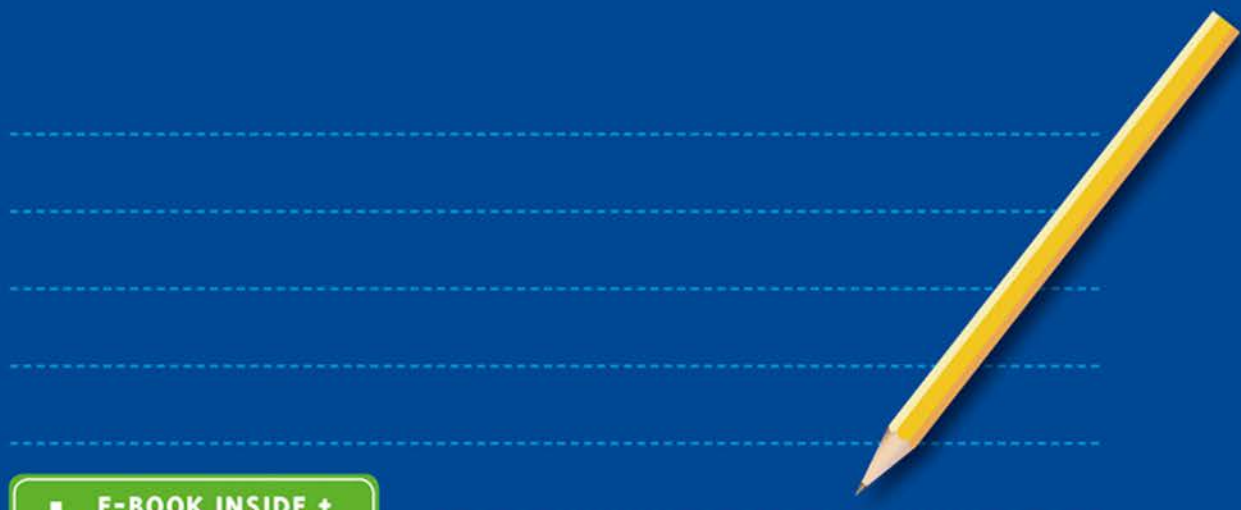


Wewetzer • Wewetzer

THERAPIE-TOOLS



Zwangsstörungen im Kindes- und Jugendalter



E-BOOK INSIDE +
ARBEITSMATERIAL

BELTZ

Gunilla Wewetzer • Christoph Wewetzer

Therapie-Tools Zwangsstörungen im Kindes- und Jugendalter

Mit E-Book inside und Arbeitsmaterial

BELTZ

Anschrift der Autoren:

Dipl.-Psych. Gunilla Wewetzer
Kliniken der Stadt Köln
Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie
Florentine-Eichler-Str. 1
D-51067 Köln
E-Mail: wewetzer@kliniken-koeln.de

Prof. Dr. med. Christoph Wewetzer
Kliniken der Stadt Köln
Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie
Florentine-Eichler-Str. 1
51067 Köln
E-Mail: wewetzer@kliniken-koeln.de

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme.



Dieses Buch ist erhältlich als:
ISBN 978-3-621-28373-1 Print
ISBN 978-3-621-28374-8 E-Book (PDF)

1. Auflage 2017

© 2017 Programm PVU Psychologie Verlags Union
in der Verlagsgruppe Beltz • Weinheim Basel
Werderstraße 10, 69469 Weinheim
Alle Rechte vorbehalten

Lektorat: Karin Ohms
Illustrationen: Claudia Styrsky, München
Bildnachweis: Lelia Rehm
Herstellung: Victoria Larson
Satz: Markus Schmitz, Altenberge
Druck und Bindung: Beltz Bad Langensalza GmbH, Bad Langensalza
Gesamtherstellung: Beltz Bad Langensalza GmbH, Bad Langensalza
Printed in Germany

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

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	7
Kapitel 1 / Einführung	9
1.1 Symptomatik und Klassifikation	9
1.2 Epidemiologie und Verlauf	10
1.3 Erklärungskonzepte	11
1.4 Psychotherapie	11
1.5 Pharmakotherapie	13
Kapitel 2 / Aufbau der Therapie-Tools	15
Kapitel 3 / Obligatorische Therapiemodule	17
3.1 Diagnostik	17
3.1.1 Hintergrund	17
3.1.2 Ziele	18
3.2 Psychoedukation	49
3.2.1 Hintergrund	49
3.2.2 Ziele	49
3.3 Expositionstherapie mit Reaktionsmanagement	76
3.3.1 Hintergrund	76
3.3.2 Ziele	78
3.4 Rückfallprophylaxe	107
3.4.1 Hintergrund	107
3.4.2 Ziele	107
Kapitel 4 / Fakultative Therapiemodule	121
4.1 Kognitive Therapie I	121
4.1.1 Hintergrund	121
4.1.2 Ziele	121
4.2 Kognitive Therapie II	143
4.2.1 Hintergrund	143
4.2.2 Ziele	143
4.3 Pharmakotherapie	153
4.3.1 Hintergrund	153
4.3.2 Ziele	154

