

Termin	13.06.2023, 18:30 bis 20:00 Uhr
Titel	Zwangsstörung bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen – State of the art
ReferentInnen	<ul style="list-style-type: none"> o Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Susanne Walitza o PD Dr. Med. Andreas Wahl-Kordon Wissenschaftliche Geschäftsführerin der Verhaltenstherapieambulanz, Akademische Oberrätin, Goethe-Universität Frankfurt
Moderator	o Dr. Tobias Freyer

Offen gebliebene Fragen aus der Diskussion	
Frage	Antwort
Was können Sie uns zur Therapie des Hortens sagen?	Hier liegt der Fokus mehr auf der kognitiven Therapie, i.S. den Wert, der den aufgehobenen Dingen zugeschrieben wird, zu verändern. Um sich im nächsten Schritt von Dingen zu trennen (in 3 Kategorien: behalten, hergeben/verschenken, wegwerfen)
Können Sie evtl. auf die Differentialdiagnose zu ARFID eingehen?	Kinder mit ARFID haben eine Essstörung, die dazu führt, dass die Kinder wenig essen und bestimmte Nahrungsmittel vermeiden. Es besteht keine Angst vor Gewichtszunahme, das ist wesentlich für die DD der Essstörungen. Es kann sicher Übergänge zu zwanghaftem Verhalten geben. Bei Zwangsstörungen sind auch die Zwänge selbst sehr oft belastend und sie verfolgen oft einen Zweck. Wenn das Essen mit betroffen ist, sind meist noch weitere Symptome vorliegend, die bei ARFID nicht auftreten.
Können deutsche Kinder (Kassenversichert) zu Ihnen zur Behandlung kommen?	In der Schweiz wird bei Kindern nicht unterschieden, wie sie versichert sind, aber wir würden empfehlen, dass deutsche Kinder in Deutschland behandelt werden, da es wichtig ist, dass die Therapie gut verfügbar und möglichst nahe ist, z.B. für Übungen zuhause.
Wenn Zwangssymptome erst sein ca. 1 Monat bestehen. Procedere? Diagnostik oder zunächst Verlaufsbeobachtung?	In der Regel gilt je eher die Behandlung, umso besser ist die Prognose. Wenn die Zwänge die Patienten noch nicht stören kann man noch wachsam beobachten, man sollte dann aber schon versuchen kein Verhalten zu zeigen, dass die Zwänge aufrecht erhält oder verstärkt. Eltern können dann schon Literatur lesen und sich aneignen, was hilft und was eher schadet.
Könnten Sie DD zu Tics erklären?	Tics sind unwillkürliche, schnelle, plötzliche, wiederholte, arrhythmische und oft stereotype Bewegungen (motorische Tics) oder Lautäusserungen (vokale Tics). Im Gegensatz zu Zwängen verfolgen sie keinen Zweck (Reinigung, Kontrolle, Symmetrie) ...
Zum Thema Einsicht: Hat man früher nicht die Zwangsstörung von der Persönlichkeitsstörung (anankastisch/Zwang) zum Teil durch Einsicht unterscheiden können ...?	Die Einsicht war vor allem das DD Kriterium für die Abgrenzung von Psychosen. Aber Patienten mit zwanghafter Persönlichkeitsstörung leiden oft sehr viel weniger unter ihrer Symptomatik, so kann dann auch die Einsicht reduziert sein.
Wenn die Differentialdiagnose (z.B. zu Essstörungen) schwierig ist, benötigt eine "saubere" Diagnostik Zeit, nehme ich an.	Ja die Anamnese mit den Eltern ist absolut zentral, vor allem auch bei Symptomen (z.B. Anorexia) bei denen oft keine Einsicht vorliegt.

