

Rüdiger Retzlaff

# **Zwangsstörungen von Kindern und Jugendlichen**

Zweite Auflage, 2024

Mitglieder des wissenschaftlichen Beirats des Carl-Auer Verlags:

Prof. Dr. Dr.h.c. Rolf Arnold (Kaiserslautern)  
Prof. Dr. Dirk Baecker (Dresden)  
Prof. Dr. Ulrich Clement (Heidelberg)  
Prof. Dr. Jörg Fengler (Köln)  
Dr. Barbara Heitger (Wien)  
Prof. Dr. Johannes Herwig-Lempp (Merseburg)  
Prof. Dr. Bruno Hildenbrand (Jena)  
Prof. Dr. Karl L. Holtz (Heidelberg)  
Prof. Dr. Heiko Kleve (Witten/Herdecke)  
Dr. Roswita Königswieser (Wien)  
Prof. Dr. Jürgen Kriz (Osnabrück)  
Prof. Dr. Friedebert Kröger (Heidelberg)  
Tom Levold (Köln)  
Dr. Kurt Ludewig (Münster)  
Dr. Burkhard Peter (München)  
Prof. Dr. Bernhard Pörksen (Tübingen)  
Prof. Dr. Kersten Reich (Köln)  
Dr. Rüdiger Retzlaff (Heidelberg)

Prof. Dr. Wolf Ritscher (Esslingen)  
Dr. Wilhelm Rotthaus (Bergheim bei Köln)  
Prof. Dr. Arist von Schlippe (Witten/Herdecke)  
Dr. Gunther Schmidt (Heidelberg)  
Prof. Dr. Siegfried J. Schmidt (Münster) Jakob  
R. Schneider (München)  
Prof. Dr. Jochen Schweitzer † (Heidelberg)  
Prof. Dr. Fritz B. Simon (Berlin)  
Dr. Therese Steiner (Embrach)  
Prof. Dr. Dr. Helm Stierlin † (Heidelberg)  
Karsten Trebesch (Berlin)  
Bernhard Trenkle (Rottweil)  
Prof. Dr. Sigrd Tschöpe-Scheffler (Köln) Prof.  
Dr. Reinhard Voß (Koblenz)  
Dr. Gunthard Weber (Wiesloch)  
Prof. Dr. Rudolf Wimmer (Wien)  
Prof. Dr. Michael Wirsching (Freiburg)  
Prof. Dr. Jan V. Wirth (Meerbusch)

Reihe »Störungen systemisch behandeln«, Band 14  
hrsg. von Hans Lieb und Wilhelm Rotthaus  
Reihendesign: Uwe Göbel  
Redaktion: Veronika Licher  
Umschlag und Satz: Heinrich Eiermann  
Printed in Germany  
Druck und Bindung: CPI books GmbH, Leck



Zweite Auflage, 2024  
ISBN 978-3-8497-0314-1 (Printausgabe)  
ISBN 978-3-8497-8203-0 (ePUB)  
© 2019, 2024 Carl-Auer-Systeme Verlag  
und Verlagsbuchhandlung GmbH, Heidelberg  
Alle Rechte vorbehalten



Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek:  
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation  
in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische  
Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Informationen zu unserem gesamten Programm, unseren  
Autoren und zum Verlag finden Sie unter: <https://www.carl-auer.de/>  
Dort können Sie auch unseren Newsletter abonnieren.

Carl-Auer Verlag GmbH  
Vangerowstraße 14 • 69115 Heidelberg  
Tel. +49 6221 6438-0 • Fax +49 6221 6438-22  
[info@carl-auer.de](mailto:info@carl-auer.de)

# Inhalt

<b>Vorwort der Herausgeber</b>	<b>11</b>
<b>1 Einleitung</b>	<b>13</b>
1.1 Zwänge im Leben von Kindern und Jugendlichen	13
1.2 Nicht immer sind Symptome eine Lösung	19
1.3 Übergangsphasen im Leben	20
1.4 Familiengeschichten als Schlüssel eines verstehenden Zugangs	21
1.5 Systemische Therapie – eine Standortbestimmung	21
1.6 Argumente für eine systemische Perspektive bei der Behandlung von Zwängen	22
1.7 Der Nutzen störungsspezifischer Erkenntnisse in der Systemischen Therapie	24
<b>2 Klinisches Erscheinungsbild</b>	<b>29</b>
2.1 Charakterisierung von Zwangssymptomen	29
2.2 Zwangsgedanken	30
2.3 Zwangshandlungen	31
2.4 Subklinische Zwänge	32
2.5 Diagnosekriterien für Zwangsstörungen (F 42) nach ICD-10	33
2.6 Diagnosestellung	34
2.7 Komorbidität	34
2.8 Unterformen von Zwängen	36
2.9 Epidemiologie	36
2.10 Verlauf und Prognose	38
2.11 Kulturelle Aspekte	40
<b>3 Zwänge im Familienkontext</b>	<b>41</b>
3.1 Zum Einfluss der Familie auf die Entstehung von Zwangsstörungen	41
3.2 Auswirkungen auf Familienmitglieder	45
3.3 Geschwister von Kindern mit Zwangsstörung	48
3.4 Familientherapie bei Zwangsstörungen	48
<b>4 Zwänge aus somatischer Perspektive</b>	<b>50</b>
4.1 Neurobiologische Aspekte von Zwangsstörungen	50

