



Leseprobe aus:
Fricke, Therapie-Tools Zwangsstörungen, 978-3-621-28836-1
© 2021 Beltz Verlag, Weinheim Basel

Fricke

Therapie-Tools

Zwangsstörungen

Susanne Fricke

Therapie-Tools Zwangsstörungen

Mit E-Book inside und Arbeitsmaterial

2., überarbeitete und erweiterte Auflage

BELTZ

PD Dr. Susanne Fricke
Psychologische Psychotherapeutin
Hegestieg 6
20249 Hamburg
E-Mail: info@dr-susanne-fricke.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 978-3-621-28836-1 Print
ISBN 978-3-621-28837-8 E-Book (PDF)

2. Auflage 2021

© 2021 Programm PVU Psychologie Verlags Union
in der Verlagsgruppe Beltz • Weinheim Basel
Werderstraße 10, 69469 Weinheim
Alle Rechte vorbehalten

Lektorat: Antje Raden
Umschlagbild: Lina Marie Oberdorfer

Herstellung und Satz: Lelia Rehm
Gesamtherstellung: Beltz Grafische Betriebe, Bad Langensalza
Printed in Germany

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

Inhalt

Verzeichnis der Arbeits- und Informationsblätter	6
Vorwort zur 2. Auflage	10
Einführung	13
1 Die Eingangsphase	17
1.1 Diagnostik	18
1.2 Psychoedukation	54
1.3 Exploration und Informationssammlung	65
1.4 Beziehungsgestaltung	91
1.5 Medikamente	103
1.6 Einbeziehung von Angehörigen	110
2 Störungsmodell	126
2.1 Mikroanalyse	127
2.2 Das kognitiv-behaviorale Modell	131
2.3 Makroanalyse	138
3 Therapieziele und Behandlungsplanung	161
3.1 Therapieziele	161
3.2 Behandlungsplanung	178
4 Behandlung	183
4.1 Fertigkeiten im Umgang mit Fehlbewertungen	185
4.2 Exposition und Reaktionsmanagement	226
4.3 Schematherapie	290
5 Die Abschlussphase	326
5.1 Entlassungsvorbereitung bei (teil-)stationärer Therapie	327
5.2 Vorbereitung des ambulanten Therapieendes	339
Literatur	357

Verzeichnis der Arbeits- und Informationsblätter

1 Die Eingangsphase	17	
1.1 Diagnostik	18	
INFO 1	Messinstrumente zur genauen Erfassung der Symptomatik: Übersicht	21
AB 1	Y-BOCS Symptom-Checkliste	24
AB 2	Y-BOCS: Halbstrukturiertes Interview	29
AB 3	Selbsteinschätzung Ihrer Symptome (Y-BOCS Symptom-Checkliste)	39
AB 4	Selbsteinschätzung (Y-BOCS): Wie schwer sind Ihre Zwänge?	45
INFO 2	Komorbiditäten	49
INFO 3	Screening-Fragen zur Identifikation einer Zwangsstörung	50
INFO 4	Differentialdiagnostik	51
INFO 5	Abgrenzung zu Normalverhalten	53
1.2 Psychoedukation	54	
INFO 6	Therapieordner	57
INFO 7	Gut zu wissen – Informationen über Zwangserkrankungen	58
INFO 8	Einblicke in Zwänge	62
1.3 Exploration und Informationssammlung	65	
AB 5	Checkliste Informationssammlung Zwangssymptomatik	68
AB 6	Lebenslauf des Zwangs: Entwicklung vom Beginn bis heute	71
AB 7	Auslöser	76
AB 8	Vermeidung	78
AB 9	Den Zwang genauer untersuchen	80
AB 10	Ein typischer Tag	82
INFO 9	Zwangstypische Fehlbewertungen	85
AB 11	Checkliste zwangstypische Fehlbewertungen	88
INFO 10	Expertinnenrat einholen	89
1.4 Beziehungsgestaltung	91	
INFO 11	Hilfreiches Therapeutinnenverhalten	102
1.5 Medikamente	103	
INFO 12	Merkblatt: Pharmakotherapie bei Zwangserkrankungen	104
AB 12	Einnahme von Medikamenten	109
1.6 Einbeziehung von Angehörigen	110	
INFO 13	Merkblatt: Beratungsbedarf von Angehörigen	112
INFO 14	Leitfaden für unproblematische Angehörigengespräche	114
INFO 15	Leitfaden für schwierige Angehörigengespräche	116
AB 13	Mithilfe beim Zwang – Liste	120
AB 14	Mithilfe beim Zwang – Protokoll	124