4.4	Achtsamkeit und Akzeptanz	160
4.4.1	Hintergrund	160
4.4.2	Ziele	161
4.4.3	Achtsamkeits- und akzeptanzorientierte Strategien in der Nachsorgephase	188
	Hilfreiche Adressen	200
	Übersicht über die Informations- und Arbeitsblätter	201
	Literatur	206

Vorwort

Zwangsstörungen im Kindes- und Jugendalter zeichnen sich durch eine individuell sehr unterschiedliche und zumeist komplexe Symptomatik aus. Sie stellen Therapeuten immer wieder vor neue, spannende Herausforderungen! Wir möchten gern drei Punkte in ihrer Bedeutung für die Therapie der Zwangsstörung herausstellen:

— (1) Die Expositionstherapie

Die Behandlung der Zwangsstörung ist multimodal und beinhaltet stets verschiedene therapeutische Strategien, die alle ihren Stellenwert für die Behandlung besitzen.

Eine deutlich hervorgehobene Bedeutung kommt allerdings der Expositionstherapie zu. Die Wirksamkeit dieser Strategie ist empirisch sehr gut abgesichert und in der klinischen Praxis überzeugend. Sie ermöglicht eine direkte Auseinandersetzung des Patienten mit seinen Emotionen, indem er die Erfahrung macht, dass er seinem Gefühl entgegen gesetzt handeln kann. Dinge werden nicht nur anders gedacht, sondern anders getan. Die Betonung dieser aktiven Handlungsebene ist gerade für die Patienten bedeutsam, die sich in endlosen Gedankenschleifen und grüblerischen Denken verstricken. Die Expositionstherapie sollte daher nicht überhastet, sondern gut vorbereitet, aber auch so zügig wie möglich begonnen werden. Ein zu langes Hinauszögern von Expositionen (wie es in der Praxis leider oftmals vorkommt!) kostet wertvolle Therapiezeit. Der Therapeut vergibt sich die Möglichkeit, den Patienten und seine Symptomatik frühzeitig besser kennenzulernen und zu verstehen. Das gemeinsame Bestehen einer Exposition festigt und stützt auch die therapeutische Beziehung.

— (2) Die Nachsorge

Der Nachsorge kommt ein zentraler Stellenwert für die langfristige Stabilisierung der Therapieeffekte zu. Ein Wiedererstarren von Zwängen nach einer Expositionstherapie ist eher die Regel als die Ausnahme. Entscheidend ist, dass auch in der Nachsorgephase die symptomorientierte kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlung mit »Auffrischungssitzungen« (Expositionen) fortgeführt wird.

— (3) Die frühzeitige Behandlung

Zwangsstörungen zeigen ohne eine spezifische Therapie eine deutliche Tendenz zur Chronifizierung. Je länger Kinder und Jugendliche unter Zwängen leiden, umso stärker wird zumeist die Erkrankung und umso schwerer ist es, die automatisierten Verhaltensmuster zu durchbrechen. Damit einhergehend fällt es den Patienten schwerer, sich für eine Therapie zu entscheiden. Zwänge werden zu einer Gewohnheit und somit zu einem Teil des Lebens. Die Vorstellung, sich aktiv gegen den Zwang zu stellen und vielleicht sogar die Zwänge ganz zu verlieren, kann Unsicherheit und Angst hervorrufen. Eine frühzeitige Diagnostik und störungsspezifische Behandlung ist für den Therapieerfolg wesentlich!

— Danksagung

Wir danken allen Kindern, Jugendlichen und Eltern, die uns durch ihre Mitarbeit, ihre unterschiedlichen Temperamente und ihr Engagement täglich aufs Neue Anregungen für die Entwicklung von Therapiematerialien geben!

Köln, im Sommer 2017

*Gunilla Wewetzer
Christoph Wewetzer*

KAPITEL 1/

Einführung

1.1 Symptomatik und Klassifikation

Symptomatik

Die Kernsymptomatik der Zwangsstörung besteht typischerweise aus Zwangsgedanken und Zwangshandlungen. Es können aber auch vorwiegend Zwangshandlungen oder vorwiegend Zwangsgedanken vorkommen.

