



Materialien in
Deutsch, Englisch und
Einfacher Sprache

Wengenroth

THERAPIE-TOOLS

Psychoedukation Zwangsstörungen



E-Book inside auf
psychotherapie.tools

BELTZ

Matthias Wengenroth, Dipl.-Psych.
Psychotherapeutische Praxis
Mankhauser Str. 1
42699 Solingen

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme. Die Beltz Verlagsgruppe behält sich die Nutzung ihrer Inhalte für Text und Data Mining im Sinne von § 44b UrhG ausdrücklich vor. Trotz sorgfältiger inhaltlicher Kontrolle übernehmen wir keine Haftung für die Inhalte externer Links. Für den Inhalt der verlinkten Seiten sind ausschließlich deren Betreiber verantwortlich.

Dieses Buch ist erhältlich als:
ISBN 978-3-621-29428-7 Print
ISBN 978-3-621-29429-4 E-Book (PDF)

1. Auflage 2026

© 2026 Programm Beltz Psychotherapie & Psychologie
Beltz Verlagsgruppe GmbH & Co. KG
Werderstraße 10, 69469 Weinheim
service@beltz.de
Alle Rechte vorbehalten

Illustrationen: Till Laßmann
Lektorat: Andrea Glomb
Umschlagbild: Lina Oberdorfer
Herstellung: Uta Euler
Satz: WMTP Wendt-Media Text-Processing GmbH, Birkenau
Druck und Bindung: Beltz Grafische Betriebe, Bad Langensalza
Beltz Grafische Betriebe ist ein Unternehmen mit finanziellem Klimabeitrag (ID 15985-2104-1001).
Printed in Germany

Weitere Informationen zu unseren Autor:innen und Titeln finden Sie unter: www.beltz.de

Inhalt

	5
Verzeichnis der Informationsblätter	6
Vorwort	8
Einführung	9
1 Informationsmaterial in deutscher Sprache	11
2 Informationsmaterial in englischer Sprache	63
3 Informationsmaterial in Einfacher Sprache	109
Literatur	167

Verzeichnis der Informationsblätter

1 Informationsmaterial in deutscher Sprache

INFO 1	Was ist eine Zwangsstörung? Allgemeines zum Störungsbild	15
INFO 2	Woran erkennt man einen Zwang? Zwanghaftes Denken, Fühlen und Handeln	18
INFO 3	Die Gesichter des Zwangs: Varianten und ihre Besonderheiten	21
INFO 4	Ähnlich und doch anders: die Verwandten des Zwangs	23
INFO 5	Die Komplizen des Zwangs: Depressionen, Ängste, Sucht und andere Begleitprobleme	25
INFO 6	Wieso habe ich das? Die schwierige Frage nach den Ursachen	28
INFO 7	Was machen die Synapsen da? Erkenntnisse aus der Hirnforschung	30
INFO 8	Gelernt ist gelernt: Zwangshandlungen als ungünstige Angewohnheiten	32
INFO 9	Was denke ich mir eigentlich dabei? Falsches Schlussfolgern und andere Denkfehler	34
INFO 10	Mein wunder Punkt: das Selbstbild als Nährboden für Zweifel und Befürchtungen	37
INFO 11	Hat das Ganze auch etwas Gutes? Mögliche positive Seiten von Zwängen	39
INFO 12	Wie komme ich da wieder raus? Psychotherapie bei Zwängen	41
INFO 13	So kann es klappen! Günstige Einstellungen und realistische Erwartungen	43
INFO 14	Der Klassiker in der Therapie von Zwängen: Exposition mit Reaktionsverhinderung	46
INFO 15	Frischer Wind für eingefahrenes Denken: an Einstellungen und Bewertungen arbeiten	48
INFO 16	Was kann ich selbst für mich tun? Selbsthilfe bei Zwängen	50
INFO 17	Sollte ich Tabletten nehmen – und wenn ja, welche? Medikamente gegen Zwänge	52
INFO 18	Und wenn der Zwang sich wieder meldet? Rückfälle verhindern und überwinden	54
INFO 19	Liebe Leute! Tipps für Angehörige	56
INFO 20	Exposition, Fusion, Metakognition – hä? Fachbegriffe einfach erklärt	59

2 Informationsmaterial in englischer Sprache

INFO 1a	What is Obsessive-compulsive disorder?	65
INFO 2a	How can you recognise OCD?	67
INFO 3a	The many faces of OCD: variants and their characteristics	70
INFO 4a	Similar yet different: Conditions related to OCD	72
INFO 5a	Common companions of OCD: depression, anxiety, addiction, and other difficulties	74
INFO 6a	Why do I have this? The difficult question of causes	77
INFO 7a	What are the synapses doing? Findings from brain research	79
INFO 8a	Once learned, never forgotten: compulsive behaviours as unhelpful habits	81
INFO 9a	What was I actually thinking? False conclusions and other thinking errors	82
INFO 10a	My Achilles' heel: how self-image can fuel doubts and fears	84
INFO 11a	Is there a silver lining? Possible positive aspects of OCD	86
INFO 12a	How can I get out of this? Psychotherapy for OCD	88
INFO 13a	It can work like this! Helpful attitudes and realistic expectations	90
INFO 14a	The classic approach in treating OCD: Exposure with response prevention	93
INFO 15a	A breath of fresh air for rigid thinking: Working on attitudes and evaluations	95
INFO 16a	What can I do for myself? Self-help strategies for compulsions	97
INFO 17a	Should I take medication – and if so, which? Medication for compulsions	99
INFO 18a	What if OCD symptoms return? Preventing and coping with relapse	101
INFO 19a	Advice for family members and loved ones	103
INFO 20a	Exposure, fusion, metacognition – What does all this mean? Technical terms explained simply	106

