

Prof. Dr. Wolfgang Hiller

Stichworte aus den gezeigten Folien zur Vorlesung Klinische Psychologie II

Thema: Zwangsstörung

Zwangsstörung: Symptome und klinische Kennzeichen

u.a. Handlungen mit starkem Wiederholungsdrang, kontrollieren, Angst vor Beschmutzung, wiederkehrende, quälende Gedanken, Ekelgefühle, Rituale, säubern, Angst, sexuelle Impulse, Verhalten nach festen Regeln, aufdringliche Impulse, aggressive Impulse, unsinnige Vorstellungen

Diagnostische Kriterien der Zwangsstörung (stichwortartig) (DSM-5: F42)

A Zwangsgedanken oder Zwangshandlungen

Zwangsgedanken sind definiert durch (1) und (2):

(1) Wiederkehrende/anhaltende Gedanken, Impulse oder Vorstellungen, als aufdringlich/unangemessen erlebt, ausgeprägte Angst/großes Unbehagen hervorrufend.

(2) Versuch, die Gedanken zu ignorieren/unterdrücken oder mit Hilfe anderer Gedanken/Tätigkeiten zu neutralisieren.

Zwangshandlungen sind definiert durch (1) und (2):

(1) Wiederholte Verhaltensweisen (z.B. Händewaschen, ordnen, kontrollieren) oder „gedankliche Handlungen“ (z.B. beten, zählen, Wörter leise wiederholen), zu denen sich die Person als Reaktion auf einen Zwangsgedanken oder aufgrund streng zu befolgender Regeln gezwungen fühlt.

(2) sollen Unwohlsein verhindern/reduzieren oder den gefürchteten Ereignissen/Situationen vorbeugen; stehen jedoch in keinem realistischen Bezug hierzu/ sind deutlich übertrieben.

B Schweregrad: Zeitaufwändig (> 1 Std. tgl.) oder Leiden oder Beeinträchtigungen

C Keine organischen Ursachen

D Nicht besser durch eine andere psychische Störung erklärbar

z.B. nicht begrenzt auf

- übermäßige Sorgen (wie bei generalisierter Angststörung),
- Beschäftigung mit der äußeren Erscheinung (wie bei körperdysmorpher Störung),
- Schwierigkeiten, sich von Dingen zu trennen (wie beim pathologischen Horten),
- Haare ausreißen oder Haut aufkratzen (wie bei Tricho- und Dermatillomanie),
- stereotype Bewegungen (wie bei stereotypen Bewegungsstörungen),
- ritualisiertes Essen (wie bei Essstörungen),
- zwanghaftes Spielen oder Substanzkonsum (wie bei Substanz- und Suchtstörungen),
- Beschäftigtsein mit einer befürchteten Krankheit (wie bei Krankheitsangststörung),
- sexuelle Impulse oder Fantasien (wie bei paraphilen Störungen),
- impulsives Verhalten (wie bei Impulskontrollstörungen),
- Grübeln über die eigene Schuldhaftigkeit (wie bei depressiven Störungen),
- Gedankeneingebung oder Wahnideen (wie bei psychotischen Störungen),
- repetitive Verhaltensmuster (wie bei Autismusspektrumsstörung).

Spezifizierungen:

- mit guter/geringer/fehlender Einsicht
 - in Kombination mit einer Tic-Störung
-

