertung der DOCS und der Zusatzskala	185
	Auswertebogen für die DOCS und die Zusatzskala	186

1 Einleitung

„Wer sie niemals erfahren, diese Zwangsvorstellungen, der möge Gott danken und seinen guten Nerven, dass er nicht kennt diese Furien, denen gegenüber Wille und Vernunft gleich ohnmächtig sind. Was Peitschenhiebe für den Leib, das sind Zwangsvorstellungen für die Seele und das Gemüt“

(Hansjakob, 1895/2004)

In dieser Beschreibung von Zwangsgedanken würden sich auch heute viele Menschen mit aggressiven und sexuellen Zwangsgedanken wiedererkennen. Sind sie doch gequält von Gedanken, die sich mit abstoßenden Inhalten beschäftigen, mit Mord an den liebsten nahestehenden Menschen, sexuellen Übergriffen auf Kinder oder Verdächtigungen, eine bislang verborgene böartige Persönlichkeit zu haben. Mit diesen Gedanken geht ein Gefühl der Angst bis hin zur Panik einher, denn diese Gedanken stehen den eigentlichen Werten und moralischen Überzeugungen der Betroffenen diametral entgegen. Umso größer sind die Verzweiflung und der Erklärungsnotstand. Denn warum sollten diese Gedanken in den Kopf kommen, wenn sie nicht doch etwas zu bedeuten hätten? Nämlich im Grunde des Herzens ein schlechter Mensch zu sein, der durch Mord, Pädophilie oder Gotteslästerung seine Berechtigung zur Teilhabe an der menschlichen Gesellschaft verwirkt hat. Der Schuld auf sich lädt, allein schon, weil er solche Gedanken in sich trägt. Der eine Gefahr darstellt, weil es bei den Gedanken vielleicht nicht bleibt und er schon kurz vor der Ausführung der schlimmsten Handlungen steht. Um es gleich vorweg klarzustellen: diese Art von Zwangsgedanken suggerieren mit hoher emotionaler Intensität eine Bedrohung, die gar nicht existiert. Diese Menschen sind genau das *nicht*, was sie befürchten, sondern sie sind Opfer komplexer kognitiver und emotionaler Fehlinterpretationen, die in diesem Buch eingehend beleuchtet werden.

Für die Betroffenen aber gibt es aus dieser Zwickmühle scheinbar kein Entrinnen. Die Gedanken sind im Kopf, also müssen sie aus ihrer Sicht auch eine Bedeutung haben. Entsprechend groß sind die Verzweiflung und die Angst. Nicht selten su-

chen Patienten¹, die zum ersten Mal mit diesen Gedanken und Gefühlen konfrontiert sind, eine stationäre psychiatrische Behandlung auf. Sie halten sich für all- gemeingefährlich und wollen sich und andere vor sich selbst schützen. Eine 33-jährige Patientin, die im Rahmen ihrer ersten Geburt intensive Zwangsgedanken entwickelte, ihr neugeborenes Baby mit dem Kissen zu ersticken, ließ sich freiwillig für vier Monate stationär in der Psychiatrie behandeln. Zu groß war ihre Angst, allein mit dem Kind zuhause zu bleiben, nachdem ihr Mann nach dreiwöchigem Urlaub wieder zur Arbeit gehen musste.

Wie sehr kontrastiert dieses innere Erleben der Patienten mit dem Bild, das diese Menschen für ihr Umfeld und auch den Therapeuten abgeben. Vor uns sitzen Menschen, die sich durch hohe moralische Ansprüche auszeichnen, ehrlich und zuverlässig sind, besorgt, anteilnehmend, empathisch und fürsorglich, aber voller Selbstzweifel. Aus Angst und Scham behalten viele Patienten diese Gedanken zunächst für sich. Sie befürchten, vielleicht nicht ganz zu Unrecht, dass ein Behandler, der mit dieser Thematik nicht vertraut ist, die Gedanken falsch einschätzt und ihnen keine Hilfe bieten kann.

