

Zwänge und Diabetes

Zwanghaftes Verhalten und Selbstkontrollzwang

Dipl.- Psych. Martin Junghöfer
Bonn

Ein Mensch testet seinen BZ und schon denkt er daran, daß er möglicherweise beim Stechen oder beim Blut-heraus-drücken oder beim Reinstecken des Teststäbchens irgend etwas falsch gemacht hat; er liest das Ergebnis ab und mißtraut der Genauigkeit des Gerätes; kurz danach vermutet er, daß jetzt gerade sein Körper neue Kohlehydrate aufgenommen hat und sich sein BZ-Wert entscheidend verändert hat; außerdem mißtraut er seiner Erinnerung, selbst wenn er den Wert sofort aufgeschrieben hat, es hätte ja sein können, daß er abgelenkt war und einen falschen Wert aufgeschrieben hat: er wird unruhig, bekommt Angst und mißt, um diese Angst zu reduzieren, noch einmal! Und schon geht das Spiel so oder so ähnlich wieder von vorne los!

Ist das normal oder zwanghaft?

Der Mensch mit Diabetes muß viel und oft entscheiden

Es ist fast nicht übertrieben zu sagen, daß die meisten Menschen mehr oder weniger entscheidungslos durchs Leben gehen: wir entscheiden nicht, gezeugt und geboren zu werden; wir entscheiden nicht auf die Schule zu gehen; auch der ergriffene Beruf ergibt sich oft so; Lebenspartner kreuzen zufällig unseren Lebensweg und Kinder kommen halt irgendwann; wohin wir in Urlaub fahren und die Farbe des Autos entscheiden meistens andere Familienmitglieder; auch bei Rot zu halten entscheiden wir nicht wirklich; der Eintritt in die Rente wird von anderen festgesetzt und Krankheiten und Tod kommen schicksalhaft!

Der Mensch mit Diabetes muß lebenslang mehrmals täglich Entscheidungen treffen, wo sich der Nichtdiabetiker im entscheidungsfreien Kontext bewegt. Bleiben wir beim Beispiel „Ampel“: sie ist klar erkennbar rot oder grün und manchmal gelb; die darauf folgenden Entscheidungen und Handlungen sind ähnlich klar: stehenbleiben oder weiter; nur bei gelb folgt eine meist automatisierte, d.h. blitzschnelle Risikoabwägung.

Im täglichen Lebensvollzug des Menschen mit Diabetes gibt es immer wieder Ampeln mit vielen Zwischenschattierungen und stufenlosen Übergängen, so daß die Entscheidungen nur schwer automatisiert werden können und deswegen immer wieder bewußt durchgeführt werden müssen: da kann es ungemein helfen, ein bißchen korrekt und pingelig, d.h. zwanghaft zu sein. : das kann Struktur und Halt geben! Nur, wie so oft im Leben entscheidet die Dosis über die Qualität: ein bißchen Wein macht lustig, mehr macht besoffen und zu viel kann tödlich sein; so ist es auch hier:

ein bißchen Zwanghaftigkeit kann dem Menschen mit Diabetes das Leben erleichtern, mehr macht das Leben schwerer, zu viel Zwang kann zum privaten, beruflichen und diabetischen Zusammenbruch führen.

Daß ein Mensch mit Diabetes - wie jeder andere auch – zusätzlich noch eine Zwangskrankheit haben kann, ist selbstverständlich; und natürlich auch, daß diese – wie jede andere Krankheit - durch den Diabetes mehr oder weniger verschlimmert oder verkompliziert werden kann.

Wie sieht Zwang aus?

Hinter den Wörtern und Begriffen mit „Zwang ...“ verbergen sich fünf Phänomene, die teils sehr verschieden sind und teils ineinander übergehen können:

Zwanghaftigkeit, zwanghafte Persönlichkeitsstörung incl. diabetischer Selbstkontrollzwang, Zwangsgedanken und Zwangshandlungen. Hier sei zuerst beschrieben, wie sich diese Phänomene darstellen und welchen Bezug sie zum Diabetes haben

Zwanghaftigkeit ist das Streben nach Dauer, Gewohntem, Unveränderlichem, Sicherem; die Neigung, alles beim alten zu lassen, Meinungen, Einstellungen, Grundsätze bleiben fest: „festgemauert in der Erde ...“

Wenn sich dann z.B. durch äußere Umstände etwas verändert, wird der zwanghafte Mensch versuchen, alles wieder auf das bekannte Maß zurückzuführen. Er wird seine Meinung, seine Überzeugung und sein Verhalten nur sehr langsam ändern und nur so weit als eben notwendig.

Ein bißchen zwanghaft ist jeder Mensch.

Diese Eigenschaft ist die Voraussetzung dafür, daß wir die Welt und das Leben ordnen, und daß Regeln und Gesetze das Zusammenleben ermöglichen. Zwanghaftigkeit führt - in krasser Ausprägung - zu Pedanterie. Sie ist das Gegenteil von Kreativität und Innovationfreude. Diese können - in krasser Ausprägung - zu Flatterhaftigkeit und unsteter Unverbindlichkeit werden.

Alle unsere Eigenschaften können von „normal“ bis „störend“ ausgeprägt sein. Es ist aber immer - hier wie im Folgenden - schwierig, die Grenze angeben zu können, ab wann etwas störend wird, ja ab wann sogar eine Störung vorliegt.

Störend kann etwas für einen selber und/oder für die Umwelt sein, nahe Verwandte, Freunde, Arbeitskollegen und andere. Alle diese können der Meinung sein, daß ein Verhalten oder eine vertretene Meinung störend sein kann. Eine allgemein verbindliche, wissenschaftliche Bestimmung dieser Grenzlinie zwischen „normal“ und „störend“ oder „krank“ gibt es nicht.

Was jeweils als angemessene Handlung, als sinnvolle Lebensperspektive oder als deren Störung betrachtet wird, ist nur zu verstehen, wenn man den gesamten Lebenszusammenhang sieht und in seine Betrachtung einbezieht, den individuellen und den gesellschaftlichen Kontext, in dem der Einzelne steht und er seine persönliche Identität entwickelt.