Typische Inhalte von Zwängen

Inhaltsbereiche	Zwangsgedanken (Beispiele)	Zwangshandlungen (Beispiele)
<u>Waschen und putzen</u> (z.B. Befürchtungen vor Kontamination, Verunreinigung oder Krankheitskeimen, menschlichen Ausscheidungen, Tierhaaren, Chemikalien)	... beim Händeschütteln oder Kontakt mit der Türklinke verunreinige ich mich ... am Kamm des Frisörs haften AIDS-Viren	wäscht Hände und Haare; sterilisiert alle Dinge, die man berühren könnte; sucht Körper nach Anzeichen von AIDS ab
<u>Kontrollieren</u> (z.B. fortdauerndes Überprüfen von Fenstern, Türen, Elektrogeräten; einen folgenschweren Fehler begangen zu haben)	... habe ich den Herd ausgeschaltet ... ein Feuer könnte in der Wohnung ausbrechen	häufiges kontrollieren, prüfen, sich rückversichern; oft Kontrollrituale
<u>Zählen, Ordnungen einhalten</u> (z.B. die Dinge müssen am korrekten Platz sein, nach einem festgelegten Muster ausgeführt werden, eine bestimmte Zahl von Wiederholungen)	... wenn ich mich nicht in der richtigen Art wasche, muss ich es nochmal tun, solange bis es richtig stimmt ... ein Regelverstoß führt zu einem Unglück	führt Rituale aus; zählt; tritt nicht in die Ritze zwischen Platten; wiederholt die Handlung eine "gute" Anzahl von Malen; magisches Denken
<u>Anderen Personen Schaden zufügen</u> (z.B. ein Baby fallenlassen, jemanden mit dem Auto anfahren)	... ich könnte ein Kind mit einem Messer stechen ... ich könnte jemanden mit dem Auto angefahren haben	vermeidet Alleinesein mit dem Kind; verschließt Messer und Plastiktüten; ruft Polizei an, um sich nach etwaigem Unfall zu erkundigen
<u>Soziale Tabus verletzen</u> (z.B. in unpassenden Situationen schreien oder fluchen, sexuelle oder religiöse Verhaltensnormen verletzen)	... ich werde laut etwas Obszönes herausschreien	kontrolliert sich ständig; vermeidet soziale Situationen; vergewissert sich, ob das Verhalten akzeptabel war

Zwänge, die auch aus nichtklinischen Stichproben berichtet werden (nach Barlow & Durand, 2015)

Schaden zufügen

- der Impuls, aus dem Fenster zu springen
- jemanden vor einen Zug stoßen
- ein Baby fallen lassen
- dass der Gedanke, dass dem Kind etwas Schlimmes passieren könnte, das Unglück dann tatsächlich auch bewirken wird

Kontamination

- bei der Berührung eines Toilettendeckels wird eine Krankheit übertragen
- Gedanke, dass ständig Keime an den Händen haften

Inakzeptables Verhalten

- anstößig auffallen; z.B. vergessen zu haben, ein Top anzuziehen
- in der Kirche plötzlich etwas Unpassendes laut ausrufen

Sicherheit und Ordnung

- die Haustür oder das Auto nicht richtig verschlossen zu haben
- das Bügeleisen nicht ausgeschaltet zu haben
- Gegenstände müssen symmetrisch angeordnet sein, sonst kommt ein Unglück

Abgrenzungen der Zwangsstörung gegenüber anderen psychischen Störungen

☒ gegenüber der Schizophrenie

gemeinsam: bizarr wirkende Ideen, magisches Denken, sozialer Rückzug

unterscheidend: Einsicht nicht mehr gegeben, Gefühl der Beeinflussung und des Gemachten durch externe Kräfte, als ich-fremd erlebt, meist kein innerer Widerstand

☒ gegenüber organisch bedingten psychischen Störungen

gemeinsam: Wiederholungszwänge, Perseverationen

unterscheidend: kaum intellektuelle Inhalte, kaum absichtsvoll, mechanische/ einfache Qualität

☒ gegenüber Tic- und Tourette-Störung

gemeinsam: ritualisiertes, stereotypes Verhalten

unterscheidend: fehlende Intentionalität des Verhaltens

☒ gegenüber Impulskontrollstörungen (z.B. Trichotillomanie, pathologisches Spielen, Kleptomanie)

gemeinsam: : subjektives Dranggefühl, Erleichterung nach Handlungsausführung

unterscheidend: Handlungen per se angenehm bzw. befriedigend, vorausgehende Gedanken nicht aversiv und selten intrusiv

Ähnlichkeiten und Unterschiede zwischen Zwangsstörung und zwanghafter Persönlichkeitsstörung

Merkmale	Zwanghafte PS	Zwangsstörung
rigide Persönlichkeit	Ja	nicht typisch
eingeeengtes Denken	Ja	Ja
umfassende Ordnungsliebe	Ja	nicht typisch
Bedürfnis nach Kontrolle	Ja	nicht typisch
Perfektionismus	Ja	nicht typisch
Unentschlossenheit	Ja	nicht typisch
intrusive Gedanken/Verhalten	nicht typisch	Ja
Drang, Rituale auszuführen	nicht typisch	Ja
Gefühl des Gezwungensein	nicht typisch	Ja
Stabilität der Symptome/Merkmale	Ja	nicht zwingend

nach Sue et al., 2014

Zwangsstörung und zwangsverwandte Störungen (DSM-5)

