



Ran an den Stift: Aufforderung, Überlegungen und Antworten auf Fragen zu notieren.



Hier passiert was: Es werden Handlungsanweisungen gegeben.



Ganz Ohr: Der Therapeut liest dem Patienten Fragen vor und notiert diese auf dem Arbeitsblatt.



Input fürs Köpfchen: Es werden Anregungen zum Weiterdenken gegeben. Das Arbeitsblatt beinhaltet Fortführungen der jeweiligen Übung oder weist auf Hintergrundinformationen hin.



Wie sag ich's?: Es werden Erklärungen und Anleitungen gegeben, die der Therapeut dem Patienten vorsehen kann.

Therapiemappe

Im Verlaufe der Therapie erhalten die Patienten eine Reihe von Informations- und Therapiematerialien. Es ergibt Sinn, schon frühzeitig eine Therapiemappe gemeinsam mit dem Patienten anzulegen, da sonst die Materialien verstreut überall herumliegen. Der Patient sollte die Mappe in jede Therapiesitzung mitbringen. Dies hebt die Bedeutung der Therapiemappe hervor. Ziel ist, dass der Patient gegen Ende der Therapie im Selbstmanagement mit seinen noch vorhandenen Zwängen umgehen kann. Die Anleitungen, Protokolle und Arbeitsblätter können ihm dabei eine wertvolle Unterstützung sein.

KAPITEL 3 /

Obligatorische Therapiemodule

3.1 Diagnostik

3.1.1 Hintergrund

Die diagnostische Phase beinhaltet die allgemeine kinder- und jugendpsychiatrische und psychologische Diagnostik sowie eine störungsspezifische Diagnostik.

Kinder- und jugendpsychiatrische und psychologische Diagnostik

Im Rahmen der kinder- und jugendpsychiatrischen und psychologischen Diagnostik werden folgende Untersuchungen durchgeführt:

- ▶ Die **Eigen- und Familienanamnese**: Materialien zur Exploration der Eltern finden sich bei Petermann und Petermann (2013).
- ▶ Die **psychologische Diagnostik** beinhaltet:
 - eine Intelligenzdiagnostik, z. B. *Wechsler Intelligence Scale for Children* (WISC-IV)
 - eine Emotionaldiagnostik, z. B. *Depressionsinventar für Kinder und Jugendliche* (DIKJ), *Phobiefragebogen für Kinder und Jugendliche* (PHOKI)
 - ggf. eine Persönlichkeitsdiagnostik, z. B. *Junior Temperament und Charakter Inventar* (JTCI 12–18)
- ▶ Die **psychopathologische Befunderhebung** basierend auf dem AMDP-Schema (Fähndrich & Stieglitz, 2007).
- ▶ Eine **internistisch-neurologische Untersuchung**: Diese beinhaltet auch die Ableitung eines Elektroenzephalogramms (EEG) und eine Blutuntersuchung.

Alle oben genannten Testverfahren sind über die Testzentrale des Hogrefe Verlags zu beziehen. Die Informationen aus diesen diagnostischen Untersuchungen dienen der Sicherung der Diagnose unter Prüfung differenzialdiagnostischer Kriterien sowie der Diagnose möglicher komorbider Störungen. Dabei ist zu beachten, dass eine komorbide Störung bei Patienten mit einer Zwangsstörung eher die Regel als die Ausnahme ist. Neben Depressionen und Angsterkrankungen sind dies oftmals Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen sowie Ticstörungen.

Störungsspezifische Diagnostik

Eine störungsspezifische Diagnostik beinhaltet Explorationen und Verhaltensprotokolle.

Exploration. Im Rahmen einer ausführlichen Exploration gilt es, die gesamte Symptomatik einer Zwangsstörung zu erfragen. Dazu gehört das Erfragen von Zwangsgedanken und Zwangshandlungen, aber auch von Vermeidungsverhalten und Emotionen.

Patienten erleben es als hilfreich, wenn der Therapeut Beispiele für Zwangsgedanken und Zwangshandlungen benennt und ihm damit signalisiert, dass er Zwänge gut kennt und die Inhalte nicht lächerlich findet. Grundsätzlich gilt: »Was nicht gefragt wird, wird nicht gesagt.«

Standardisierte psychologische Verfahren zur Diagnostik von Zwängen. Die *CY-BOCS: Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale* (Goodmann et al., 1986; Goletz & Döpfner, 2011; Goletz & Döpfner, in Vorbereitung) ist ein halbstrukturiertes klinisches Interview, das sich in der klinischen Diagnostik bewährt hat. Im ersten Teil des Interviews wird anhand von Symptomlisten die Zwangssymptomatik exploriert. Das Interview wird getrennt mit Patient und Eltern durchgeführt.