Für einen Menschen mit Diabetes ist es von Vorteil, etwas zwanghafter zu sein,

als für einen Nichtdiabetiker, wenn er gleichzeitig seine Offenheit für Neues, neue Erkenntnisse und Entwicklungen in der Therapie, aber auch bei und für sich selbst erhält. Dadurch erleichtert er, wie oben beschrieben, seine ständigen, bewußten Entscheidungen.

Wenn auch Zwanghaftigkeit sich bis zur Störung für einen selber und für die Umwelt ausweiten kann, so ist sie immer noch als relativ „harmlos“ dem Folgenden gegenüber anzusehen. Der „bloß zwanghafte“ ist meist noch in der Lage, durch **Einsicht** sein Verhalten – wenigstens zeitweise – zu **ändern**. So einfach jedoch ist eine Änderung bei einer Persönlichkeitsstörung nicht mehr herbeizuführen.

Was ist eine zwanghafter Persönlichkeitsstörung?

Unter **zwanghafter Persönlichkeitsstörung** versteht man ein **durchgängiges Muster von Rigidität und Perfektionismus**, die übermäßige Beschäftigen mit Regeln und Ordnung. Der Mensch mit einer zwanghaften Persönlichkeitsstörung ist felsenfest davon überzeugt, **immer alles richtig zu machen!**

Ein entscheidendes Merkmal dieser zwanghaften Persönlichkeitsstörung ist es, daß sein übermäßig rigides und perfektionistisches Verhalten **nicht mehr effektiv** ist! Das bedeutet, daß er gerade durch seine Übergenauigkeit und den Versuch, alle möglichen Fehlerquellen auszuschalten, die angestrebten Ziele verfehlt!

Wenn das passiert und er merkt, daß er seine Ziele nicht erreicht, fühlt er sich deutlich gestört, beunruhigt, verängstigt bis hin zur Panik. Er wird dann versuchen, „noch einen drauf zu legen“ und noch perfekter zu werden. Dadurch spätestens gerät er in einen fatalen Teufelskreis.

Was ist ein diabetischer Selbstkontrollzwang?

Die diabetische Variante dieser „zwanghaften Persönlichkeitsstörung“ manifestiert sich im **„diabetischen Selbstkontrollzwang“**.

Der Menschen mit diabetischem Selbstkontrollzwang „muß“ alle diabetischen Kontrollhandlungen genauestens und immer wieder ausführen, weil **er den Ergebnissen der Kontrolle und seiner eigenen Wahrnehmung nicht mehr traut**. Er testet seinen BZ und schon denkt er daran, daß er möglicherweise beim Stechen oder beim Blut-herausdrücken oder beim Reinstecken des Teststäbchens irgend etwas falsch gemacht hat; er liest das Ergebnis ab und mißtraut der Genauigkeit des Gerätes; kurz danach vermutet er, daß jetzt gerade sein Körper neue Kohlehydrate aufgenommen hat und sich sein BZ-Wert entscheidend verändert hat; außerdem mißtraut er seiner Erinnerung, selbst wenn er den Wert sofort aufgeschrieben hat, es hätte ja sein können, daß er abgelenkt war und einen falschen Wert aufgeschrieben hat: er wird unruhig, bekommt Angst und mißt, um diese Angst zu reduzieren, noch einmal! Und schon geht das Spiel so oder so ähnlich wieder von vorne los!

Normalerweise kommt nach der BZ-Kontrolle ein kurzer Prozeß des Abwägens, der Entscheidung und des zielgerichteten Handelns: Spritzen und/oder Warten und/oder Essen und/oder Bewegen und alles in einer sinnvoll erscheinenden Menge. Danach wird die bewußte Aufmerksamkeit für eine Weile abgeschaltet. Die Selbstverständlichkeit dieses Prozesses ist beim Zwangsneurotiker verlorengegangen, das Abschalten gelingt nicht mehr, er kann nicht mehr an die banalen Selbstverständlichkeiten des Alltags glauben.

Der Selbstkontrollzwang ist quasi ein wildgewordener Skeptizismus oder eine Zweifelsucht.

Deswegen kann jeder Schritt der normalen BZ-Kontrolle „Opfer“ des Selbstkontrollzwangs werden. Vor jedem nächsten Schritt kommen entsprechende angstmachende Gedankengänge und unterbrechen die zielgerichtete Handlung. Zum Zweck der Angstreduzierung werden dann wiederholte Kontrollhandlungen ausgeführt.

Ganz zu Anfang haben diese zwanghaften Selbstkontrollhandlungen in der Regel den Effekt, daß der BZ in einer nachgerade idealen Weise in engen Grenzen optimal gehalten wird: jeder Mensch mit Diabetes und jeder Arzt ist dann voll des Lobes: ein idealer Patient! Das verstärkt den Selbstkontrollzwang, der Mensch mit Diabetes lernt unbewußt, daß er recht hatte mit seinen Zweifeln und dann macht er „mehr desselben“: mehr Zweifel, mehr Skepsis, mehr Kontrolle.

Watzlawik, einer der bedeutendsten Psychologen, hat in seinem berühmten Büchlein „Anleitung zum Unglücklichsein“ eine kurze und prägnante Definition von Neurose geliefert: **„Neurose ist mehr desselben“**, d.h. ein Verhalten, das sich in einer bestimmten Situation als sinnvoll erwiesen hat, wird zur Regel erhoben, die das Leben erleichtert; wenn man dann „mehr desselben“ macht, wenn die Regel um ihrer selbst willen eingehalten wird und nicht mehr, weil sie sinnvoll ist, dann ist die Grenze zur Neurose überschritten!

Die Entwicklung des Selbstkontrollzwangs entspricht in fataler Weise dieser Definition von Neurosen: durch ein zunehmend maßloseres „mehr“ der anfangs sinnvollen Kontrollen geraten diese und die Ergebnisse der Kontrollen außer Rand und Band!

