



Fricke

THERAPIE-TOOLS



Zwangsstörungen

3. Auflage



Online-Material auf
[psychotherapie.tools](https://www.psychotherapie.tools)

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 978-3-621-29337-2 Print
ISBN 978-3-621-29338-9 E-Book (PDF)

3., neu ausgestattete Auflage 2025

© 2025 Programm PVU Psychologie Verlags Union
Verlagsgruppe Beltz
Werderstraße 10, 69469 Weinheim
service@beltz.de
Alle Rechte vorbehalten

Lektorat: Antje Raden
Umschlagbild: Lina Marie Oberdorfer

Herstellung und Satz: Lelia Rehm
Gesamtherstellung: Beltz Grafische Betriebe, Bad Langensalza
Beltz Grafische Betriebe ist ein Unternehmen mit finanziellem Klimabeitrag (ID 15985-2104-1001).
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 unbedingst 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.

Anmerkung. Häufig wird davon ausgegangen, dass die Ausführung von Zwangshandlungen meist oder immer der Reduktion von befürchteten Konsequenzen dient. Dies ist jedoch nicht immer der Fall, wie Ecker und Gönner (2006) darlegen, eine Subgruppe von Zwangspatientinnen und -patienten leidet bei Unterlassung von Zwangshandlungen unter Unvollständigkeitsgefühlen. Gemeint ist damit ein quälendes Gefühl, dass die eigenen Handlungen und Erfahrungen nicht »genau richtig« sind. Diese »not just right experiences« (im englischen Sprachraum) können sich auf verschiedene Weise äußern (Ecker & Gönner, 2006, S. 1116):

- ▶ visuell (etwas sieht nicht »genau richtig« aus, z. B. das Haar sieht noch nicht »genau richtig« in der Mitte gescheitelt aus)
- ▶ auditiv (etwas, z. B. ein ritualisiertes Gebet, hört sich nicht »genau richtig« an)
- ▶ taktil (z. B. eine bestimmte Oberflächenstruktur fühlt sich nicht »genau richtig« an)
- ▶ propriozeptiv (die Handlung fühlt sich nicht »genau richtig« an, z. B. beide Schnürsenkel sind noch nicht mit der »genau identischen« Spannung gebunden)
- ▶ kognitiv-sprachlich (etwas erscheint sprachlich nicht »genau richtig« ausgedrückt)

Unvollständigkeitsgefühle sind dabei nicht auf bestimmte Subtypen von Zwängen begrenzt und müssen daher immer individuell erfragt werden.

Erklärungen zu den Arbeitsmaterialien dieses Abschnitts

▶ **INFO 1 Messinstrumente zur genauen Erfassung der Symptomatik: Übersicht**

Fragebögen und Interviews zur detaillierten Erfassung der Zwangssymptomatik und des Schweregrades ergänzen das klinische Interview und sind wichtig für die Verlaufs- und Erfolgskontrolle. Die gebräuchlichsten Verfahren werden in diesem Informationsblatt beschrieben.

▶ **AB 1 Y-BOCS Symptom-Checkliste**

▶ **AB 2 Y-BOCS: Halbstrukturiertes Interview**

Diese beiden Arbeitsblätter richten sich an Therapeutinnen und enthalten die beiden Bestandteile der Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS), die Symptom-Checkliste und das halbstrukturierte Interview, welche auch voneinander unabhängig eingesetzt werden können.

Wenn die zeitlichen Möglichkeiten begrenzt sind, kann man die beiden Komponenten der Y-BOCS auch in der Selbstrating-Form einsetzen, die eine gute und zeitsparende Alternative zum Interview darstellen.

▶ **AB 3 Selbsteinschätzung Ihrer Symptome (Y-BOCS Symptom-Checkliste)**

Mit dieser Tabelle können Patientinnen eine Selbsteinschätzung ihrer Symptome in den letzten 7 Tagen vornehmen (in Anlehnung an die englische unveröffentlichte »Self rating version of the Y-BOCS« von Dr. Lee Baer, mit Dank für die freundliche Genehmigung zur Nutzung der Checkliste).

▶ **AB 4 Selbsteinschätzung (Y-BOCS): Wie schwer sind Ihre Zwänge?**

Mit dieser Tabelle können Patientinnen eine Selbsteinschätzung zum Schweregrad ihrer Zwänge vornehmen (in Anlehnung an die englische unveröffentlichte »Self rating version of the Y-BOCS« von Dr. Lee Baer, mit Dank für die freundliche Genehmigung zur Nutzung der Checkliste).

▶ **INFO 2 Komorbiditäten**

Zwangserkrankungen treten häufig zusammen mit anderen psychischen Erkrankungen auf. Diese können den Zwängen vorangehen, eine Folge der Zwänge sein oder auch ohne Verbindung gleichzeitig bestehen. Die wichtigsten werden in diesem Informationsblatt beschrieben.

▶ **INFO 3 Screening-Fragen zur Identifikation einer Zwangsstörung**

Bei Patientinnen, die wegen einer anderen psychischen Erkrankung eine Fachperson aufsuchen, werden Zwangssymptome häufig übersehen. In diesem Infoblatt werden daher Screening-Fragen dargestellt, die das Identifizieren einer Zwangserkrankung erleichtern.

► **INFO 4 Differentialdiagnostik**

Zwangsstörungen weisen Ähnlichkeiten mit einer Reihe anderer psychischer Erkrankungen auf. In diesem Informationsblatt werden die häufigsten Erkrankungen, deren Gemeinsamkeiten mit Zwangserkrankungen sowie deren Unterscheidungsmerkmale aufgeführt. Eine sorgfältige Differentialdiagnostik ist wichtig, da sich die Behandlungsmaßnahmen je nach Diagnose unterscheiden können.

► **INFO 5 Abgrenzung zu Normalverhalten**

Die meisten Menschen kennen zumindest einige Zwangssymptome in milder Ausprägung auch aus ihrem Alltag, Übergänge zur Zwangssymptomatik können fließend sein. Dieses Informationsblatt gibt Anregungen für die Entscheidung, ob Gedanken und Verhaltensweisen noch im Normalbereich liegen oder eine Zwangserkrankung vorliegt.