2 Störungsmodell	126
2.1 Mikroanalyse	127
AB 15 Mikroanalyse (SORKC-Modell)	130
2.2 Das kognitiv-behaviorale Modell	131
INFO 16 Wie entstehen Zwangsgedanken?	134
AB 16 Typische Fehlbewertungen	136
2.3 Makroanalyse	138
AB 17 Hypothesen zu Funktionalitäten	144
AB 18 Den Zwang in die Therapie einladen	147
AB 19 Individuelles Erklärungsmodell (Makroanalyse)	153
INFO 17 Entstehung von Zwangserkrankungen	154
AB 20 Warum der Zwang bei mir wohnt	156
AB 21 Warum Zwänge nicht von allein verschwinden	159
3 Therapieziele und Behandlungsplanung	161
3.1 Therapieziele	161
INFO 18 Was ist normales Händewaschen?	168
AB 22 Ziele bezüglich Zwang: Wo will ich hinkommen?	171
AB 23 Konkretisierung von Symptomzielen: zu viel oder überflüssig?	173
AB 24 Hintergrundziele und Behandlungsplanung	175
AB 25 Meine Ziele	176
3.2 Behandlungsplanung	178
INFO 19 Übersicht: Reihenfolge der Therapieziele	180
4 Behandlung	183
4.1 Fertigkeiten im Umgang mit Fehlbewertungen	185
AB 26 Mehr Abstand zu Zwangsgedanken	191
AB 27 Das eine gedacht, das andere getan	193
AB 28 Sich selbst beim Denken zuschauen	195
AB 29 Anders mit Zwangsgedanken umgehen	196
AB 30 Anders mit Zwangsgedanken umgehen – meine Erfahrungen	198
AB 31 Zwangsgedanken hinterfragen	199
AB 32 Doppelte Standards bewusst machen	200
AB 33 Kontinuum-Technik	203
AB 34 Risiken und Gefahren realistischer einschätzen	206
AB 35 Fehlbewertungen in Verbindung mit hohen moralischen Maßstäben korrigieren	208
AB 36 Was müsste alles passieren, damit es zu der befürchteten Katastrophe kommt?	210
AB 37 Eine Wette auf den Zwang abschließen	213
AB 38 Tortendiagramm-Technik	214
AB 39 Verantwortungstorten (Tortendiagramm-Technik)	216
AB 40 Im Gespräch mit dem Zwang	218

AB 41	Verhaltensexperimente	222
INFO 20	Verhaltensexperimente bei Gedanken-Handlungs-Verschmelzung und magischem Denken	225
4.2 Exposition und Reaktionsmanagement		226
AB 42	Sind Sie bereit?	254
AB 43	Kosten-Nutzen-Analyse	255
AB 44	Erstellen einer Zwangshierarchie	257
AB 45	Die Tricks des Zwangs	260
INFO 21	Veränderung von Verhalten, Gedanken und Gefühlen	263
AB 46	Expositionsprotokoll	264
AB 47	Mini-Übungen	266
AB 48	Übungsliste	268
INFO 22	Häufige Fragen und Schwierigkeiten	270
INFO 23	Besonderheiten bei Waschzwängen und Befürchtungen vor Kontamination	275
INFO 24	Besonderheiten bei Kontrollzwängen	278
INFO 25	Besonderheiten bei Putz- und Ordnungszwängen	280
INFO 26	Besonderheiten bei aggressiven und sexuellen Zwangsgedanken	282
INFO 27	Besonderheiten bei mentalen Zwangshandlungen	286
AB 49	Weitermachen oder nicht?	288
4.3 Schematherapie		290
INFO 28	Zuordnung von Fehlbewertungen zu Schemata	297
AB 50	Fehlbewertungen und Schemata	299
INFO 29	Zuordnung von Zwangssymptomen zu Modi	301
INFO 30	Fallbeispiel: Modusmodell für Patient mit Wasch- und Kontrollzwängen	303
INFO 31	Fallbeispiel: Modusmodell für Patient mit aggressiven und sexuellen Zwangsgedanken	305
INFO 32	Fallbeispiel: Modusmodell für Patientin mit Ordnungszwängen	307
INFO 33	Fallbeispiel: Modusmodell für Patientin mit magischem Denken, Kontroll- und Wiederholungszwängen	309
AB 51	Wo Zwangsgedanken gut andocken können	311
AB 52	Modusmodell	313
INFO 34	Behandlungsbeispiel: Wenn vereinbarte Übungen nicht umgesetzt werden	314
INFO 35	Behandlungsbeispiel: Wenn strafende Elternmodi die Behandlung von Zwangsgedanken erschweren	316
INFO 36	Behandlungsbeispiel: Erleichterung von Expositionen durch schematherapeutische Arbeit am Hintergrund	318
INFO 37	Behandlungsbeispiel: Hartnäckiges Vermeidungsverhalten	320
INFO 38	Behandlungsbeispiel: Wenn einfachste Expositionen nicht möglich sind	322
INFO 39	Behandlungsbeispiel: Wenn Expositionen nur halbherzig umgesetzt werden	323
INFO 40	Behandlungsbeispiel: Einsatz einzelner Interventionen aus der ST ohne ein schematherapeutisches Gesamtkonzept	325