Zwangsgedanken sind wiederkehrende, sich aufdrängende Gedanken. Sie werden als eigene Gedanken angesehen und nicht als von anderen Personen oder Einflüssen eingegeben. Sie drehen sich meist um Sorgen, sich selbst oder andere zu schädigen. Nicht selten spielt magisches Denken eine Rolle. Insbesondere männliche Jugendliche leiden häufig auch unter sexuellen und aggressiven Zwangsgedanken.

Gefühle sind ein wesentliches Merkmal der Zwangsstörung. Diese extrem unangenehmen, oftmals quälenden Gefühle können unterschiedlicher Qualität sein. Neben Gefühlen von Angst, Ekel, Schuld oder Scham kann auch ein Gefühl von Unvollständigkeit erlebt werden. Unvollständigkeit meint ein Gefühl, dass eine Handlung oder eine Bewegung nicht »richtig« im Sinne des Zwangssystems vollzogen wurde. Diese quälende Unsicherheit kommt in Sätzen zum Ausdruck wie z. B.:

- ▶ »Ich muss Dinge auf eine bestimmte Art und Weise machen, sonst fühle ich mich nicht richtig wohl.«
- ▶ »Ich spüre einen Drang, Tätigkeiten zu wiederholen oder in die Länge zu ziehen, bis sie sich »genau richtig« anfühlen.«
- ▶ »Alltägliche Handlungen, zum Beispiel Strümpfe anziehen, dauern bei mir länger als sie sollen, weil ich nicht das Gefühl bekomme, dass sie vollkommen richtig beendet sind.«

Die Gefühle werden oftmals von unangenehmen **Körperempfindungen** begleitet wie körperliche Anspannung, Druckgefühl im Hals oder Bauch, Schwitzen etc.

Zwangshandlungen sind bewusste, wiederholte Handlungen, die der Abschwächung oder Beendigung eines unangenehmen Gefühls dienen. Sie können sichtbar (z. B. wiederholtes Händewaschen) und unsichtbar (z. B. wiederholtes Denken eines bestimmten Satzes) durchgeführt werden. Unsichtbare gedankliche Zwangshandlungen werden zumeist dann ausgeführt, wenn die Ausführung von sichtbaren Zwangshandlungen nicht möglich oder sehr schambesetzt ist (z. B. in der Schule).

Vermeidungsverhalten ist ein weiterer Versuch, Gefühle zu regulieren. Kinder und Jugendliche vermeiden dabei den Kontakt mit bestimmten Gegenständen, Menschen oder Situationen, um das Auftreten von Zwängen zu verhindern. Vermeidungsverhalten kann zu erheblichen Beeinträchtigungen des Alltags führen, wenn z. B. das eigene Zimmer nicht mehr betreten werden kann oder der Schulbesuch nicht mehr möglich ist.

Komorbid Erkrankungen sind eher die Regel als die Ausnahme. Häufige komorbide Störungen im Kindes- und Jugendalter sind depressive Störungen, Angsterkrankungen, aber auch Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen und Ticstörungen. Im Jugendalter finden sich Persönlichkeitsakzentuierungen, die auf eine sich entwickelnde Persönlichkeitsstörung verweisen können (Walitza et al., 2011). Komorbiditäten können sich negativ auf die Behandlung der Zwänge auswirken. Insofern kommt ihnen im Behandlungsplan eine besondere Bedeutung zu.

Klassifikation

Im ICD-10 und DSM-IV wird die Zwangsstörung unter Kategorien wie die »neurotischen Belastungs- und somatoforme Störungen« und die »Angststörungen« gefasst. Im DSM-5 ist die Zwangsstörung nun eine eigenständige Kategorie gemeinsam mit verwandten Störungen wie der Trichotillomanie, der Dysmorphophobie, dem Horten, den substanzinduzierten Zwängen und dem Skin Picking.

Tabelle 1.1 Klassifikationssysteme der Zwangsstörung

	ICD-10	DSM-IV	DSM-5
Kategorie	Neurotische Belastungs- und somatoforme Störungen	Angststörungen	Zwangsstörungen und verwandte Störungen
Symptome	Zwangsgedanken (F 42.0) Zwangshandlungen (F 42.1) Gemischt (F 42.2)	keine eigenständige Kategorie für Zwangsgedanken und Zwangshandlungen	Differenzierung eines Subtyps »Zwänge mit Ticstörungen«
Zeitkriterium	Mindestzeitraum 2 Wochen	kein Mindestzeitraum, täglich > 1 Stunde	