Messinstrumente zur genauen Erfassung der Symptomatik: Übersicht

Zur detaillierteren Erfassung der Zwangssymptomatik und der Bestimmung des Schweregrades stehen mittlerweile zahlreiche Instrumente zur Verfügung. Sie stellen eine wichtige Ergänzung zum klinischen Interview dar. Außerdem lassen sie sich sinnvoll zur Verlaufs- und Erfolgskontrolle einsetzen. Die wichtigsten Verfahren werden im Folgenden im Überblick vorgestellt. Eine ausführlichere Darstellung dieser sowie weiterer, weniger gebräuchlicher Verfahren findet sich bei Hoyer und Margraf (2003). Dort werden außerdem Informationen zur Entwicklung der Verfahren sowie deren Gütekriterien gegeben.

Verfahren	Beschreibung	Kommentar
<p>Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS) Originalversion: Goodman et al. (1989) deutsche Übersetzung: Büttner-Westphal & Hand (1991) Selbstrating-Form: Baer (2001)</p>	<p>Die Y-BOCS besteht aus zwei Teilen, (1) einer Symptom-Checkliste zur Erhebung einer sehr großen Zahl verschiedener Zwangsgedanken und -handlungen und (2) einem halbstrukturierten Interview zur Erfassung des Schweregrades einer Zwangsstörung unabhängig vom spezifischen Inhalt der Symptomatik. Für den Zeitraum der letzten sieben Tage werden Zeitaufwand, Beeinträchtigung im Alltagsleben, Leidensdruck, Widerstand und Kontrolle über die Symptomatik getrennt für Zwangsgedanken und Zwangshandlungen auf fünf Stufen (»nicht vorhanden« bis »extrem ausgeprägt«) erfasst.</p> <p>Auswertung: Für die Auswertung können Summenscores getrennt für Zwangsgedanken und Zwangshandlungen sowie ein Gesamtwert berechnet werden.</p>	<p>Im Rahmen der Eingangsdagnostik ist die Checkliste aufgrund ihrer großen Merkmalsbreite ausgesprochen nützlich, um einen detaillierten Einblick in die vorhandene Symptomatik zu gewinnen. Zwänge, die zurzeit nicht im Vordergrund stehen und daher oft spontan nicht berichtet werden, können so mit berücksichtigt werden. Das halbstrukturierte Interview dient der Quantifizierung des Schweregrades und kann zur Verlaufs- und Erfolgskontrolle eingesetzt werden. Ein besonderer Vorteil besteht darin, dass die Quantifizierung unabhängig vom Inhalt der Symptomatik ist, sodass die Y-BOCS auch für den Einsatz bei selteneren Zwangssymptomen geeignet ist.</p> <p>Ist der Zeitaufwand (30 bis 60 Minuten, im Einzelfall auch deutlich mehr) für die Interviewerin nicht leistbar, so stellt die Selbstrating-Variante eine zeitsparende Alternative dar.</p>

Messinstrumente zur genauen Erfassung der Symptomatik: Übersicht

Verfahren	Beschreibung	Kommentar
<p>Hamburger Zwangsinventar-Kurzform (HZI-K) Originalversion: Klepsch et al. (1993)</p>	<p>Das HZI-K ist die Kurzform des Hamburger Zwangsinventars (HZI; Zaworka et al., 1983), welches aufgrund seiner Länge für stärker beeinträchtigte Patientinnen nur schwer zu bewältigen war. Das HZI-K ist ein Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung verschiedener Zwangssymptome im Zeitraum des letzten Monats. Es enthält sechs Subskalen: A) Kontrollieren, B) Reinigung, C) Ordnung, D) Zählen, berühren, sprechen, E) gedankliche Rituale, F) Gedanken, sich selbst oder anderen ein Leid zuzufügen.</p> <p>Item-Beispiel: Prüfen Sie mehrmals, ob Sie Ihre Schlüssel, Geldbörse etc. nicht vergessen oder verloren haben, wenn Sie unterwegs sind?</p> <p>Auswertung: Für die Auswertung können Summenwerte für die sechs Subskalen sowie ein Gesamtwert berechnet werden.</p>	<p>Das HZI-K bietet eine gute Orientierung über Art und Ausmaß der häufigsten Zwangssymptome zu Therapiebeginn und ist außerdem zur Therapieverlaufsbeurteilung geeignet. Die Bearbeitungsdauer für die 72 Items beträgt zwischen 15 und 30 Minuten, bei stärkerer Beeinträchtigung muss jedoch mit einer längeren Dauer gerechnet werden.</p>
<p>Obsessive-Compulsive Inventory-Revised (OCI-R) Originalversion: Foa et al. (2002) Deutsche Übersetzung: Gönner et al. (2007)</p>	<p>Das OCI-R ist ein Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung der häufigsten Symptombereiche und deren Schweregrad: Kontrollieren, Waschen, Ordnen, Horten, mentales Neutralisieren sowie Zwangsgedanken. Die Person soll angeben, wie stark sie im vergangenen Monat unter dem jeweiligen Symptom gelitten hat.</p> <p>Item-Beispiel: Ich kontrolliere Dinge öfter als notwendig.</p> <p>Auswertung: Für die Auswertung können Summenwerte für die Subskalen sowie ein Gesamtwert berechnet werden.</p>	<p>Das OCI-R gibt einen guten Überblick über Inhalt und Schwere der Symptome. Es lässt sich sinnvoll im Rahmen der Eingangsdiagnostik und der Verlaufsbeurteilung einsetzen. Mit 18 Items ist es zudem ein sehr ökonomisches Verfahren.</p>