Heute eröffnet die Recherche im Internet vielen Patienten die Möglichkeit, erste entlastende Informationen zu erhalten und die ungewollten aufdringlichen Gedanken als Ausdruck einer bekannten psychischen Störung einordnen zu können. So recherchierte ein 19-jähriger Patient mit aggressiven Zwangsgedanken bezeichnenderweise unter dem Satz „Gedanken, die man nicht denken will.“ und fand unmittelbar Hinweise auf die Zwangsstörung. Eine schwangere Frau mit aggressiven Zwangsgedanken fand bei der Suche nach „unpassenden Gedanken in der Schwangerschaft“ einen aufklärenden Bericht und fühlte sich ermuntert, gezielt nach therapeutischer Hilfe zu suchen. Eine insgesamt vermehrte Inanspruchnahme von Psychotherapie bei diesem Störungsbild scheint die Folge zu sein. Die große Nachfrage von Psychotherapeuten nach Fortbildungen zu diesem Störungsbild könnte ein Ausdruck dieser erhöhten Bereitschaft von Betroffenen sein, therapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Für den Therapeuten stellen diese Patienten jedoch unter verschiedenen Gesichtspunkten eine Herausforderung dar. Sie offenbaren ihre Gedanken mitunter nur sehr zögerlich oder gar nicht. Das Aussprechen selbst erleben sie bereits als eine mögliche Gefahr. Sie wissen nicht, wie der Therapeut auf diese vermeintlich schlimmen Offenbarungen reagiert und befürchten, auch er könnte sie für „abscheulich“ halten oder gar die Polizei informieren. Der Therapeut seinerseits möchte Sicherheit erlangen hinsichtlich differenzialdiagnostischer Einordnungen

1 Zugunsten einer besseren Lesbarkeit wird im Text in der Regel das generische Maskulinum verwendet. Diese Formulierungen umfassen gleichermaßen alle Geschlechter (m/w/d). Die verkürzte Sprachform hat nur redaktionelle Gründe und beinhaltet keine Wertung. Wenn möglich, wurde eine geschlechtsneutrale Formulierung gewählt.

der genannten Gedanken, z. B. in der Abgrenzung zu einer tatsächlichen Pädophilie. Auch wenn der Therapeut diese Sicherheit zwar in der Regel rasch erlangen kann, wird er erstaunt sein, mit welcher Hartnäckigkeit die Patienten am grundlegenden Zweifel an den Grundfesten ihrer Persönlichkeit festhalten. In Bezug auf die Behandlung besteht die nächste therapeutische Herausforderung darin, das Expositionsparadigma auf diese Patientengruppe zu übertragen. Zunächst scheint kein offenes Zwangsverhalten zu existieren, dessen Ausführung es zu unterbinden gälte wie bei einem Wasch- oder Kontrollzwang. Und wie sollte eine Exposition mit diesen derart schwierigen Themen erfolgen?

Die prinzipielle Bereitschaft zu einer Exposition setzt aber zunächst voraus, dass der Therapeut die Zwangsgedanken nicht ausschließlich als „Epiphänomen“ einer zugrundeliegenden Problematik sieht, die es zu bearbeiten gilt und in deren Folge sich die Gedanken auflösen: „Wenn wir Ihre Kernangst bewältigt haben, werden die Gedanken verschwinden.“ So schildern viele Patienten, dass im Rahmen einer Psychotherapie eine nähere Beschäftigung mit den Zwangsgedanken gar nicht stattgefunden habe. Die Bearbeitung anderer Themen wird vorgezogen und ist in vielen Fällen sicherlich hilfreich, die aggressiven und sexuellen Zwangsgedanken mit ihren spezifischen belastenden emotionalen Konsequenzen bestehen aber weiter.