4.2	Genetische Faktoren . . . . .	52
4.3	Medikamentöse Therapie . . . . .	52
<b>5</b>	<b>Störungsverständnis und Therapieansätze verschiedener Psychotherapieverfahren . . . . .</b>	<b>54</b>
5.1	Psychodynamische Therapie . . . . .	54
5.1.1	Psychodynamische Erklärungsmodelle . . . . .	54
5.1.2	Psychodynamische Therapieansätze . . . . .	56
5.2	Verhaltenstherapie . . . . .	56
5.2.1	Verhaltenstherapeutische Erklärungsmodelle . . . . .	56
5.2.2	Verhaltenstherapeutische Therapieansätze . . . . .	60
<b>6</b>	<b>Systemtherapeutisches Verständnis von Zwangsstörungen bei Kindern und Jugendlichen. . . . .</b>	<b>64</b>
6.1	Befundlage . . . . .	64
6.2	Ausgangspunkt: das biopsychosoziale Modell	
6.3	Systemische Therapie beachtet Teil und Ganzes . . . . .	66
6.4	Körperliche Faktoren. . . . .	66
6.5	Emotionale Regulation . . . . .	68
6.6	Lebenszyklus-Perspektive . . . . .	70
6.7	Veränderung der Stimmungslage . . . . .	72
6.8	Problemgesättigte Narrative und das Einnehmen einer Opferposition	72
6.9	Zwänge als soziale Konstruktion. . . . .	73
6.10	Lösungsorientierte Perspektive. . . . .	74
6.11	Der Lösungsversuch als Problem . . . . .	74
6.12	Standhalten statt flüchten. . . . .	80
6.13	Familiäre Organisationsmuster. . . . .	81
6.14	Paradoxe Hierarchieumkehrung . . . . .	83
6.15	Familiengeschichten . . . . .	83
6.16	Eltern unterstützen . . . . .	84
6.17	Eltern und Kind als Team . . . . .	84
6.18	Externalisierung des Symptoms . . . . .	85
6.19	Entwicklungsschritte aufseiten der Eltern . . . . .	86
6.20	Ressourcen aktivieren. . . . .	87
6.21	Entwicklungsschritte aufseiten des Kindes. . . . .	88
6.22	Kinder als Experten. . . . .	88
6.23	Wenn Kinder gegenüber dem Zwang aufgegeben haben . . . . .	89

<b>7</b>	<b>Systemische Therapie von Zwangsstörungen bei Kindern und Jugendlichen . . . . .</b>	<b>90</b>
7.1	Die Bedeutung der therapeutischen Beziehung . . . . .	90
7.2	Systemische Grundhaltungen und Maxime für die Behandlung von Zwängen . . . . .	91
7.3	Telefonischer Erstkontakt . . . . .	93
7.4	Erstgespräch . . . . .	94
7.4.1	Aufbau einer therapeutischen Beziehung . . . . .	95
7.4.2	Überweisungskontext . . . . .	96
7.4.3	Problemexploration . . . . .	96
7.4.4	Die Geschichte der Lösungsversuche . . . . .	98
7.4.5	Auswirkungen des Zwanges auf die Familie . . . . .	99
7.4.6	Problem- und Lösungsinszenierungen . . . . .	100
7.4.7	Systemdiagnostik . . . . .	101
7.4.8	Stärken fokussieren. . . . .	105
7.4.9	Weitere Familienthemen . . . . .	107
7.4.10	Fragen nach Ausnahmen und Bewältigungskompetenzen . . . . .	107
7.4.11	Einschätzung der Veränderungsbereitschaft . . . . .	108
7.4.12	Zielklärung . . . . .	109
7.4.13	Aufklärung und Information . . . . .	110
7.4.14	Entwicklung eines gemeinsamen Fallverständnisses und einer Problemdefinition . . . . .	111
7.4.15	Musterunterbrechung und Krisenintervention . . . . .	115
7.4.16	Aufklärung und Information über den weiteren Verlauf der Therapie und formale Aspekte . . . . .	115
7.4.17	Verabredung . . . . .	116
7.4.18	Aufgaben und Verschreibungen für die Zeit zwischen den Sitzungen . . . . .	116
7.4.19	Nachbereitung des Gesprächs . . . . .	117
7.5	Zweites Erstgespräch . . . . .	117
7.5.1	Landkarte des Problems . . . . .	118
7.5.2	Weitere Erkundung der Zwänge . . . . .	121
7.5.3	Skalierung der Beschwerden . . . . .	122
7.5.4	Erkundung bisheriger Lösungsversuche. . . . .	123
7.5.5	Paradoxe Verschlimmerungsfragen. . . . .	123
7.5.6	Zukunftsorientierte Fragen. . . . .	124

7.5.7	Weitere Themen und Sorgen . . . . .	124
7.5.8	Entwicklung eines tieferen Verständnisses des Problems . . . . .	124
7.5.9	Vereinbarung weiterer Aufgaben bis zur nächsten Sitzung . . . . .	125
7.6	Eltern als Unterstützer gewinnen . . . . .	125
7.6.1	Fragen an die Eltern . . . . .	125
7.6.2	Familieninteraktion beachten . . . . .	126
7.6.3	Erkundung der weiteren Auswirkungen der Zwänge auf die Eltern und die Familie . . . . .	126
7.6.4	Aufgreifen weiterer Themen der Familie . . . . .	127
7.6.5	Biografische Anamnese mit Genogramm . . . . .	128
7.6.6	Fragen nach dem sozialen Netz der Familie und weiteren Stärken . . .	129
7.6.7	Entwicklung eines gemeinsamen Behandlungsplanes . . . . .	130
7.6.8	Verabredung weiterer Aufgaben . . . . .	131
7.6.9	Umgang mit Vorbehalten von Eltern gegen die Einbeziehung in die Gespräche . . . . .	132
7.7	Besonderheiten der therapeutischen Arbeit mit Jugendlichen . . . . .	133
7.8	Systemische Interventionen für die mittlere Therapiephase . . . . .	136
7.8.1	So-tun-als-ob-Rollenspiel . . . . .	136
7.8.2	Organisationsberatung mit Familien . . . . .	137
7.8.3	Normalisieren . . . . .	142
7.8.4	Stimmungslage wandeln . . . . .	142
7.8.5	Pippi-Langstrumpf-Therapie . . . . .	144
7.8.6	Ritualisierte Verschreibungen . . . . .	144
7.8.7	Paradoxe Symptomverschreibung . . . . .	145
7.8.8	Verschreiben und verschieben . . . . .	145
7.8.9	Paradoxe Umkehrung des bisherigen Lösungsversuchs – sich dem Zwang widersetzen . . . . .	147
7.8.10	Bewährungsproben . . . . .	148
7.8.11	Externalisierungen . . . . .	149
7.8.12	Gestaltungstechniken . . . . .	150
7.8.13	Teilarbeit mit Handpuppen und Minifiguren . . . . .	150
7.8.14	Arbeit an inneren Teilen: Wer spukt in deinem Kopf herum? . . . . .	152
7.8.15	Ressourcenerfahrungen nutzen . . . . .	152
7.8.16	Etwas anderes tun . . . . .	153
7.8.17	Achtsamkeitsbasierte Techniken . . . . .	154
7.8.18	Körperwahrnehmung . . . . .	155