Messinstrumente zur genauen Erfassung der Symptomatik: Übersicht

Verfahren	Beschreibung	Kommentar
<p>Maudsley Obsessional-Compulsive Inventory (MOCI) Originalversion: Hodgson & Rachman (1977) Deutsche Übersetzung: Kulick (1979)</p>	<p>Das MOCI ist ein Selbstbeurteilungsverfahren, das einen Überblick über verschiedene Zwangssymptome ermöglicht. Es enthält vier Subskalen: (1) Kontrollieren, (2) Waschen, (3) Langsamkeit, (4) Zweifel.</p> <p>Item-Beispiel: Ich verbringe eine Menge Zeit damit, Dinge immer wieder zu kontrollieren.</p> <p>Auswertung: Für die Auswertung können Summenwerte für die Subskalen sowie ein Gesamtwert berechnet werden.</p>	<p>Das MOCI gibt ebenfalls einen guten Überblick über verschiedene Zwangssymptome. Es ist geeignet für Eingangs- und Verlaufsdiagnostik. Mit 30 Items ist es relativ kurz und daher schnell zu bearbeiten.</p>

Y-BOCS Symptom-Checkliste

Erläuterung für Therapeuten zur Anwendung der Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS)

Bevor Sie Ihre Fragen stellen, sollten Sie sichergehen, dass der Patient weiß, was Zwangsgedanken und Zwangshandlungen sind. Sie können sie beispielsweise auf folgende Weise definieren (Büttner-Westphal & Hand, 1991):

- ▶ **Zwangsgedanken** sind störende Ideen, Gedanken, Bilder oder Impulse, die Ihnen wiederholt in den Sinn kommen. Sie können sich anscheinend gegen Ihren Willen aufdrängen. Sie können Ihnen zuwider sein oder sie können Ihnen als sinnlos und persönlichkeitsfremd erscheinen.
- ▶ **Zwangshandlungen** sind auf der anderen Seite Verhaltensweisen oder Handlungen, zu deren Ausführung Sie sich gedrängt fühlen, obwohl Sie diese möglicherweise als sinnlos oder übertrieben ansehen. Manchmal kann es sein, dass Sie versuchen, ihnen zu widerstehen, was sich jedoch als schwierig herausstellen mag. Möglicherweise erleben Sie Angst, die nicht abnimmt, bevor die Handlung abgeschlossen ist.



Nennen Sie Beispiele für Zwangsgedanken und -handlungen, am besten solche, die der vor Ihnen sitzende Patient von sich selbst kennt. Leidet er auch unter mentalen Zwangshandlungen, so stellen Sie sicher, dass er versteht, dass diese zu den Zwangshandlungen und nicht zu den Zwangsgedanken gehören.

Die Fragen nach den gegenwärtigen Symptomen beziehen sich auf die vergangenen sieben Tage. Geben Sie alle Zwänge an, die genannt werden, aber heben Sie die Hauptsymptome mit einem zusätzlichen »H« hervor.

Wichtig

Der Interviewer muss klären, ob die angegebenen Verhaltensweisen tatsächlich Symptome einer Zwangsstörung und nicht Symptome einer anderen Störung, wie einer einfachen Phobie oder Hypochondrie, darstellen. Die in der Checkliste mit einem »*« markierten Items können nicht eindeutig der Zwangsstörung bzw. einer anderen Störung zugeordnet werden.



	gegenwärtig	früher
Aggressive Zwangsgedanken		
Befürchtungen, sich selbst zu verletzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Befürchtungen, andere zu verletzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gewalttätige oder schreckenerregende Vorstellungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Befürchtungen, obszöne Gedanken oder Beleidigungen laut von sich zu geben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Befürchtungen, etwas Peinliches zu tun*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Befürchtungen, aufgrund unkontrollierbarer Impulse zu handeln (z. B. auf eine nahestehende Person mit dem Messer einzustechen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Befürchtungen, einen Diebstahl zu begehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Y-BOCS Symptom-Checkliste

	gegenwärtig	früher
Befürchtungen, andere zu verletzen, weil man nicht aufmerksam genug ist (z. B. Befürchtung, jemand unbemerkt mit dem Auto angefahren zu haben und dann durch das Weiterfahren Fahrerflucht begangen zu haben)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Befürchtungen, dafür verantwortlich zu sein, dass etwas (anderes als oben bereits angegeben) Schreckliches passiert (z. B. Feuer, Einbruch)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zwangsgedanken, die sich auf Verschmutzung beziehen		
Sorgen über oder Ekel in Bezug auf körperliche Ausscheidungen (z. B. Urin, Fäzes, Speichel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sorgen über Schmutz oder Keime	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exzessive Sorgen über Verunreinigungen in der Umgebung (z. B. Asbest, Strahlen, giftige Abfallstoffe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exzessive Sorgen über Dinge im Haushalt (z. B. Reinigungsmittel, Lösungsmittel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exzessive Sorgen über bestimmte Tiere (z. B. Insekten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sich durch klebrige Substanzen oder andere Rückstände beunruhigt fühlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sorgen darüber, aufgrund von Verschmutzung oder Verkeimung krank zu werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sorgen darüber, andere dadurch krank zu machen, dass man Keime oder Verschmutzungen weitergibt (aggressive Komponente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Keine Sorgen über Konsequenzen einer Verschmutzung oder Verkeimung außer derjenigen, welche Gefühle dadurch ausgelöst werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zwangsgedanken mit sexuellem Inhalt		
Verbotene oder perverse sexuelle Gedanken, Bilder oder Impulse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auf Kinder oder Inzest bezogene Inhalte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auf Homosexualität bezogene Inhalte*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sexuelles Verhalten anderen gegenüber (mit aggressiver Komponente)*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zwangsgedanken, die sich auf das Sammeln und das Aufbewahren von Gegenständen beziehen		
(Abzugrenzen gegenüber Hobbys und Beschäftigung mit Objekten, die finanziell wertvoll sind oder einen besonderen Erinnerungswert haben)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zwangsgedanken mit religiösen oder solchen Inhalten, die ein schlechtes Gewissen erzeugen		
Befürchtung, Gotteslästerung zu begehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übermäßige Beschäftigung mit Fragen der Moral und richtigen oder falschen Handlungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zwangsgedanken, die sich auf Symmetrie oder Genauigkeit beziehen		