Im DSM-5 wird erstmals ein Subtyp »Tic-related« benannt. Die Zwangsstörung wird dann als Tic-verwandt beschrieben werden, wenn das Kind oder der Jugendliche aktuell oder früher an einer Ticstörung erkrankt ist oder war. Bei bis zu 50 % der Kinder mit einem Tourette-Syndrom entwickeln sich im Verlauf dieser Erkrankung Zwänge (Leckmann et al., 1993). Erstgradige Verwandte von Patienten mit einem Tourette-Syndrom zeigen eine erhöhte Rate von Zwangsstörungen (Pauls et al., 1995). Langzeitstudien von Kindern und Jugendlichen mit Zwängen ergeben, dass bis zu 60 % eine Lebenszeitdiagnose von Ticstörungen aufweisen (Leonhard et al., 1992). In einer Übersichtsarbeit von Geller et al. (1998) hatten 13–26 % der Kinder und Jugendlichen mit Zwängen auch Tics – häufiger jüngere Patienten (Miguel et al., 2001). Neben der spezifischen Symptomatik sind weiteren Kriterien für die Diagnose einer Zwangsstörung:

- ▶ Zwangsgedanken und Zwangshandlungen werden als **eigene Gedanken und Handlungen** angesehen und nicht als von anderen Personen und Einflüssen eingegeben.
- ▶ Die Kinder und Jugendlichen leisten **Widerstand** gegen die Ausführung der Zwänge. Widerstand meint die Anstrengungen des Patienten, die Zwänge nicht auszuführen, sich dagegen zu wehren. Nach den diagnostischen Kriterien wird gefordert, dass das Kind oder der Jugendliche gegenwärtig mindestens einem Zwangsgedanken oder einer Zwangshandlung Widerstand leistet, auch wenn dieses Bemühen meist erfolglos ist. Je länger der Betroffene unter den Zwängen leidet, umso weniger ist er in der Lage, Widerstand zu leisten.
- ▶ Die Kinder und Jugendlichen erkennen mindestens einen Zwangsgedanken oder eine Zwangshandlung als unsinnig oder übertrieben an. Dies wird als **Einsichtsfähigkeit** oder auch als ich-dyston bezeichnet. Geringe Einsichtsfähigkeit korreliert mit dem jüngeren Alter (Lewin et al., 2010), d. h., jüngeren Kindern fällt es entwicklungsbedingt schwerer, diese Form der Einsicht zu entwickeln. Die Einsicht ist zumeist während des Erlebens des quälenden Gefühls geringer als in entspannten, zwangsfreien Situationen (Geller & March, 2012). Es gibt Befunde bei Jugendlichen, die zeigen, dass wenig Einsicht mit einer höheren Ausprägung der Zwänge und einer vermehrten Einbindung der Familie in die Ausführung von Zwangshandlungen verbunden ist (Storch et al., 2008).
- ▶ **Psychosoziale Beeinträchtigungen** sind gravierende Folgen der Zwangsstörung. Je stärker die Zwänge sind, umso umfassender ist die Beeinträchtigung in immer mehr Lebensbereichen. Die Lebensqualität der Betroffenen und ihrer Familien ist stark eingeschränkt.

1.2 Epidemiologie und Verlauf

Mit einer Prävalenz von 1,9–3,3 % (Karla & Swedo, 2009) gehören Zwangsstörungen zu den häufigsten psychischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter. Die Symptomatik ist oftmals sehr schambesetzt, sodass Zwänge lange verheimlicht werden, was eine frühzeitige Diagnosestellung hinauszögern kann. Der erste Erkrankungsgipfel liegt zwischen dem 10. bis 13. Lebensjahr. Das Verhältnis von Jungen zu Mädchen liegt bei etwa 2 : 1, wobei Jungen öfter einen präpubertären Beginn aufzeigen (Geller et al., 1998). Im Jugendalter finden sich keine bedeutsamen Geschlechterunterschiede. In einer prospektiv angelegten Studie wurden Kinder und Jugendliche sechs Jahre nach Beendigung einer stationären Therapie nachuntersucht (Zellmann et al., 2009). Es zeigte sich, dass 46 % der Kinder und Jugendlichen noch oder erneut unter einer Zwangsstörung litten. 70 % der Kinder und Jugendlichen entwickelten im Verlauf eine andere psychi-

sche Erkrankung, zumeist eine depressive Episode oder eine Angsterkrankung. Kinder mit einer Zwangsstörung und einer komorbiden Ticstörung oder einer Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung weisen einen schlechteren Behandlungsverlauf auf.

Die kurzfristig entlastende Wirkung von Zwangshandlungen lässt mit der Zeit nach, sodass Zwänge öfter und stärker durchgeführt werden. Die Wahrscheinlichkeit einer Besserung der Zwangsstörung ohne eine spezifische Therapie ist gering.