7.8.19	Eine Beobachterposition einnehmen . . . . .	157
7.8.20	Körperliche Aktivität . . . . .	157
7.8.21	Freier Atem . . . . .	157
7.8.22	Entspannungstechniken . . . . .	157
7.8.23	Imaginative Techniken . . . . .	157
7.8.24	Sich mit der eigenen Power verbünden . . . . .	158
7.8.25	Symbole für Ressourcen . . . . .	159
7.8.26	Powermusik . . . . .	159
7.8.27	Probleme spielen, Lösungen spielen . . . . .	159
7.8.28	Unterstützende Stimmen . . . . .	160
7.8.29	Sprechchor-Übung . . . . .	160
7.8.30	Familienskulpturen . . . . .	161
7.8.31	Choreografien . . . . .	162
7.8.32	Zeitlinienarbeit mit Störern . . . . .	162
7.8.33	Zukunftsprojektion . . . . .	164
7.8.34	Tagebuchtechniken . . . . .	164
7.8.35	Videoreportagen . . . . .	166
7.8.36	Verstärkter Einbezug der Eltern . . . . .	170
7.8.37	Bei der Lösung von Alltagsschwierigkeiten helfen . . . . .	172
7.8.38	Sicherheit in sozialen Situationen. . . . .	173
7.8.39	Weitere Familieninterventionen . . . . .	173
7.9	Fortschritte konsolidieren, Herausforderungen begegnen. . . . .	175
7.9.1	Umgang mit Fortschritten. . . . .	175
7.9.2	Umgang mit mäßigen Fortschritten . . . . .	176
7.9.3	Optionale Elterngespräche . . . . .	177
7.9.4	Hartnäckige Zwänge - wenn nichts zu wirken scheint. . . . .	178
7.9.5	Herausfordernde Situationen . . . . .	180
7.10	Abschlussphase . . . . .	182
<b>8</b>	<b>Multifamilientherapie . . . . .</b>	<b>184</b>
8.1	Allgemeine Aspekte. . . . .	184
8.2	Ablauf einer MFT-Gruppe . . . . .	184
8.3	Erfahrungen mit der Multifamilientherapie . . . . .	188
<b>9</b>	<b>Das Verhältnis zu anderen Therapieformen . . . . .</b>	<b>190</b>
<b>10</b>	<b>Fallbeispiel. . . . .</b>	<b>192</b>

<b>11</b>	<b>Ergebnisse einer Pilotstudie. . . . .</b>	<b>199</b>
<b>12</b>	<b>Ausblick . . . . .</b>	<b>201</b>
	<b>Anstelle eines Schlusswortes . . . . .</b>	<b>202</b>
	<b>Literatur . . . . .</b>	<b>203</b>
	<b>Über den Autor . . . . .</b>	<b>217</b>



# 1 Einleitung

## 1.1 Zwänge im Leben von Kindern und Jugendlichen

Bei Zwangsstörungen gibt es in der Regel eine ausgeprägte interaktionale Einbettung der Symptomatik, was sie für systemische Therapeuten besonders interessant macht.

Einer der ersten Patienten, den ich überhaupt gesehen habe, war ein Mann mit einem auffälligen Waschzwang. Er wurde in einer psychosomatischen Klinik behandelt, in der ich zu Beginn meiner Tätigkeit als Psychologe hospitierte. Seine Frau konnte er nur berühren, wenn er sie zuvor mit Sagrotan desinfiziert hatte. Rasch fiel mir auf, dass es ihm keinerlei Schwierigkeiten bereitete, jüngeren Mitpatientinnen nahezukommen und sie in den Arm zu nehmen. Trotz der einzeltherapeutischen Orientierung der Fachklinik war es offensichtlich, dass seine Zwänge nicht allein innerpsychisch zu verstehen waren, sondern eine Metapher für Besonderheiten seiner Partnerschaftsbeziehung darstellten. Bei Kindern wirken Zwangssymptome zunächst meist recht harmlos – die Schuhe werden exakt »geparkt«, ein Schüler macht seine Hausaufgaben super genau und benötigt für deren Erledigung sehr lange, oder ein Mädchen besteht auf einem ausführlichen Gute-Nacht-Ritual, das sich lange hinzieht. Verständlicherweise sind viele Eltern zunächst der Auffassung, diese Verhaltensweisen würden sich mit der Zeit von alleine legen. Manchmal werden allerdings schon jüngere Kinder von Zwängen sehr gequält:

*Vor etwa drei Monaten fiel uns auf, dass Martin morgens immer so müde war ... wir waren überrascht, als wir eine Stunde nach dem »Einschlafen« leise die Tür öffneten und beobachteten, wie der kleine Kerl verzweifelt im Zimmer herumrannte und wieder und wieder kontrollierte, ob alle Stifte richtig lagen, die Kleidung exakt auf dem Stuhl hing und alle Bücher im Schulrucksack waren ... er war völlig fertig, und wir waren sehr erschüttert, dass wir dies erst jetzt bemerkten.*

Zwangskrankheiten chronifizieren leicht. Sie können das gesamte Leben des Kindes prägen und eine erhebliche Belastung für das Fami-

lienleben darstellen. Wenn Zwänge lange bestehen, fallen sie mitunter sehr drastisch aus und dominieren den Alltag:

*Karl kam sehr häufig zu spät in die Schule, weil er weit über eine Stunde für das Ankleiden benötigte. Er konnte sich einfach nicht entscheiden, welche Hose er anziehen sollte. Er probierte die eine Hose, zog sie wieder aus, um eine andere zu probieren, über eine geschlagene Stunde hinweg. Auf dem Wege in die Schule »durfte« er auf keinen Fall auf die Ritzen treten und in der Schule wurde er von seinen Freunden verspottet, weil er immer einen Schritt zurückging, wenn er versehentlich auf eine Türschwelle getreten war, um sie dann auf die »richtige Art« zu überschreiten.*

Für viele Kinder sind ihre Symptome schambesetzt. Sie fürchten, nicht normal zu sein, und verschweigen die Inhalte ihrer Zwangsbefürchtungen, weil diese anstößig sind (»Du könntest jemanden verletzen wollen«, »Du könntest mit Kindern Sex haben wollen ...«). Nicht selten offenbaren Kinder oder Jugendliche ihre Zwänge deshalb erst mit großer Verzögerung.