Selbstkontrolle:

Ich möchte hier auf einige wichtige, psychologische Aspekte der Selbstkontrolle eingehen. Unser Leben und unsere normale Funktionsweise setzt sich aus fortgesetzten, unzähligen Kontrollvorgängen zusammen, die wir bewußt gar nicht ausführen könnten, ohne daß die Effektivität unseres Handelns schwer darunter leiden würde; man denke beispielsweise nur an die hochkomplexen, innerkörperlichen Kontrollvorgänge, wenn man eine Treppe herunterläuft. Ein absichtliches Hervorholen dieser unbewußten Vorgänge findet nur selten statt und wird dann „Selbstkontrolle“ genannt. Diese Selbstkontrolle ist ein Prozeß, der üblicherweise auf Psychotherapie beschränkt ist und dementsprechend nur auf eine überschaubar kurze Zeitspanne begrenzt ist: man ändert bewußt eine alte Gewohnheit, bis diese Veränderung auch wieder unbewußt „gewollt anders und richtig“ automatisiert ist. Danach kann die Selbstkontrolle unterbleiben.

Im Leben eines Menschen mit Diabetes verläuft Selbstkontrolle absolut anders: sie wird nie beendet, sie kann höchstens teil-automatisiert werden und wird es auch meistens, ist aber immer – teils real, teils potentiell – bewußt bzw. bewußtseinsnah. Damit unterliegt sie dem psychologischen Gesetz, daß alle regelmäßigen, bewußten Handlungen automatisch zur unbewußten Gewohnheit (Habituation) werden! Habituation ist ein „primitiver“ Anpassungsmechanismus, bei dem der Organismus nichts neues dazu lernt, sondern Gelerntes in die „unbewußte Schublade“ ablegt. Dieser Gewohnheitsbildungsprozeß wird permanent unterbrochen, weil Selbstkontrolle – wenn sie effektiv sein soll – nur bewußt ablaufen kann.

Auf diese permanente Unterbrechung des Habituerungsprozesses gibt es drei möglich Konsequenzen:

- 1. es bleibt so, wie es ist;** dies ist zwar wünschenswert, jedoch leider eine recht unsichere und instabile Konsequenz. Die Selbstkontrolle gerät immer wieder in die große Gefahr, in zwei gefährliche Alternativen auszuarten:
- 2. Löschung** ist die Konsequenz der Weigerung, permanent gegen die Gewöhnungstendenz ankämpfen zu müssen; in Konsequenz wird die Selbstkontrolle drastisch abgesenkt. Man kann dazu auch sagen: Ausblenden, Vergessen und teilweise auch „Burn out“ (s. Kap. 14).
- 3. Sensitivierung** dagegen ist der übersteigerte Versuch, dem permanenten Drang nach Gewöhnung entgegen zu wirken: durch zunehmende, hypersensible Wahrnehmung von normalen, lebendigen Unregelmäßigkeiten bildet sich schließlich so die **Sensitivierung als Vorstufe zum diabetischen Selbstkontrollzwang!**

Ich möchte diesen kompliziert erscheinenden Mechanismus an einem einfachen Autobeispiel erklären: erinnern Sie sich daran, wie kompliziert in der ersten Fahrstunde das Schalten war: es war so schwierig, weil man – wie bei der Selbstkontrolle – jede Entscheidung und jede Bewegung bewußt ausführen mußte und dabei gleichzeitig noch auf vieles anderes achten mußte. All diese Entscheidungen, Bewegungen, Kontrollen und Aufmerksamkeitslenkungen sind längst zur unbewußten Gewohnheit geworden, haben sich habituiert. Nun stelle man sich vor, man führe einen Wagen, bei dem die H-Schaltung nur ungenau und ungefähr funktioniere! Dann muß jeder Schaltvorgang – auch noch nach Jahren – bewußt durchgeführt werden, obwohl man es eigentlich nicht will. Als Konsequenz dieser ständigen Unterbrechung des Gewöhnungsprozesses gibt es die drei o.g. Konsequenzen:

1. **man macht** (vielleicht zähneknirschend) **so weiter** (in Wirklichkeit kauft man sich ein anderes Auto; ABER – im Vergleich - den Diabetes kann man nicht los werden!);
2. man gibt auf und schaltet gar nicht mehr: man lernt, daß man im 3. Gang fast alles kann: anfahren und weiterfahren (**Löschung**); das frißt Benzin und macht die Kupplung kaputt;
3. man wird langsam aber sicher „nervös“ und kommt mehr und mehr dazu, hyper-genau auf Motorgeräusche zu achten, auf Geschwindigkeit, auf das Fahrgefühl, um möglichst viel Zeit zu haben, den richtigen Gang zu suchen und zu erwischen (**Sensitivierung**). Dies wiederum wird wahrscheinlich so viel Aufmerksamkeit binden, daß der Spaß am Fahren nachläßt und wahrscheinlich bald auch das Fahren selbst unmöglich wird.

Die Gefahr, daß die permanente Selbstkontrolle des Menschen mit Diabetes in burn-out oder Kontrollzwang mündet, liegt in dem Widerspruch von Selbstkontrolle und Habituation und ist ernst zu nehmen!

Die bislang beschriebenen Teilaspekte: Zwanghaftigkeit, zwanghafte Persönlichkeitsstörung und diabetischer Selbstkontrollzwang haben einen sehr starken Bezug zum Diabetes. Seltsamerweise kommt aber der „diabetische Selbstkontrollzwang“ in der Literatur so gut wie nicht vor. Unter Kollegen aus Diabetesfachkliniken wird darüber berichtet; Fachartikel darüber habe ich nicht gefunden: eine umfangreiche Suche im Internet ergab, daß es in keiner der mir zugänglichen nationalen und internationalen Literatur-Daten-Banken auch nur einen einzigen Eintrag zum Thema *Zwang und Diabetes* gab! Ich selber habe einen Artikel gefunden, der von einem Patienten handelt, der nach etwa 14 Jahren mit Zwangsgedanken Typ-1-Diabetes bekam und danach depressiv wurde und wegen anschließender Suizidgedanken zur Psychotherapie kam.

Zwanghafte Persönlichkeit ist nach herrschender Meinung nur ein geringer Risikofaktor zur Entwicklung eines echten Zwanges: Zwangsgedanken oder Zwangshandlungen.