Y-BOCS Symptom-Checkliste

	gegenwärtig	früher
In Verbindung mit magischem Denken (z. B. Befürchtung, dass die Mutter einen Unfall haben wird, wenn Dinge nicht am richtigen Platz stehen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nicht in Verbindung mit magischem Denken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verschiedene Zwangsgedanken		
Drang, Dinge wissen oder erinnern zu müssen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Furcht, bestimmte Dinge zu sagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Furcht, nicht das Richtige zu sagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Furcht, Dinge zu verlieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sich aufdrängende (nicht gewaltbezogene) Bilder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sich aufdrängende unsinnige Geräusche, Wörter oder Musik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sich belästigt fühlen durch bestimmte Töne oder Geräusche*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glücks-/Unglückszahlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Farben mit bestimmter Bedeutung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abergläubische Befürchtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zwangsgedanken in Bezug auf den eigenen Körper		
Besorgnis über Missempfindungen oder Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exzessive Sorgen hinsichtlich bestimmter Körperteile oder Besonderheiten des Aussehens (z. B. Dysmorphophobie)*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reinigungs-Wasch-Zwänge		
Exzessives oder ritualisiertes Händewaschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exzessives oder ritualisiertes Duschen, Baden, Zähneputzen oder Körperpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beschäftigung mit der Reinigung von Haushalts- oder anderen Gegenständen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Maßnahmen, um Kontakt mit Verschmutzungen zu vermeiden oder zu beseitigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontrollzwänge		
Kontrollieren von Schlössern, Herd, Elektrogeräten usw.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontrollieren, ob man andere Menschen verletzt hat/Vorsichtsmaßnahmen, dass dies nicht passieren wird	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontrollieren, ob man sich selbst verletzt hat/Vorsichtsmaßnahmen, dass dies nicht passieren wird	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Y-BOCS Symptom-Checkliste

	gegenwärtig	früher
Kontrollieren, ob nichts Schreckliches passiert ist oder passieren wird	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontrollieren, ob man keinen Fehler gemacht hat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontrollieren in Verbindung mit Befürchtungen hinsichtlich des eigenen Körpers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wiederholungszwänge		
Mehrmaliges Lesen oder Schreiben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Notwendigkeit, Routineaktivitäten zu wiederholen (z. B. durch die Tür hinein- und hinausgehen, sich auf den Stuhl hinsetzen und aufstehen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zählzwänge		
Ordnungszwänge		
Sammel- und Aufbewahrungszwänge		
(Abgrenzen gegenüber Hobbys und Beschäftigung mit Objekten, die finanziell wertvoll sind oder einen besonderen persönlichen Erinnerungswert haben) z. B. sorgfältiges Durchlesen von Reklamesendungen, Aufeinanderstapeln alter Zeitungen, Durchwühlen von Abfall, Sammeln von nutzlosen Gegenständen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verschiedene Zwangshandlungen		
Gedankliche Rituale (außer Kontrollieren, Zählen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exzessives Erstellen von Listen über Alltagsdinge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drang, zu reden, fragen oder bekennen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drang, Dinge anzufassen, anzutippen oder zu reiben*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rituale, die Blinzeln oder Anstarren beinhalten*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maßnahmen (nicht kontrollieren) zur Verhinderung von:		
<input type="checkbox"/> Selbstverletzung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Verletzungen anderer Personen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> schrecklichen Konsequenzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ritualisiertes Essverhalten*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trichotillomanie*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere selbstschädigende oder selbstverletzende Verhaltensweisen*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Y-BOCS Symptom-Checkliste

Liste der Zielsymptome

Zwangsgedanken

- (1)
- (2)
- (3)

Zwangshandlungen

- (1)
- (2)
- (3)

Vermeidung

- (1)
- (2)
- (3)

© der Y-BOCS Symptom-Checkliste: W. Goodman, S. Rasmussen, L. Price, L. Mazure, G. Heninger & D. Charney (1986, überarbeitete Fassung 1989). Autorisierte deutsche Übersetzung und Bearbeitung von H. Büttner-Westphal & I. Hand. Mit freundlicher Genehmigung des Verlages S. Karger aus der Zeitschrift *Verhaltenstherapie*, 1991, 1 übernommen.

Y-BOCS: Halbstrukturiertes Interview

Erläuterung für Therapeuten zur Anwendung der Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS)

Bevor Sie Ihre Fragen stellen, sollten Sie sichergehen, dass der Patient weiß, was Zwangsgedanken und Zwangshandlungen sind. Sie können sie beispielsweise auf folgende Weise definieren (Büttner-Westphal & Hand, 1991):

- ▶ **Zwangsgedanken** sind störende Ideen, Gedanken, Bilder oder Impulse, die Ihnen wiederholt in den Sinn kommen. Sie können sich anscheinend gegen Ihren Willen aufdrängen. Sie können Ihnen zuwider sein oder sie können Ihnen als sinnlos und persönlichkeitsfremd erscheinen.
- ▶ **Zwangshandlungen** sind auf der anderen Seite Verhaltensweisen oder Handlungen, zu deren Ausführung Sie sich gedrängt fühlen, obwohl Sie diese möglicherweise als sinnlos oder übertrieben ansehen. Manchmal kann es sein, dass Sie versuchen, ihnen zu widerstehen, was sich jedoch als schwierig herausstellen mag. Möglicherweise erleben Sie Angst, die nicht abnimmt, bevor die Handlung abgeschlossen ist.

☞ Nennen Sie Beispiele für Zwangsgedanken und -handlungen, am besten solche, die der vor Ihnen sitzende Patient von sich selbst kennt. Leidet er auch unter mentalen Zwangshandlungen, so stellen Sie sicher, dass er versteht, dass diese zu den Zwangshandlungen und nicht zu den Zwangsgedanken gehören.

Die Fragen nach den gegenwärtigen Symptomen beziehen sich auf die vergangenen sieben Tage.