Im Fokus dieser Veröffentlichung stehen daher therapeutische Strategien, die es Patient und Therapeut ermöglichen sollen, gemeinsames Vermeidungsverhalten im Sinne einer „Phobie à Deux“ (Moritz et al., 2019) zu unterbinden und sich mit den bedrohlichen Gedanken aktiv und direkt auseinanderzusetzen. Hierzu ist ein differenziertes Verständnis über die Dynamik der Zwangsgedanken notwendig und Sensibilität in der Gesprächsführung wichtig, um den Patienten in diesem Prozess zu unterstützen.

So werden im Folgenden zunächst Merkmale aggressiver und sexueller Zwangsgedanken dargestellt sowie differenzialdiagnostische Kriterien aufgeführt, um Zwangsgedanken von Gedanken zu unterscheiden, denen tatsächlich kriminelle oder sexuell deviante Motive zugrunde liegen. Großer Wert wird auf die Darstellung verschiedener Formen des kurzfristig angstreduzierenden Zwangsverhaltens gelegt, das sich sowohl auf gedanklicher Ebene als auch in Form von Vermeidungsverhalten äußert. Anschließend werden Modelle vorgestellt, die versuchen, das Auftreten von Zwangsgedanken zu erklären und den Patienten zu helfen, ein alternatives Erklärungsmodell für das Auftreten ihrer Zwangsgedanken zu entwickeln. Daraus leiten sich Interventionen ab, die es dem Patienten ermöglichen, die Zwangsgedanken nicht mehr als Beleg für eine Gefahr zu erleben, sondern sie als harmlose Gedanken ohne Bedeutung für die persönliche Lebensrealität einzuordnen. Diese Methoden, mit dem Ziel einer *Zwangsdistanzierung* bilden die kognitive Vorbereitung für die Durchführung der Expositionstherapie, die schließlich eine direkte Konfrontation mit dem angstausslösenden Stimulus – dem Zwangsgedanken – anstrebt. Die Exposition in sensu, d. h. in der Vorstellung, führt

konsequenterweise zu einer intensiven Auseinandersetzung mit dem Auslöser auf gedanklicher Ebene. Die Exposition in vivo zielt auf die Reduktion von Vermeidungsverhalten und die bewusste Annäherung an befürchtete Auslösesituationen ab. Dieses indikationsspezifische Vorgehen verlangt vom Patienten eine aktive und anstrengende Auseinandersetzung mit den am meisten gefürchteten gedanklichen Inhalten. Vom Therapeuten verlangt es eine klare Haltung zur Bedeutung der Zwangsgedanken und eine behutsame Begleitung des Patienten, um diese belastende und hartnäckige Störung erfolgreich zu behandeln.

2 Merkmale aggressiver und sexueller Zwangsgedanken

Vorab eine Bemerkung zur mitunter mehrdeutigen Verwendung des Terminus „Zwangsgedanken“. Sind mit Zwangsgedanken alle Arten von Zwangsgedanken gemeint oder nur die aggressiven, sexuellen oder religiösen Zwangsgedanken? Die in der angloamerikanischen wissenschaftlichen Literatur verwendeten Begriffe zur Beschreibung dieser Untergruppe der Zwangsgedanken bringen den Aspekt der inhaltlichen Ablehnung aus Sicht des Betroffenen deutlich zum Ausdruck:

- „Widerwärtige Gedanken“ (Moulding, Aardema & O’Connor, 2014),
- „Unakzeptierbare Gedanken“ (Abramowitz et al., 2010),
- „Tabu-Gedanken“ (Pinto et al., 2008) oder
- „Verbotene Gedanken“ (Bloch, Landeros-Weisenberger, Rosario, Pittenger & Leckman, 2008).