3 Informationsmaterial in Einfacher Sprache

INFO 1b	Was ist eine Zwangs-Störung?	111
INFO 2b	Woran erkennt man einen Zwang?	114
INFO 3b	Die verschiedenen Formen des Zwangs	118
INFO 4b	Ähnliche Erkrankungen	120
INFO 5b	Die Begleiter des Zwangs	123
INFO 6b	Wieso habe ich diese Zwänge?	126
INFO 7b	Was passiert im Gehirn bei Zwangs-Störungen?	128
INFO 8b	Gelernt ist gelernt	130
INFO 9b	Gedanken bei Zwangs-Störungen	132
INFO 10b	Mein Selbst-Bild	135
INFO 11b	Hat die Zwangs-Störung auch etwas Gutes?	138
INFO 12b	Wie komme ich aus der Zwangs-Störung wieder raus?	140
INFO 13b	So kann die Therapie bei Zwangs-Störungen klappen!	143
INFO 14b	Exposition mit Reaktions-Verhinderung	146
INFO 15b	Eingefahrene Gedanken verändern	149
INFO 16b	Was Sie selbst bei Zwängen tun können	151
INFO 17b	Medikamente bei Zwängen	154
INFO 18b	Was tun, wenn der Zwang wieder stärker wird?	157
INFO 19b	Tipps für Angehörige	160
INFO 20b	Fachbegriffe einfach erklärt	164

Vorwort

Es ist mehr als 30 Jahre her, dass ich ein Buch des amerikanischen Psychologen Lee Baer übersetzt habe, in dem er den damaligen Kenntnisstand zur Zwangsstörung für Laien verständlich aufbereitet hatte. Das Buch trug den Titel »Getting Control« (»Alles unter Kontrolle« in der deutschen Übersetzung) und enthielt nicht nur Informationen über Fakten und Theorien, sondern auch eine detaillierte Anleitung zur Selbsthilfe auf der Grundlage lerntheoretischer Modellvorstellungen. Ich war damals – und bin es bis heute – sehr angetan von dem Grundgedanken, Erkenntnisse aus wissenschaftlicher Forschung und klinischer Praxis denjenigen zugänglich zu machen, die davon am meisten profitieren können: den Betroffenen selbst und ihren Angehörigen.

Hinsichtlich der Verfügbarkeit von Informationen über die Zwangsstörung unterscheidet sich die Situation Anfang der 1990er in zweifacher Hinsicht sehr deutlich von der heutigen. Zum einen hat sich das Wissen stark weiterentwickelt, grundlegende lerntheoretische Vorstellungen über die Entstehung und Aufrechterhaltung der Zwangsstörung wurden ergänzt durch Erkenntnisse über kognitive Mechanismen und neurobiologische Prozesse. Lee Baer selbst hat dieser Entwicklung durch Updates von »Alles unter Kontrolle« und einem weiteren Buch (»Der Kobold im Kopf«) Rechnung getragen. Zum anderen aber ist – insbesondere durch die digitalen Medien – die Menge an prinzipiell zugänglichen Informationen geradezu explodiert. Aus einem Mangel wurde eine Flut – was es gerade für wissenschaftliche Laien nicht unbedingt leichter macht, sich mit belastbarem und hilfreichen Wissen zu versorgen.

Der Bedarf an seriösem, gebündeltem und differenziertem Wissen in verständlicher Sprache besteht nach wie vor – oder vielleicht noch mehr in Zeiten des Internets und der KI, in denen oft diejenigen den Ton angeben, die die spektakulärsten Ansichten vertreten und die unrealistischsten Versprechungen machen, und nicht die, die sich tatsächlich am besten auskennen.

Aus diesem Grund habe ich mich sehr über die Möglichkeit gefreut, einen weiteren Band für die Therapie-Tools-Reihe zu verfassen, dieses Mal zu Psychoedukation bei Zwängen. Lee Baer hat mit seinen Büchern früh mein besonderes Interesse an der Zwangsstörung geweckt, später haben neuere kognitive Ansätze – insbesondere die Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT) und die Inferenzbasierte Kognitive Verhaltenstherapie (ICBT) – mein Verständnis der Störung deutlich erweitert und mir neue Impulse für die therapeutische Arbeit mit den Betroffenen gegeben. Die Zwangsstörung kann erhebliches Leid und massive Funktionseinschränkungen verursachen. Umso befriedigender ist es, wenn durch therapeutische Maßnahmen Zwänge überwunden oder zumindest gelindert werden können – und umso größer die Dankbarkeit der Patientinnen und Patienten und ihrer Angehörigen.