Zwangsgedanken und Zwangshandlungen

Die Fachleute gleich welcher Fachrichtung sind sich einig darin, daß bei Vorliegen irgend einer anderen Störung oder Krankheit (wie z.B. Diabetes) der Inhalt des Zwangs (Gedanken und Handlungen) nicht auf diesen beschränkt ist und nur in den seltensten Fällen daher rühren. Das heißt also, daß „eigentliche“ Zwänge völlig eigenständige und vom Diabetes unabhängige Störungen sind. Da Menschen mit Diabetes jede denkbare andere Krankheit haben können, z.B. Grippe, Beinbruch, Alzheimer oder Lungenkrebs, können sie auch einen

Zwang haben; und so, wie jede denkbar andere Krankheit den Diabetes beeinflussen kann (und umgekehrt), kann auch ein Zwang den Diabetes mehr oder weniger beeinflussen und umgekehrt oder überhaupt nicht.

Deswegen seien hier die „eigentlichen“ Zwänge: **Zwangsgedanken und Zwangshandlungen** nur kurz beschrieben.

Gemeinsam ist ihnen, daß sie für den Einzelnen eine erhebliche Belastung darstellen, daß der Betroffene i.R. die Erkenntnis hat, daß der Zwang übertrieben und unbegründet ist, und daß er ihm hilflos ausgeliefert ist. Er merkt auch, daß durch den z.T. erheblichen Zeitaufwand, den der Zwang erfordert (von 1 bis 20 Stunden pro Tag) die tägliche Routine, die Arbeit, die Beziehungen ja der ganze Lebensvollzug zerstört wird.

Sie unterscheiden sich vor allem in dem Teilaspekt „Angst“:

- Zwangsgedanken sind angststeigernd,
- Zwangshandlungen sind angstreduzierend.

Was sind Zwangsgedanken?

Zwangsgedanken (oder Grübelzwang) machen etwa 12% der Zwänge aus. Es sind sich wiederholende und anhaltende Gedanken, Ideen oder Vorstellungen, die zumindest am Anfang als lästig oder sinnlos empfunden werden. Sie sind nie bloß exzessive Sorgen über reale Lebensprobleme, also nicht bloß extrem übertriebene Diabeteseinstellungssorgen!

Wesentliche Bestimmungsmerkmale von **Zwangsgedanken** sind:

- sie sind ein innerer, subjektiver Drang, etwas zu denken;
- sie lösen (zumindest am Anfang) sofort Widerstand aus;
- der Inhalt des Zwangs wird als sinnlos empfunden,
- die Beschäftigung mit den Zwangsgedanken beeinträchtigen deutlich den Lebensvollzug.

Zwangsgedanken sind alle Bewußtseinsinhalte, die sich gegen den Willen des Betroffenen ohne Kontrolle in seinen Gedankenstrom drängen und die er nicht unterdrücken kann, obwohl er sie als unsinnig oder uncharakteristisch für ihn selbst erkennt.

Wichtig: bei den Inhalten der Zwangsgedanken handelt es sich meistens um Verstöße gegen soziale Tabus: **aggressive, sexuell-obszöne oder religiös-blasphemische Inhalte!**

Einige Beispiele für Zwangsgedanken sind: Angst, andere zu verletzen; Angst, sich selbst zu verletzen; Angst, mit Obszönitäten oder Beleidigungen herauszuplatzen; Angst, kriminellen Impulsen zu erliegen; Angst, für das Mißlingen von etwas völlig fremdem verantwortlich gemacht zu werden; unabweisbare, sinnlose Töne, Wörter, Musik oder Bilder.

Was haben Zwangsgedanken mit Diabetes zu tun?

Da Diabetes an sich kein aggressives, sexuelles oder religiöses Tabu darstellt, ist dies eine Störung/Krankheit, die mit Diabetes primär nichts zu tun hat.

Was sind Zwangshandlungen?

Zwangshandlungen sind zweckmäßige und beabsichtigte Verhaltensweisen, die nach bestimmten Regeln ausgeführt werden, **um eine imaginäre Gefahr zu bannen** bzw. daraus resultierende Unruhe und Angst zu reduzieren. Trotzdem sie von außen meist abstrus und unverständlich erscheinen, verfolgen sie einen bewußten, beabsichtigten und für den einzelnen zielgerichteten Zweck: durch die Zwangshandlungen soll die vorher entstandene, teils erhebliche Angst und Unruhe reduziert werden. Die Vorstellung z.B., sich an einer

Türklinke infiziert zu haben löst Unbehagen, Angst und Unruhe aus; diese unangenehmen Gefühle werden reduziert durch Waschen; das kann noch recht normal sein, aber „mehr desselben“ (der Vorstellung, der Unruhe, des Waschens) wird dann irgendwann zum Waschzwang!

Zwangshandlungen können sowohl sichtbares Verhalten sein, als auch nur gedanklich im Kopf ablaufen (Fachterminus: kognitives Verhalten):

Einige Beispiele für **sichtbares Zwangsverhalten** sind: sich mehrere Stunden Waschen oder Duschen; exzessives Putzen; Türen, Schlösser, Bremsen usw. kontrollieren; zwanghaftes Bedürfnis nach Symmetrien und Genauigkeit; zwanghaftes Einhalten festgelegter Reihenfolgen; Horten alter Zeitungen bis die Wohnung überquillt.

Einige Beispiele für **gedankliches Zwangsverhalten** sind: alles zählen, was man sieht; immer bis zu einer bestimmten Zahl zählen zu müssen; exzessives Beten.

Was haben Zwangshandlungen mit dem Diabetes zu tun?

Auch diese Zwangshandlungen haben – wie die Zwangsgedanken – in der Regel nichts mit den normalen Lebensinhalten zu tun, sind deshalb auch nicht diabetesspezifisch im eigentlichen Sinne.

Zwänge (Gedanken und/oder Handlungen) können aber das Leben des Betroffenen, wenn er Mensch mit Diabetes ist, so stark einschränken, daß für die Diabetes-Routine einfach nicht genügend Zeit bleibt und er deshalb einer zusätzlichen Gefahr unterliegt.

Ich sehe die eigentliche **Gefahr bei Zwang und Diabetes** vor allem in einer diabetologischen Unbekümmertheit der meisten Psychotherapeuten, die versehentlich die diabetes-notwendigen Kontrollhandlungen als zwanghaft mißinterpretieren können!