In der deutschsprachigen Literatur findet sich eine derartige begriffliche Spezifikation in der Regel nicht. Die aggressiven und sexuellen Zwangsgedanken werden häufig unter dem Oberbegriff „Zwangsgedanken“ subsumiert. Schließlich werden diese auch in der verbreiteten Y-BOCS Symptomliste (Goodman et al., 1989a, b) neben anderen Zwangsgedanken wie Kontaminationsbefürchtungen, körperbezogenen Gedanken oder Gedanken hinsichtlich Symmetrie und Ordnung aufgeführt. Diese Zwangsgedanken weisen aber beim Betroffenen keine problematische Beziehung zu moralischen Werten auf und entwickeln daher in entscheidenden Punkten nicht die für die aggressiven und sexuellen Zwangsgedanken typische Dynamik, wie später noch ausgeführt wird. Erst im Rahmen der deutschen Übersetzung und Validierung der „Dimensional Obsessive-Compulsive Scale (DOCS)“ von Fink-Lamotte und Kollegen (2021) wird der Begriff „unakzeptierbare Gedanken“ eingeführt, der auch im Folgenden neben der Bezeichnung „aggressive und sexuelle Zwangsgedanken“ genutzt wird, um diese Untergruppe zu spezifizieren.

2.1 Inhalte aggressiver und sexueller Zwangsgedanken

Aggressive und sexuelle Zwangsgedanken zeichnen sich dadurch aus, dass ihre Inhalte dem Wertesystem des Betroffenen diametral entgegenstehen und sich auf moralisch und sozial inakzeptable Handlungen beziehen. Moulding, Aardema und O'Connor (2014) unterteilen in ihrer Übersichtsarbeit über „Repugnant Obsessions“ (dt. abstoßende Zwangsgedanken) vier Arten von Zwangsgedanken:

1. aggressive,
2. selbstverletzende,
3. die sexuelle Orientierung betreffende und
4. pädophile Zwangsgedanken.

Davon ausgehend lassen sich folgende zentralen Inhalte festlegen:

Inhalte aggressiver Zwangsgedanken

- Andere Menschen, häufig nahe Angehörige, zu verletzen oder zu töten,
- sich selbst zu verletzen oder zu töten,
- Haustiere zu verletzen oder zu töten.

Eine weitere Differenzierung bezieht sich auf die Frage, ob die aggressiven Handlungen mit Absicht oder ohne Absicht durch Unachtsamkeit erfolgen könnten. Im letzteren Fall steht der Zweifel an der moralischen Integrität nicht so sehr im Vordergrund. Der Inhalt ist zwar aggressiver Natur, aber die Dynamik einer grundsätzlichen moralischen Bedrohung fällt nicht so sehr ins Gewicht.

Inhalte sexueller Zwangsgedanken

- Eine sexuelle Devianz aufzuweisen, häufig Pädophilie, Inzest, andere Paraphilien wie Zoophilie, Nekrophilie, seltener Gerontophilie,
- eine andere sexuelle Orientierung zu haben als die bislang gelebte.

Die inhaltliche Ausgestaltung ergibt sich im zweiten Fall somit aus der ursprünglichen sexuellen Orientierung. Ein heterosexueller Zwangspatient hat die Befürchtung, er könne homosexuell sein, ein homosexueller Mensch hat den Zwangsgedanken, er könne heterosexuell sein. Weitere Ausprägungen enthalten die Befürchtung, transsexuell oder bisexuell sein zu können.

2.2 Modale Kriterien aggressiver und sexueller Zwangsgedanken

Die Kriterien für aggressive und sexuelle Zwangsgedanken entsprechen zunächst einmal der allgemeinen Definition für Zwangsgedanken nach ICD-11. Auf Besonderheiten und konkrete Beispiele für aggressive und sexuelle Zwangsgedanken wird in der nachfolgenden Beschreibung der einzelnen Kriterien genauer eingegangen. Die ICD-11 (World Health Organisation [WHO], 2022) definiert Zwangsgedanken im Rahmen einer Zwangsstörung wie folgt:

Kriterien für Zwangsgedanken nach ICD-11

“ ... Obsessions are repetitive and persistent thoughts, images, or impulses/ urges that are intrusive, unwanted, and are commonly associated with anxiety. The individual attempts to ignore or suppress obsessions or to neutralize them by performing compulsions. ...” (Auszug aus 6B20 Obsessive-compulsive disorder, WHO, 2022)

Übersetzung: „Zwangsgedanken sind wiederkehrende und beharrliche Gedanken, Bilder oder Impulse, die intrusiv, ungewollt und gewöhnlich mit Angst assoziiert sind. Die Betroffenen versuchen, diese Gedanken zu ignorieren oder zu unterdrücken oder durch die Ausführung von Zwangshandlungen zu neutralisieren.“

Zwangsgedanken sind wiederkehrend und beharrlich.