5 Die Abschlussphase	326
5.1 Entlassungsvorbereitung bei (teil-)stationärer Therapie	327
AB 53 Merkliste Entlassungsvorbereitung	330
AB 54 Übungsplan für die Zeit nach der Entlassung	334
5.2 Vorbereitung des ambulanten Therapieendes	339
INFO 41 Merkblatt: Absetzen der Medikation	342
INFO 42 Wie Sie Rückschritten vorbeugen können	344
AB 55 Persönliche Standards für richtiges Verhalten	347
AB 56 Persönliche Regeln festsetzen	349
AB 57 Hilfreiche Maßnahmen	351
AB 58 Risikofaktoren erkennen und bewältigen	352
AB 59 Sich einen Brief schreiben	354

Vorwort zur 2. Auflage

Etwa 1,6 Millionen Menschen in Deutschland leiden im Laufe ihres Lebens unter einer Zwangsstörung. Mit einer Lebenszeitprävalenz von ca. 2 Prozent (Hohagen et al., 2015) und einer 12-Monats-Prävalenz von 3,8 Prozent (Jacobi et al., 2014) gehört diese Erkrankung damit zu den häufigeren psychischen Erkrankungen.

Die Behandlung der Zwangserkrankung hat in den letzten 40 Jahren große Fortschritte gemacht. Galt sie früher als kaum behandelbar, so stehen inzwischen mit der Kognitiven Verhaltenstherapie und den Serotonin-Wiederaufnahmehemmern erfolgversprechende psychotherapeutische und medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung.

Obwohl die Behandlungssituation für Zwangskranke somit deutlich besser geworden ist, gibt es nach wie vor Schwierigkeiten, die eine Therapieaufnahme erschweren oder sogar verhindern:

