



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

<b>1</b>	<b>Einleitung</b> .....	<b>9</b>
<b>2</b>	<b>Merkmale aggressiver und sexueller Zwangsgedanken</b> .....	<b>13</b>
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
<b>3</b>	<b>Ätiologiemodelle – Wie entstehen aggressive und sexuelle Zwangsgedanken?</b> .....	<b>35</b>
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
<b>4</b>	<b>Diagnostische Verfahren</b> .....	<b>55</b>
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
<b>5</b>	<b>Therapie aggressiver und sexueller Zwangsgedanken .....</b>	<b>69</b>
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
<b>Literatur . . . . .</b>		<b>162</b>
<b>Anhang . . . . .</b>		<b>171</b>
	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 Patienten<sup>1</sup>, 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 angstauslösenden 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