Ein typisches Merkmal aller Zwangsgedanken ist das beharrliche und stete Auftreten, das in seinem Umfang von täglich mehrmals bis zu ständig reichen kann. Ein Patient mit sehr ausufernden Zwangsgedanken beschrieb es so: „Meine Zwangsgedanken sind wie eine Flüssigkeit im Gehirn, sie dringen in mein ganzes Denken ein.“

Zwangsgedanken können als Gedanken, Bilder oder Impulse auftreten.

Diese Differenzierung trägt dem Umstand Rechnung, dass Zwangsgedanken nicht ausschließlich in Form von Gedanken auftreten. Einige Patienten schildern lebhafte bildliche Vorstellungen bis hin zu kurzen bewegten Szenen, die sich vor ihrem inneren Auge abspielen. Dies verunsichert Patienten häufig in besonderem Maße, da sie diese Szenen mitunter für einen Beleg einer vermeintlichen Erinnerung halten. Letztlich ist diese Form des Erlebens Ausdruck einer ausgeprägten Fähigkeit zu bildhaften Vorstellungen. Ebenso ist der gefühlte Drang, impulsiv und unkontrolliert etwas gegen den eigenen Willen ausführen zu können, für Betroffene sehr belastend. Sie wännen sich unmittelbar vor einer ungewollten Tatausführung, was die Angst noch weiter antreibt und das subjektive Dranggefühl erhöht.

Zwangsgedanken sind intrusiv.

Ein zentrales Charakteristikum in der Erlebnisqualität stellt das intrusionsartige Auftreten der Zwangsgedanken dar. Dieser Begriff beschreibt das plötzliche und unerwartete Einschleusen des Gedankens, der damit deutlich aus der vorangegangenen gedanklichen Beschäftigung (*stream of consciousness*) herausfällt und diese unterbricht (Julien, O'Connor & Aardema, 2007). Ein Patient mit einem Kontrollzwang verglich dies mit einem spontanen Einfall, der sich plötzlich und unerwartet in den Vordergrund schiebe. Patienten mit aggressiven oder sexuellen Zwangsgedanken nutzen häufig drastischere Metaphern und unterstreichen damit den Schock, den der Gedanke unmittelbar auslöst: „wie ein Meteoriteneinschlag auf der Seele“ oder „wie ein Blitzschlag“.

Zwangsgedanken sind ungewollt.

Auf der inhaltlichen Ebene ist ein herausstechendes Merkmal der aggressiven und sexuellen Zwangsgedanken die Unverträglichkeit der Inhalte mit dem Wertesystem des Betroffenen. Der Aspekt, dass die Gedanken als ungewollt erlebt werden, trifft somit in besonderem Maße für diese Untergruppe zu. Setzen wir den Begriff „ungewollt“ mit Ich-Dystonie in Beziehung, so finden sich jedoch Unterschiede in der Gruppe der verschiedenen Zwangsgedanken. Ein Zwangsgedanke mit Bezug zu einer Kontamination wird nicht unmittelbar als ungewollt oder ich-dyston erlebt. Er weist auf eine mögliche Gefahr hin, die in der Folge Angst auslöst. Daher breiten sich Kontaminationsideen häufig über längere Zeit aus, bevor ein Patient, oft erst durch Rückmeldungen aus seinem Umfeld, zu der Einsicht kommt, dass seine Befürchtungen übertrieben und unrealistisch sind. Ein Patient mit dem aggressiven Zwangsgedanken, er könne sein Kind töten, erlebt diesen Gedanken sofort als ungewollt und ich-dyston. Aardema und Kollegen (2013) konstatieren folgerichtig: „Ich-Dystonie scheint in der Tat ein einzigartiger Prädiktor für aggressive und sexuelle Zwangsgedanken (*repugnant obsessions*) zu sein, während sie sich nicht so stark auf andere Symptomsubtypen der Zwangserkrankung bezieht.“

Zwangsgedanken sind gewöhnlich mit Angst assoziiert.