Die steht oft nicht im gewünschten Ausmaß zur Verfügung. Um so wichtiger finde ich die Elternanamnese! (i.e. Linie zu Vortrag 1)	
Könnten Sie etwas dazu sagen, wie Sie die Patienten dazu bringen, die Exposition durchzuführen. Das finde ich bei Zwangspatienten sehr schwierig im Vergleich zu anderen Ängsten. Danke.	Ja es sehr wichtig mit den Betroffenen sehr gut über die Exposition zu sprechen und zu erklären, wie wichtig und hilfreich diese ist (Motivation und Partizipation). Man muss altersentsprechend erklären wie Zwänge entstehen und aufrechterhalten werden
In meiner Ausbildung habe ich gelernt, dass eine Medikation den Erfolg einer Reizexpositionstherapie hemmt. Aktuell habe ich einen Patienten in Behandlung der trotz Medikation mit SSRI gute Fortschritte bei den Expositionen macht. Was ist Ihre Meinung zu Medikation parallel zur Expositionstherapie?	Das kann man nicht generell so sagen, dass das den Erfolg hemmt. Bei ausgeprägter Zwangsstörung ist es manchmal der einzige Weg, dass man überhaupt KVT machen kann und es gibt in den Leitlinien eine Empfehlung, wann man kombiniert behandelt.
Wie lang halten die Therapieeffekte der VT in der Regel an? Gibt es Studien, die auch Jahre/Dekaden später nach Therapie überprüfen, ob es Rückfälle gab?	Ja es gibt 10 Jahres Follow-ups und die Reduktion der Zwänge kann ausgesprochen stabil sein, aber ja es gibt auch episodische und chronifizierte Verläufe daher können Booster sessions sehr sinnvoll sein
In welcher Form ist aus Ihrer Sicht Exposition bei Grübelzwang sinnvoll? Bei Hoffmann und Hofmann im Manual heißt ist, dass man normales Verhalten üben soll. Künstliche gedankliche Szenarien erscheinen da z.T. weniger hilfreich oder im Einzelfall manchmal kontraproduktiv. Was sind Ihre Erfahrungen dabei?	Unter „Grübelzwang“ sind im engeren Sinn „kognitive Zwangshandlungen“ zu verstehen. D.h. Zwangshandlungen in Gedanken (z.B. Zählen), die Zwangsgedanken neutralisieren. Auch hierbei haben sich Expositionen als hilfreich erwiesen.
Gehen Sie noch auf die Emotion „Ekel“ ein? Viele Patientinnen befürchten keine konkreten Gefahren, sondern können das Ekelgefühl schlecht bis gar nicht aushalten. Wie reagiert man therapeutisch darauf?	Ich freue mich, wenn man mir diese Gedanken anvertraut und ich greife sie auf. Gerade die Lernerfahrungen (den Ekel doch aushalten zu können), dass nicht das Befürchtete eintritt, sind wirksam.
Wie sehen / verstehen Sie die psychodynamischen Hintergründe einer Zwangserkrankung?	In der KJP schauen wir die Familiensysteme sehr gut an, auch ohne dass das psychodynamisch wäre, dafür gibt es sehr wenig Evidenz, aber wir schauen immer jedes Kind in seiner Entwicklung und Familienkonstellation sehr genau an.
Könnten Sie bitte noch Aspekte zur Ätiologie von Zwangserkrankungen erläutern? Welche neurobiologischen Hypthesen gibt es zur Entstehung von Zwangserkrankungen?	Das wäre ein eigener Vortrag. Es gibt genetische, neurobiologische Faktoren und lernpsychologische Aspekte.
Bei der Autismusspektrumsstörung wird häufig eine gewisse Zwangssymptomatik als Teil der Störung beschrieben, wobei bei Autismus auch eine OCD als eigenständige Störung komorbid bestehen kann und das sogar relativ häufig. Wo ist da die Grenze zu ziehen?	Für mich ist ein Punkt immer relevant: Von Zwangsstörungen sprechen wir, wenn das Kind oder de Jugendliche darunter leidet. Das ist auch bei Patienten mit ASS so. Wenn sie unter den zwanghaften Verhaltensweisen nicht leiden, sind es oft eher Stereotypen etc.
Welche Implikationen für die Planung von Expositionen ergeben sich aus den "neuen"	Zum einem liegt der Fokus auf dem Erlernen oder Wieder-Lernen von selbst gewünschten