❓ »Ich werde Ihnen jetzt verschiedene Fragen über Ihre Zwangsgedanken stellen.« (Beziehen Sie sich dabei vor allem auf die Hauptsymptome des Patienten)

(1) Zeitaufwand für die Beschäftigung mit Zwangsgedanken

❓ »Wieviel Zeit nimmt die Beschäftigung mit Zwangsgedanken in Anspruch?«
(Wenn die Zwangsgedanken als kurze, wiederkehrende, sich aufdrängende Gedanken auftreten, kann es schwierig sein, die Zeit in Stunden anzugeben. In diesem Falle erfragen Sie sowohl die Häufigkeit der Zwangsgedanken und die Anzahl der Stunden, die pro Tag davon betroffen sind. Fragen Sie dann: »Wie häufig treten die Zwangsgedanken auf?« Achten Sie darauf, dass Sie Grübeleien und Vorstellungen, die – im Gegensatz zu Zwangsgedanken – ich-synton und rational sind, aber übertrieben wirken, ausschließen.)

- 📌
- 0 = keine Beschäftigung mit Zwangsgedanken
 - 1 = leichtes (weniger als eine Stunde pro Tag) oder gelegentliches Aufdrängen von Gedanken
 - 2 = mäßiges (ein bis drei Stunden täglich) oder häufiges Aufdrängen von Gedanken, wobei die meisten Stunden des Tages nicht betroffen sind
 - 3 = starkes (mehr als drei und bis zu acht Stunden täglich) oder sehr häufiges Aufdrängen von Gedanken und während der meisten Stunden des Tages
 - 4 = extremes (mehr als acht Stunden täglich) oder fast ständiges Aufdrängen von Gedanken

(1b) Intervalle, in denen keine Zwangsgedanken auftreten

❓ (für den Gesamtscore nicht berücksichtigen)
»Welches ist im Durchschnitt die längste zusammenhängende Anzahl von Stunden pro Tag, in der Sie völlig frei von Zwangsgedanken sind?«
(Falls nötig, fragen Sie: »Was ist der längste Zeitabschnitt, über den keine Zwangsgedanken auftreten?«)

Y-BOCS: Halbstrukturiertes Interview

- 0 = keine Symptome
- 1 = langes symptomfreies Intervall, mehr als acht zusammenhängende Stunden pro Tag Symptomfreiheit
- 2 = mäßig langes symptomfreies Intervall, mehr als drei und bis zu acht zusammenhängende Stunden pro Tag Symptomfreiheit
- 3 = kurzes symptomfreies Intervall, ein bis drei zusammenhängende Stunden pro Tag Symptomfreiheit
- 4 = extrem kurzes symptomfreies Intervall, weniger als eine zusammenhängende Stunde pro Tag Symptomfreiheit

(2) Beeinträchtigung durch Zwangsgedanken



»Wie stark werden Sie durch Ihre Zwangsgedanken im Umgang mit anderen Menschen oder bei der Arbeit beeinträchtigt? Gibt es irgendetwas, das Sie deswegen nicht tun?«

(Wenn Patient z. Zt. nicht berufstätig ist, ist festzustellen, inwieweit bei Berufstätigkeit Beeinträchtigung vorliegen würde)

- 0 = keine Beeinträchtigung
- 1 = leichte oder wenig Beeinträchtigung im Umgang mit anderen oder bei der Arbeit, Aufgaben können aber noch voll erfüllt werden
- 2 = mäßige, aber doch schon deutliche Beeinträchtigung im Umgang mit anderen bzw. am Arbeitsplatz, Aufgaben können jedoch noch ausreichend erfüllt werden
- 3 = starke Beeinträchtigung im Umgang mit anderen bzw. am Arbeitsplatz, Aufgaben können nicht mehr ausreichend erfüllt werden
- 4 = extreme Beeinträchtigung im Alltagsleben

(3) Leidensdruck in Verbindung mit Zwangsgedanken



»Wie stark werden Sie durch Ihre Zwangsgedanken geplagt?«

(In den meisten Fällen korreliert der Leidensdruck mit dem Ausmaß der begleitenden Ängste; einige Patienten berichten jedoch, dass ihre Zwänge »störend« seien und verneinen zugleich das Vorliegen von »Angst«. Es soll nur solche Angst berücksichtigt werden, die durch die Zwangsgedanken hervorgerufen wird, keine generalisierte oder Angst, die anderen Symptomen zugeordnet werden kann.)

- 0 = gar nicht
- 1 = leicht, nicht allzu störend
- 2 = mäßig, störend, aber noch zu bewältigen
- 3 = stark, sehr störend
- 4 = extremer, nahezu kontinuierlicher und lähmender Leidensdruck

(4) Widerstand gegen Zwangsgedanken



»Wie stark bemühen Sie sich, den Zwangsgedanken zu widerstehen? Wie oft versuchen Sie, diese Gedanken nicht zu beachten bzw. sich abzulenken, wenn sie sich Ihnen aufdrängen?«

(Nur die Bemühung um Widerstand einschätzen, nicht das Gelingen oder Misslingen des Versuches, Kontrolle über die Zwangsgedanken zu bekommen. Wie sehr der Patient gegen seine Zwangsgedanken Widerstand leistet, kann, muss aber nicht mit seiner Fähigkeit, diese zu kontrollieren, zusammenhängen. Beachten Sie, dass dieses Item nicht direkt die Ausprägung der sich aufdrängenden Gedanken misst; vielmehr beurteilt es das Ausmaß der noch vorhandenen gesunden Anteile des Patienten, d. h.

Y-BOCS: Halbstrukturiertes Interview

die Anstrengung, die er unternimmt, um gegen die Zwangsgedanken anzugehen, ohne Vermeidungshandlungen oder Zwangshandlungen abzuwickeln. Je mehr der Patient versucht, Widerstand zu leisten, desto weniger ist folglich dieser Bereich seiner Funktionsfähigkeit beeinträchtigt. Es gibt »aktive« und »passive« Formen des Widerstandes. In einer Verhaltenstherapie können Patienten z. B. ermutigt werden, ihre Zwangsgedanken dadurch zu überwinden, dass sie nicht gegen sie ankämpfen – z. B. »Lassen Sie Ihre Gedanken einfach zu« i. S. einer passiven Opposition – oder indem die Zwangsgedanken absichtlich gedacht werden. Um Item (4) richtig beurteilen zu können, berücksichtigen Sie die Anwendung solcher verhaltenstherapeutischen Techniken als Sonderformen von Widerstand. Wenn Zwangsgedanken nur minimal ausgeprägt sind, könnte der Patient keine Notwendigkeit sehen, ihnen zu widerstehen. In diesem Falle sollte eine »0« angekreuzt werden.)