- (1) Immer noch ist die Spanne vom Beginn der Erkrankung bis zum Aufsuchen professioneller Hilfe sehr lang. Nach einer Studie von Voderholzer et al. (2015) vergehen durchschnittlich sechs Jahre bis zur ersten Behandlung. Zwei Drittel aller Zwangserkrankten sucht Schätzungen zufolge (Hohagen et al., 2015) überhaupt keine professionelle Unterstützung auf. Für diese Situation sind sicherlich verschiedene Gründe verantwortlich: Viele Betroffene wissen lange Zeit nicht, dass ihre Gedanken und Verhaltensweisen Symptome einer (behandelbaren) Zwangserkrankung sind. Sie werten sich für ihre Befürchtungen und Verhaltensweisen ab, insbesondere wenn diese eigene Wertvorstellungen verletzen. Dementsprechend bestehen sehr oft starke Schamgefühle, die dazu führen, die Problematik zu verheimlichen. Dies trägt vermutlich dazu bei, dass auch auf professioneller Seite Zwangssymptome häufig übersehen werden. Einer Untersuchung von Wahl et al. (2010) zufolge wurde bei 70 Prozent aller Patienten mit einer Zwangsstörung, die sich in psychiatrischer Behandlung befanden, nicht die entsprechende Diagnose gestellt und somit auch nicht behandelt.
- (2) Sind diese ersten Hürden überwunden, die Diagnose bekannt und Patienten motiviert, eine Therapie aufzunehmen, so machen sie in der Regel die Erfahrung, dass es sehr schwer ist, einen Therapieplatz zu bekommen. In einer Befragung von Külz et al. (2010a) gaben 87 Prozent der niedergelassenen Therapeuten an, dass die Behandlung von Zwangserkrankungen in ihrer Praxis keine oder nur eine geringe Rolle spiele. Als Gründe wurden fehlende Anfragen, fachliche Gründe, fehlende Erfahrung sowie ein erwarteter hoher Zeitaufwand benannt. Zudem bestehen bei Therapeuten nicht selten Vorbehalte gegenüber Zwangserkrankten. Sie gelten als anstrengend und schwierig, nach wie vor hält sich außerdem die Ansicht, dass die Behandlung mühsam und wenig erfolgversprechend ist.
- (3) Ein weiteres Problem besteht darin, dass viele Zwangspatienten nicht den aktuellen Leitlinien entsprechend behandelt werden. Diese empfehlen eine Kognitive Verhaltenstherapie einschließlich Exposition und Reaktionsmanagement als Psychotherapie der ersten Wahl. Verschiedene Untersuchungen belegen jedoch, dass häufig keine Expositionen durchgeführt werden (Böhm et al., 2008; Külz et al., 2010a; Voderholzer et al. 2015). In einer anderen Untersuchung (Koops, 2011), in der Patienten befragt wurden, die nicht ausreichend von einer Verhaltenstherapie profitieren konnten, nannten diese neben anderen Gründen Schwierigkeiten im Zusammenhang mit Expositionen als bedeutsamen Faktor für ihren Misserfolg. Häufig genannt wurden eine mangelhafte Vorbereitung auf die Exposition, individuell nicht passende Expositionen, Fehlen von begleiteten Expositionen sowie von Expositionen außerhalb der Therapieräume.

Trotz positiver Entwicklungen in der Behandlungssituation von Zwangserkrankten in den letzten 40 Jahren besteht somit nach wie vor Verbesserungsbedarf. Dafür gibt es viele Ansatzpunkte auf Patientenseite, auf Therapeutenseite und im Gesundheitssystem. Wünschenswert wäre es unter anderem, wenn sich Therapeuten vermehrt für die Behandlung von Zwangserkrankungen erwärmen könnten und wenn in diesen Therapien Konfrontationsverfahren häufiger zum Einsatz kämen.

Daher hatte ich mich sehr über die Anfrage des Beltz-Verlags gefreut, einen Therapie-Tools-Band zum Thema Zwangserkrankungen zu schreiben. Nun freue ich mich umso mehr, dass das Buch eine breite Leserschaft gefunden hat, sodass eine zweite Auflage möglich ist. In diese wurde neben der Überarbeitung und Aktualisierung der Inhalte und Arbeitsmaterialien als wesentliche Neuerung bei der Behandlung ein Abschnitt über Schematherapie bei Zwangserkrankungen aufgenommen. Die Erweiterung des verhaltenstherapeutischen Vorgehens um einen schematherapeutischen Ansatz kann nämlich insbesondere für Zwangspatienten, die von einer Verhaltenstherapie nicht im gewünschten Maße profitieren, die Chancen für ein verbessertes Therapie-Outcome deutlich erhöhen.

Ich bin seit vielen Jahren auf die Behandlung von Zwangserkrankungen spezialisiert. An der Arbeit gefällt mir vieles:

- ▶ Die Therapie von Zwangserkrankungen ist immer wieder interessant und abwechslungsreich! Zwänge weisen eine große Variationsbreite auf, was die Symptome, den Schweregrad und die Funktionalitäten betrifft. Kein Zwang ist wie ein anderer, selbst bei gleicher Symptomatik (z. B. Waschzwang) unterscheiden sich Auslöser, Befürchtungen, Vermeidungsstrategien und Funktionalitäten von Patient zu Patient. Wichtig ist es, gemeinsam die innere Logik der Zwänge eines Patienten nachvollziehen zu können.
- ▶ Die Zusammenarbeit mit Zwangspatienten ist oft sehr positiv! Wie im Verlauf des Buches noch weiter ausgeführt, ist es für den Erfolg der Therapie von Zwängen besonders wichtig, dass der Patient zum Experten seiner Erkrankung wird und eine Therapie auf Augenhöhe stattfindet. Bei vielen Patienten ist diese Form der Zusammenarbeit gut möglich. Bei anderen besteht die Herausforderung darin, eine engagierte, eigenverantwortliche Arbeitshaltung aufzubauen, und es ist immer sehr befriedigend, wenn dies gelingt. Viele Zwangserkrankte sind zudem sehr humorvoll, sodass trotz der Belastungen durch die Erkrankung immer wieder auch gelacht werden kann.
- ▶ Zwänge sind gut behandelbar! Die Kognitive Verhaltenstherapie mit Exposition und Reaktionsmanagement und die pharmakologische Therapie mit Serotonin-Wiederaufnahmehemmern sind wirkungsvolle Behandlungsmethoden. Damit möchte ich natürlich nicht bagatellisieren, dass nicht alle Patienten ausreichend von einer Therapie profitieren und nach wie vor ungelöste Probleme und Fragen bestehen. Natürlich gibt es Patienten, denen man nicht so helfen konnte, wie man es sich gewünscht hätte. Aber der Mehrheit hilft die Therapie, nennenswerte Verbesserungen oder sogar Symptomfreiheit zu erreichen und ihre Lebensqualität deutlich zu erhöhen.
- ▶ Die Durchführung von Konfrontationsverfahren ist nicht ganz einfach – aber das macht nichts! Eine Exposition perfekt zu planen ist nicht möglich, setzen Sie sich daher nicht unter Druck. Hoffmann und Hofmann (2012) sprechen von einer inneren Experimentierhaltung, die nicht nur für Patienten, sondern auch für Therapeuten gilt. Diese Haltung ist sehr entlastend. Statt »perfekt« heißt die Devise: So gut wie möglich! Treten in einer Exposition Schwierigkeiten auf, so liefern diese wertvolle Informationen für die Gestaltung der nächsten Expositionen.

Wie Sie merken, ist es mir ein Anliegen, ein bisschen »Werbung« für die Therapie mit Zwangspatienten zu machen. Ich würde mich freuen, wenn Sie durch das Lesen dieses Buchs Lust bekommen, auch häufiger Zwangserkrankungen zu behandeln.

Das Buch richtet sich gleichermaßen an angehende und erfahrene Therapeutinnen und Therapeuten, die im ambulanten oder im (teil-)stationären Bereich arbeiten. Die Materialien eignen sich für den Einsatz in der Einzel- wie auch in der Gruppentherapie. Da sich die Bedingungen in unterschiedlichen Arbeitsfeldern deutlich unterscheiden können, empfehle ich, dass sich jeder das heraus sucht, was ihm für seine Tätigkeit nützlich und hilfreich erscheint. Da Zwänge sehr vielgestaltig sind und damit von

Patient zu Patient sehr unterschiedlich aussehen können, stehen Therapeuten häufig vor der Aufgabe, ihr Wissen über Vorgehensweisen und Techniken individuell auf einen Patienten abzustimmen. Daher habe ich mich bemüht, das Vorgehen und die konkrete Umsetzung durch viele Beispiele zu illustrieren.

Ich würde mich sehr freuen, wenn Sie in diesem Buch viele praxisnahe Anregungen und Materialien finden, die Sie in Ihrer psychotherapeutischen Arbeit unterstützen.

Gender. Ich verwende in den Kapiteln das grammatikalische Geschlecht abwechselnd (Fallbeispiele und Therapiedialoge ausgenommen), sodass Patientinnen und Patienten mal auf Therapeuten und mal auf Therapeutinnen treffen. Alle, die ihre Geschlechtsidentität nicht diesen binären Kategorien zuordnen, sind ausdrücklich mitgedacht.

Namen von Patienten entsprechen natürlich nicht den Realnamen. Zudem wurden für die Aussage irrelevante Details verändert, um zusätzlich die Identifizierbarkeit von Patienten zu verhindern.

Und noch eine Anmerkung: Die Beispiele, die zwanghafte Gedanken und Handlungen verdeutlichen sollen, stammen aus der Zeit vor Auftreten des Corona-Virus. Manches gilt unter Corona-Bedingungen nicht als zwanghaft, sondern kann aktuellen Expertenempfehlungen entsprechen (z. B. dass sich Patienten beim Betreten der Praxis die Hände desinfizieren).

