

- ▶ Bei spezialisierten stationären Angeboten konzentriert sich die Behandlung häufig auf die Arbeit an Symptomen, während bezüglich der aufrechterhaltenden Bedingungen ein Bewusstsein für die Problematik geschaffen werden kann, für deren Veränderung aber zumeist auf die ambulante Weiterbehandlung verwiesen wird.
- ▶ Arbeiten Sie auf einer Station, in der die Behandlung einer anderen psychischen Erkrankung im Vordergrund steht, und stellen fest, dass bei einem Patienten eine komorbide Zwangserkrankung vorliegt, so können Materialien zur Psychoedukation den entsprechenden Patienten über seine Zwangserkrankung informieren. Zudem können diese ihn motivieren, nach dem stationären Aufenthalt eine ambulante Verhaltenstherapie gegen die Zwänge aufzunehmen, wenn in Ihrem gemeinsamen Arbeitsumfeld dafür keine zeitlichen Ressourcen vorhanden sind.

Aufbau des Buches

Dieses Buch folgt in seinem Aufbau den Phasen einer Verhaltenstherapie. Die Inhalte und Materialien wurden dabei den Phasen so zugeordnet, wie sie üblicherweise relevant werden. Gleichzeitig wird natürlich davon ausgegangen, dass eine gewisse Flexibilität in der Reihenfolge bestehen muss. Fühlen Sie sich daher bitte unbedingt frei, Inhalte entsprechend den Erfordernissen in der Therapie vorzuziehen, zurückzustellen, zu vertiefen oder wegzulassen.

- ▶ **Kapitel 1: Die Eingangsphase.** Dieses Kapitel befasst sich mit Inhalten und Aufgaben der Eingangsphase, definiert als die Zeit von der ersten Kontaktaufnahme bis zur Erstellung eines individuellen Störungsmodells. Nach einer Einführung folgen Informationen zur Diagnostik von Zwangsstörungen, zu den wichtigsten komorbiden Erkrankungen, zur differentialdiagnostischen Abklärung sowie zur Abgrenzung von Normalverhalten. Im anschließenden Abschnitt finden Sie verschiedene Arbeits- und Informationsblätter zur Psychoedukation. In der Eingangsphase muss man außerdem eine Fülle von störungsrelevanten Informationen erheben. Der Abschnitt zur Exploration und Informationssammlung enthält daher eine Reihe von Arbeitsblättern, die Ihnen diese Aufgabe erleichtern können. Es schließt sich ein Abschnitt zur Beziehungsgestaltung an, in welchem Informationen zu Besonderheiten beim Aufbau und der Gestaltung der therapeutischen Beziehung bei Zwangsstörungen vermittelt werden. Kenntnisse über die medikamentöse Therapie bei Zwangsstörungen sind nicht nur für Ärzte wichtig, sondern auch Psychologen sollten sich diesbezüglich auskennen. Daher ist diesem Thema ein weiterer Abschnitt gewidmet. Der letzte Abschnitt befasst sich mit der Einbeziehung von Angehörigen, die sehr häufig ebenfalls durch die Zwangsstörung beeinträchtigt sind. Die Erfolgsaussichten für die Therapie sind zumeist deutlich höher, wenn wichtige Bezugspersonen mit einbezogen werden.
- ▶ **Kapitel 2: Störungsmodell.** Dieses Kapitel beginnt mit einem Abschnitt zur Mikroanalyse, deren Verständnis für die spätere Therapieplanung wichtig ist. Es schließt sich das kognitiv-behaviorale Modell an, welches eine wichtige Basis für die symptomorientierte Behandlungsplanung darstellt. Der letzte Abschnitt ist der Makroanalyse gewidmet. Der Patient sollte am Ende dieser Phase verstehen, wie seine Krankheit entstanden ist, wie sie aufrechterhalten wird und inwiefern die Exposition mit Reaktionsmanagement eine geeignete Methode zur Reduktion seiner Zwänge darstellt.
- ▶ **Kapitel 3: Therapieziele und Behandlungsplanung.** Bei Zwangserkrankungen ist die Festlegung der Therapieziele auf Symptomebene nicht immer ganz unproblematisch. Das dritte Kapitel stellt daher verschiedene Tools zur Verfügung, die bei der Bestimmung der Therapieziele hilfreich sein können. Der Schwerpunkt liegt dabei auf den Symptomzielen (Zwänge), es wird aber auch auf die Festlegung von Hintergrundzielen (aufrechterhaltende Bedingungen der Zwänge und weitere Ziele) eingegangen. Wie sich aus den Therapiezielen die Behandlungsplanung ableitet, ist ebenfalls Inhalt dieses Kapitels.
- ▶ **Kapitel 4: Behandlung.** Hier werden zahlreiche Arbeitsmaterialien zu störungsspezifischen Ansätzen vorgestellt. Die wichtigste Symptomtechnik ist die Exposition mit Reaktionsmanagement, die aber in der Regel durch Fertigkeiten im Umgang mit Fehlbewertungen ergänzt werden sollte. Da letztere zumeist notwendig sind, um die Motivation für die Durchführung von Expositionen zu erhöhen