Ich selbst danke allen, die mir beim Sammeln der Erkenntnisse und der Fertigstellung des Buches unter die Arme gegriffen haben, insbesondere Bärbel Wengenroth, Manuela Kolla, Norbert Schneider und Andrea Glomb vom Beltz Verlag. Bei Till Laßmann bedanke ich mich für die wunderbaren Illustrationen. Ganz besonders gilt mein Dank jedoch meinen Patientinnen und Patienten für ihr Vertrauen und die Erfahrungen, die sie mit mir geteilt haben. Ich danke gerade auch denjenigen, die es genau wissen wollten, mir »Löcher in den Bauch« gefragt haben und mich so dazu antrieben, nicht aufzuhören, noch mehr über den »Kosmos Zwangsstörung« herauszufinden. Ich hoffe, es ist zumindest in Ansätzen geglückt, einen Teil dieses Wissens hier so aufzubereiten, dass es möglichst vielen Betroffenen zugutekommt.

Düsseldorf, im Frühjahr 2026

Matthias Wengenroth

Einführung

Wer unter Zwängen leidet, steht dreifach unter Beschuss: Insbesondere diejenigen Betroffenen, die auffällige Zwangshandlungen ausführen, werden von außen oft misstrauisch beäugt oder gar offen angegangen und lächerlich gemacht. Auch der Zwang selbst gibt sich fast nie zufrieden und ist grenzenlos und unerbittlich in seinen Forderungen: noch mehr waschen, noch mehr putzen, noch mehr kontrollieren, noch mehr magische Rituale ausführen, noch mehr grübeln, noch mehr Sicherheitsmaßnahmen ergreifen – und wehe, wenn mal etwas nicht genauso gemacht wurde wie verlangt. Am schärfsten aber kritisieren sich die Betroffenen oft selbst: Ich mache mir alles kaputt, warum höre ich nicht einfach mit dem Blödsinn auf? Das ist peinlich, dumm, krank. Wie kann man bloß so sein wie ich!

Selbst wenn sie sich überwunden haben, psychotherapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen, fällt es OCD-Betroffenen aus Scham oft schwer, über ihre Symptome zu sprechen, und nicht selten befürchten sie, auch in der Therapie abgelehnt oder gar sanktioniert zu werden, etwa wenn sie Zwangsgedanken mit tabuisierten Inhalten zum Thema machen. Aus diesem Grund ist es in der Therapie mit dieser Patientengruppe besonders wichtig, eine vertrauensvolle Atmosphäre zu schaffen, in der Betroffene die Erfahrung machen, dass sie wegen ihrer Symptome nicht auf Ablehnung stoßen, sondern ihr Gegenüber verständnisvoll und wohlwollend bleibt, selbst wenn sie »schlimme«, »verwerfliche« oder »kranke« Gedanken und Vorstellungen äußern. Darüber hinaus tut zunächst einmal Aufklärung Not – sachliche, klare, neutrale Information über das Störungsbild, seine typischen Anzeichen, die möglichen Ursachen und die Behandlungsoptionen.

Diese Aufklärung sollte möglichst auf die Umstände des jeweiligen Betroffenen abgestimmt sein, sein Vorwissen (insbesondere auch seine irrigen Annahmen), sein Auffassungsvermögen, seine Bedürfnisse. Psychoedukation in diesem Sinne ist therapeutische Kernkompetenz – notwendiger Bestandteil jeder psychotherapeutischen Behandlung – mit dem übergreifenden Ziel der »Stärkung [von] Ressourcen und [der] Förderung des informierten, selbstverantwortlichen Umgangs mit der Erkrankung« (Bäumel et al., 2018, S. 3). Folgende Teilziele verfolgt eine so verstandene Psychoedukation (ebd.):

- ▶ die emotionale Entlastung von Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen,
- ▶ die Verbesserung des Informationsstandes der Betroffenen hinsichtlich Diagnose, Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten,
- ▶ den Aufbau eines funktionalen Störungsmodells, also eines, das vor allem auch aufrechterhaltende und beeinflussbare Aspekte der Störung beinhaltet,
- ▶ die Befähigung zur Entscheidung für oder gegen verschiedene Behandlungsoptionen,
- ▶ die Stärkung der Motivation zur Mitarbeit sowie
- ▶ die Stärkung der Fähigkeit zur Krisenbewältigung sowie generell die Erhöhung der Selbstwirksamkeit im Umgang mit der Störung – und damit auch mit anderen Herausforderungen des Lebens.