Danksagung

Die Entstehung dieses Therapie-Tools wäre ohne die Hilfe zahlreicher Menschen nicht möglich gewesen. Besonders möchte ich Stefanie Barthen, Marie Golombek, Dr. Nicole Münchau und Lara Wieland danken, die eine Vorversion des Buches gelesen haben. Ihre wertschätzenden Anmerkungen aus der Perspektive der Ausbildungskandidatinnen zur Psychologischen Psychotherapeutin, der langjährig tätigen Psychotherapeutin und der Masterstudentin haben das Buch sehr verbessert. Danken möchte ich außerdem Vivian Rahn, von der ich sehr viel über Schematherapie gelernt habe und deren Kenntnisse den Abschnitt über Schematherapie sehr bereichert haben.

Viele weitere Menschen aus meinem Umfeld haben mich beim Schreiben dieses Buches unterstützt. Auch ihnen allen möchte ich danken (in alphabetischer Reihenfolge der Nachnamen): Moritz Cavigelli, Christopher Dannheim, Dr. Heike Ewers, Sonja Gieth, Manuela Goethe, Victoria Jarchow, Dr. Franziska Kühne, Alina Laskowski, Dr. Christoph Lenk, Michael Marx, Lea Moldenhauer, Professor Dr. Steffen Moritz und Professor Dr. Michael Rufer. Ich hoffe sehr, dass ich niemanden vergessen habe zu erwähnen. Wenn doch, so bitte ich um Entschuldigung! Trotz wiederholter Kontrollen können leider Fehler vorkommen ☺.

Ein besonderer Dank gilt auch Frau Raden und Frau Glomb vom Beltz-Verlag. Der Austausch mit ihnen hat mich immer sehr motiviert. Ihren zahlreichen Anregungen und Formulierungsvorschlägen bin ich sehr gern gefolgt.

Außerdem möchte ich meinem Mann Jan und meinen Kindern Isabella und Constantin danken für ihre Nachsicht und ihr Verständnis dafür, dass ich über einen langen Zeitraum weniger Zeit für sie hatte und gelegentlich sicher etwas anstrengend war. Ich freue mich, dass das jetzt wieder anders wird.

Hamburg, im Frühjahr 2021

Susanne Fricke

Einführung

Wie bei anderen psychischen Erkrankungen setzt die Behandlung von Zwangserkrankungen eine sorgfältige Exploration und Diagnostik sowie eine gute Planung der Interventionen voraus. Ein wichtiger Unterschied zur Therapie vieler anderer psychischer Erkrankungen liegt meines Erachtens aber darin, dass bei Zwangsstörungen in der Regel mehr Zeit erforderlich ist, bis mit der Umsetzung von Interventionen begonnen werden kann. Dies hat verschiedene Gründe:

- ▶ Aufgrund der Vielfältigkeit der Symptombilder und der Vielgestaltigkeit jeder individuellen Zwangserkrankung dauert es in der Explorations- und Informationssammelungsphase häufig länger, bis der Therapeut das individuelle Zwangssystem nachvollziehen kann. Letzteres ist ausgesprochen wichtig für die Planung der störungsspezifischen Interventionen.
- ▶ Zusätzlich wird viel Zeit für die Psychoedukation des Patienten aufgewendet, damit dieser zum Spezialisten für seine eigene Erkrankung wird und eine gleichberechtigte Zusammenarbeit, die durch partizipative Entscheidungsfindung (shared decision-making) gekennzeichnet ist, möglich ist. Diese Form der Zusammenarbeit spielt eine bedeutende Rolle für den Erfolg der Behandlung und ist zugleich eine Entlastung für den Therapeuten, der nicht der »Alleskönner« sein muss.
- ▶ Eine ausführliche Vermittlung eines störungsspezifischen Erklärungsmodells ist eine wichtige Voraussetzung für die Motivation zur Durchführung der störungsspezifischen Interventionen. Auch diese Vermittlung benötigt Zeit, bis der Patient die mitunter umfangreichen Informationen verstanden hat und die Zusammenhänge nachvollziehen kann.
- ▶ Auch die Erarbeitung der symptombezogenen Therapieziele beansprucht Zeit, da viele Zwangspatienten im Verlauf der Erkrankung das Gefühl für Normalverhalten verloren haben.
- ▶ Expositionen als die wichtigste symptomorientierte Technik müssen zudem sorgfältig vorbereitet werden. Wesentlich für den Erfolg ist, dass der Patient das Prinzip verstanden hat und weiß, worauf er selbst in der Übung achten muss. Sinnvoll sind in der Regel außerdem mehrere Übungen in therapeutischer Begleitung, die zusätzliche Therapiestunden erfordern.