oder sogar erst zu schaffen, werden sie in diesem Kapitel an den Anfang gestellt. Sie finden eine große Auswahl an Fertigkeiten, die häufig auf unterschiedliche Weise das gleiche Ziel anstreben, sodass Sie Alternativen zur Verfügung haben, wenn sich eine Methode bei einem Patienten als wenig praktikabel erweist. Im anschließenden Abschnitt zur Exposition werden viele Materialien zu Voraussetzungen, Planung und Umsetzung von Expositionen sowie Besonderheiten bei verschiedenen Arten von Zwängen zur Verfügung gestellt. Entscheidend für den Erfolg von Expositionen ist insbesondere, dass der Patient Experte seiner Erkrankung ist und darauf aufbauend eine gleichberechtigte Zusammenarbeit stattfindet. Eine Vielzahl von Arbeits- und Informationsblättern soll diesen Prozess unterstützen. Leider erbringt die Anwendung von Symptomtechniken nicht immer den gewünschten Erfolg. Für Patienten mit einer Zwangserkrankung, die von einer Verhaltenstherapie nicht ausreichend profitieren können, kann die Erweiterung des Vorgehens um einen schematherapeutischen Ansatz die Chancen für ein verbessertes Therapie-Outcome deutlich erhöhen. Daher werden im letzten Abschnitt Möglichkeiten aufgezeigt, wie Schematherapie in die verhaltenstherapeutische Behandlung integriert werden kann.

- ▶ **Kapitel 5: Die Abschlussphase.** Das abschließende Kapitel beschäftigt sich mit der Gestaltung der letzten Phase der Therapie. Der Therapeut nimmt seine Aktivitäten allmählich zurück, seine Rolle ist eher die eines Begleiters, während der Patient zunehmend eigenständiger in der Umsetzung des in der Therapie Erlernten wird. Therapeut und Patient bereiten sich außerdem auf das Ende ihrer Zusammenarbeit vor. Dieses Kapitel enthält dementsprechend verschiedene Materialien zur Vorbereitung auf die Zeit nach der Therapie und insbesondere zur Prävention von Rückschritten.

Hinweise zu den Arbeitsmaterialien für Patienten

Arbeitsmaterialien für Patienten sind in der Regel so formuliert, dass sie selbsterklärend sind. Trotzdem werden die meisten mehr von einer Bearbeitung profitieren können, wenn das jeweilige Arbeitsblatt erstmalig in der Therapiesitzung eingeführt und erläutert wird. Stellenweise kann es auch sinnvoll sein, in der Sitzung gemeinsam mit der Bearbeitung einer Aufgabe zu beginnen, die der Patient dann in Eigenregie zur nächsten Sitzung fertigstellt. Die Erläuterungen zu den Arbeitsmaterialien sind einerseits eine Gedächtnisstütze nach der Therapiesitzung zusätzlich zu den Erklärungen des Therapeuten, sie sind andererseits aber auch notwendig, wenn der Patient sie nach Beendigung der Therapie erneut nutzen möchte.

Icons

Zur besseren Orientierung sind die Arbeits- und Informationsblätter mit verschiedenen Icons ausgestattet. So können Sie sofort erfassen, für wen die Materialien vorgesehen sind und wie sie eingesetzt werden sollten. Folgende Icons werden Ihnen in diesem Buch begegnen:

- T** **Therapeut/in:** Dieses Icon kennzeichnet Arbeits- und Informationsblätter, die für den Therapeuten/die Therapeutin selbst gedacht sind.
- P** **Patient/in:** Dieses Icon kennzeichnet Arbeits- und Informationsblätter, die den Patienten und Patientinnen zur Bearbeitung ausgehändigt werden.
- A** **Angehörige:** Arbeitsblätter mit diesem Icon richten sich direkt an Angehörige der Patienten.
-  **Ran an den Stift:** Dieses Icon fordert dazu auf, einen Stift zur Hand zu nehmen und Antworten und Überlegungen direkt auf dem Arbeitsblatt zu notieren.
-  **Hier passiert was:** An dieser Stelle werden Handlungsanweisungen für Therapeuten und Patienten gegeben.



Input fürs Köpfchen: Hier werden Anregungen zum Weiterdenken oder zur Vertiefung gegeben – auf diese Weise markierte Abschnitte beinhalten Varianten, Fortführungen oder Hintergrundinformationen.



Ganz Ohr kennzeichnet Texte oder Übungen, die der Therapeut dem Patienten vorliest.