Im zweiten Teil des Interviews wird der Schweregrad der Symptomatik eingeschätzt. Hierzu dienen Angaben des Patienten zum Zeitaufwand für die Zwänge, zum Vermeidungsverhalten, zum Widerstand gegen die Ausführung der Zwänge und zur Krankheitseinsicht. Es werden auch assoziierte Merkmale wie Entscheidungsunsicherheit, übersteigertes Verantwortungsgefühl, zwanghafte Langsamkeit und pathologisches Zweifeln erfragt.

Verhaltensprotokolle. Verhaltensprotokolle ermöglichen einen Einblick in die aktuelle Symptomatik. Der Patient protokolliert täglich seine Zwangsgedanken, die Stärke des ausgelösten Gefühls, die Zwangshandlungen und die Situation, in der die Zwänge aufgetreten sind. Eltern können die sichtbaren Zwangshandlungen ihres Kindes und die elterliche Reaktion auf Zwangshandlungen protokollieren. So können Eltern z. B. in die Reinigungsrituale ihres Kindes bei einem Waschzwang eingebunden sein. Anhand der Protokolle kann die Einbindung der Eltern in die Ausführung von Zwangshandlungen konkret beurteilt werden.



Verhaltensprotokolle sind zu Beginn der Behandlung von großer Bedeutung, sollten dann jedoch nicht endlos weitergeführt werden. Eine Protokollierung über ein bis zwei Wochen ist ausreichend.

Im Rahmen der allgemeinen und störungsspezifischen Diagnostik können sich erste Hinweise auf sog. »funktionale« Faktoren ergeben. Dies bedeutet, dass Zwänge, neben der erheblichen Belastung, auch eine gewisse Entlastung oder einen Schutz bieten können. So können Zwänge vor der Übernahme von Verantwortung schützen oder zu einer vermehrten Zuwendung der Eltern führen. Diese positiven Aspekte sind den Patienten häufig nicht bewusst, begünstigen aber eine Aufrechterhaltung der Zwangsstörung. Das Erkennen von Funktionalitäten und deren Berücksichtigung im Therapieverlauf trägt daher wesentlich zum Therapieerfolg bei. Wenn z. B. ein Kind auf dem Gymnasium intellektuell überfordert ist, können Zwänge eine Entlastung von dieser Überforderung bieten. Wird dann in der Therapie ausschließlich an einer Reduktion der Zwänge gearbeitet, ohne die chronische Überforderungssituation zu beenden, wird es dem Kind sehr schwerfallen, von den Zwängen zu lassen.

Im Rahmen der Diagnostik aufgestellte Hypothese zur Funktionalität gilt es immer wieder zu prüfen, da sich diese im Therapieverlauf oftmals verändern!



Eine schützende und entlastende Funktion wird gegenüber dem Patienten klar als ein Teil der Zwangsstörung eingeordnet. Es sollte in jedem Fall der Eindruck vermieden werden, dass der Patient die Zwänge gezielt einsetzt, um sich einen Vorteil zu verschaffen. Nicht selten haben Patienten diesbezüglich bereits schlechte Erfahrungen gemacht (»Du machst die Zwänge ja nur, damit du mehr Aufmerksamkeit bekommst!«) und reagieren dann verständlicherweise besonders empfindlich.

3.1.2 Ziele

- ▶ Diagnosestellung
- ▶ genaue Kenntnis der Zwangssymptomatik
- ▶ Kenntnis über das Ausmaß der Einbindung von Eltern in die Ausführung von Zwangshandlungen
- ▶ Einschätzung des psychosozialen Funktionsniveaus
- ▶ Grad der Belastung für die Familie durch die Zwangsstörung
- ▶ Grad der Einsichtsfähigkeit des Patienten in die Unsinnigkeit und/oder Übertriebenheit der Zwänge
- ▶ Einschätzung des Schweregrades der Zwangsstörung
- ▶ Diagnose komorbider Störungen
- ▶ Entscheidung über das Therapiesetting – ambulant, teilstationär oder stationär



Eine stationäre Behandlung ist immer dann zu empfehlen, wenn Zwänge sehr ausgeprägt sind, alltäglichen Anforderungen (z. B. Schulbesuch, Freunde treffen) nicht mehr nachgekommen werden kann und/oder eine deutliche depressive Stimmungslage vorliegt. Bei einer starken Einbindung der Eltern in die Ausführung von Zwangshandlungen kann die zeitweilige Trennung durch eine stationäre Behandlung des Kindes zu einer Entlastung für Kind und Familie führen.