1.3 Erklärungskonzepte

Zu der Entwicklung und Aufrechterhaltung der Zwangsstörung tragen verschiedene Faktoren bei:

Biologische Faktoren spielen eine wichtige Rolle bei der Entstehung der Zwangserkrankung, da eine gewisse Disposition für eine Zwangserkrankung vererbt werden kann. Eltern und Geschwister eines an Zwängen erkrankten Kindes leiden häufiger als in der Allgemeinbevölkerung ebenfalls unter Zwängen (Walitza et al., 2008, 2010). Bei eineiigen Zwillingen ist die Wahrscheinlichkeit sehr hoch, dass beide Kinder an Zwängen erkranken (van Grootheest et al., 2005). Bei zweieiigen Zwillingen ist diese Wahrscheinlichkeit hingegen deutlich geringer.

Persönlichkeitsfaktoren. Mit Persönlichkeitsfaktoren sind bestimmte Eigenschaften gemeint, die häufig bei Menschen mit Zwängen zu beobachten sind. Dies sind z. B. eine hohe Gewissenhaftigkeit, eine übertriebene Vorsicht oder ein hoher Anspruch an sich selbst hinsichtlich Kontrolle und Perfektion.

Soziale Faktoren spielen ebenfalls eine große Rolle. Im sozialen Umfeld wie der Schule und dem Freundeskreis können Belastungen auftreten wie z. B. Mobbing.

Familiäre Faktoren umfassen das Erziehungsverhalten der Eltern und das Familienklima. Die elterliche Erwartungshaltung hinsichtlich Ordnung, Sauberkeit oder Perfektion kann eine Rolle spielen. Nicht selten leiden auch Eltern unter einer psychischen Störung mit zwanghaften, ängstlichen Verhaltensweisen, was sich oftmals in einem entsprechenden Erziehungsverhalten ausdrückt (Jans et al., 2007).

Belastende Erfahrungen umfassen alltägliche Ereignisse (z. B. Umzug in eine andere Stadt), aber auch spezifische Ereignisse wie Erfahrungen von Gewalt und Missbrauch.

Umgang mit Gedanken. Dem Umgang mit Gedanken kommt eine besondere Bedeutung bei der Entstehung von Zwangsgedanken zu. Menschen mit Zwängen neigen zu einer Überbewertung der Bedeutung von aufdringlichen Gedanken (Salkovskis & Wahl, 2002). Als Folge entwickeln sich starke unangenehme Gefühle. Zwangshandlungen werden ausgeführt, um diese Gefühle und Befürchtungen zu »neutralisieren«. In der Folge wird der Patient in der Anwendung dieser Strategie ebenso bestärkt wie in der grundsätzlichen Überzeugung, etwas gegen die Zwangsgedanken tun zu müssen.

Lernerfahrungen. Die Bedeutung von Lernerfahrungen wird im lerntheoretischen Modell aufgegriffen, welches auf das Zwei-Faktoren-Modell von Mowrer (1947) zurückgeht. Es wird davon ausgegangen, dass durch die Kopplung eines ursprünglich neutralen Reizes mit einem unangenehmen Reiz dieser neutrale Reiz, im Sinne der klassischen Konditionierung, ein Angstreiz wird. Die Erfahrung der Angstreduktion durch die Zwangshandlungen verstärkt das inadäquate Umgehen mit der Angst negativ. In der Folge führt es dazu, dass vom Patienten Zwangshandlungen wiederholt eingesetzt werden. Es kommt zu einem Teufelskreis aus kurzfristiger Angstreduktion und dem Ausführen von Zwangshandlungen. Im Verlauf kann sich das Zwangsverhalten verselbstständigen, ritualisieren, sodass der Patient gar nicht unbedingt mehr Angst erleben muss, um Zwangshandlungen auszuführen.

1.4 Psychotherapie

— Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) mit Expositionen im Reaktionsmanagement

Die Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) mit Expositionen im Reaktionsmanagement ist die Therapie der ersten Wahl bei der Behandlung der Zwangsstörung im Kindes- und Jugendalter (Wewetzer & Wewetzer, 2012). Dies bestätigen eindrucksvoll viele Studien, wie auch die aktuelle Metaanalyse von Rosa-Alcazar et al. (2015), bei der der KVT eine Effektivitätsstärke von 1,86 zugeschrieben wird.