Erkenntnissen bzgl. der Wirkfaktoren von Expositionen (kein Fokus mehr auf Habituation)?	Verhaltensweisen, auf der „Verletzung“ der Befürchtung, was Schlimmes eintritt. Auch ist es wichtig sie Situation häufig zu verändern und immer wieder zu üben.
Welche Empfehlungen hätten Sie zur Behandlung von Prokrastination?	Hat meist nichts mit Zwangsstörung zu tun. Es müssen zunächst die Aufrechterhaltenden Bedingungen geklärt werden. Z.B. besteht ADHS?
Die Symmetriewänge gibt es ja auch bei Autismusspektrum-Störungen, muss oder kann das differentialdiagnostisch unterschieden werden?	Von Zwangsstörungen sprechen wir, wenn das Kind oder de Jugendliche darunter leidet. Das ist auch bei Patienten mit ASS so. Wenn sie unter den zwanghaften Verhaltensweisen nicht leiden, sind es oft eher Stereotypen etc.
Wie differenziere ich den häufigen Grübelzwang/Gedankenkreisen bei Depression von einer komorbiden Zwangsstörung?	Zwangsgedanken sind meist sehr stereotyp repetitiv und sehr charakteristisch: stecke ich mich oder anderen an, habe ich eine Fehler gemacht habe ich jemanden überfahren...?
Betreffend Hausärzte: an wen sollte zunächst bei v.a Zwangsstörungen überwiesen werden für spezifische Diagnostik	Bei V.a. Zwangsstörungen sollten immer Fachexperten zu Rate gezogen werden also Psychiaterinnen und Psychologinnen
Gibt es Erfahrungen zu langanhaltenden Nebenwirkungen von SSRI Einnahme nach über einem halben Jahr nach Absetzen	nein
Wie geht man mit Patienten um, die zu große Angst vor einer Expositionstherapie haben	1. Sehr gut ist, wenn Patienten von Peers hören, dass es sich lohnt...wenn man keine Peers zur Verfügung hat, dann sollten das die Therapeuten übernehmen, zu berichten, wie es anderen Patienten ging... 2. sehr gutes Erklären
Was halten Sie vom Einsatz von psychotherapeutischen Methoden aus der Akzeptanz und Commitment- Therapie (im Vergleich zur klassischen Expositionstherapie)	Dies wird schon ergänzend gemacht, man sollte aber die Kernelemente der Therapie nicht vernachlässigen. Bei Kindern ist die Evidenz noch nicht ausreichend belegt.
Wie schätzen Sie die Wirksamkeit 3.-Welle-Verfahren bei den Zwangsstörungen ein?	Dies wird schon ergänzend gemacht, man sollte aber die Kernelemente der Therapie nicht vernachlässigen. Bei Kindern ist die Evidenz noch nicht ausreichend belegt.
Gibt es Bestätigung für die Vermutung, dass Zwänge durch Bupropion stärker werden?	Keine Erfahrung dazu. Bupropion ist auf jeden Fall nicht wirksam bei Zwangsstörungen
Wenn kognitive VT das erste Mittel der Wahl für Behandlungen bei Zwängen in der Leitlinie ist, ist tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie dann ebenfalls noch vor dem Einsatz von Medikation empfohlen oder kontraindiziert nach den neuen Leitlinien?	Nein man kann dazu keine Aussage machen, da es zu wenig Studien gibt. Daher kann man es nicht empfehlen. Das ist schade, man sollte doch Studien durchführen.
Bezügl. des „Nebeneinanders“ (Frau Dr. Walitza) von Reinlichkeit und Schmutz... Welche Bedeutung hat in der Psychotherapie die Betrachtung des Konflikts?	Das ist für die Patienten ja eben kein Konflikt. Die Reinlichkeit hat einen Zweck, der nicht sinnvoll sein muss. Ich bespreche das mit den Patienten, oft hilft es ihnen... aber wir übersehen oft Zwänge, nur weil der Patient vielleicht schmutzige Nägel hat, kann sie dennoch Zwänge haben...

Wie sieht die Expositionsbehandlung bei einer Zwangsstörung aus?	Das wäre ein eigener Vortrag/Seminar
Empfehlung bei starker Chronifizierung (Pat kommt erst im Alter 50 plus)?	Nie Aufgeben
Sollte die Expo mit dem höchsten Schwierigkeitsgrad beginnen? Oder gestuft?	Bei Kindern gestuft und immer in Absprache, was sich das Kind zutraut, keine Überraschungen
Wie könnte eine Expositionsübung bei Eifersuchtswahn aussehen?	Ist nicht empfehlenswert mit Exposition anzugehen