Ein wesentliches Merkmal der aggressiven und sexuellen Zwangsgedanken ist die damit einhergehende intensive emotionale Reaktion primär in Form von Angst oder einem Gemisch aus Angst und Schuldgefühlen. Diese intensive emotionale Reaktion lässt den Betroffenen die Inhalte der Gedanken immer wieder als hochbedrohlich und scheinbar wirklichkeitsrelevant erleben. Im weiteren Verlauf der Erkrankung berichten einige Patienten auch einen unmittelbar dysphorisch-depressiven Stimmungseinbruch in Verbindung mit dem Auftreten des unakzeptierbaren Zwangsgedankens. Ist nach einer gewissen Zeit der Zwangsgedanke „bekannt“, so ist dies Ausdruck einer zusätzlichen Frustration und Niedergeschlagenheit, noch

immer darunter zu leiden und sich erneut mit dem belastenden Gedanken und anschließenden zermürbenden Grübeleien konfrontiert zu sehen.

Die Betroffenen versuchen, diese Gedanken zu ignorieren oder zu unterdrücken oder durch die Ausführung von Zwangshandlungen zu neutralisieren.

Insbesondere für die unakzeptierbaren Zwangsgedanken trifft es zu, dass Patienten versuchen, diese Gedanken zu unterdrücken oder nicht zu denken. „Zwangshandlungen“, die eine Reduktion der Angst oder der Schuldgefühle bewirken sollen, finden in verschiedenen Variationen auf gedanklicher Ebene statt, auf Handlungsebene dominiert das Vermeidungsverhalten.

Abschließend zeigt ein Blick in die Historie der Beschreibung von Zwangssphänomenen, dass wesentliche Bestimmungsmerkmale schon von Westphal treffend erkannt und für den deutschsprachigen Raum 1877 erstmals formuliert wurden:

Unter Zwangsvorstellungen verstehe ich solche, die bei übrigens intakter Intelligenz und ohne durch einen Gefühls- oder affektartigen Zustand bedingt zu sein, gegen oder wider den Willen des betreffenden Menschen in den Vordergrund des Bewusstseins treten, sich nicht verscheuchen lassen, den normalen Ablauf der Vorstellungen hindern und durchkreuzen, welche der Befallene stets als abnorm, ihm fremdartig anerkennt und denen er mit gesundem Bewusstsein gegenübersteht. (S. 669)

Wann sind es keine Zwangsgedanken?

Wenn ein Gedanke nicht ungewollt ist, sondern sogar willkommen und gewünscht ist, kann er nicht als Zwangsgedanke bezeichnet werden. Ebenso wenig genussvolle Ideen, Bilder oder Impulse, die eine Person willentlich denkt. Aber auch Ideen oder Impulse, die zwar unerwünscht und aufdringlich sind, aber vom Betroffenen leicht kontrolliert oder verbannt werden können, werden nicht als Zwangsgedanken bezeichnet. Dieser Umstand lässt diesen Gedanken einen alltäglichen „ungevollten intrusiven Gedanken“ sein, dem die typische Anhaftung eines Zwangsgedankens fehlt (Rachman & Hodgson, 1980).