Phasen der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlung von Zwängen. Die Kognitive Verhaltenstherapie der Zwangsstörung lässt sich in drei Phasen gliedern:

- (1) **Stabilisierungsphase.** Die Dauer der Stabilisierungsphase wird bestimmt durch die Schwere der Symptomatik und den Grad an Einsicht in die Unsinnigkeit oder Übertriebenheit der Zwänge. Je weniger Einsicht, umso intensiver sollten kognitive Strategien zur emotionalen Distanzierung vom Inhalt der Zwangsgedanken erarbeitet werden. Die ausführliche Psychoedukation beinhaltet Informationen über die Symptomatik, die Ursachen sowie die Behandlungsmöglichkeiten. Psychoedukation dient immer auch der Förderung der Therapiemotivation. Bei entsprechender Indikation kann mit einer begleitenden Pharmakotherapie begonnen werden.
- (2) **Intensivphase.** In dieser Phase wird die Expositionstherapie durchgeführt. Sie beinhaltet vielfältige Expositionsübungen, die zeitlich intensiv und für Patient und Therapeut fordernd sind.
- (3) **Nachsorgephase.** Diese Phase schließt an die intensive Expositionstherapie an. Es gilt, Therapieerfolge zu stabilisieren und den Umgang mit der häufig noch bestehenden Restsymptomatik zu klären. In der Nachsorgephase sollte besonders auf mögliche funktionale und aufrechterhaltende Faktoren geachtet werden. Diese gilt es dann zu erarbeiten und zu verändern, um Therapieerfolge langfristig zu sichern.

— Achtsamkeits- und akzeptanzorientierte Ansätze

Achtsamkeits- und akzeptanzorientierte Ansätze stellen eine Weiterentwicklung der Kognitiven Verhaltenstherapie dar. Die KVT ist eine sehr wirksame Therapie, aber dennoch zeigen ca. 30–40 % der Patienten keine oder nur eine unzureichende Verbesserung der Zwangssymptomatik. Darüber hinaus besteht bei Zwangsstörungen eine hohe Rückfallgefährdung. Insofern ist die Entwicklung von die KVT ergänzenden Therapiemöglichkeiten sinnvoll. Hier bieten sich achtsamkeits- und akzeptanzbasierte Ansätze an. Anders als in der klassischen Kognitiven Verhaltenstherapie liegt der Schwerpunkt nicht auf einer Veränderungsorientierung, sondern auf der Förderung von Akzeptanz hinsichtlich des inneren Erlebens, was Patienten den Umgang mit Zwangsgedanken und Zwangsimpulsen erleichtern kann. Es gibt nun zwei Therapien, zu denen es erste positive Wirksamkeitsnachweise gibt.

Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT). Nach dem Konzept der Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT) von Hayes (2004) entsteht psychisches Leiden aus dem Bemühen, unangenehmes inneres Erleben zu kontrollieren bzw. ganz zu vermeiden. In der Folge dieser Bemühungen kommt es zu einer Zunahme an psychischer Inflexibilität (Eifert, 2011). Die verschiedenen ACT-Prozesse vermitteln unterschiedliche Fertigkeiten, die eine Balance zwischen Akzeptanz- und Veränderungsprozessen darstellen und je nach Bedingung flexibel eingesetzt werden. Es geht um den Abbau unwirksamer Erlebensvermeidung und Erlebenskontrolle, dem Hinterfragen der verhaltensregulierenden Funktion von nicht lebenszielfördernden Kognitionen und der Förderung engagierten lebenszielorientierten Handelns.

Im Erwachsenenbereich gibt es Studien, die die Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT) als vielversprechend für die Behandlung von Zwangsstörungen benennen (Twohig et al., 2010, 2015). Aufgrund dieser Studien wurde ACT in die S3-Leitlinie für die Behandlung Erwachsener mit Zwangsstörungen aufgenommen (offener Empfehlungsgrad (0) nach Kordon et al., 2014).

Achtsamkeitsbasierte kognitive Therapie (MBCT). Bei der Achtsamkeitsbasierten kognitiven Therapie (MBCT) nach Segal et al. (2008) geht es schwerpunktmäßig um die Entwicklung einer akzeptierenden und offenen Haltung im Umgang mit dysfunktionalen Kognitionen. Besondere Bedeutung kommt dabei praktischen Achtsamkeitsübungen zu. MBCT wurde ursprünglich zur Rückfallprophylaxe für Patienten mit rezidivierender Depression entwickelt. Im Erwachsenenbereich finden sich erste Studien, die die Achtsamkeitsbasierte kognitive Therapie (MBCT) bei der Behandlung von Zwangsstörungen anwenden (Külz & Hofner, 2014).

— Einbeziehung der Eltern

Eltern sollten immer in die Therapie miteinbezogen werden. Zum einen um das Kind in der Therapie zu unterstützen, zum anderen um die Familie als Ganzes zu entlasten. Ein Kind mit einer Zwangsstörung stellt alle Familienmitglieder vor große Herausforderungen und Belastungen. Das gilt für die Eltern ebenso wie für die Geschwister. In der diagnostischen Phase gilt es zu klären, wie stark die Belastung für die gesamte Familie ist und welche Hilfen benötigt werden.