Wissenschaftlicher Diskussionsteil:

Der fachwissenschaftliche Umgang mit Zwang und die entsprechenden Veröffentlichungen läßt sich kurz so zusammenfassen: bis vor wenigen Jahren wurde der Zwang in der veröffentlichten Fachmeinung nicht behandelt. Psychotherapeuten aller Couleur waren sich einig in der Auffassung, daß die Therapie von Zwangspatienten mit das frustrierendste in der Psychotherapie ist.

Zwang galt lange als nicht therapierbar

Daneben gab es einige tiefenpsychologische Fallbeschreibungen. Wegen der Eigenart der tiefenpsychologischen Theoriebildung (Störungen sind Symptome für dahinterliegende, eigentliche Ursachen) wurde dabei immer beschrieben, welche – von Person zu Person äußerst unterschiedliche – zugrundeliegenden, „eigentlichen“ Störungen/Krankheiten (Neurosen) behandelt wurden. Somit – scheint mir – gibt es eigentlich nicht „die“ tiefenpsychologische Zwangstheorie.

Zwang gilt heute zu etwa 90% als heilbar

Nachdem die Verhaltenstherapeuten sich – sehr spät – den Zwängen zugewandt hatten, wurden lerntheoretische Modelle entwickelt zur Erklärung der Entstehung von Zwangsstörungen, aus denen dann konsequent Therapiemethoden abgeleitet wurden. Die

verhaltenstherapeutische Theoriebildung scheint mir noch nicht hinreichend abgeschlossen zu sein. Deswegen hatte ich Schwierigkeiten, den „diabetischen Selbstkontrollzwang“ unter die „eigentlichen“ Zwänge zu subsumieren, wohin sie m.E. aber gehören. Ich habe sie – vorläufig unter die „zwanghafte Persönlichkeitsstörung“ gefaßt, weil sie vom Erscheinungsbild her große Entsprechungen haben. Ich bin mir aber bewußt, daß dies nur vorläufig ist. Den Ansatz eines psychologischen Erklärungsmodells habe ich oben versucht im Kapitel über die Selbstkontrolle.

Die Abgrenzung von Angst und Zwang ist teilweise sehr schwierig. Deswegen wird häufig etwas als Zwang bezeichnet, was eigentlich Angst ist und es wird etwas als Angst behandelt, was eigentlich Zwang ist.

Über die **Häufigkeit** der hier behandelten Aspekte liegen unterschiedliche Schätzungen vor:

- ein bißchen zwanghaft ist jeder;
- diabetischer Selbstkontrollzwang: hochgerechnete Schätzung: etwa 2 – 3% der Diabetiker;
- Zwänge: etwa 3% der Gesamtbevölkerung;
- Verteilung zwischen Männern und Frauen etwa gleich;
- Beginn: männlich: 6 – 15 Jahre; weiblich: 20 – 29 Jahre;
- zwanghafte Persönlichkeitsstörung: bei Tiefenpsychologen keine Aussage gefunden; wird von Verhaltenstherapeuten selten diagnostiziert, wegen „der traditionellen verhaltenstherapeutischen Skepsis gegenüber dem in doppelter Elternschaft von Psychiatrie und Psychoanalyse entwickelten Konstrukt der Persönlichkeitsstörung“ (Ecker).

Diagnostik

Menschen mit Diabetes, die sich möglicherweise von dem hier ausgeführten Thema angesprochen fühlen, sollten - bevor sie vermuten, einen Zwang zu haben - drei Entscheidungsschritte gehen: 1. die folgenden diagnostischen Leitlinien beachten, 2. dies mit mindestens einer Vertrauensperson ausführlich besprechen und 3. einen „Fachmann des Vertrauens“ aufsuchen.

Diagnostische Leitlinien:

Über alle Unterschiede wegen der Vielgestaltigkeit der Zwangsphänomene hinweg gibt es sechs diagnostische Leitlinien, an denen entlang sich diejenigen hangeln können, die mit dem Thema „Zwang“ konfrontiert sind: Betroffene, Angehörige, Diabetes-Behandlungs-Team und Therapeuten (Psychologen und Ärzte):

1. Die Zwangssymptome müssen **mindestens zwei Wochen lang** an den meisten Tagen nachweisbar sein: d.h. daß alles, was bislang beschrieben worden ist, vorübergehend vorkommen kann und dann als „normal“, nicht gestört, schon gar nicht krank bezeichnet werden muß. Nicht wenige Menschen sind der irrigen Auffassung, daß sie, wenn sie nur ein einziges Mal etwas „verrücktes“ machen oder denken, wirklich schon verrückt seien. Gelegentlich vorkommende Verrücktheiten gehören zu der Variationsbreite des täglichen Lebens!
2. Die Zwangssymptome müssen als **eigene Gedanken oder Impulse** für den Einzelnen erkennbar sein. Dieses Merkmal steht im Gegensatz zu dem „Zwang von außen“: sich vom Diabetes als solchem oder vom Arzt/Behandlungsteam „gezwungen“ zu fühlen bzw. real gezwungen zu werden, ist unschön, bedauerlich, vielleicht Folge einer rigiden, altmodischen Behandlungs- und Schulungsweise, hat aber nichts mit dem hier besprochenen „Zwang“ zu tun!

3. Wenigstens einem Gedanken oder einer Handlung muß noch – wenn auch erfolglos – **Widerstand** geleistet werden, auch wenn der Einzelne bei anderen schon aufgegeben hat.
4. Der Gedanke oder die Handlung müssen **quälend** sein und dürfen nicht an sich angenehm sein: z.B. „zwanghaftes“ Feuerlegen (Pyromanie) oder „zwanghaftes“ Stehlen (Kleptomanie) sind in der Regel mit einer gewissen Befriedigung verbunden und deshalb keine „Zwänge“. Entgegen dem allgemeinen Verständnis wird die bloße Reduzierung von Angst und Unruhe hier nicht als angenehm bezeichnet.
5. Die Gedanken, Vorstellungen oder Impulse müssen sich in unangenehmer, quälender Weise **wiederholen**.
6. Die Zwangssymptome müssen die **normalen Aktivitäten stören**.