Psychoedukative Maßnahmen erfolgen selbstverständlich zu einem großen Teil in den therapeutischen Sitzungen selbst sowie in speziellen Informationsveranstaltungen, wie sie etwa in stationären Einrichtungen durchgeführt werden. Ergänzend bietet es sich an, Patienten vor- oder nachbereitend schriftliches Informationsmaterial an die Hand zu geben, zum einen, um es ihnen zu ermöglichen, bestimmte Inhalte noch einmal nachzulesen (ggf. auch nach Abschluss der Behandlung), und zum anderen, um nicht mehr kostbare Therapiezeit für die Psychoedukation zu verwenden als nötig.

Zwar liegen bereits brauchbare Materialsammlungen für die diagnoseübergreifende Psychoedukation (z. B. Heßler-Kaufmann & Neudeck, 2020; Schanz et al., 2022) sowie psychoedukative Programme für Zwangsbetroffene (Stengler et al., 2018) vor. Auch die Therapie-Tools Zwangsstörungen (Fricke, 2025) enthalten hilfreiche Informationsblätter für Patienten und Angehörige, allerdings fehlte noch eine Sammlung flexibel einsetzbarer Materialien für die Psychoedukation in der Behandlung der Zwangsstörung, die alle wichtigen Aspekte abdecken und auf unterschiedliche sprachliche Voraussetzungen abgestimmt sind.

Es mag Sie überraschen (mich hat es überrascht), aber keineswegs alle Patienten sind von vornherein bereit oder in der Lage, sich mit schriftlichen Informationen über ihre Probleme auseinanderzusetzen. Manche Menschen sind ungeübt im Umgang mit Texten, für viele ist die Vorstellung, dass die Aufnahme und Verarbeitung schriftlicher Informationen einen positiven Einfluss auf die Bewältigung gesundheitlicher oder psychischer Probleme haben könnten, geradezu abwegig. Selbst Patientinnen und Patienten mit akademischem Hintergrund sind manchmal nur schwer zu motivieren, Texte über ihre psychischen Schwierigkeiten zu lesen. Manchmal bilden Vermeidungstendenzen eine Barriere: Nicht wenige Patienten haben Angst, durch Informationen über ihr Problem »getriggert« zu werden – oder gar neue Zwangsgedanken zu entwickeln. Auch komorbide Störungen wie ADHS oder Depressionen können dafür verantwortlich sein, dass Materialien, die Sie ihnen mitgeben, ungenutzt in einer Ecke landen. Und schließlich mag auch der Umstand eine Rolle spielen, dass man heute aus formalrechtlichen Gründen an vielen Stellen ellenlange, unverständliche oder uninteressante Texte (wie Datenschutzerklärungen oder andere Einwilligungen) vorgelegt bekommt, die man teilweise unterschreiben oder anklicken muss, die aber kaum jemand liest. Gehen Sie also nicht davon aus, dass Ihre Patientinnen und Patienten alles lesen, was Sie ihnen mitgeben. Finden Sie heraus, ob sich die Patienten mit dem Material befassen und was die Ursachen sind, falls sie es nicht tun.

Auf jeden Fall sollten Sie vermeiden, die Patienten zu überfordern, indem Sie ihnen zu viele Texte auf einmal mitgeben. Überlassen Sie ihnen lieber einzelne Blätter statt ganzer Stapel oder vereinbaren Sie, dass das Material ruhig »häppchenweise« gelesen werden kann. Bieten Sie an, über die Inhalte zu sprechen und Fragen zu klären, aber achten Sie darauf, dass Therapiesitzungen nicht zu reinen Frage- oder Diskussionsstunden verkommen, in denen über bestimmte Themen gefachsimpelt oder debattiert wird. Sich Wissen anzueignen und es einzuordnen, ist wichtig und hilfreich, aber die Anwendung darf darüber nicht zu kurz kommen.

Machen Sie sich möglichst mit dem Inhalt der Blätter vertraut, ehe Sie sie an Ihre Patientinnen weiterreichen. Zwar beruhen die Darstellungen weitgehend auf fachlich allgemein anerkannten Erkenntnissen und Prinzipien, trotzdem werden Sie nicht mit jedem einzelnen Satz konform gehen. Dazu sind die Auffassungen über die Ursachen und die Behandlung psychischer Störungen zu unterschiedlich – selbst unter Vertretern der Kognitiven Verhaltenstherapie bzw. der evidenzbasierten Methoden. Ich habe versucht, bei der Formulierung der Blätter nicht zu dogmatisch zu sein, seien Sie es auch nicht. Selbstverständlich dürfen Sie es Ihren Patienten gegenüber deutlich machen, wenn Sie an der einen oder anderen Stelle eine andere Ansicht vertreten oder andere Schwerpunkte setzen. Diskrepanzen zwischen dem Inhalt des Materials und Ihrem therapeutischen Vorgehen könnten die Patientin sonst verwirren oder frustrieren. Wenn Sie mit einem bestimmten Blatt gar nicht d'accord sind, könnten Sie ein eigenes Blatt zu dem entsprechenden Thema verfassen.