- 0 = strengt sich an, immer zu widerstehen bzw. die Symptome sind so minimal, dass es nicht nötig ist, dagegen Widerstand zu leisten
- 1 = versucht, fast immer zu widerstehen
- 2 = macht einige Anstrengungen zu widerstehen
- 3 = lässt alle Zwangsgedanken zu, ohne den Versuch, diese zu kontrollieren, tut dies jedoch mit einigem Widerstreben
- 4 = lässt die Zwangsgedanken vollständig und bereitwillig zu

(5) Grad der Kontrolle über die Zwangsgedanken



»Wie viel Kontrolle haben Sie über Ihre Zwangsgedanken? Wie erfolgreich sind Sie dabei, Ihre Zwangsgedanken zu beenden bzw. sich davon abzulenken? Können Sie Ihre Zwangsgedanken einfach übergehen?«

(Im Gegensatz zu dem vorangegangenen Item zum Widerstand ist die Fähigkeit des Patienten, seine Zwangsgedanken zu kontrollieren, enger mit dem Ausprägungsgrad der sich aufdrängenden Gedanken verbunden.)

- 0 = völlige Kontrolle
- 1 = starke Kontrolle, die normalerweise mit einigem Aufwand und Konzentration die Zwangsgedanken beendet oder davon ablenkt
- 2 = mäßige Kontrolle, die manchmal die Zwangsgedanken beendet bzw. ablenkt
- 3 = wenig Kontrolle, Patient ist selten erfolgreich im Beenden der Zwangsgedanken, kann die Aufmerksamkeit nur unter Schwierigkeiten ablenken
- 4 = keine Kontrolle, Zwangsgedanken werden als völlig unkontrollierbar erfahren, Patient ist selten fähig, die Gedanken auch nur kurzfristig zu ändern

(5) Dauer der Ausführung von Zwangshandlungen



»Wie viel Zeit nimmt die Ausführung von Zwangshandlungen in Anspruch?«

(Wenn hauptsächlich Rituale vorliegen, die Aktivitäten des täglichen Lebens betreffen, fragen Sie: »Wie viel länger brauchen Sie wegen Ihrer Rituale im Vergleich zu den meisten Menschen, um Routinetätigkeiten auszuführen?« Wenn die Zwangshandlungen als kurze, wiederkehrende Verhaltensweisen auftreten, kann es unmöglich sein, die Zeit in Stunden anzugeben. In diesem Falle ist die Häufigkeit des Auftretens zu eruieren, um daraus die Zeitdauer abzuschätzen. Sowohl die Häufigkeit des Auftretens wie auch die Anzahl der täglichen Stunden, die dadurch beeinträchtigt werden, soll letztlich ermittelt werden. Dabei soll die Häufigkeit des Auftretens von Zwangshandlungen, nicht die Anzahl der Wiederholungen einzelner Handlungen, erfragt werden; wenn ein Patient z. B. 20-mal pro Tag in das Badezimmer

Y-BOCS: Halbstrukturiertes Interview

geht, um sich fünfmal sehr schnell die Hände zu waschen, so führt er 20-mal pro Tag Zwangshandlungen aus, nicht fünfmal oder 5 mal 20 = 100-mal. Fragen Sie: »Wie oft führen Sie Zwangshandlungen aus?« In den meisten Fällen sind Zwangshandlungen beobachtbare Verhaltensweisen wie Händewaschen, aber es gibt auch Beispiele von nicht beobachtbaren Zwangshandlungen, etwa leises Kontrollieren.)

0 = kein Zeitaufwand

1 = leichte (weniger als eine Stunde pro Tag) oder gelegentliche Ausführung von Zwangshandlungen

2 = mäßige (ein bis drei Stunden täglich) oder häufige Ausführung von Zwangshandlungen

3 = starke (mehr als drei und bis zu acht Stunden täglich) oder sehr häufige Ausführung von Zwangshandlungen

4 = extreme (mehr als acht Stunden täglich) oder fast durchgängige Ausführung von Zwangshandlungen

(6b) Intervalle, in denen keine Zwangshandlungen auftreten



(für den Gesamtscore nicht berücksichtigen)

»Welches ist im Durchschnitt die längste zusammenhängende Anzahl von Stunden pro Tag, in denen Sie völlig frei von Zwangshandlungen sind?« Falls nötig, fragen Sie: »Was ist der längste Zeitabschnitt, über den keine Zwangshandlungen auftreten?«

0 = keine Symptome

1 = langes symptomfreies Intervall, mehr als acht zusammenhängende Stunden pro Tag Symptomfreiheit

2 = mäßig langes symptomfreies Intervall, mehr als drei und bis zu acht zusammenhängende Stunden pro Tag Symptomfreiheit

3 = kurzes symptomfreies Intervall, eine bis drei zusammenhängende Stunden pro Tag Symptomfreiheit

4 = extrem kurzes symptomfreies Intervall, weniger als eine zusammenhängende Stunde pro Tag Symptomfreiheit

(7) Beeinträchtigung durch Zwangshandlungen



»Wie stark werden Sie durch Ihre Zwangshandlungen im Umgang mit anderen Menschen oder bei der Arbeit beeinträchtigt? Gibt es irgendetwas, das Sie deswegen nicht tun?«

(Wenn Patient z. Zt. nicht berufstätig ist, ist festzustellen, inwieweit bei Berufstätigkeit eine Beeinträchtigung vorliegen würde.)