In extremen Fällen dominieren die Zwänge das Leben des Kindes und seiner Familie fast vollständig. Aus Furcht, sich zu verunreinigen, wird das eigene Zimmer nicht mehr verlassen, das morgendliche Reinigungsritual in der Dusche nimmt mehrere Stunden in Anspruch. Oder ein Kind verharret regungslos auf dem Weg in die Schule, weil es nicht weiß, ob es den rechten oder den linken Fuß vorsetzen soll. Manche Kinder üben regelrecht Terror aus, wenn sich Eltern oder Geschwister nicht an die vom Zwang vorgegebene Ordnung halten – wenn etwas »falsch« auf den Tisch gestellt wird, wenn der kleine Stiefbruder das Handy oder die Mütze anfasst oder der Vater bei der Heimkehr nicht beim Gehen leise genug auftritt und mucksmäuschenstill läuft. Manchmal wird lautstark damit gedroht, handgreiflich zu werden, wenn die Zwangsordnung von den Familienmitgliedern nicht akribisch befolgt wird.

*Kathi gelang es, in der Schule ihre Zwänge zu unterdrücken. Daheim bestand sie auf einer peinlich genauen Ordnung und verlangte vom Vater, dass dieser bei der Heimkehr von der Arbeit nicht das leiseste Geräusch machte und nicht zu riechen war. Selbst der leiseste Schritt*

*auf dem Boden war Anlass für extrem heftiges Geschrei und wütende Forderungen, er möge dies unterlassen. Die Eltern hatten sich lange bemüht, es ihr recht zu machen und ihren Forderungen zu entsprechen, die aber immer extremer geworden waren. Gingen ihre Eltern und ihre jüngere Schwester nicht auf sie ein, gab es extrem heftigen Protest. Vater und Mutter waren ratlos. Kathi hingegen war fest von ihrer Forderung überzeugt, die Eltern müssten halt alles so machen, wie sie es verlangte, dann würde sie schon Ruhe geben.*

Intensivere Zwangssymptome schränken das Leben betroffener Kinder bzw. Jugendlicher und ihrer Angehörigen erheblich ein und verursachen ein hohes Ausmaß an Leid. Obwohl diese Verhaltensweisen von außen absurd erscheinen, fühlen sich das Kind oder der Jugendliche und seine Angehörigen genötigt, den »Tanz um das Symptom« fortzusetzen.

Ein problem- bzw. symptomorientierter Betrachtungsfokus wäre zu eng gewählt: Zwänge sind mehr als der Ausdruck eines innerpsychischen Geschehens oder ein fehlgeleitetes Verhalten; sowohl der Personen- als auch der Ortskontext sind von Bedeutung. Zwänge sind häufig ortsgebunden oder treten in Anwesenheit bestimmter naher Angehöriger auf. Wie andere Symptome auch lassen sie sich besser unter Berücksichtigung des interpersonellen Kontextes verstehen, innerhalb dessen sie auftreten (Combrinck-Graham 1989; Wachtel 1987).

*Der siebenjährige Norbert lebte in einer Patchwork-Familie mit seinen beiden jüngeren Halbschwestern. Die Wohnverhältnisse waren recht beengt und das Familienleben von Spannungen geprägt. Norbert litt an einem Kontrollzwang und einem Waschzwang. Hatte eine seiner Stiefschwestern mit seinem geliebten Hasen gespielt, in seiner Abwesenheit sein Zimmer betreten oder mit seinem iPod gespielt, reagierte er mit intensivem Händewaschen, zum Teil bis diese blutig waren, und intensiven Kontrollen, ob der Hasenstall auch wirklich sicher verschlossen war.*

An anderen Orten oder in Anwesenheit bestimmter Personen gelingt es dagegen sehr viel leichter, das Zwangsverhalten zu lassen. Bei günstiger affektiver Rahmung – wenn man sich sehr wohl fühlt, weil der Freund oder ein Elternteil da ist, zu dem eine gute Beziehung besteht,

oder wenn man einer Lieblingsaktivität nachgeht und man sich entsprechend gut fühlt – verliert der »Zwang« oft seine Macht. Der Faktor Zeit ist für das Verständnis von Zwangssymptomen ebenfalls bedeutend: Bei manchen Kindern fluktuieren die Zwänge, sind während der Ferien fast vergessen, melden sich aber mit Beginn der Schulzeit in alter Stärke wieder. Bei anderen jungen Patienten verschlechtert sich die Symptomatik über die Zeit, anderen gelingt es, sie eine Zeit lang wegzuschieben. Aus therapeutischer Sicht ist es spannend zu erfahren, wann es Ausnahmen vom »Zwangs-« Verhalten gibt und was dazu beiträgt, stärker zu sein als die Symptome.

Die Inhalte von Zwangsgedanken und -handlungen variieren. Gemeinsamer Nenner der verschiedenen Symptome ist eine geringe Toleranz für innere Anspannung und unliebsame Gefühle. Ausgeprägte Zwänge mögen für Außenstehende befremdlich wirken. Sie basieren jedoch auf nachvollziehbaren psychologischen Prozessen, die allen Menschen potenziell gegeben sind.

Um scheinbar »abweichendes«, »psychopathologisches« Verhalten verstehen zu können, hilft es, allgemeine Grundsätze der Entwicklungspsychologie zu beachten. Bei Kindern im Alter von vier bis sechs Jahren lässt sich beobachten, wie sie mit großer Begeisterung Bauklötze, Legosteine und andere Objekte sortieren und nach Formen und Farben ordnen, was ihnen eine große Befriedigung verschafft. Ein Legostein mit der »falschen« Farbe fühlt sich nicht gut an und wirkt fehl am Platz. Vielleicht kann dieses Verhalten als ein Relikt aus der Zeit der Jäger und Sammler verstanden werden, in der unermüdliches Sammeln von Beeren, ohne aufhören zu können, einen Überlebensvorteil hatte.