Noch ein letzter Hinweis: Natürlich sollte Psychoedukation ermutigend sein und das Potenzial von Therapie und Selbsthilfe hervorheben, aber sie darf auch kein zu rosiges Bild von den Aussichten malen. Dies wäre nicht fair und würde letztlich auch zu Frustration oder Selbstbeschuldigung und Verzweiflung auf Seiten des Patienten führen: »Jetzt mache ich schon diese anstrengende Therapie, die doch helfen soll, und habe immer noch Zwangsgedanken und schaffe es nicht, mir seltener die Hände zu waschen – was stimmt bloß nicht mit mir?« Oder zur Ablehnung jeder weiteren therapeutischen Unterstützung: »Das ist doch alles Lug und Trug!« Auch wenn es uns nicht gefällt, wir müssen uns selbst gegenüber – und auch den Hilfesuchenden, die sich an uns wenden – eingestehen, dass unsere Möglichkeiten Grenzen haben. Nicht jedem können wir helfen, manche Betroffene profitieren zwar, haben aber weiterhin Symptome oder erleiden später wieder Rückfälle, für manche wird es ein sehr langer und beschwerlicher Weg, manche müssen eher lernen, mit und trotz der Störung ein möglichst lebenswertes Leben zu führen. Das muss nicht bedeuten, dass sie oder wir etwas falsch machen, sondern liegt in der Natur der Sache und in unserem immer noch begrenzten Wissen über diese sehr besondere, oft unglaublich hartnäckige und in Teilen immer noch rätselhafte Störung und über effektive Interventionsmöglichkeiten. Wir sind vorangekommen auf diesem Weg, aber noch lange nicht am Ziel.

1

**Informationsmaterial
in deutscher Sprache**

Informationsmaterial

INFO 1 Was ist eine Zwangsstörung? Allgemeines zum Störungsbild

Neben Informationen zu Prävalenz und Auswirkungen der Störung enthält dieses Blatt vor allem die versöhnliche Metapher des Zwangs als Gespenster sehenden Schutzengel und die Definition der Störung und ihrer Komponenten. Während den meisten Betroffenen durchaus bewusst ist, dass sie z. B. zu viel grübeln, überprüfen, waschen oder putzen, fehlt vielen die Einsicht in die funktionalen Zusammenhänge zwischen Zwangsgedanken, Zwangshandlungen und Vermeidung.

INFO 2 Woran erkennt man einen Zwang? Zwanghaftes Denken, Fühlen und Handeln

Detailliertere Angaben zur Phänomenologie der Störung dienen unter anderem dazu, dass Betroffene relevante Verhaltens- und Erlebnisweisen als Teil der Störung erkennen. Oft bringen Patientinnen bestimmte Schwierigkeiten, die nicht zu den klassischen Zwangssymptomen wie Wasch- oder Kontrollhandlungen zu tun haben, zunächst nicht in Zusammenhang mit ihrer Zwangsstörung.

INFO 3 Die Gesichter des Zwangs: Varianten und ihre Besonderheiten

Unterschiede und Gemeinsamkeiten der verschiedenen OCD-Subtypen werden hier exemplarisch dargestellt. Dies kann Betroffene dabei unterstützen, ihre eigenen Zweifel und Impulse bestimmten Themen zuzuordnen. Im Gespräch sollten die Angaben ergänzt werden, falls der individuelle Subtyp der Betroffenen nicht aufgeführt ist (z. B. im Fall von sensomotorischen oder existenziellen Zwängen, Beziehungs-OCD oder Real-Event-OCD).

INFO 4 Ähnlich und doch anders: die Verwandten des Zwangs

Der Nutzen der Aufklärung über zwangsverwandte Störungen ergibt sich aus der Tatsache, dass die Prävalenz dieser Störungen bei Betroffenen erhöht ist. Zudem spricht zumindest ein Teil dieser Störungen auch auf bestimmte Komponenten der Standardtherapie von Zwängen an.

INFO 5 Die Komplizen des Zwangs: Depressionen, Ängste, Sucht und andere Begleitprobleme

Komorbiditäten sind bei Zwängen eher die Regel als die Ausnahme. Ob sie nun Folge der Symptomatik sind oder Probleme mit eigener Genese bzw. Aufrechterhaltungsdynamik darstellen – sie belasten viele Betroffene zusätzlich und müssen in der Therapie mitberücksichtigt werden.

INFO 6 Wieso habe ich das? Die schwierige Frage nach den Ursachen

Auch wenn die Therapie oft mehr von der Frage profitiert, was die Störung aufrechterhält, als von der Suche nach den prädisponierenden und auslösenden Bedingungsfaktoren, so ist es dennoch verständlich, dass Betroffene sich fragen, was ihre Störung ursprünglich verursacht hat. Die Formulierungen auf diesem Blatt zielen darauf ab, der Tendenz zu dysfunktionalen Ursachenzuschreibungen entgegenzuwirken. Außerdem wird herausgearbeitet, dass eine eindeutige Antwort auf die Frage nach den Ursachen im Einzelfall schwierig ist – und auch nicht dazu führen würde, dass sich die Schwierigkeiten dadurch »in Wohlgefallen auflösen« würden.