0 = keine Beeinträchtigung

1 = leichte oder wenig Beeinträchtigung im Umgang mit anderen Menschen oder am Arbeitsplatz, dabei insgesamt keine Funktionsverminderung

2 = mäßige, aber doch auch deutliche Beeinträchtigung im Umgang mit anderen Menschen oder am Arbeitsplatz, jedoch noch zu bewältigen

3 = starke Beeinträchtigung im Umgang mit anderen Menschen bzw. am Arbeitsplatz

4 = extreme Behinderung in der täglichen Lebensführung

(8) Leidensdruck in Verbindung mit Zwangshandlungen



»Wie ginge es Ihnen, wenn Sie an der Ausführung Ihrer Zwangshandlungen gehindert würden?« Pause. »Wie ängstlich oder beunruhigt würden Sie dann werden?«

Y-BOCS: Halbstrukturiertes Interview

(Beurteilen Sie, wie stark der Leidensdruck sein würde, wenn die Ausführung einer Zwangshandlung plötzlich und ohne Rückversicherung unterbrochen wurde. In den meisten, wenn auch nicht allen Fällen werden Angst/Unruhe/ Missempfindungen durch die Ausführung von Zwangshandlungen reduziert. Wenn dagegen, nach Einschätzung des Interviewers, Angst aber gerade dadurch reduziert wird, dass die Zwangshandlungen in der oben beschriebenen Form verhindert werden, dann fragen Sie: »Wie ängstlich/beunruhigt werden Sie, während Sie Zwangshandlungen ausführen und zu einem für Sie befriedigenden Abschluss bringen?«)

- 0 = gar nicht ängstlich, beunruhigt
- 1 = wenig, nur leicht ängstlich/beunruhigt, wenn Zwangshandlungen verhindert werden oder nur leichte Angst/Unruhe/Missempfindungen während ihrer Ausführung
- 2 = mäßig, Patient berichtet, dass Angst/Unruhe/Missempfindungen ansteigen, aber zugleich noch zu bewältigen sein würden, wenn Zwangshandlungen verhindert würden bzw. dass sie während der Ausführung von Zwangshandlungen zwar ansteigen, aber noch zu bewältigen sein würden
- 3 = starke, vorherrschende und als sehr störend empfundene Zunahme der Angst/Unruhe/ Missempfindungen, wenn die Zwangshandlungen unterbrochen werden würden, oder vorherrschende und als sehr störend empfundene Zunahme derselben während der Ausführung von Zwangshandlungen
- 4 = extreme, behindernde Angst/Unruhe/Missempfindungen, die entweder durch Interventionen, die versuchen, das Zwangsverhalten zu verhindern, provoziert werden oder die auch während der Durchführung einer Zwangshandlung entstehen würden

(9) Widerstand gegen die Zwangshandlungen



»Wie stark bemühen Sie sich, den Zwangshandlungen zu widerstehen?«

(Nur den versuchten Widerstand einschätzen, nicht das Gelingen oder Misslingen des Versuches, Kontrolle über die Zwangshandlungen zu bekommen. Wie stark der Patient den Zwangshandlungen widersteht, kann, muss aber nicht mit seiner Fähigkeit, diese zu kontrollieren, zusammenhängen. Beachten Sie, dass dieses Item nicht direkt den Ausprägungsgrad der Zwangshandlungen misst, sondern den Gesundheitszustand des Patienten, d. h. die Anstrengung, die er unternimmt, um den Zwangshandlungen zu widerstehen. Je mehr der Patient versucht zu widerstehen, desto weniger ist er folglich in diesem Bereich seiner Funktionstüchtigkeit beeinträchtigt. Wenn die Zwangshandlungen in minimalem Umfang auftreten, kann es sein, dass der Patient kein Bedürfnis empfindet, diesen zu widerstehen. In diesem Falle sollte eine »0« angekreuzt werden.)

- 0 = bemüht sich, immer zu widerstehen, oder die Symptome sind so minimal, dass es nicht nötig ist, Widerstand zu leisten
- 1 = versucht, meistens zu widerstehen
- 2 = macht einige Anstrengungen, zu widerstehen
- 3 = führt fast alle Zwangshandlungen aus, ohne den Versuch, diese zu kontrollieren, tut dies aber mit einigem Widerstreben
- 4 = führt alle Zwangshandlungen vollständig und bereitwillig aus

(10) Ausmaß der Kontrolle über Zwangshandlungen



»Wie stark ist der Drang, die Zwangshandlungen auszuführen?« (Pause) »Wieviel Kontrolle haben Sie über die Zwangshandlungen?«

Y-BOCS: Halbstrukturiertes Interview

(Im Gegensatz zum vorhergehenden Item zum Widerstand ist die Fähigkeit des Patienten, seine Zwangshandlungen zu kontrollieren, enger mit dem Ausprägungsgrad der Zwangshandlungen verbunden.)

0 = völlige Kontrolle

1 = starke Kontrolle, der Patient empfindet den Drang, die Handlungen auszuführen, ist jedoch gewöhnlich in der Lage, willkürliche Kontrolle darüber auszuüben

2 = mäßige Kontrolle, starker Drang zur Ausführung der Handlung, Patient kann sie nur unter Schwierigkeiten kontrollieren

3 = wenig Kontrolle, sehr starker Drang zur Ausführung der Handlung, Handlung muss bis zum Ende ausgeführt werden, Patient kann sie nur unter Schwierigkeiten hinauszögern

4 = keine Kontrolle, Drang zur Ausführung der Handlung wird als völlig unfreiwillig und unkontrollierbar empfunden, Patient ist selten fähig, die Handlung auch nur kurzfristig zu verzögern



»Die weiteren Fragen beziehen sich sowohl auf Ihre Zwangsgedanken wie Ihre Zwangshandlungen. Einige beziehen sich auch auf damit verbundene Probleme.«

Diese Items dienen vorerst der Hypothesenbildung und werden nicht in den Gesamtwert der Y-BOCS einbezogen, sie können aber hilfreich bei der Gesamtbeurteilung dieser Symptome sein.

(11) Einsicht in die Zwangsgedanken und -handlungen



»Glauben Sie, dass Ihre Befürchtungen oder Verhaltensweisen berechtigt sind?« (Pause) »Was meinen Sie, würde passieren, wenn Sie die Zwangshandlungen nicht ausführen? Sind Sie überzeugt davon, dass tatsächlich etwas passieren würde?«

(Schätzen Sie die Einsicht des Patienten in die Sinnlosigkeit und Übertriebenheit seiner Zwangshandlungen ein, und zwar ausgehend von den Überzeugungen oder Annahmen, die der Patient während des Interviews äußert.)