Kinder lieben kleine und große Alltagsrituale: das abendliche Vorlesen beim Zubettgehen mit Gutenachtkuss, das allwöchentliche sonabendliche Baden mit anschließendem gemeinsamen Anschauen des Samstagabendfilmes, spirituelle Rituale wie Gebete und Fürbitten und natürlich jahreszeitliche Rituale. Diese ritualisierten Abläufe vermitteln ein Gefühl von Sicherheit und Geborgenheit und wirken Kinderängsten entgegen. Vor einer wichtigen Klassenarbeit, einem Referat oder bei einer Verabredung mit einem Jungen oder Mädchen ziehen Jugendliche gerne ihre Lieblingskleidung an, einfach weil sie sich dann irgendwie gut fühlen. Auch Erwachsene haben ihre kleinen

Alltagsrituale. Sie prüfen beispielsweise auf dem Weg zur Arbeit: »Kaffeemaschine ist aus, Licht ist aus, Türe ist zu, Tasche und Schlüssel hast du bei dir.« In sicherheitsrelevanten Bereichen wie Rettungsdiensten, beim Fliegen oder beim Sportklettern helfen Checklisten, die beim Prüfen der Instrumente bzw. der Ausrüstung abgehakt werden, um Fehler zu vermeiden. Viele Menschen neigen gelegentlich zu ritualisierten Verhaltensweisen oder haben magische Gedanken, die an Zwänge erinnern. Für die meisten Menschen gehört das Zähneputzen zum regelmäßigen morgendlichen und abendlichen Ritual. Unterlässt oder vergisst man das Zähneputzen, vielleicht weil man es ausnahmsweise besonders eilig hat, erzeugt dies ein leichtes Unbehagen – es fühlt sich irgendwie nicht richtig an. Genau dieses Gefühl eines inneren Dranges ähnelt dem, was Kinder erleben, die eine Zwangshandlung absichtlich unterlassen sollen.

Der Verhaltensforscher Konrad Lorenz wurde für seine Arbeit über das Verhalten von Graugänsen bekannt. Diese folgen dem ersten Wesen, das sie nach dem Schlüpfen erblicken, im gegebenen Fall einem bärtigen Zoologen, der in seinem Haus am Starnberger See Verhaltensforschung betrieb. In einem seiner Bücher (Lorenz 1963) beschrieb er, wie er die Entwicklung einer Art Zwangsstörung live beobachten konnte. Eine seiner begabteren Graugänse wackelte morgens regelmäßig die große Treppe seiner Villa herab und hielt auf dem Treppenabsatz inne, um aus dem Fenster zu spähen und zu prüfen, dass kein Fuchs oder anderes gefährliches Tier in der Nähe lauerte. Nach erfolgter Kontrolle marschierte sie dann in Ruhe den Rest der Treppe hinab. Eines Tages beobachtete Lorenz, wie die besagte Graugans vergaß, am Treppenabsatz nach draußen zu blicken. Fast am Ende der Treppe angelangt, bemerkte sie ihren Fehler, watschelte panikerfüllt wieder hinauf, spähte einmal, dann ein zweites Mal aus dem Fenster, begann wieder hinabzulaufen, nur um erneut ein weiteres Mal hinaufzulaufen, aus dem Fenster zu spähen, bis sie nach vier Durchgängen dann einigermaßen beruhigt ihren Weg fortsetzen konnte. Von Stund an wiederholte sie tagein, tagaus dieses »Zwangsritual« und blickte nicht wie gewohnt einmal aus dem Fenster, sondern lief immer mehrfach von der unteren Treppenhälfte zum Treppenabsatz hinauf, um sich ganz sicher zu sein, dass es keine Bedrohung gab.

Auch wenn bei der Übertragung von Beobachtungen aus der Tierforschung auf Menschen Vorsicht geboten ist, hier ein analoges Beispiel aus dem Humanbereich:

*Nach dem Abitur besuchte ich eine Mitschülerin, die bereits den Führerschein gemacht hatte und mich zu einer Spritztour in dem schicken VW Käfer Cabriolet einlud, den sie von ihrem Bruder leihen durfte. Bei der Fahrt über Land bemerkte ich, dass sie wiederholt an die gelöste Handbremse langte, um nach ein, zwei Minuten dies zu wiederholen. Auf meine Frage, was sie da mache, schmunzelte sie verlegen. Ihr Bruder habe sie gebeten, ja nicht mit angezogener Bremse zu fahren. Vor ein paar Wochen aber hatte sie einen brenzligen Geruch bemerkt – sie war doch mit angezogener Bremse gefahren. Ihr Bruder war fürchterlich sauer geworden und hatte ihr eingeschärft, dies ja nicht wieder zu tun, andernfalls würde er das Cabrio nicht mehr verleihen. Von da an habe sie sich immer doppelt und dreifach versichert, dass die Bremse wirklich gelöst war. Seither ertappte sie sich immer wieder dabei, wie sie dieses Rückversicherungsritual quasi unabsichtlich wiederholt ausführte.*

Redundante Verhaltensweisen und Abläufe in Systemen werden in der klassischen Kybernetik als *Regeln* definiert (Watzlawick, Beavin u. Jackson 1969). Regeln oder Gewohnheiten machen das Leben überschaubarer und erleichtern viele routinemäßige Abläufe. Ein starres Festhalten an überkommenen Routinen wird jedoch rasch konttraproduktiv. Lebende Systeme sind von einem permanenten Wandel geprägt; der Versuch, sich gegen einen solchen Wandel zu stemmen, produziert Dysfunktion und Symptome. Zwangssymptome können als Versuch verstanden werden, mit Spannung und Unsicherheit umzugehen. Viele Schwierigkeiten – Ängste, Verunsicherungen, Spannungsgefühle, Unlust, Ärger, Scham, Eifersucht oder Groll und andere Verstimmungen – sind Teil des Lebens. Erst ein ungünstiger Umgang mit ihnen lässt sie zu Symptomen heranwachsen. An sich ist es sinnvoll, sich Sicherheit verschaffen oder Spannung loswerden zu wollen. Übertreibt man es jedoch damit, kann dies einengen und zu einem Korsett werden. Kleine und große Menschen mit Zwangssymptomen versuchen, sich Sicherheit oder Freiheit von unlustvoll erlebter Spannung

zu verschaffen, indem sie wiederholt kontrollieren oder grübeln – doch wie viel Kontrolle ist genug? In einem alten Studenten-Cartoon war ein Mann in einem Schraubstock abgebildet, der erklärte: »Also, ich sehe das so: Was ich an Freiheit verliere, gewinne ich an Sicherheit!« Dazu passt der Ausspruch von Benjamin Franklin<sup>1</sup>: »Wer die Freiheit aufgibt, um Sicherheit zu gewinnen, wird am Ende beides verlieren« (Übers.: R. R.).