Zwangsstörung	Zwangsgedanken oder Zwangsverhalten	Lebenszeitprävalenz 1-2%
Pathologisches Horten	Schwierigkeiten, Gegenstände wegzuerwerfen oder sich von ihnen zu trennen	Punktprävalenz 2-6%; 3 mal häufiger bei älteren Personen
Trichotillomanie	Pathologisches Ausreißen, Auszupfen der Haare, Haarausfall	Lebenszeitprävalenz bis zu 4%, häufiger bei Frauen
Dermatillomanie	Pathologisches Hautzupfen/-quetschen, Hautverletzungen	Lebenszeitprävalenz 1,4%; 75% der Betroffenen sind Frauen
Körperdysmorphie Störung	Beschäftigtsein mit Mängeln oder Defekten des äußeren Erscheinungsbilds	Prävalenz bis 2,4%; bis zu 15% bei Dermatologen; gleichhäufig bei Frauen und Männern
substanzinduzierte oder organisch bedingte Störung	z.B. durch Stimulantien oder Schwermetalle/ Toxine; infolge einer medizinischen Krankheit	

Auftretenshäufigkeit der Zwangsstörung

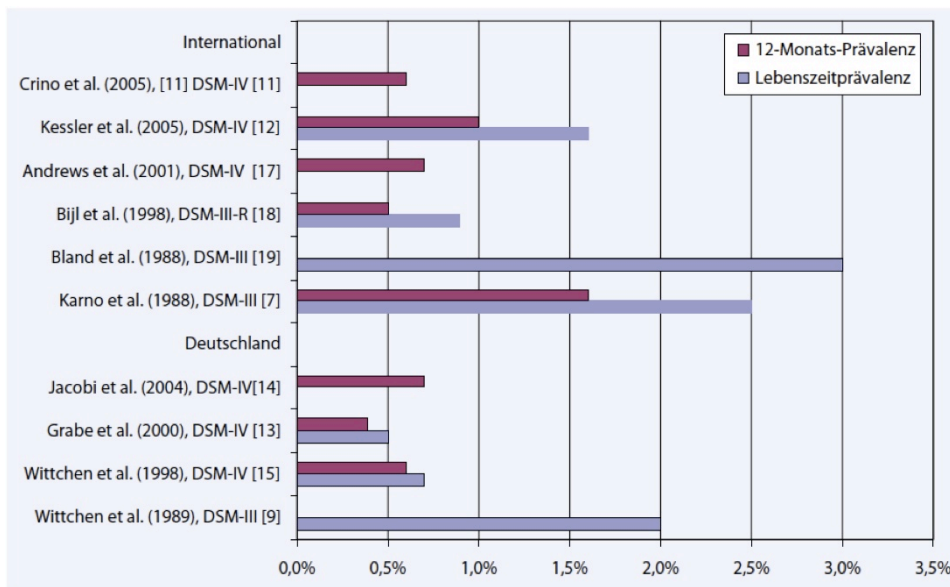


Abb. 1 ◀ Nationale und internationale epidemiologische Studien zur Prävalenz der Zwangsstörung

Zwangsstörung: Klinische Merkmale

- Epidemiologie: Lebenszeitprävalenz 1-2%; bei Erwachsenen vermutlich Frauen > Männer, bei Jugendlichen Männer > Frauen; seltener bei Amerikanern afrikanischer oder hispanischer Herkunft
- Onset: oft bereits im Kindes-/Jugendalter, mittleres Onsetalter 20 Lj. (Männer ~ 19 Lj., Frauen ~ 22 Lj.); bei etwa zwei Dritteln aller Pat. vor 25 Lj., bei weniger als 15% nach 35 Lj.; meist rascher Onset der Symptomatik; bei 50-70% Auslöser durch Life-Event (z.B. Schwangerschaft, sexuelles Problem, Tod eines Angehörigen)
- Verlauf: meist langdauernd, Symptomatik fluktuierend oder konstant vorhanden

dazu Studie von Skoog & Skoog (1999): Langzeitbeobachtung über 40 Jahre

- 83% irgendeine Form von Besserung, aber nur 20% vollständige Remission

- 52% immer noch klinische und 28% immer noch subklinische Symptomatik

- 8% gravierende Verschlechterung der Zwangsstörung

- bei remittierten Pat. nach 20-jähriger Remissionsdauer in 17% erneuter Rückfall