0 = hervorragende Einsicht, völlig rational

1 = gute Einsicht; Patient gibt bereitwillig die Absurdität oder Übertriebenheit seiner (Zwangs-) Gedanken oder Verhaltensweisen zu; er scheint aber nicht völlig überzeugt davon zu sein, dass es neben der Angst nicht doch noch etwas gibt, über das man sich Sorgen machen müsste (d. h. er hat anhaltende Zweifel)

2 = mäßige Einsicht; Patient gibt widerwillig zu, dass seine Gedanken oder Verhaltensweisen unsinnig oder übertrieben scheinen, ist jedoch unschlüssig. Möglicherweise hat er einige unrealistische Ängste, jedoch keine dahinterstehenden festen Überzeugungen

3 = wenig Einsicht; Patient behauptet, dass seine Gedanken oder Verhaltensweisen nicht unsinnig oder übertrieben sind (d. h. er hat überwertige Ideen)

4 = keine Einsicht, wahnhaft. Patient ist entschieden überzeugt, dass seine Befürchtungen und Verhaltensweisen berechtigt sind, er reagiert nicht auf Gegenbeweise

(12) Vermeidung



»Vermeiden Sie, irgendwelche Dinge zu tun, irgendwo hinzugehen oder aber mit jemandem zusammen zu sein, weil Zwangsgedanken auftreten könnten oder weil Sie befürchten, Zwangshandlungen ausführen zu müssen?« Wenn »Ja«- Antwort, fragen Sie: »Wie sehr vermeiden Sie?«

(Schätzen Sie das Ausmaß ein, in dem der Patient vorsätzlich versucht, Dinge zu vermeiden. Manchmal werden Zwangshandlungen ausgeführt, um den Kontakt mit etwas zu »vermeiden«, vor dem der Patient Angst hat. So werden etwa Waschrituale mit Kleidungsstücken als Zwangshandlung bezeichnet, nicht als Vermeidungsverhalten. Wenn der Patient aber aufgehört hat, seine Kleidung überhaupt noch zu waschen, würde dies als Vermeidung gelten.)

Y-BOCS: Halbstrukturiertes Interview

- 0 = kein vorsätzliches Vermeidungsverhalten
- 1 = leicht; minimales Vermeidungsverhalten
- 2 = mäßig; etwas Vermeidungsverhalten; deutlich zu erkennen
- 3 = stark; häufiges Vermeidungsverhalten; Vermeidung steht im Vordergrund
- 4 = extrem; sehr ausgeprägtes Vermeidungsverhalten; der Patient bemüht sich in jeder Hinsicht zu vermeiden, dass Symptome ausgelöst werden

(13) Ausmaß von Entscheidungsschwierigkeiten



»Haben Sie Probleme, Entscheidungen über unbedeutende Dinge zu treffen, über die andere Leute nicht zweimal nachdenken würden, z. B. darüber, welche Kleidung Sie morgens anziehen oder welche Müsli-Marke Sie kaufen wollen?« (Schließen Sie Entscheidungsschwierigkeiten aus, die im Zusammenhang mit Zwangsgrübeleien stehen. Ferner sollten Sie eine Ambivalenz ausschließen, die sich auf eine tatsächlich als schwierig einzustufende Entscheidungssituation bezieht.)

- 0 = keine Entscheidungsschwierigkeiten
- 1 = leicht; einige Probleme, Entscheidungen über geringfügige Dinge zu treffen
- 2 = mäßig; Patient berichtet offen über erhebliche Schwierigkeiten, Entscheidungen zu treffen in Bereichen, in denen andere Menschen nicht zweimal nachdenken müssten
- 3 = stark, fortlaufendes Abwägen von Pro und Contra bei Nebensächlichkeiten
- 4 = extrem; unfähig, irgendwelche Entscheidungen zu treffen, mit entsprechender Behinderung

(14) Übertriebenes Verantwortungsgefühl



»Fühlen Sie sich sehr verantwortlich für die Konsequenzen Ihrer Handlungen? Geben Sie sich selbst die Schuld für die Konsequenzen von Ereignissen, die nicht völlig unter Ihrer Kontrolle sind?« (Dies ist zu trennen von normalen Verantwortungsgefühlen, Gefühlen der Wertlosigkeit und pathologischen Schuldgefühlen. Eine von Schuldgefühlen gepeinigte Person erlebt sich selbst oder ihre Aktionen als schlecht oder des Teufels.)

- 0 = kein übertriebenes Verantwortungsgefühl
- 1 = leicht; wird nur auf Anfrage erwähnt
- 2 = mäßig; entsprechende Gedanken werden aber spontan geäußert, sind eindeutig vorhanden; der Patient erlebt ein beträchtliches Ausmaß an übertriebenem Verantwortungsgefühl für Ereignisse, die außerhalb seiner tatsächlichen Kontrolle liegen
- 3 = stark; entsprechende Gedanken sind vorherrschend und eindringlich; der Patient ist zutiefst besorgt, dass er für Ereignisse verantwortlich ist, die außerhalb seiner tatsächlichen Kontrolle liegen; er entwickelt Schuldgefühle in übertriebener und nahezu irrationaler Weise
- 4 = extrem; wahnhaft anmutendes Verantwortungsgefühl (wenn sich z. B. ein Erdbeben in 3000 Meilen Entfernung ereignet, fühlt der Patient sich dafür verantwortlich, weil er seine Zwangshandlungen nicht ausgeführt hat.)

(15) Anhaltende Langsamkeit/Trägheit



»Haben Sie Schwierigkeiten, Aufgaben anzufangen oder zu beenden? Dauern viele Ihrer Routinetätigkeiten länger, als sie eigentlich dauern sollten?«

(Beachten Sie, dass eine psychomotorische Hemmung im Rahmen einer Depression vorliegen könnte. Raten Sie den erhöhten Zeitaufwand, der für die Abwicklung von Routinetätigkeiten verwandt wird, auch wenn spezifische zugehörige Zwangsgedanken nicht identifiziert werden können.)