Der Lösungsversuch kann rasch zu einem Problem werden. Als Beispiel für dieses Muster beschrieb Watzlawick (1983) in seiner *Anleitung zum Unglücklichsein* einen Mann, der in einem fort in die Hände klatscht, wenn man will: zwanghaft.

Auf die Frage, was er denn da mache, antwortet er: »Elefanten vertreiben!« »Aber es sind doch keine da?« »Sehen Sie, es funktioniert!«, lautet die Antwort, und das Händeklatschen wird natürlich fortgeführt.

Auch der bekannte Sketch von Lorient *Das Bild hängt schief* veranschaulicht dieses Prinzip: Ein Vertreter nimmt im Wartezimmer eines vornehm möblierten Hauses Platz. Er bemerkt in dem makellos eingerichteten Raum ein Bild, das leicht schief hängt. Beim Versuch, es gerade zu hängen, stößt er jedoch gegen ein anderes Bild, stößt beim Versuch, dieses wieder aufzuhängen, gegen eine Vitrine, die umstürzt usw. Der fortwährende Versuch, Dinge »in Ordnung zu bringen«, führt nur dazu, dass das Zimmer mehr und mehr im Chaos versinkt – ein Paradebeispiel für das Prinzip, wie das Muster »Mehr desselben« zu einem Problem werden kann. Auch Therapeuten neigen gelegentlich zu einem »Mehr-desselben-Muster«, wenn sie rigide an Ideen und therapeutischen Lösungsversuchen festhalten, obwohl diese nicht funktionieren. Das präsentierte Problem wird womöglich noch verfestigt.

## 1.2 Nicht immer sind Symptome eine Lösung

In der Systemischen Therapie wird zum Teil recht dogmatisch die Auffassung vertreten, Symptome seien immer Lösungen und könnten stets als Ressource betrachtet werden. Tatsächlich können Zwangsgedanken und -rituale einen Versuch darstellen, eine Lösung für einen

1 <http://franklinpapers.org/framedVolumes.jsp>

## 2 Klinisches Erscheinungsbild

### 2.1 Charakterisierung von Zwangssymptomen

Zwänge sind charakterisiert durch eine exzessive Furcht vor belastend erlebten inneren Erfahrungen oder externalen realen Situationen sowie eine Vermeidung dieser Erfahrungen (Carr 2009, 2018).

»Zwangsstörungen bestehen aus aktiven Vermeidungsreaktionen mit unkontrollierbaren kognitiven oder motorischen Ritualen. Die kurze Erleichterung nach einer Zwangshandlung erhält diese aufrecht, und Stress und Angst gehen den Zwangssymptomen, die als Vermeidungsreaktion verstanden werden, voraus« (Birbaumer u. Schmidt 2010, S. 732).

Neben Zwangshandlungen und Zwangsgedanken gibt es Zwangsimpulse, zwanghafte Persönlichkeitszüge und allgemeinere zwanghafte Verhaltensweisen, die nicht unbedingt Symptomwert haben.

Zwangsstörung (n = 55, Mehrfachnennungen möglich)	
Zwangsgedanken	Prozent
Befürchtungen bzgl. Schmutz, Keimen, Umweltgiften	41,8 %
Befürchtungen, dass Schlimmes geschieht	20,0 %
Gedanken bzgl. Symmetrie, Ordnung	20,0 %
Verbotene aggressive oder sexuelle Gedanken	25,5 %
Ekel vor Kot, Ausscheidungen	12,7 %
Magisches Denken	10,9 %
Furcht, andere zu verletzen	12,7 %
sonstige Zwangsgedanken	25,5 %
keine Zwangsgedanken	7,3 %



<b>Zwangshandlungen</b>	<b>Prozent</b>
Wasch- und Reinigungszwänge	69,1 %
Kontrollzwänge	36,4 %
Rituale zur Kontaktvermeidung mit Schmutz	23,6 %
Wiederholungszwänge	20,0 %
Ordnungszwänge	20,0 %
Zählzwänge	18,2 %
Berührzwänge	14,5 %
sonstige Zwangshandlungen	29,1 %
keine Zwangshandlungen	3,6 %

*Tab. 1: Inhalte von Zwangsgedanken und Zwangshandlungen bei Kindern und Jugendlichen (Jans, Walitza u. Warnke 2008)*

## **2.2 Zwangsgedanken**

Zwangsgedanken lassen sich unterscheiden in Zwangsideen und -befürchtungen (z. B. die Sorge, etwas falsch gemacht zu haben, oder die Befürchtung, irgendetwas Schlimmes könnte geschehen). Bestimmte Themen kommen häufiger vor, insbesondere solche mit sexuellen Inhalten (z. B. vielleicht homosexuell zu sein, ohne es zu wissen; jemanden sexuell belästigen zu können), mit aggressiven Impulsen (z. B. die Schwester mit der Schere zu verletzen) oder Grübelzwänge (z. B. ob man jemanden mit dem Rad unmerklich gestreift hat, der dabei zu Schaden gekommen sein könnte). Oft bestehen anhaltende Zweifel (z. B. die Unsicherheit, ob man wirklich gut für einen Test vorbereitet ist oder doch etwas übersehen hat), Zählzwänge (z. B. bei Treppenstufen oder bei vorbeifahrenden Autos) und Wiederholungen (bestimmte Gedanken werden gebetsmühlenartig wiederholt).

Bei Zwangsgedanken handelt es sich überwiegend um Befürchtungen vor Schmutz, Blut, Sperma, Keimen, Umweltgiften, um die

Befürchtungen, etwas Schlimmes könne geschehen, etwa Unfälle, Krankheiten, Todesfälle, um anstößige aggressive oder sexuelle Gedanken, um Ekel vor Ausscheidungen, magisches Denken – beispielsweise die Sorge, etwas Böses könne passieren, wenn man auf eine Ritze tritt, ohne Stoßgebete zu sprechen, – und die Furcht, andere verletzen zu können. Bei älteren Jugendlichen und Erwachsenen kommen Gedanken über Religion hinzu (etwa über die Existenz Gottes, moralische Haltungen und Glaubenssätze).