1 Die Eingangsphase

Einführung. Die Eingangsphase wird hier verstanden als die Phase zwischen dem Erstkontakt und der Erarbeitung eines Störungsmodells als Beginn der eigentlichen Behandlung. Sie beinhaltet verschiedene Punkte, unter anderem die folgenden:

- ▶ diagnostische Abklärung
- ▶ Vermittlung von Wissen über die Erkrankung und deren Behandlung (Psychoedukation)
- ▶ Informationserhebung (Erkrankung, weitere Problembereiche, Biografie, aktuelle Lebenssituation etc.)
- ▶ Kennenlernen und Aufbau einer therapeutischen Beziehung

■ Wichtig

Die Eingangsphase, so wie sie hier verstanden wird, weist zahlreiche Überschneidungen mit der Probatorik auf, ist aber nicht identisch mit dieser. In der ambulanten Verhaltenstherapie geht sie oft über die probatorischen Sitzungen hinaus, denn aufgrund der Vielfältigkeit von Zwangssymptomen und ihrer Determinanten nimmt die Informationserhebung in der Regel mehr Zeit in Anspruch als bei anderen Erkrankungen. Im stationären Setting hingegen ist die Eingangsphase aufgrund begrenzter zeitlicher Möglichkeiten häufig kürzer.

Das Kapitel ist in sechs Abschnitte unterteilt:

- 1.1 Diagnostik
- 1.2 Psychoedukation
- 1.3 Exploration und Informationssammlung
- 1.4 Beziehungsgestaltung
- 1.5 Medikamente
- 1.6 Einbeziehung von Angehörigen

Schwerpunkt in diesem Kapitel sind die Besonderheiten der Eingangsphase bei Zwangsstörungen. Allgemeine Informationen zur Eingangsphase und Probatorik finden Sie beispielsweise bei Neudeck und Mühlig (2020) sowie Zarbock (2011).

Übersicht über das Arbeitsmaterial des Kapitels

Diagnostik

- INFO 1 Messinstrumente zur genauen Erfassung der Symptomatik: Übersicht
- AB 1 Y-BOCS Symptom-Checkliste
- AB 2 Y-BOCS: Halbstrukturiertes Interview
- AB 3 Selbsteinschätzung Ihrer Symptome (Y-BOCS Symptom-Checkliste)
- AB 4 Selbsteinschätzung (Y-BOCS): Wie schwer sind Ihre Zwänge?
- INFO 2 Komorbiditäten
- INFO 3 Screening-Fragen zur Identifikation einer Zwangsstörung
- INFO 4 Differentialdiagnostik
- INFO 5 Abgrenzung zu Normalverhalten

Psychoedukation

- INFO 6 Therapieordner
- INFO 7 Gut zu wissen – Informationen über Zwangserkrankungen

INFO 8 Einblick in Zwänge

Exploration und Informationssammlung

- AB 5 Checkliste Informationssammlung Zwangssymptomatik
- AB 6 Lebenslauf des Zwangs: Entwicklung vom Beginn bis heute
- AB 7 Auslöser
- AB 8 Vermeidung
- AB 9 Den Zwang genauer untersuchen
- AB 10 Ein typischer Tag
- INFO 9 Zwangstypische Fehlbewertungen
- AB 11 Checkliste zwangstypische Fehlbewertungen
- INFO 10 Expertenrat einholen

Beziehungsgestaltung

- INFO 11 Hilfreiches Therapeutinnenverhalten

Medikamente

- INFO 12 Merkblatt: Pharmakotherapie bei Zwangserkrankungen
- AB 12 Einnahme von Medikamenten

Einbeziehung von Angehörigen

- INFO 13 Merkblatt: Beratungsbedarf von Angehörigen
- INFO 14 Leitfaden für unproblematische Angehörigengespräche
- INFO 15 Leitfaden für schwierige Angehörigengespräche
- AB 13 Mithilfe beim Zwang – Liste
- AB 14 Mithilfe beim Zwang – Protokoll

1.1 Diagnostik

Zwangssymptome sind in ihrem Erscheinungsbild sehr vielgestaltig. Symptome können von Patientin zu Patientin sehr unterschiedlich aussehen, gemeinsam ist allen jedoch, dass sie sehr zeitaufwändig sind, zu einer deutlichen Beeinträchtigung im Alltag und einer Verringerung der Lebensqualität führen.

■ Wichtig

Wesentliche Merkmale einer Zwangsstörung sind wiederkehrende Zwangsgedanken und Zwangshandlungen.

- ▶ **Zwangsgedanken** sind definiert als sich wiederholende aufdringliche Gedanken, Vorstellungen oder Impulse. Sie werden als unsinnig, übertrieben oder sogar persönlichkeitsfremd bewertet, sie rufen aber gleichzeitig Angst, Ekel oder Unbehagen hervor. Sie zu ignorieren oder ihnen Widerstand zu leisten ist kaum möglich.
- ▶ Unter **Zwangshandlungen** versteht man Verhaltensweisen oder Rituale, zu denen sich die Person gedrängt fühlt, obwohl sie diese als unsinnig oder übertrieben bewertet. Die Handlungen dienen der Reduktion oder Vermeidung von Unruhe und Anspannung oder zur Verhinderung des Eintritts von gefürchteten Ereignissen.

Zu den häufigsten Zwangsgedanken gehören aggressive Zwangsgedanken, gefolgt von Zwangsgedanken, die sich auf Verschmutzung beziehen. Die häufigsten Zwangshandlungen sind Wasch- und Kontrollzwänge (Fricke, 2003). Die meisten Zwangspatienten leiden unter unterschiedlichen Zwangsgedanken und -handlungen, die außerdem im Verlauf der Erkrankung wechseln können.