Info- und Arbeitsblätter zur Diagnostik

- ▶ IB 1 / *Um was geht es?* (J/K/E)
Kurze Erklärung der Zwangsstörung, damit Patient und Eltern wissen, um welche Symptomatik es bei der diagnostischen Exploration geht. Die ausführliche Psychoedukation findet erst nach der Diagnosestellung statt.
- ▶ AB 1 / *Einführung in die Exploration* (T)
Kurzes Beispiel, wie der Therapeut die Exploration einführen könnte
- ▶ AB 2 / *Explorationsbogen Zwangshandlungen* (T)
Fragen zu Zwangshandlungen. Da es Patienten zumeist leichter fällt, über Zwangshandlungen als über Zwangsgedanken zu sprechen, werden diese vor den Zwangsgedanken exploriert. Dieser Bogen kann auch für die Exploration der Eltern genutzt werden.
- ▶ AB 3 / *Explorationsbogen: Vermeidungsverhalten* (T)
Fragen zu Situationen, Gegenständen oder Personen, die der Patient vermeidet, um keine Zwänge auszulösen.
- ▶ AB 4 / *Explorationsbogen: Zwangsgedanken* (T)
Fragen zu Zwangsgedanken. Dieser Bogen kann auch für die Exploration der Eltern genutzt werden.
- ▶ AB 5 / *Welche Zwänge sind am stärksten?* (K/J)
Dokumentation der drei stärksten Zwangsgedanken und Zwangshandlungen durch den Patienten im Anschluss an die Exploration. Dies ist hilfreich für die Planung der Expositionstherapie, wenn entschieden wird, an welchen Zwängen zuerst gearbeitet werden soll.
- ▶ AB 6 / *Zwangsgedanke – Emotion – Zwangshandlung* (T)
Übersichtsblatt zur Dokumentation der individuellen Zwangssymptomatik: Welcher Gedanke löst welches Gefühl und welche Zwangshandlung beim Patienten aus? Die Dokumentation kann im Verlauf der Therapie immer wieder durch weitere Zwänge ergänzt werden.
- ▶ AB 7 / *Zwänge sind unsinnig oder übertrieben?* (J)
Einschätzung der Einsichtsfähigkeit in die Unsinnigkeit oder Übertriebenheit von Zwängen. Das Arbeitsblatt kann auch zur Verlaufsdagnostik eingesetzt werden.
- ▶ AB 8 / *Wie viel Zeit am Tag ist Zwang?* (K/J)
Einschätzung des aktuellen Ausprägungsgrades der Zwänge. Das AB kann auch zur Verlaufsdagnostik eingesetzt werden.
- ▶ AB 9 / *Fragen zur Entwicklung der Zwangsstörung* (T)
Ergänzende Fragen zur Entwicklung der Zwangssymptomatik
- ▶ IB 2 / *Beobachte den Zwang!* (K/J)
Beispielhaftes Protokoll der Zwangssymptomatik eines Jungen mit Kontroll- und Wiederholungszwängen sowie gedanklichen Zwangshandlungen. Diese setzt er ein, um Gefühle von Angst und Unvollständigkeit zu verringern.
- ▶ AB 10 / *Beobachte den Zwang!* (K/J)
Protokollbogen zur Dokumentation der Zwangssymptomatik durch den Patienten über einen Zeitraum von ca. 1 bis 2 Wochen. In die Spalte »Gefühl von ...« trägt der Patient das auf ihn zutreffende Gefühl ein, z. B. Angst, Ekel oder Unvollständigkeit.
- ▶ AB 11 / *Beobachtungsbogen Eltern* (T/E)
Protokollierung der täglich sichtbaren Zwangshandlungen des Kindes, sowie Art und Ausmaß der Einbindung der Eltern in die Ausführung von Zwangshandlungen

- ▶ AB 12 / *Welche Zwänge hatte ich bislang in meinem Leben* (K/J)
Dokumentation der bisher im Leben aufgetretenen Zwänge. Der Patient markiert auf seinem »Lebensweg«, in welchem Alter er welche Zwänge erlebt hat.
- ▶ AB 13 / *Beobachte Handlungen und Bewegungen, die du wiederholt tun musst!* (K/J)
Bei Hinweisen auf eine Ticstörung protokolliert der Patient alle Handlungen und Bewegungen, die er wiederholt tun muss. Das Verhaltensprotokoll dient auch der Diagnose einer möglichen komorbiden Ticstörung.
- ▶ AB 14 / *Tic oder Zwang?* (E)
Bei Hinweisen auf eine Ticstörung protokollieren die Eltern alle Handlungen und Bewegungen, die ihr Kind wiederholt tun muss. Das Verhaltensprotokoll dient auch der Diagnose einer möglichen komorbiden Ticstörung.
- ▶ AB 15 / *Der Zwang als Freund?* (T/K/J)
Dokumentation möglicher entlastender oder schützender Funktionen des Zwangs. Der Einsatz dieses Arbeitsblatts erfordert eine genaue Aufklärung des Patienten über den Aspekt der Funktionalität bei Zwängen (s. a. *Wie sag ich's?*).
- ▶ IB 3 / *Auflistung möglicher funktionaler Faktoren* (T)
Diese Auflistung dient dem Therapeuten als Orientierung für die Hypothesenbildung über mögliche funktionale Faktoren.
- ▶ AB 16 / *Hypothesen zu Funktionalitäten* (T)
Dokumentation von Hypothesen zur möglichen Funktionalität der Zwangsstörung. Wann im Therapieprozess entwickelte der Therapeut welche Hypothese? Das AB ermöglicht eine Übersicht der Hypothesen im Therapieprozess.