Kinder und Jugendliche mit Zwangsgedanken sind »besessen« von der Befürchtung, sie könnten etwas falsch gemacht oder gegen wichtige soziale Regeln verstoßen haben. Sie fürchten, jemandem einen Schaden zuzufügen oder in eine unerträglich peinliche Situation zu geraten. Obwohl in den meisten Fällen die Unsinnigkeit dieser Gedanken erkannt wird, können die Gedanken nicht beendet werden, sondern drängen sich »zwanghaft« auf.

In psychiatrischen Begrifflichkeiten handelt es sich zum Teil um inhaltliche Denkstörungen (sich immer wieder aufdrängende Denkinhalte) sowie um formale Denkstörungen (Perseveration, Gedankenkreisen, Gedankenarmut im Sinne einer Einengung auf wenige Denkinhalte bis hin zu überwertigen Ideen zum Beispiel der *idée fixe*: »Wenn Gott existiert, dann könnte er mich strafen, wenn ich etwas falsch mache. Deshalb muss ich versuchen, alles richtig zu machen ...«). Das besondere Merkmal von Zwangsgedanken ist weniger der Inhalt, sondern die Art und Weise, wie sich diese Gedanken aufdrängen und dass sie nicht leicht beendet werden können.

## 2.3 Zwangshandlungen

Zwangshandlungen werden durch äußere Hinweisreize wie zum Beispiel Schmutz oder innere Hinweisreize wie obsessive Gedanken und die mit ihnen einhergehende Anspannung getriggert. Sie lösen bestimmte Handlungen aus, die kurzfristig die einhergehende Angst oder Spannung reduzieren. Diese Wirkung lässt jedoch rasch nach, und die Handlung »muss« wiederholt werden. Zwangshandlungen werden zudem ausgeführt, um Ängste oder eine andere Spannung zu reduzieren, die durch bestimmte Hinweisreize ausgelöst werden,

etwa durch eine fehlende Symmetrie oder ungerade Zahlen. In schweren Fällen ist das Leben durch den hohen zeitlichen Aufwand für die Durchführung der Rituale stark beeinträchtigt.

Wird eine Zwangshandlung absichtlich unterlassen, tritt eine erhebliche, oftmals als unerträglich erlebte Spannung auf. Das Kind oder der Jugendliche haben daher den Eindruck, die Handlung ausführen zu »müssen«, obwohl sie als widersinnig erkannt wird. Oft werden Zwangshandlungen zu ausgeprägten Ritualen ausgebaut, bei denen eine Reihenfolge bestimmter Handlungen exakt durchgeführt werden muss. Wird dieser Ablauf unterbrochen, »muss« das Ritual wieder von vorne begonnen werden.

Thematisch geht es meist um Wasch- und Reinigungszwänge, Kontrollzwänge (»Sind alle Stifte eingepackt?«), Rituale zur Kontaktvermeidung mit Schmutz, Wiederholungszwänge, Ordnungszwänge (»Sind alle Schuhe exakt in Reih und Glied aufgeräumt?«), Zählzwänge und Berührzwänge (den Tisch antippen, wenn man an etwas denkt oder davon liest, das an den Tod erinnert) oder das wiederholte Auspusten von Luft, damit es zu keinem Atemstillstand kommt. Beispiele für Schlüsselreize sind das Übertreten einer Türschwelle mit dem Zwang, nochmals zurückzugehen und die Schwelle erneut zu überschreiten, oder der Einbruch der Dunkelheit als Hinweisreiz, wiederholt zu prüfen, ob alle Türen und Fenster wirklich geschlossen sind.

## **2.4 Subklinische Zwänge**

Neben Zwangssymptomen im engeren Sinne gibt es allgemeinere zwanghafte Verhaltensweisen, die oft bei Kindern und Jugendlichen mit zwanghaften Zügen zu beobachten sind: eine häufige Unentschlossenheit in belanglosen Situationen, eine Neigung zu Perfektionismus und zu peinlicher Sorgfalt oder ein starres eigensinniges Verhalten. Eigentümlicherweise können Menschen mit Zwängen in manchen Bereichen auf einer übertriebenen Reinlichkeit und Ordnung bestehen, denen sich ihre Angehörigen unterwerfen sollen, während sie gleichzeitig in anderen Bereichen sehr unordentlich sind und beispielsweise in ihrem eigenen Zimmer Schmutz und Unordnung zulassen (Tominschek u. Schiepek 2007). Etwa 80 % der befragten Erwachsenen gaben in einer

Untersuchung von Salkovskis a. Harris (1984) intrusive Gedanken an, die vom Inhalt her Zwangsgedanken entsprachen, aber nicht so intensiv wie diese auftraten.

## **2.5 Diagnosekriterien für Zwangsstörungen (F 42) nach ICD-10 (Dilling, Mombour u. Schmidt 2015)**

- *Entweder Zwangsgedanken oder Zwangshandlungen (oder beides) an den meisten Tagen über einen Zeitraum von mindestens zwei Wochen*
- *Die Zwangsgedanken (Ideen oder Vorstellungen) und Zwangshandlungen zeigen sämtliche folgenden Merkmale:*
  1. *Sie werden als eigene Gedanken/Handlungen von den Betroffenen angesehen und nicht als von anderen Personen oder Einflüssen eingegeben.*
  2. *Sie wiederholen sich dauernd und werden als unangenehm empfunden, und mindestens ein Zwangsgedanke oder eine Zwangshandlung wird als übertrieben und unsinnig anerkannt.*
  3. *Die Betroffenen versuchen, Widerstand zu leisten (bei lange bestehenden Zwangsgedanken und Zwangshandlungen kann der Widerstand allerdings sehr gering sein). Gegen mindestens einen Zwangsgedanken oder eine Zwangshandlung wird gegenwärtig erfolglos Widerstand geleistet.*
  4. *Die Ausführung eines Zwangsgedankens oder einer Zwangshandlung ist für sich genommen nicht angenehm (dies sollte von einer vorübergehenden Erleichterung von Spannung und Angst unterschieden werden).*
- *Die Betroffenen leiden unter den Zwangsgedanken und Zwangshandlungen oder werden in ihrer sozialen oder individuellen Leistungsfähigkeit behindert, meist durch den besonderen Zeitaufwand.*
- *Häufigstes Ausschlusskriterium: Die Störung ist nicht bedingt durch eine andere psychische Störung wie Schizophrenie und verwandte Störungen (F2) oder affektive Störungen (F3).*

Nach ICD-10 werden folgende Unterformen unterschieden:

- *F42.0: Vorwiegend Zwangsgedanken oder Grübelzwang*
- *F42.1: Vorwiegend Zwangshandlungen*
- *F42.2: Zwangsgedanken und Zwangshandlungen, gemischt*

Zum Vorliegen einer Zwangsstörung im Sinne des ICD-10 müssen störende Zwangshandlungen oder Zwangsgedanken über eine Stunde lang über zwei Wochen hinweg an den meisten Tagen auftreten. Die Unsinnigkeit der Zwänge wird meistens erkannt, sie werden als störend erlebt, und die Kinder oder Jugendlichen wehren sich – mehr oder weniger aktiv – gegen sie.