INFO 7 Was machen die Synapsen da? Erkenntnisse aus der Hirnforschung

Auch wenn sie für die Psychotherapie nur bedingt relevant sind, gibt es zumindest bei einem Teil der Betroffenen ein Interesse an den hirnorganischen Grundlagen der Störung, dem dieses Blatt entgegenkommt. Grundlage ist ein vereinfachtes modular-dynamisches Netzwerkmodell der neuronalen Aktivität, welches die Zwangssymptomatik als Resultat der Interaktion zwischen spezialisierten Hirnarealen darstellt. Therapeutisch hilfreich ist das Modell insofern, als es einerseits der unrealistischen Vorstellung entgegenwirkt, zwanghafte Gedanken und Impulse ließen sich »einfach so« mit reiner Willenskraft abstellen, andererseits die Betroffenen und ihre Angehörigen ermutigt, indem es auf die Plastizität und die Lernfähigkeit des Systems verweist.

INFO 8 Gelernt ist gelernt: Zwangshandlungen als ungünstige Angewohnheiten

Dieses Blatt erklärt das klassische lerntheoretische Modell der Zwangsstörung, das trotz aller Erweiterungen und Differenzierungen nach wie vor das Fundament zentraler Behandlungsprinzipien bildet, insbesondere von Exposition mit Reaktionsverhinderung.

INFO 9 Was denke ich mir eigentlich dabei? Falsches Schlussfolgern und andere Denkfehler

Auf diesem Blatt werden kognitive Modelle der Zwangsstörung vorgestellt. Im Mittelpunkt steht dabei der nach wie vor einflussreiche Appraisal-Ansatz, dem zufolge nicht die aufdringlichen Gedanken selbst für die Zwangssymptomatik verantwortlich sind, sondern deren Bewertung.

INFO 10 Mein wunder Punkt: das Selbstbild als Nährboden für Zweifel und Befürchtungen

Dieses Blatt geht auf die Rolle des Selbstbildes für die Entstehung und Aufrechterhaltung der Zwangssymptomatik ein. Diese Informationen sind dann besonders hilfreich, wenn in der Therapie eine vertiefte Auseinandersetzung mit individuellen Selbstkonzepten vorgesehen ist.

INFO 11 Hat das Ganze auch etwas Gutes? Mögliche positive Seiten von Zwängen

Ohne die Störung und das durch sie verursachte Leid zu beschönigen, werden hier einige positive Aspekte von Zwängen beleuchtet, die Patienten helfen können, mit der Tatsache Frieden zu schließen, dass sie die Störung entwickelt haben bzw. eine gewisse Anfälligkeit dafür in sich tragen. Insbesondere im Rahmen metakognitiver und akzeptanzorientierter Therapieansätze, die auf einen veränderten Umgang mit Intrusionen abzielen, können solche Einsichten hilfreich sein. Auch das Thema der möglichen Funktionalitäten von Zwängen wird hier behutsam angesprochen.

INFO 12 Wie komme ich da wieder raus? Psychotherapie bei Zwängen

Das Blatt gibt einen groben Überblick über die Ziele und Vorgehensweisen der psychotherapeutischen Behandlung und nennt sowohl allgemeine Prinzipien als auch verfahrensspezifische Erklärungen und Methoden.

INFO 13 So kann es klappen! Günstige Einstellungen und realistische Erwartungen

Dieses Blatt bietet eine grundlegende Orientierung der Patientinnen und Patienten auf das, was sie in der Therapie erwarten können. Es soll unrealistischen Erwartungen entgegenwirken und insbesondere die Notwendigkeit einer aktiven Mitwirkung unterstreichen.

INFO 14 Der Klassiker in der Therapie von Zwängen: Exposition mit Reaktionsverhinderung

Hier wird auf der Grundlage von Common-sense- und wissenschaftlichen Erkenntnissen sowie einer eingängigen Metapher das Grundprinzip der Expositionsbehandlung beschrieben und verschiedene Varianten vorgestellt.

INFO 15 Frischer Wind für eingefahrenes Denken: an Einstellungen und Bewertungen arbeiten

Dieses Blatt befasst sich mit (meta-)kognitiven Behandlungsmethoden und liefert neben einer Begründung für die therapeutische Arbeit an gedanklichen Prozessen Beispiele aus den verschiedenen Ansätzen der Kognitiven Verhaltenstherapie.

INFO 16 Was kann ich selbst für mich tun? Selbsthilfe bei Zwängen

Auch gut versorgte Patientinnen und Patienten sind einen Großteil der Zeit vor, während und nach einer Behandlung auf sich selbst gestellt. Die Hinweise auf diesem Informationsblatt sollen sie dabei unterstützen, eigene Ressourcen zu aktivieren, und ihre Selbstwirksamkeit erhöhen.

INFO 17 Sollte ich Tabletten nehmen – und wenn ja, welche? Medikamente gegen Zwänge

Dieses Blatt informiert über biologische Behandlungsansätze in der Behandlung von Zwängen. Pro und Kontra der medikamentösen Behandlung werden dargestellt, dazu gibt es einige Hinweise zur Durchführung der Pharmakotherapie sowie eine kurze Beschreibung nicht-pharmakologischer biologischer Verfahren.