- Komorbidität: Major Depression ~ 67%, soziale Angststörung ~ 25%, oft auch Alkoholabhängigkeit, spezifische Phobie, Panikstörung, Essstörung, Schizophrenie
- Prädisposition:
 - elterlicher Erziehungsstils mit Ablehnung/Strafe, Kontrolle/Überhütung, Betonung von Ordnung/Sauberkeit (Oelkers et al., 2005)
 - übersteigerte Wahrnehmung eigener Verantwortung, Perfektionismus, Überschätzung von Gefahr
 - vorbestehende zwanghafte Persönlichkeitsstörung (bei 15-35%)
- Prognose:
 - ⇩ geringer Widerstand, bizarre Zwänge, Major Depression, wahnhaftige Vorstellungen, überwertige Ideen (d.h. Akzeptanz der Zwänge), Persönlichkeitsstörungen
 - ⇧ gute soziale und berufliche Anpassung, auslösende Ereignisse, episodischer Verlauf

Zwangsstörung: Diagnostische Verfahren

Verfahren	Beschreibung und Einsatzgebiet	Art der Beurteilung
Y-BOCS - Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale [Goodman et al. 1989; dt. Hand & Büttner-Westphal 1991]	10 Items zur Erfassung des Schweregrads von Zwangssymptomen; Skalen: Zwangsgedanken, Zwangshandlungen	F/S
OCI - Obsessive Compulsive Inventory [Foa et al. 1998; dt. Gönner et al. 2009]	42 Items, Skalen: Waschen, Kontrollieren, Zweifeln, Ordnungszwänge, Zwangsvorstellungen, Horten von Dingen, gedankliches Neutralisieren	S
HZI - Hamburger Zwangsinventar [Zaworka et al. 1983]	188 Items, Skalen: Kontrollhandlungen, Reinigung, Ordnung, zählen/berühren/sprechen, gedankliche Rituale, Gedanken sich oder anderen Leid zufügen [Kurzform 72 Items, Ultrakurzform 27 Items]	S
PI-WSUR - Padua Inventory - Washington State University Revision [Burns et al. 1996]	39 Items; Skalen: Sich selbst/andere verletzen, Verunreinigung und Waschwänge, Kontrollzwänge, Kleidungs-/Putzwänge	S
MOCI - Maudsley Obsessional-Compulsive Inventory [Hodgson & Rachman 1977; dt. Kallinke et al. 1979]	30 Items zu symptomnahen Verhaltensweisen. Skalen: Checking, Cleaning, Slowness, Doubting	S
LOI - Layton Obsessional Inventory [Cooper 1970]	69 Items sowohl zur psychopathologischen als auch zur Traitebene von Zwanghaftigkeit	S
CAC - Compulsive Activities Checklist [Marks et al. 1977; Freund et al. 1987]	38 Items zu Handlungen im Zusammenhang mit "waschen/säubern" und "kontrollieren"	S (F)
SI-R - Saving Inventory – Revised [Frost et al. 2001]	24 Items zur Erfassung von Komponenten zwanghaften Sammelns (Hoarding)	S
FMPS - Frost Multidimensional Perfectionism Scale [Frost et al. 1990; dt. Stöber 1995]	35 Items, Skalen: Persönliche Standards, Organisation, Sorgen über Fehler/Zweifel, elterliche Erwartungen/Kritik	S
III - Interpretation of Intrusions Inventory [OCD Working Group 1997]	31 Items über Wichtigkeit von Zwangsgedanken, Kontrollbedürfnis und eigene Verantwortlichkeit	S
OBQ - Obsessive Beliefs Questionnaire [OC Cognitions Working Group 1997]	87 Items, Skalen: Gedankenkontrolle, Wichtigkeit von Gedanken, Verantwortlichkeit, Intoleranz gegenüber Unsicherheit, Überschätzung von Bedrohungen, Perfektionismus	S
TCQ - Thought Control Questionnaire [Wells & Davies 1994]	30 Items zu Strategien bei der Kontrolle unerwünschter Gedanken im Alltag; Skalen: Ablenkung, soziale Kontrolle, Sorgen, Bestrafung, Umbewertung	S