Je stärker Familienmitglieder in die Ausführung von Zwangshandlungen eingebunden sind, umso intensiver müssen sie in die Therapie einbezogen werden. Sie werden unterstützt, sich sukzessive aus der Einbindung in die Zwänge zu lösen, um die Zwangsstörung nicht durch dieses Verhalten langfristig aufrechtzuerhalten. Die Intensität der Einbeziehung von Eltern und Geschwistern hängt auch vom Entwicklungsstand des Kindes ab. Je jünger ein Kind ist, desto größer die Notwendigkeit der Einbeziehung der Eltern. Bei der Elternarbeit sollte bedacht werden, dass die Eltern nicht selten ebenfalls psychiatrisch erkrankt sind (Jans et al., 2007), mit möglichen Auswirkungen auf das Familienklima und das Erziehungsverhalten.

1.5 Pharmakotherapie

Bei entsprechender Indikation ist die ergänzende pharmakologische Behandlung zu empfehlen. In einer Metaanalyse von Sanchez-Meca et al. (2014) zeigte sich, dass die kombinierte Therapie mit einer Effektstärke von 1.704 der alleinigen Kognitiven Verhaltenstherapie mit einer Effektstärke von 1.203 überlegen war.

Die empfohlenen SSRIs unterscheiden sich wahrscheinlich kaum, was ihre Wirksamkeit gegenüber Zwängen anbelangt. Informationen zu pharmakologischen Interventionen finden sich bei Wewetzer und Walitza (2016).

KAPITEL 2 /

Aufbau der Therapie-Tools

Die Zwangsstörung im Kindes- und Jugendalter zeichnet sich häufig durch eine heterogene, oftmals komplexe Symptomatik aus. Aus diesem Grund setzt sich die Behandlung aus verschiedenen Therapiemodulen zusammen, wobei nicht bei jedem Patienten alle Therapiemodule durchgeführt werden müssen. So entfällt das Therapiemodul »Kognitive Therapie I«, wenn bei dem Patienten ausschließlich Zwangshandlungen vorliegen. Das Therapiemodul »Pharmakotherapie« entfällt, wenn keine Indikation für eine pharmakologische Behandlung vorliegt.



Die Einbeziehung der Eltern ist obligatorisch, wurde aber nicht als eigenes Therapiemodul konzipiert. Entsprechende Informations- und Arbeitsblätter sind in die einzelnen Therapiemodule integriert.

Tabelle 2.1 Obligatorische und fakultative Therapiemodule

Obligatorische Therapiemodule	Fakultative Therapiemodule
<ul style="list-style-type: none">▶ Diagnostik▶ Psychoedukation▶ Exposition mit Reaktionsmanagement▶ Rückfallprophylaxe▶ Einbeziehung der Eltern (Therapiemodul übergreifend)	<ul style="list-style-type: none">▶ Pharmakotherapie▶ Kognitive Therapie I▶ Kognitive Therapie II▶ Achtsamkeit und Akzeptanz

Gestaltung und Einsatz der Tools

Alle Materialien dienen der Ergänzung der Psychotherapie und werden entweder gemeinsam mit dem Therapeuten erarbeitet oder nach der Bearbeitung durch den Patienten oder die Eltern mit dem Therapeuten besprochen. Neben einer Bearbeitung in der Therapiesitzung dienen verschiedenen Materialien auch als Therapieaufgabe zwischen den Sitzungen.

Die angemessene Anwendung der Materialien setzt praktische und theoretische Kenntnisse beim Anwender voraus. Zur schnellen Orientierung sind die Arbeitsblätter mit verschiedenen Icons gekennzeichnet. So kann schnell zugeordnet werden, für wen welches Arbeitsblatt gedacht ist und wie es eingesetzt werden kann. Verschiedene Informations- und Arbeitsblätter können dabei sowohl für Jugendliche als auch für Eltern oder für Jugendliche und Kinder angewandt werden.

Folgende Icons finden sich auf den Arbeitsblättern:

T

Therapeut: Dieses Arbeitsblatt wird vom Therapeuten verwendet.

K

Kind: Dieses Arbeitsblatt wird vom Kind verwendet. Ein genaues Altersspektrum kann nicht angegeben werden, da es immer auf den individuellen Entwicklungsstand des Kindes ankommt.

J

Jugendlicher: Dieses Arbeitsblatt wird vom Jugendlichen verwendet. Ein genaues Altersspektrum kann nicht angegeben werden, da es immer auf den individuellen Entwicklungsstand des Jugendlichen ankommt.

E

Eltern: Dieses Arbeitsblatt wird von Eltern verwendet.



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.

Um was geht es?