2.3 Häufigkeit aggressiver und sexueller Zwangsgedanken

Exakte Prävalenzzahlen für aggressive und sexuelle Zwangsgedanken sind rar, Schätzungen nennen übereinstimmend, unter zusätzlicher Berücksichtigung religiöser Zwangsgedanken, einen Anteil von 20 bis 30 % an der Gesamtheit der Zwangspatienten (Reinecker, 1994; Moulding et al., 2014). Die Studie zur Ge-

sundheit Erwachsener in Deutschland (Jacobi et al., 2014) beziffert die 12-Monatsprävalenz der Zwangsstörung insgesamt auf 3,6 % und errechnet eine Anzahl von 2,3 Millionen Erwachsenen. Überträgt man die Schätzungen von 20 bis 30 % auf diese Zahlen könnten in Deutschland um die 460.000 bis 690.000 Menschen betroffen sein, Jugendliche nicht inbegriffen. Die Angaben zur Häufigkeit von aggressiven und sexuellen Zwangsgedanken sind uneinheitlich und abhängig vom verwendeten Messinstrument. So erhoben Förstner, Külz und Vorderholzer (2011) bei einer Stichprobe von 75 stationär behandelten Patienten einen Anteil von 46,7 % mit aggressiven Gedanken, Pinto und Kollegen (2007) fanden bei 293 Zwangspatienten eine vergleichbare Häufigkeit von 45,4 %. In beiden Studien wurde die Y-BOCS Symptom-Checkliste (Goodman et al., 1989a, b) eingesetzt, deren Unterskala „Aggressive Gedanken“ aufgrund mangelnder Konstruktstärke auch Zwangspatienten ohne aggressive Zwangsgedanken im engeren Sinne erfasst (vgl. Kap. 4.1). Diese Zahlen können daher nicht zur Einschätzung des Anteils aggressiver Zwangsgedanken herangezogen werden. An den gleichen Stichproben wurde auch die Häufigkeit von Patienten mit sexuellen Zwangsgedanken erhoben. Im Unterschied zur Skala „Aggressive Gedanken“ ist die Skala „Sexuelle Zwangsgedanken“ der Y-BOCS Symptom-Checkliste mit vier konkreten Aussagen sehr spezifisch und kann daher als inhaltlich valide eingestuft werden. Förstner und Kollegen (2011) erhoben eine Anzahl von 9,3 %, Grant und Kollegen (2006) erfassten eine Anzahl von 13,3 % der Patienten, die aktuell unter sexuellen Zwangsgedanken litten (unter Verwendung der gleichen Stichprobe wie Pinto et al., 2007). 24,6 % dieser klinischen Stichprobe gaben an, jemals im Laufe ihres Lebens unter sexuellen Zwangsgedanken gelitten zu haben. Diese Resultate geben einen brauchbaren Hinweis auf den Anteil an Patienten mit sexuellen Zwangsgedanken von mindestens 9 bis 13 % an der Gesamtheit der Zwangspatienten im erwachsenen Alter. Die Untersuchung von Fernández de la Cruz und Kollegen (2013) an einer Stichprobe von 383 jugendlichen Zwangspatienten im Alter zwischen 7 und 18 Jahren macht jedoch deutlich, dass die Häufigkeit bei Kindern und Jugendlichen mit 26,6 % deutlich höher liegt. Die Autoren betonen zunächst, dass sexuelle Zwangsgedanken schon im Kindesalter auftreten können. Eine Analyse der Anzahl der jugendlichen Patienten mit sexuellen Zwangsgedanken zeigte jedoch einen sprunghaften Anstieg ab einem Alter von 15 Jahren. Dieser Befund passt zu den Resultaten der Untersuchung von Grant und Kollegen (2006) an erwachsenen Zwangspatienten. Sie fanden einen signifikanten Unterschied im Störungsbeginn bei erwachsenen Zwangspatienten mit sexuellen Zwangsgedanken in einem durchschnittlichen Alter von 15 Jahren im Vergleich zu einem Störungsbeginn im Alter von 19 Jahren bei den übrigen Zwangspatienten mit Wasch- oder Kontrollzwängen. Es erscheint offensichtlich, dass sexuelle und psychische Entwicklungsprozesse im Rahmen der Pubertät einen Einfluss auf die Entwicklung sexueller Zwangsgedanken nehmen. Dies sollte bei der Behandlung von Jugendlichen immer in Betracht gezogen werden.