Erklärungsmodelle für die Zwangsstörung

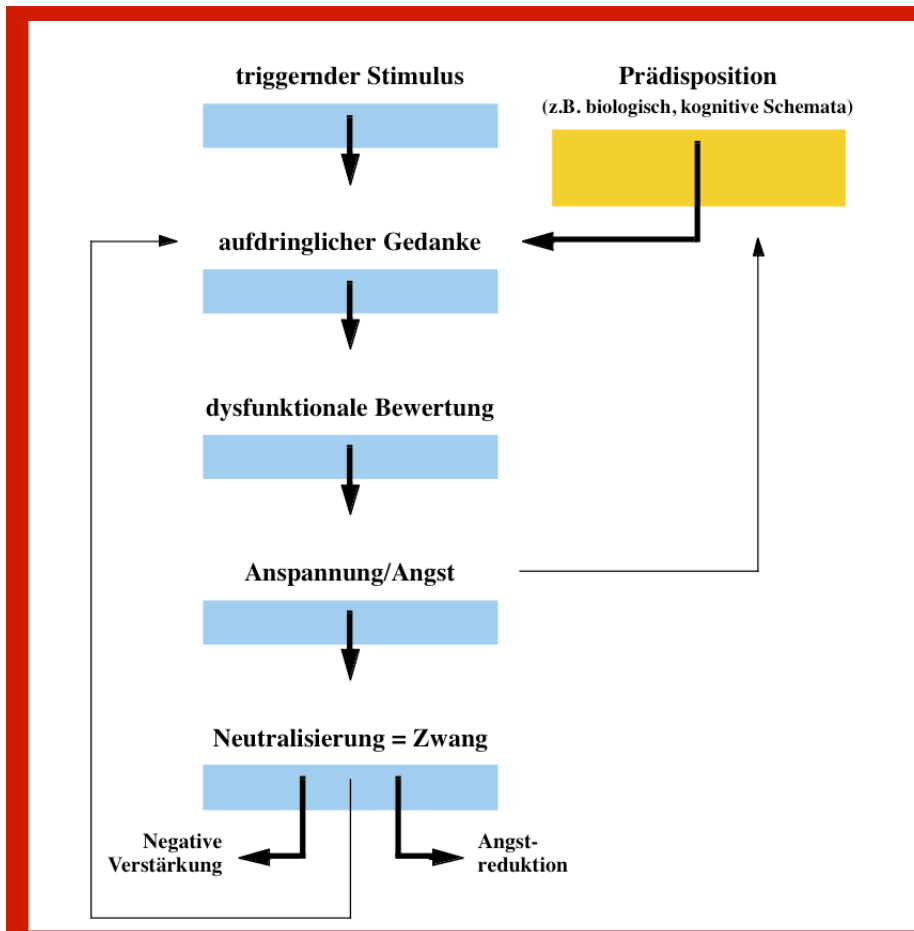
biologisch:

- Genetische Modelle
- Fronto-striatale Hypothese (Baxter et al. 1996)
- Serotonin-Hypothese

lernpsychologisch:

- 2-Faktorentheorie von Mowrer & Miller
- Kognitives Modell von Salkovskis (1989)

Kognitiv-lernpsychologisches Modell der Zwangsstörung (nach Salkovskis 1988)



Dysfunktionale Bewertungen bei Zwangsstörungen

- **Überschätzung von Risiko und Gefährlichkeit**
("die Ansteckungsgefahr außerhalb der Wohnung ist sehr hoch ...")
- **übermäßig große Verantwortlichkeit**
("es liegt ganz bei mir, ob ein Unglück passiert ...")
- **rigide, teilweise übermoralische Regelsysteme**
("es darf nicht sein, über andere etwas Schlechtes oder Böses zu denken ...")
- **Bedeutung und Konsequenzen von Gedanken**
("der Gedanke an eine Handlung macht es sehr wahrscheinlich, dass man sie auch ausführt ...")
- **Perfektionismus**
("ich darf mir keinen Fehler erlauben ...")
- **Zweifel, Unsicherheit und Schwierigkeiten beim Treffen von Entscheidungen**
("man darf sich nur dann entscheiden, wenn alle Vor- und Nachteile vollständig geklärt sind ...")

Metakognitives Modell der Zwangsstörung

... danach tragen typische metakognitive Überzeugungen entscheidend zur Aufrechterhaltung der Störung bei (Wells und Mathews, 1994; Wells, 2000).

- **Thought-Action Fusion** (z.B. „Wenn ich denke, ich könnte jemanden töten, dann ist das ein Beleg dafür, dass ich es auch tun werde ...“)
- **Thought-Event Fusion** (z.B. „Perverse Gedanken machen mich zu einem Perversen ...“)
- **Thought-Object Fusion** (z.B. „Meine negativen Gedanken können sich auf Objekte übertragen ...“).