Beurteilung der Schwere des Zwangs

Die **Dauer** der Zwänge, die **Beeinträchtigung**, der **Leidensdruck** und der Ausmaß des **Widerstands** können von allen Beteiligten von „leicht störend“ bis „extrem lähmend“ eingestuft werden.

Intensitäts - Beurteilungsskala von Zwängen:

Dauer (aller diabetes-spezifischen Kontrollen)	1 gering:	weniger als 1 Stunde pro Tag;
	2 mäßig:	1 – 3 Stunden pro Tag;
	3 schwer:	3 – 8 Stunden pro Tag;
	4 extrem:	fast die ganze Wachzeit.
Beeinträchtigung: (durch Kontrollen)	1 gering:	Leben insgesamt nicht behindert;
	2 mäßig:	beginnende Beeinträchtigung;
	3 schwer:	eindeutige Störung der beruflichen und/oder sozialen Kompetenz, noch gerade handhabbar;
	4 extrem:	allgemeine, umfassende Lebensunfähigkeit.
Leidensdruck: (durch Kontroll-rituale)	1 gering:	seltenes Unbehagen;
	2 mäßig:	eindeutiges Unbehagen;
	3 schwer:	deutliche Angstzunahme bei Verhinderung des Zwangs;
	4 extrem:	fast ständiger Leidensdruck durch Gedanken oder Rituale.
Widerstand: (gegen Kontroll-Gedanken und Handlungen)	1 gering:	die Vorstellungen sind so belanglos, daß kein Widerstand notwendig ist;
	2 mäßig:	der Betroffene versucht die meiste Zeit, sich zu wehren;
	3 schwer:	er macht noch einige Anstrengungen, Widerstand zu leisten;
	4 extrem:	er gibt dem Zwang vollständig nach.

Hier geht es nicht um die Beeinträchtigung und den Leidensdruck durch Diabetes an sich oder sogar um den Widerstand gegen ihn! (s. Abschnitt IV!)

Wichtig: Wenn jemand auf dieser **Intensitäts - Beurteilungsskala von Zwängen** eine (oder mehrere) **3 oder 4** angekreuzt hat, sollte er ohne Zögern sich die Mühe machen, sofort einen kompetenten **Psychotherapeuten** aufzusuchen!

Wie oft am Tag darf ein Mensch mit Diabetes den BZ kontrollieren?

Eine diagnostische Besonderheiten des „**Diabetischen Selbstkontrollzwangs**“:

Einige (leicht zwanghafte?) möchten gerne noch genauere Zahlen an die Hand bekommen:

Wieviele BZ-Kontrollen pro Tag sind normal, was ist zwanghaft? : Die häufig, auch von Fachleuten geäußerte Antwort, bis zu etwa 6 BZ-Kontrollen seien in Ordnung, mehr als 7 nicht mehr, ist – wie oben beschrieben – nicht vertretbar! Diese Grenze ist sowohl innerhalb eines Menschen als auch zwischen verschiedenen Menschen fließend: sie liegt irgendwo zwischen 0 und 20!

Therapie:

Die oben beschriebenen drei, diagnostischen Entscheidungsschritte dürften mit hoher Sicherheit dazu führen, daß mindestens 50% der vermuteten Zwänge sich als gelegentliche Ausrutscher, als hinzunehmende und auch hinnehmbare Variationen des Lebens oder als Mißinterpretationen von Betroffenen oder von Mitmenschen erweisen.

Auch hier beim Thema „Zwänge“ gilt, daß der Mensch mit Diabetes in einer guten Diabetesschulung Bewältigungsstrategien erwirbt, die ihm auch in anderen Lebensbereichen hilfreich sind! Dies ist ein „diabetisches Grundgesetz“:

Intensive Schulung begünstigt generell ein aktives Selbstverständnis in der Rolle als Mensch mit Diabetes!

**Oder salopp: „Wissen ist Macht!“
Wer „mächtig“ ist, läßt sich nicht so leicht „zwingen“,
weder von „außen“ noch von „innen“!**

Wer macht was?

Wenn sich danach jedoch die Vermutung verdichtet, daß ein Zwang vorliegen könnte, gibt es in der Regel **vier Instanzen, die helfen können:**

1. man selber:

Wenn das Zwangsgeschehen noch relativ gering ausgeprägt ist und das Leben dadurch nur ein wenig beeinträchtigt ist, **kann man selbst einiges tun!** Man kann das Wissen aus den mitgemachten Schulungen wieder hervor holen und daran seine Einstellungen, Meinungen, Erfahrungen überprüfen. Man kann herausfinden, wo sich im Alltag Zwänge durch „irrationale“ Überzeugungen gebildet haben und dann versuchen, mit Hilfe entsprechender, guter Selbsthilfeleratur eine Änderung herbeizuführen.

(Literaturempfehlung: z.B.: N. Hoffmann: *Wenn Zwänge das Leben einengen*, PAL-Verlag und Schmidt, u., Crombach, G. & Reinecker, H.: *Der Weg aus der Zwangserkrankung. Bericht einer Betroffenen für ihre Leidensgefährten*. Vanderhoek & Ruprecht)

2. Angehörige / Freunde / Selbsthilfegruppe

Dieses Verfahren wird in der Regel effektiver und die Erfolge stabiler, wenn man es von Anfang an mit Menschen zusammen macht, zu denen man eine gute, tragende Beziehung unterhält: **Angehörige oder Freunde oder seine Selbsthilfegruppe**. Ein großer Vorteil hiervon ist es, daß dies auch die Menschen sind, mit denen man sowieso immer umgeht; man beugt somit u.a. einer möglichen Ausgrenzung und Stigmatisierung vor.