Werden Sie daher nicht nervös, wenn Sie beispielsweise mit einem Zwangspatienten immer noch über Therapieziele sprechen, während Ihr Agoraphobepatient, der gleichzeitig begonnen hat, schon munter in den Fahrstühlen übt. Der zeitliche Mehraufwand in den ersten Phasen der Therapie von Zwangserkrankungen kommt der späteren Behandlung sehr zugute, denn in der Regel ist der Patient motivierter und macht schnellere Fortschritte.

Unter zeitlichen Gesichtspunkten stellen die Rahmenbedingungen in der ambulanten Richtlinien-Psychotherapie sicherlich günstige Bedingungen für die Behandlung von Zwangserkrankungen dar. Mit der Möglichkeit der Beantragung von bis zu 80 Stunden steht ein in aller Regel ausreichendes Stundenkontingent zur Verfügung, das sich zudem über einen längeren Zeitraum erstrecken kann, sodass ein sorgfältiges Arbeiten ohne Zeitdruck möglich ist. Psychotherapeuten, die in diesem Rahmen arbeiten, können sich mithilfe des vorliegenden Buches durch die Therapie geleiten lassen, die zur Verfügung gestellten Informationsblätter und Arbeitsmaterialien entsprechend ihren Bedürfnissen auswählen und in der empfohlenen Ausführlichkeit einsetzen.

Dieses Buch richtet sich aber natürlich auch an Kolleginnen und Kollegen, die in anderen Settings als in der ambulanten Richtlinien-VT arbeiten. In vielen Arbeitsbereichen, vor allem in stationären und teilstationären Settings, ist die für die Therapie zur Verfügung stehende Zeit häufig begrenzter als einem lieb ist. Die Therapie-Tools können hier helfen, die Therapie-Sitzungen zeitlich zu entlasten, indem Patienten Materialien eigenständig bearbeiten. Außerdem besteht die Möglichkeit, entsprechend der zeitlichen Ressourcen begrenztere Ziele anzustreben bzw. einzelne Schwerpunkte zu setzen und die hier vorgestellten Tools entsprechend der Zielsetzung auszuwählen.

- ▶ 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.

Sind Sie bereit?

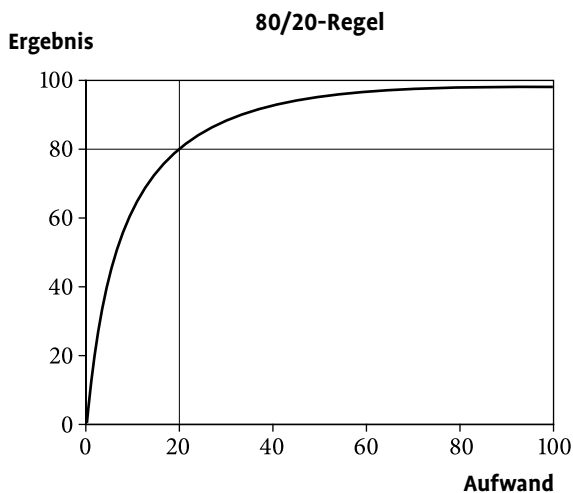
Nun ist es so weit, Sie könnten mit konkreten Maßnahmen etwas gegen Ihren Zwang unternehmen. Das können Expositionsübungen sein, das können aber auch Papier- und Bleistift-Übungen, Achtsamkeitsübungen oder auch andere Aufgaben sein, die Sie mit Ihrem Therapeuten besprochen haben. Wenn Sie noch nicht ganz sicher sind, ob Sie damit starten wollen, etwas gegen Ihren Zwang zu unternehmen, so kann Ihnen die folgende Liste helfen, zu einer Entscheidung zu gelangen. Bitte notieren Sie auf der linken Seite alle Gründe, die dafür sprechen, dass Sie etwas gegen Ihren Zwang unternehmen. Bitte notieren Sie auf der rechten Seite alle Gründe, die dafür sprechen, nichts gegen Ihren Zwang zu unternehmen, also alles so zu belassen, wie es ist.