INFO 18 Und wenn sich der Zwang wieder meldet? Rückfälle verhindern und überwinden

Auch wenn die Zwangsstörung dank moderner Therapieansätze als relativ gut behandelbar gilt, erleidet ein nicht unerheblicher Anteil der Betroffenen auch nach einer erfolgreichen Behandlung früher oder später einen Rückfall. Dieses Blatt informiert darüber, wie Rückfälle verhindert beziehungsweise – möglichst früh – erkannt und behandelt werden können.

INFO 19 Liebe Leute! Tipps für Angehörige

Fast immer sind Angehörige von der Störung mitbetroffen. Manche benötigen ihrerseits Beratung oder therapeutische Unterstützung. Auf jeden Fall können sie durch ihren Umgang mit den Betroffenen und ihren Schwierigkeiten sowohl einen förderlichen als auch einen ungünstigen Einfluss auf den Verlauf der Störung ausüben und sollten möglichst in die Therapie mit einbezogen werden. Natürlich entscheidet darüber in aller Regel der Patient selbst, sowie auch darüber, ob er dieses Informationsblatt an seine Angehörigen weiterreichen möchte.

INFO 20 Exposition, Fusion, Metakognition – hä? Fachbegriffe einfach erklärt

Patienten dabei zu unterstützen, zu Experten für die eigene Erkrankung bzw. Störung zu werden, ist eine gängige Forderung der modernen Therapie. Erleichtert wird dies dadurch, dass sich Betroffene mit den besonders häufig verwendeten Fachtermini vertraut machen – oder zumindest eine Möglichkeit haben, diese Begriffe nachzuschlagen, wenn sie ihnen begegnen.

Was ist eine Zwangsstörung? Allgemeines zum Störungsbild

Mehr als Händewaschen und Elektrogeräte kontrollieren

Fragte man Leute auf der Straße, was eine Zwangsstörung ist, würde man vermutlich Antworten erhalten wie: »Das ist doch das Problem von Menschen, die sich ständig grundlos die Hände waschen« oder »Wenn man immer wieder kontrolliert, ob Türen abgeschlossen sind oder der Herd aus ist und solche Sachen.«

Derartige Antworten werden Ihnen vermutlich ein müdes Lächeln abringen, denn Sie wissen aus eigener Erfahrung, dass solche Verhaltensweisen zwar dazugehören können, eine Zwangsstörung jedoch viel mehr umfasst als das. Sie äußert sich auf vielfältige Weise im Denken, Fühlen und Handeln. Sie beeinflusst die Vorstellungen, die jemand von sich selbst hat, und kann einen großen Teil seines Lebens dominieren. Und das Verwirrendste daran: In Bereichen, die sich der Zwang nicht »unter den Nagel gerissen hat«, handeln Betroffene vernünftig und angemessen, viele arbeiten, haben Partner und Freunde, vergnügen sich, führen zumindest in weiten Teilen ein ganz normales Leben.

Unter einer Zwangsstörung zu leiden, ist eine große Belastung, und viele Betroffene empfinden ihren Zwang geradezu als Feind. Eigentlich aber will der Zwang immer nur eines: Sie vor Schaden bewahren. Er ist wie ein Schutzengel, allerdings ein etwas kurzsichtiger. Bestimmte Dinge, die eigentlich harmlos sind, erkennt er als gefährlich und gerät dann in Panik. »Pass auf, hier stimmt etwas nicht!«, ruft er Ihnen zu, so aufgeregt und laut, dass Sie es nicht ignorieren können. Und dann fordert er Sie auf, bestimmte Dinge zu tun, damit nichts Schlimmes geschieht. Sie selbst wissen vielleicht, dass seine Ratschläge letztlich zu nichts führen, womöglich sogar alles noch schlimmer machen. Aber Ihrem Schutzengel mangelt es ja an Weitsicht, und er liegt Ihnen so lange in den Ohren, bis Sie genau das getan haben, was er von Ihnen verlangt. Erst dann gibt er Ruhe – und diese Ruhe ist nach dem Spektakel, das er vorher veranstaltet hat, geradezu himmlisch. Richtig gut geht es Ihnen damit aber auch nicht: Denn erstens haben Sie Dinge getan, die Sie eigentlich für sinnlos halten. Und zweitens wissen Sie: Lange wird die Ruhe nicht anhalten.



Wenn der Schutzengel Gespenster sieht ... oder ein Ungetüm, wo es nur ein kleines Mäuschen gibt

Was ist eine Zwangsstörung? Allgemeines zum Störungsbild

Die Hauptbestandteile eines Zwangs: Zwangsgedanken, Zwangshandlungen und Vermeidung

Ein Zwang ist ein Muster im Verhalten und Erleben eines Menschen, das aus zwei Teilen besteht:

- ▶ Zwangsgedanken – Obsession
- ▶ Zwangshandlung – Kompulsion

(Aus den englischen Begriffen *obsession*, *compulsion* und *disorder* für Störung setzt sich die häufig verwendete Abkürzung OCD zusammen.)