3. das diabetische Schulungsteam

Ein gutes **diabetisches Schulungsteam** hat nicht nur das Ziel im Auge, einen Menschen mit Diabetes optimal „einzustellen“. Indem es versucht, auf die individuelle Lebenssituation einzugehen, ist es vor allem **vorbeugend** tätig (s. Abschnitt II). Es legt ein entscheidendes Augenmerk auf die Ausbildung von **Variationsbreite im Verhalten** des Einzelnen mit seinem Diabetes. Dies gilt einerseits als eine gute Prophylaxe u.a. gegen Zwang und kann andererseits auch hilfreich sein bei der Reduktion von geringfügigem und subklinischem, schwach ausgeprägtem Zwang. Da die Mitglieder des Schulungsteams gleichzeitig aber auch die nötige Distanz zum einzelnen Menschen mit Diabetes haben, können sie hier von außen manchmal einfache und gleichzeitig effektive Lösungsvorschläge machen; zudem haben sie meist die Möglichkeit, einen diabetologisch versierten Psychotherapeuten hinzuzuziehen.

4. ein kompetenter Psychotherapeut.

Wenn die Symptome zu einer deutlichen Störung des normalen Lebens führen oder sich sogar lähmend auswirken, also bei klinisch auffälligem und schwerem Zwang ist eine **Psychotherapie** angezeigt. Diese kann häufig **ambulant** erfolgen. Wenn die Symptome allerdings zur vollständigen Lebensunfähigkeit geführt haben, ist unbedingt ein Aufenthalt in einer entsprechenden **Fachklinik** notwendig!

Wie oben schon ausgeführt galt Zwang bis vor wenige Jahre als nur schwer therapierbar; es gab nur ganz wenige erfolgreiche Therapieabschlüsse. Seit Entwicklung der „kognitiven Verhaltenstherapie“ hat sich dieser Zustand in nur wenigen Jahren drastisch verändert! Heutzutage kann mit etwa 80 - 90% Erfolgsquote gerechnet werden.

Kognitive Verhaltenstherapie ist die Methode der Wahl bei Zwängen!

Eine kurze Definitionsklärung:

Was heißt eigentlich „kognitive Verhaltenstherapie“ (KVT) und warum ist sie so wirksam? „Verhaltenstherapie“ (VT) ist die konsequente Anwendung der Wissenschaft Psychologie, d.h. der wissenschaftlichen Erkenntnisse über den Menschen. Psychologie ist die Wissenschaft vom Verhalten und Erleben des Menschen. Die VT hat sich ursprünglich nur um Änderungen des reinen Verhaltens bemüht, weitete sich dann nach einigen Jahren (und Sackgassen) konsequent auch auf die Kognitionen aus (Kognition ist „alles, was im Kopf abläuft“). Sie ist vor allem deshalb so wirksam, weil sie der ständigen wissenschaftlichen Wirksamkeitskontrolle unterliegt: es setzt sich nur das durch, was wissenschaftlich begründet, nachvollziehbar und effektiv ist! VT bedeutet jedoch nicht – wie manche Vorurteile immer noch unterstellen – stures und unpersönliches Anwenden irgendwelcher therapeutischer Prinzipien und Therapieprogramme, die blind über die Patienten gestülpt werden! Verhaltenstherapeuten gehen natürlich äußerst individuell und einzelfallspezifisch vor!

Was kann in der Therapie gemacht werden?

In jeder Psychotherapie (auch in der KVT) wird zu Anfang eine tragfähige Beziehung hergestellt, dann vorläufig die Therapiemotivation abgeklärt und erste Ziele aufgestellt. Dann folgt eine ausführliche „Verhaltensanalyse“: dabei wird so genau wie möglich die Störung im spezifischen, individuellen Lebenszusammenhang beschrieben, sowie durch die funktionale Analyse der Störung versucht, die Frage zu beantworten, welchen „Sinn“ die Störung hat und macht! Am Ende dieses Diagnoseprozesses wird eine vorläufige Arbeitshypothese erstellt, aus der die ersten Therapieschritte konsequent abgeleitet werden und die dann im Laufe der Therapie immer wieder an die Realität angepaßt wird.

Da die Therapie sehr genau auf den Einzelfall bezogen ist, ist eine Beschreibung von „Therapietechniken“ immer mit Vorbehalt zu versehen: jede Therapietechnik wird auf den

Einzelfall zugeschnitten und modifiziert: im Einzelfall sieht das immer anders aus! Unter diesem Vorbehalt seien hier zwei der z.Z. gebräuchlichsten Verfahren kurz angedeutet:

1. **„Gedankenstop“**: Dies ist ein komplexes Verfahren, das sich bei leichten bis mittelschweren Zwängen bewährt hat, die einen hohen Anteil an gedanklichen (kognitiven) Abläufen beinhalten. Es ist eine „Technik“ zum effektiven Unterbrechen als störend empfundenen, ineffektiver Gedankenabläufe. Der Klient lernt parallel und unabhängig vom sonstigen therapeutischen Geschehen ein schnell wirksames Entspannungsverfahren, z.B. „Progressive Relaxation (PR)“. Wenn er dies hinreichend schnell beherrscht, lernt er die Technik „Ruhebild“: die Tiefentspannung der PR wird reflexhaft gekoppelt an die gedankliche Vorstellung einer äußerst schönen, angenehmen, individuell definierten Situation (z.B. eine grüne Wiese, oder der Anblick sanfter Meereswellen o.ä.). Danach wird noch ein weiterer, bedingter Reflex eingeübt: das Wort „Stop“ wird an die visuelle Vorstellung eines sich in Unterarmlänge vor der Nase befindlichen, großen roten Stoppschildes gekoppelt. Wenn die ganze oben beschriebene Vorbereitungsphase durchlaufen ist und diese beiden bedingten Reflexe hinreichend gut trainiert sind, wird der „Gedankenstop“ eingeführt: der Klient spricht seine zwanghaften bzw. zum Zwang führenden Gedanken und Vorstellungen aus und der Therapeut unterbricht sie, indem er laut „Stop“ ruft, damit die alternative Gedankenkette auslöst:

„Stop“
Stopschild
Entspannung
Ruhebild.

Das wird so oft geübt, bis der Klient diese Technik selber beherrscht und er dann bald auch nicht mehr laut „stop“ rufen muß, sondern über den Zwischenschritt „flüstern“ eine rein gedanklich ablaufenden Zwangsunterbrechungstechnik erwirbt. Damit können – bei entsprechend guter individueller Anpassung – viele leichte bis mittelschwere Zwänge erfolgreich und in relativ kurzer Zeit behandelt werden.