## 2.6 Diagnosestellung

Die Diagnosestellung erfolgt in der Regel durch klinische Interviews. Als strukturiertes Interview hat sich das Kinder-DIPS (Unnewehr, Schneider u. Margraf 1995) oder K-SADS (K-SADS-Arbeitsgruppe 2001) bewährt. Ein differenziertes klinisches Interview mit dem betroffenen Kind oder Jugendlichen und seinen Angehörigen ist Fragebogenverfahren in der Regel überlegen, weil sehr häufig weitere Zwänge nicht angegeben und erst durch Nachfragen benannt werden.

Für Kinder kann die *Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Cy-Bocs)* verwendet werden (Berg 1989; Döpfner 1998). Als Standardinstrument für die Schweregradbestimmung von Zwangsstörungen bei Kindern und Jugendlichen wird die *Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS)* eingesetzt (Goodman et al. 1989). Bei dem Verdacht auf eine Streptokokkeninfektion sollten ärztlicherseits ein Routine-Laborbefund und der Antistreptolysin-Titer erfasst werden. Fakultativ sind ein EEG und weitere Bildgebungsverfahren (MRT) durchzuführen (Jans et al. 2007).

## 2.7 Komorbidität

Für Zwangsstörungen wird eine hohe Komorbidität mit anderen psychischen Störungen berichtet (Jans et al. 2007; Wewetzer et al. 2003; Wewetzer u. Wewetzer 2012), insbesondere mit

- *Angststörungen*
- *depressiven Störungen*
- *Tic-Störungen*
- *Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörungen*
- *im Erwachsenenalter auch Persönlichkeitsstörungen*

Aus systemischer Sicht mutet das Konzept der Komorbidität linear an und beschreibt lediglich häufige, in Kombination auftretende Störungen, ohne dynamische Zusammenhänge zu beachten. Komorbide Störungen können als Anzeichen für einen höheren Schweregrad verstanden werden (Jans, Walitza u. Warnke 2008). Auffallend sind die großen Unterschiede in den Angaben verschiedener Autoren. Jans et al. (2007) gehen von Selektionseffekten und unterschiedlichen diagnostischen Zuordnungen aus. Problematisch ist die Interpretation von Komorbiditätsraten, wenn klinische Stichproben untersucht wurden und die Prävalenzen der jeweiligen Störungen in der Allgemeinbevölkerung und deren Zuweisungsraten nicht bekannt sind. Becker et al. (2003) verglichen komorbide Störungen von Kindern und Jugendlichen mit Zwängen mit Ergebnissen einer epidemiologischen Stichprobe. Im Vergleich zu einer klinisch unauffälligen Gesamtstichprobe gab es lediglich bei männlichen Patienten eine erhöhte relative Häufigkeit von Tic-Störungen und bei Mädchen von Essstörungen und Zwängen.

Nach DSM-5 gelten folgende Störungen als verwandt mit Zwängen (Walitza 2015):

- *Dysmorphophobie*
- *Horten*
- *Trichotillomanie*
- *Exkoriations-Störung (skin picking)*
- *durch Drogen und Medikamente induzierte Zwangsstörung*
- *durch  $\beta$ -hämolyisierende Streptokokken ausgelöste Zwangssymptome (PANDAS Pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections)*

## 2.8 Unterformen von Zwängen

Zwangshandlungen und Zwangsgedanken treten häufig kombiniert auf. Nur wenige Kinder haben ausschließlich Zwangsgedanken oder führen ausschließlich Zwangshandlungen durch; in der Regel kommen beide Symptombereiche (ICD-10: F42.2) gemischt vor. Manche Autoren (Tominschek u. Schiepek 2007) unterscheiden zwei Erscheinungsbilder, früh und spät einsetzende Zwangsstörungen. Diskutiert werden verschiedene Unterformen: Zwangsstörungen ...

- *mit Tics bei einer hypothetischen spezifischen genetischen Belastung und eher schwerem Verlauf,*
- *mit episodischem Verlauf, einem höheren Erkrankungsalter, einer familiären Häufung von affektiven Störungen und häufigeren begleitenden Panikstörungen,*
- *mit fehlender Einsicht in die Unangemessenheit von Zwangsvorstellungen, mit chronischem und progredientem Krankheitsverlauf, ungünstigem Ansprechen auf Therapien, eher bei männlichen Patienten,*
- *mit einem niedrigen Ersterkrankungsalter und familiärer Häufung von Zwangserkrankungen, die eher bei Jungen auftreten und mit Aggression und Kontrolle assoziiert sind (AWMF 2015).*

Zwanghaftes Sammeln und Horten – *compulsive collecting and hoarding* – bis hin zu einem Messie-Syndrom und das Horten von Tieren können Ausdruck einer Zwangsproblematik sein. Dies kommt jedoch auch bei anderen Störungsbildern vor.

Differenzialdiagnostisch sind Zwänge zu unterscheiden von Grübeln bei einer depressiven Störung, Verhaltensproblemen beim Asperger-Syndrom, schizophrenen Psychosen, zwanghafter Persönlichkeitsstörung, schizotyper Persönlichkeitsstörung, Impulskontrollstörungen und Tic-Störungen sowie ggf. einer PANDAS.

## 2.9 Epidemiologie

Anders als früher angenommen handelt es sich bei Zwängen um eine der häufigeren psychischen Störungen. Nach Flament et al. (1988) liegt die Prävalenz bei Kindern und Jugendlichen bei ca. 1 %. Bei 0,3 %