Gründe, etwas gegen Ihren Zwang zu unternehmen	Gründe, nichts gegen Ihren Zwang zu unternehmen
(1) ...	(1) ...
(2) ...	(2) ...
(3) ...	(3) ...
(4) ...	(4) ...
(5) ...	(5) ...
(6) ...	(6) ...
(7) ...	(7) ...
(8) ...	(8) ...

Kosten-Nutzen-Analyse

Kennen Sie das Pareto-Prinzip oder auch das 80/20-Prinzip? Es besagt, dass mit 20 Prozent der eingesetzten Mittel 80 Prozent der Ergebnisse erzielt werden. Für die verbleibenden 20 Prozent der Ergebnisse muss man dementsprechend einen unverhältnismäßig großen Aufwand von 80 Prozent betreiben (z. B. Koch, 2015). Mit anderen Worten: Mit einem kleinen Aufwand lässt sich ein relativ großes Ergebnis erzielen. Für eine weitere Erhöhung des Ergebnisses steigt der Aufwand immer unverhältnismäßiger an.



Das 80/20-Prinzip lässt sich sehr plausibel auf Zwangserkrankungen übertragen (hinter diesem Prinzip verbirgt sich eine komplexe Statistik, doch das soll hier nicht weiter stören. Für unsere Zwecke ist die Plausibilität des Pareto-Prinzips entscheidend). Zwangshandlungen bedeuten nämlich einen sehr hohen Aufwand für einen im Verhältnis dazu geringen Zuwachs an Ergebnissen. Vielleicht wäre sogar »99/1-Prinzip« eine passendere Bezeichnung, wobei die Zahlen natürlich nicht der exakten Realität entsprechen müssen, sondern nur das Prinzip zum Ausdruck bringen sollen.

■ Beispiel

- ▶ Kontaminationsbefürchtungen: Mit der Befolgung einiger Maßnahmen (1 % Aufwand) ist man im normalen Alltag gut vor einer HIV-Infektion geschützt (99 % Schutz). Will man das Ergebnis steigern (= mehr Schutz z. B. 99,999999 % → 100 % gibt es ja leider nicht), so benötigt man dafür 99 % Aufwand (= Zwangshandlungen und Vermeidungsverhalten). Der Aufwand für eine Zunahme an Schutz ist also unverhältnismäßig.
- ▶ Kontrollzwang: Durch einen aufmerksamen Blick auf den Herd erreicht man eine recht große Sicherheit, dass der Herd ausgeschaltet ist (1 % Aufwand für 99 % Sicherheit). Weitere Kontrollhandlungen bringen einen minimalen Zuwachs an Sicherheit, sind aber mit einem immer höheren Zeitaufwand verbunden.

Diese Form der Kosten-Nutzen-Analyse lässt sich sehr gut zur Erhöhung der Motivation einsetzen. Zwangspatienten ist nämlich häufig nicht bewusst, dass Zwangshandlungen und andere problematische Bewältigungsstrategien hohe Kosten für ein im Verhältnis dazu geringen Zuwachs im Ergebnis (z. B. Zuwachs an Sicherheit) bedeuten.

Kosten-Nutzen-Analyse

Eine Verdeutlichung dieser Zusammenhänge – auch grafisch! – ist hilfreich, weil Patienten dann besser nachvollziehen können,

- ▶ dass eine Erhöhung des Nutzens (z. B. Zuwachs an Sicherheit) automatisch mit einer Erhöhung der Kosten verbunden ist,
- ▶ dass im Fall ihrer Zwangserkrankung die Kosten bereits unverhältnismäßig hoch sind (immerhin kommen sie deswegen in Therapie) und noch unverhältnismäßiger ansteigen für einen minimalen weiteren Zuwachs im Ergebnis,
- ▶ dass sie selbst entscheiden müssen, welches Verhältnis von Nutzen und Kosten sie für sich festlegen wollen.

Häufig wird Patienten dadurch noch einmal auf andere Weise deutlich, wie »ineffektiv« Zwänge sind, da Kosten und Nutzen in einem für sie sehr ungünstigen Verhältnis stehen. Dies kann ihre Motivation stärken, etwas gegen die Zwänge zu unternehmen.