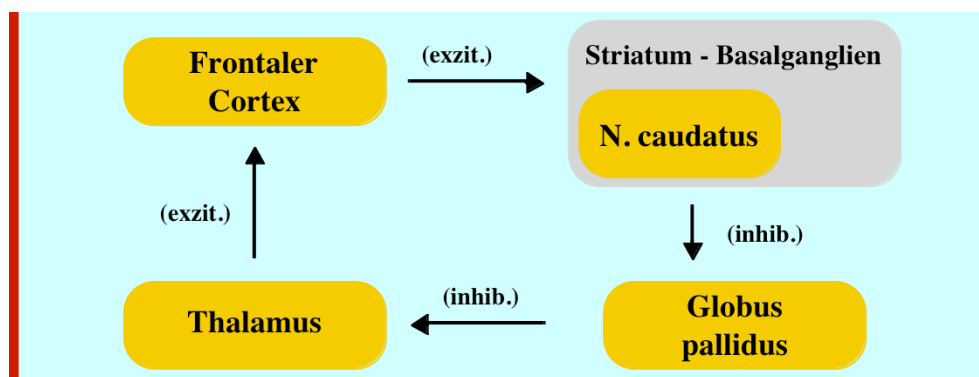
Biologische Basis der Zwangsstörung

Es bestehen auffällige Zusammenhänge zwischen einigen Gehirnerkrankungen und dem Auftreten von Zwangssymptomen

- nach Schädel-Hirn-Traumen
- nach fokalen Hirnläsionen
- bei entzündlich-immunologischen Hirnerkrankungen wie Chorea minor Sydenham
- bei Chorea Huntington
- bei Tics und der Gille-de-la-Tourette-Erkrankung
- bei Epilepsie
- vermehrt Geburtstraumen bei Zwangspatienten

Ätiologie der Zwangsstörung: Fronto-striatale Hypothese

- gestörter Regelkreis im Striatum, dem Globus pallidus, dem Thalamus und dem orbitofrontalen Cortex
- Befunde in PET- und fMRI-Studien:
- erhöhter Glukosestoffwechsel und erhöhte neuronale Aktivität im orbitofrontalen Cortex und N. caudatus
- bei Symptomprovokation wird diese Hyperaktivität weiter gesteigert
- nach erfolgreicher Therapie Normalisierung der neuronalen Aktivität im präfrontalen Cortex



Die Rolle des Serotonin bei der Zwangstörung

Gut belegte Wirksamkeit von Clomipramin (ein nicht-selektiver Serotonin-Wiederaufnahmehemmer) und anderen serotonerg wirkenden Substanzen.

Spezifität: keine oder nur geringe Wirksamkeit von noradrenerg oder auf andere Neurotransmittersysteme wirkende Substanzen.

Hinweise auf neuropsychologische Befunde bei Zwangsstörungen

- *Allgemeine Intelligenz*: sprachliche Intelligenz leicht überdurchschnittlich, Handlungsintelligenz im Normbereich (Gefälle von ~ 6-13 IQ-Punkten).
- *Gedächtnis*: Defizite beim kurzfristigen Erinnern nonverbalen Materials, aber keine Unterschiede bei verbalem Material.
- *Exekutive Funktionen*: stärkere Neigung zu Perseverationen.
- *Inhibitorische Funktionen und prozedurales Lernen*: Hinweise auf leichte Beeinträchtigungen (nach Kathmann, 1999)

Evtl. müssen daher psychotherapeutische Behandlungen durch neuropsychologische Maßnahmen ergänzt werden; das Wissen, dass die Störung z.T. auf einer neurophysiologischen Basis beruht, kann den Patienten auch entlasten (« It's not me, it's my OCD »)

Empfohlene Diagnostik zum neuropsychologischen Screening bei Zwang

(Empfehlungen der AWMF-S3-Leitlinie, 2013)

Intelligenz: Wechsler Intelligenztest für Erwachsene (WIE) => Überblicksartiges Feststellen von Schwächen in kognitiven Teilbereichen

Aufmerksamkeit/Geschwindigkeit: Testbatterie zur Aufmerksamkeitsprüfung (TAP 2.0), Subtest Alertness => Feststellen von motorischer/kognitiver Verlangsamung und Schwächen der Aufmerksamkeitsmodulation

Visuell-figurales Gedächtnis: Rey Complex Figure Test (RCFT) => Feststellen von visuellen Gedächtnisschwächen, evtl. im Zusammenhang mit strategischen Auffälligkeiten beim Enkodieren

Räumliches Arbeitsgedächtnis: Corsi Block Tapping Test => Feststellen von räumlichen Arbeitsgedächtnisschwächen