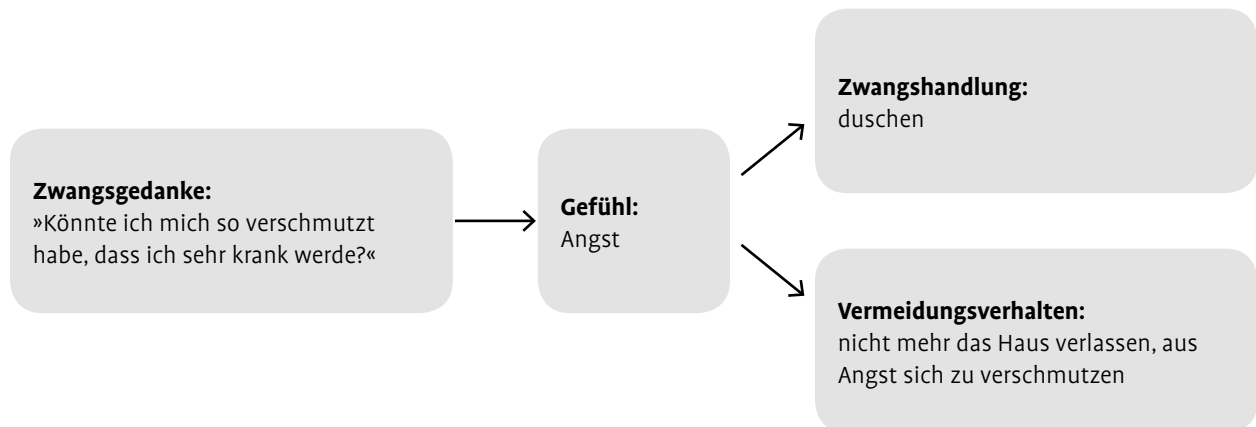
Eine Zwangsstörung ist eine Erkrankung, zu der typischerweise Zwangsgedanken und Zwangshandlungen gehören. **Zwangsgedanken** sind wiederkehrende, sich aufdrängende und quälende Gedanken, die ein starkes unangenehmes Gefühl auslösen. Man möchte diese Gedanken nicht denken, es gelingt einem aber nicht, sie zu stoppen. Die Inhalte der Zwangsgedanken sind sehr unterschiedlich. Oftmals drehen sie sich um die Sorge, sich selbst oder andere zu verletzen oder zu schädigen oder sich mit einer Krankheit anzustecken.

Zwangshandlungen sind bewusste, wiederholte Handlungen. Sie können sichtbar (z. B. wiederholtes Händewaschen oder wiederholte Kontrollen) und unsichtbar (z. B. wiederholtes Denken eines bestimmten Satzes) durchgeführt werden. Zwangshandlungen werden aus dem Drang ausgeführt, ein sehr starkes unangenehmes Gefühl zu beenden. Die Gefühle können unterschiedlich sein, z. B. Angst oder Ekel.

Viele Kinder und Jugendliche vermeiden auch bestimmte Gegenstände oder Situationen aus Angst, dass Zwänge ausgelöst werden.

Zwangsgedanken und Zwangshandlungen werden ausgeführt, obwohl man eigentlich weiß, dass sie unsinnig oder übertrieben sind. Diese Einsicht hilft einem aber nicht, die Zwänge zu stoppen.

Beispiel für einen typischen Ablauf einer Zwangshandlung:



Zumeist kommen Zwangsgedanken und Zwangshandlungen gemeinsam vor. Es können aber auch nur Zwangsgedanken oder nur Zwangshandlungen da sein. Das ist bei Kindern und Jugendlichen aber eher selten der Fall.

Einführung in die Exploration

Die nachfolgenden Explorationsbogen können Sie mit folgendem Text bei Ihren Patienten einführen:

☞) »Ich habe dir erklärt, was Zwangsgedanken und Zwangshandlungen sind. Es ist nun so, dass es sehr viele verschiedene Zwänge gibt. Manche Kinder und Jugendlichen müssen sich immer wieder die Hände waschen, andere immer wieder kontrollieren, ob sie die Tür abgeschlossen haben usw. Es ist wichtig, dass wir uns darüber unterhalten, welche Zwänge du hast. Am besten geht das, wenn ich dir Fragen stelle und du mir sagst, ob du das oder etwas Ähnliches von dir kennst. Je mehr ich über deine Zwänge weiß, umso besser kann ich dir helfen, sie loszuwerden. Ich weiß aber auch, dass es gerade am Anfang schwierig sein kann, über alle Zwänge zu sprechen, vielleicht weil sie einem sehr unangenehm und peinlich sind. Es ist daher völlig okay, wenn du mir anfangs nicht alles sagen kannst. Wenn du einverstanden bist, werde ich dich in den nächsten Terminen immer mal fragen, ob es noch einen Zwang gibt, von dem du noch nicht erzählt hast. Natürlich wäre es prima, wenn du auch von dir aus mir immer mehr über deine Zwänge erzählst!«