2. **„Exposition mit Reaktionsverhinderung“** bedeutet, daß der Klient nach eingehender Vorbereitung und natürlich nur mit Zustimmung in konkreter Konfrontation mit den angst- bzw. zwangauslösenden Reizen lernt, daß seine Angst mit der Zeit von alleine abnimmt, wenn er ohne Flucht und Vermeidung genügend lange in der Situation bleibt.

Die gegenwärtige Form dieser „Reizkonfrontationstherapie“ beinhaltet natürlich sehr viel mehr als bloße Gewöhnung (Habituation s.o.) im Sinne einer Reaktionsverminderung durch passives Aushalten eines anfangs äußerst unangenehmen, angst- und zwangauslösenden Reizdauerfeuers.

Psychische Prozesse höherer Ordnung wie Wissensvermittlung, Erklärungsmodelle, Wahrnehmungen und Veränderungen der Bewertung innerkörperlicher Wahrnehmungen, Erfolgserwartungen und verschiedene motivationssteigernde Maßnahmen spielen in den modernen kognitiv-verhaltenstherapeutischen Konzepten eine entscheidende Rolle (Klucken).

Was ist beim „diabetischen Selbstkontrollzwang“ besonders zu beachten?

Wichtig: wegen der spezifischen Eigenart des **„diabetischen Selbstkontrollzwangs“** mit seinen diabetes-notwendigen Kontrollhandlungen und der Gefahr (s.o.), daß diabetologisch unbekümmerte Psychotherapeuten diese versehentlich als zwanghaft mißinterpretieren könnten, scheint es mir notwendig zu sein, daß

die äußerst effektive „Exposition mit Reaktionsverhinderung“ nur von diabetologisch gebildeten Psychologen (z.B. „Fachpsychologe Diabetes DDG“) bzw. in deren Gegenwart oder unter deren Supervision stattfindet!

Aus dem oben genannten ergibt sich selbstverständlich, daß bei einem eventuell notwendigen Aufenthalt in einer Fachklinik darauf zu achten ist, daß diese „kognitiv-verhaltenstherapeutisch“ ausgerichtet ist und Anbindung an einen diabetologisch versierten Psychologen hat!

Zusammenfassung:

Menschen mit Diabetes werden durch ihre Störung quasi von außen gezwungen, immer wieder und mehrfach täglich Handlungsschritte bewußt zu unternehmen. Um dies kompetent und selbst verantwortlich tun zu können, müssen vorher Selbstkontrollen ausgeübt werden.

Das Leben mit Diabetes erfordert eine ständige Auseinandersetzung mit diesem von außen aufgelegten Zwang.

Da kann es ein hilfreich sein, wenn man selbst ein bißchen zwanghaft ist.

Jedes „mehr“ an Zwanghaftigkeit, gleich in welcher Form, kann zur Dekompensation des Diabetes führen und sollte schnell erkannt und verändert werden:

Menschen mit Diabetes können einiges selber tun: ihr Wissen auffrischen, ein gutes Selbsthilfebuch durcharbeiten, mit Gleichgesinnten reden und einen kompetenten Psychotherapeuten aufsuchen.

Die Erfolgsaussichten der Psychotherapie von Zwängen ist in den letzten Jahren drastisch angestiegen: 80 – 90%!

Wichtig ist, daß der Psychotherapeut diabetologisch versiert ist, um die anerkannten Methoden an die spezifische Situation eines Menschen mit Diabetes anzupassen!

6. Literatur:

- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H. (Hrsg.) (1993) , *Internationale Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10)*, Bern: Huber
- Ecker, W. & Dehmlow, A. (1996). Zur prognostischen Bedeutung komorbider Persönlichkeitsstörungen in der stationären Verhaltenstherapie von Zwängen. *Verhaltensmodifikation und Verhaltensmedizin*, 1, 9-23
- Ernst, H. (1985), Die Angst, verrückt zu werden, *Psychologie heute*, 9, 20-27
- Foltys, M.J. (1999). Kognitive Hypothesen zur Entstehung und Aufrechterhaltung der Zwangsstörung, *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 2, 85-94
- Grawe, K. et alii. (1994). *Psychotherapie im Wandel*. Göttingen: Hogrefe
- Hirsch, A. (1992). *Mit Diabetes leben lernen/ Wege zur seelischen Bewältigung des Diabetes*. Mannheim: PAL
- Hoffmann, N. (1990), *Wenn Zwänge das Leben einengen*. Mannheim: PAL
- Klepsch, R., Wlazlo, Z. & Hand, I. (1991), Zwänge. In Meermann, R. & Vandereycken, W. (Hrsg.), *Verhaltenstherapeutische Psychosomatik in Klinik und Praxis*, Stuttgart: Schattauer
- Klucken, M. (1999), Abbrüche während der Reizkonfrontation: Unerwünschtes Vermeidungsverhalten oder notwendige Ausgleichsreaktion? *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 4, 541 - 549
- Lakatos, A. & Reinecker, H. (1999). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Zwangsstörungen: ein Therapiemanual*. Göttingen: Hogrefe
- Rapoport, J.L. (1990), Das ist ja zwanghaft!, *Psychologie heute*, 9, 52-59.
- Reinecker, H. (1992), Die Behandlung von Zwängen: Eine Herausforderung für Theorie und Praxis, *Verhaltensmodifikation und Verhaltensmedizin*, 1-2, 97-113
- Riemann, F. (1975), *Grundformen der Angst*, München: Ernst Reinhardt Verlag
- Ringler, M. (1978), Verhaltenstherapie. In Strotzka, H. (Hrsg.) *Psychotherapie: Grundlagen, Verfahren, Indikationen* (S. 247 – 277), München: Urban & Schwarzenberg
- Schmidt, u., Crombach, G. & Reinecker, H. (1996), *Der Weg aus der Zwangserkrankung. Bericht einer Betroffenen für ihre Leidensgefährten*. Göttingen: Vanderhoek & Ruprecht
- Watzlawick, P. (1983), *Anleitung zum Unglücklichsein*, München: Pieper