Zwangsgedanken sind aufdringliche Gedanken oder Vorstellungen, die unangenehme, teils quälende Gefühlszustände (vor allem Angst, aber auch Unsicherheit, Ekel, Scham oder Schuldgefühle) auslösen. Worum es bei diesen Gedanken oder Vorstellungen geht, ist von Fall zu Fall sehr unterschiedlich. Typisch ist etwa die Befürchtung, verschmutzt zu sein und diesen Schmutz weiterzuverbreiten, oder die Angst, wegen einer Unachtsamkeit großen Schaden zu verursachen.

Zwangshandlungen sind dann der – oft verzweifelte – Versuch, die vermeintliche Gefahr abzuwenden oder das störende Gefühl wieder loszuwerden. Zum Beispiel durch ausgedehntes Händewaschen oder Duschen, durch wiederholtes Kontrollieren oder auch dadurch, dass man sich von anderen versichern lässt, dass alles in Ordnung ist.

Die belastende Erfahrung, Zwangsgedanken zu haben und sich zu Zwangshandlungen gedrängt zu fühlen, führt oft dazu, dass die entsprechenden Auslösesituationen so gut es geht vermieden werden. Man versucht z. B., mit bestimmten Dingen erst gar nicht in Berührung zu kommen (trägt etwa beim Einkaufen Handschuhe und öffnet Türen mit dem Ellbogen) oder delegiert bestimmte Aufgaben an andere (lässt z. B. beim Verlassen der Wohnung den Partner die Tür abschließen). Bei manchen Betroffenen ist die Vermeidung so stark ausgeprägt, dass sie so gut wie keine Zwangsgedanken mehr haben. Das ist auf der einen Seite zwar entlastend, geht auf der anderen Seite aber sehr zu Lasten der Lebensqualität.

Sie stehen nicht allein da

Viele Menschen, die unter Zwängen leiden, haben das Gefühl, eine absolute Ausnahme zu sein, anders als alle anderen. Sie stehen aber keineswegs allein da – es gibt viele Betroffene. Nach vorsichtigen Schätzungen sind zu einem gegebenen Zeitpunkt mindestens 1 Prozent der Bevölkerung von einer schweren, behandlungsbedürftigen Zwangsstörung betroffen. Das sind zum Beispiel in einer Stadt wie Berlin über 36.000, in Wien mehr als 20.000 und in Zürich 4.500. Wenn man leichtere Fälle hinzunimmt, sind es noch viel mehr – womöglich bis zu 10 Prozent aller Menschen. Weltweit haben bis zu 250 Millionen Menschen zeitweise oder dauerhaft unter Zwängen zu leiden. Viele sind in ihrer Lebensführung beeinträchtigt – schon allein durch die Zeit, die ihre Zwangshandlungen in Anspruch nehmen, nämlich im Schnitt fast sechs Stunden jeden Tag. Da bleibt viel weniger Zeit für wichtige oder angenehme Dinge. Natürlich leiden darunter Stimmung und Selbstvertrauen. Entsprechend ist auch die Arbeitslosenquote bei Menschen mit einer Zwangsstörung höher als in der Allgemeinbevölkerung. Menschen mit Zwängen haben im Schnitt weniger Freunde und Bekannte, sind seltener verheiratet und häufiger auf Unterstützung angewiesen.

Was ist eine Zwangsstörung? Allgemeines zum Störungsbild

Diese Angaben zeigen, dass man eine Zwangsstörung nicht auf die leichte Schulter nehmen sollte. Aber lassen Sie sich nicht entmutigen: Es gibt auch Lichtblicke – Erkenntnisse, die Sie zuversichtlich stimmen können:

- ▶ Nicht nur die Symptome selbst, sondern auch die Einstellung zu den Symptomen und der Umgang mit ihnen spielt eine Rolle. Wer es schafft, Zwangsgedanken nicht falsch zu interpretieren und sich Impulsen zur Ausübung von Zwangshandlungen häufig zu widersetzen, ist oft weniger in seiner Lebensführung beeinträchtigt. Nicht wenigen Menschen gelingt es, trotz ihrer Zwangssymptome ein erfülltes und befriedigendes Leben zu führen.
- ▶ Zwangssymptome können sehr hartnäckig sein und die Betroffenen über viele Jahre lang quälen, aber auf lange Sicht geht es vielen Patienten dann doch irgendwann besser. Vor allem im höheren Alter lassen die Symptome oft nach.
- ▶ Die Chancen auf Besserung können Sie noch deutlich erhöhen, wenn Sie sich in Behandlung begeben. Eine Therapie ist kein Wundermittel und oft mit Mühen verbunden, aber vor allem Methoden aus dem Bereich der Kognitiven Verhaltenstherapie haben sich in vielen Studien und in der Praxis als wirksam erwiesen.