Kognitive Kontrolle: Farbe-Wort-Interferenztest (FWIT) => Feststellen von Schwächen der kognitiven Inhibition

Flexibles Konzeptlernen: Wisconsin Card Sorting Test (WCST-64) => Feststellen von Perseverationen beim induktiven Lernen aus Rückmeldungen

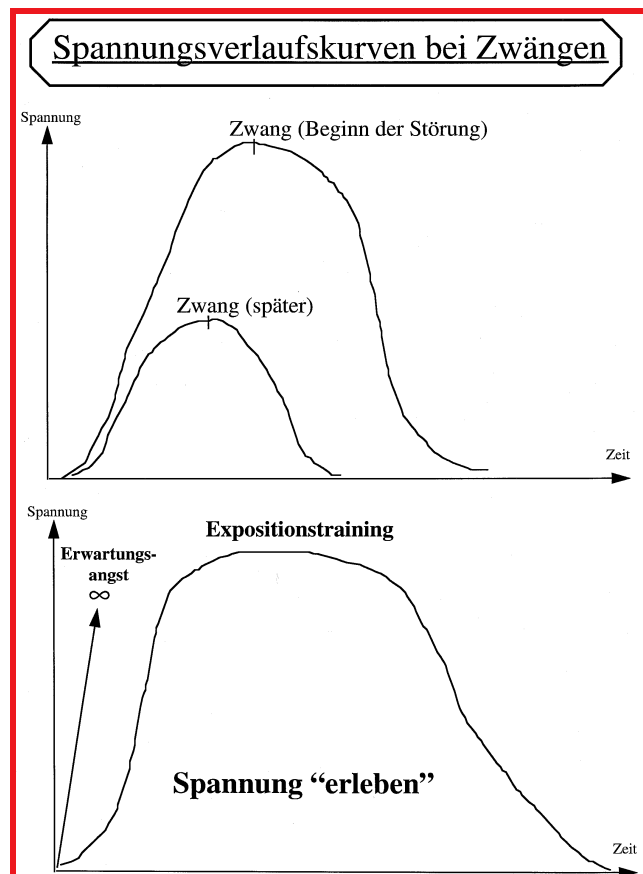
Gibt es Subtypen der Zwangsstörung?

- ⊗ 5 clusteranalytische Subkategorien nach Abramowitz et al. (2003):
 - (1) Aggressive Zwangsgedanken und Kontrollrituale
 - (2) Kontaminationsgedanken und Waschrurale
 - (3) Horten
 - (4) Symmetrie
 - (5) aversive Zwangsgedanken und mentale Rituale
- ⊗ Zwang plus Tic als eigenständiger Typus?
=> spezifische genetische Belastung und schwererer Verlauf (nach Miguel et al., 2005)
- ⊗ Früher Krankheitsbeginn als eigenständiger Typus?
=> v.a. Männer, mehr erbliche Belastung, höhere Ausprägung von Aggressivität/Kontrolle (nach de Mathis et al., 2009; do Rosario-Campos et al., 2005)
- ⊗ Geringe Einsicht als eigenständiger Typus?
=> v.a. Männer; Prädiktor für schwereren Verlauf und schlechtere Therapieergebnisse (nach Eisen & Rasmussen, 1993)

Therapie der Zwangsstörung

Exposition und Reaktionsverhinderung (ERP)

- ◆ **Exposition**
sich den angstausslösenden Situationen stellen
- ◆ **Reaktionsverhinderung (response prevention)**
Verzicht auf offene oder verdeckte Zwangshandlungen oder Zwangs rituale
- ◆ **Wirkmechanismus**
Habituation, Abbau von Anspannung/Angst
aktive Auseinandersetzung mit Emotionen
Erlernen neuer Bewältigungsmöglichkeiten zum Umgang mit der erlebten Anspannung/Angst



Therapie der Zwangsstörung

Kognitive Verhaltenstherapie in Gruppen

Sitzung 1:

- Einführung, Überblick über das Therapieprogramm
- Die Patienten stellen sich mit ihren Zwängen vor
- Hausaufgabe: Erwartungen formulieren

Sitzung 2:

- Informationen über Zwangsstörungen (nach dem Modell von Salkovskis)
- Hausaufgabe: Zwangsprotokolle führen

Sitzung 3:

- Bedingungsanalyse
- Hausaufgabe: Persönliche Bedingungsanalyse

Sitzungen 4-6:

- Analyse von Symptomhierarchien und Vermeidung
- Expositionsvorbereitung

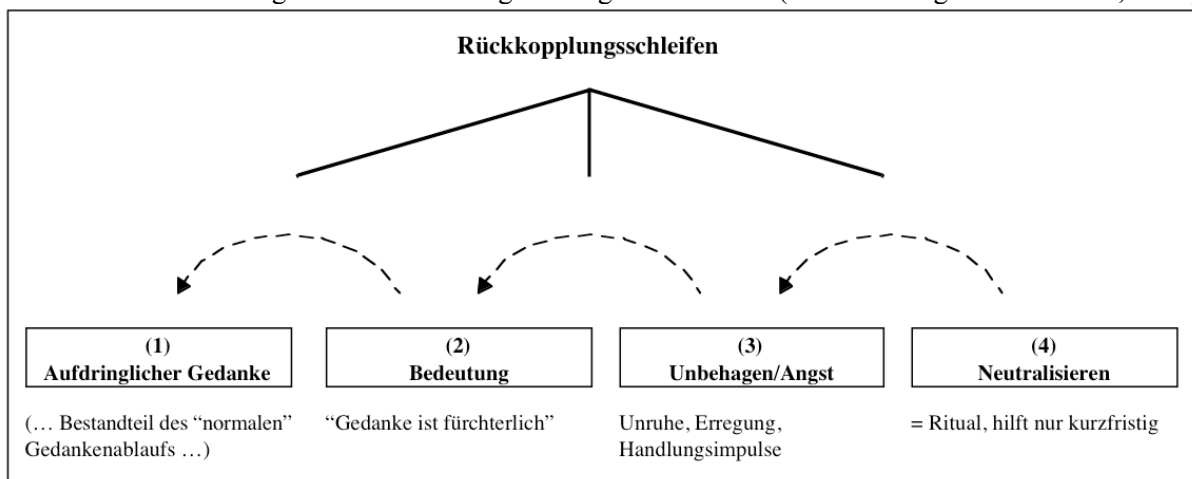
Expositionsphase (Dauer 2-3 Wochen):

Sitzung 7:

- Nachbesprechung des Expositionstrainings
- Ausblick und Rückfallprophylaxe

Expositionsvorbereitung: Vermittlung eines Erklärungsmodells

Vereinfachtes Erklärungsmodell der Zwangsstörung für Patienten (in Anlehnung an Salkovskis, 1989)



Zwangsstörung: Expositions Vorbereitung

◆ EINSTELLUNGEN ZUM ZWANG

⇒ den Zwang als Problem definieren, nicht die Gefahr (z.B. nach Berühren einer Türklinke und Waschimpuls: "Dieser Gedanke kommt mir, weil ich noch eine Zwangsstörung habe, nicht weil ich in großer Gefahr bin")

⇒ schafft Distanz und Reflexionsvermögen; evtl. neurophysiologische Auffälligkeiten erklären, dann kann Pat. seinen Zwang als eine Art "neurophysiologischen Tic" ansehen

◆ VORSTELLUNGEN ÜBER NORMALES VERHALTEN ENTWICKELN

⇒ Normen herausarbeiten, Modelle ansehen

◆ AUSARBEITUNG EINES BEHANDLUNGSPLANS

⇒ kurz-, mittel- und langfristige Ziele setzen

⇒ Reihenfolge abhängig von Vertrauen des Pat., seiner Bereitschaft, den besonderen Lebensumständen

⇒ am besten mit Aufgabe mit mittlerem Schwierigkeitsgrad beginnen (Symptomhierarchie erstellen)

⇒ Problem sollte für die Lebensführung relevant sein, da dann der Erfolg leichter anerkannt werden kann

◆ ZU ERWARTENDES BEI DER EXPOSITION AUSFÜHRLICH VORBESPRECHEN

⇒ dem Patienten muss klar sein: (a) der Sinn der Exposition; (b) warum die Reaktionsverhinderung zentral ist; (c) dass die Angst nicht ins Unendliche geht, sondern mit der Zeit abnimmt (oder gleichbleibt)

⇒ Unterschied zwischen "aushalten" (Zähne zusammenbeißen) und "Spannungen/Ängste erleben" (Gefühle zulassen und intensiv erleben) herausarbeiten

⇒ Alternativverhalten für die Expositionssituation erarbeiten

⇒ Vorstellungsübungen, in denen die Exposition antizipiert wird (z.B. wie Pat. auf das Waschbecken zugeht, sich dann aber wieder abwendet und sich nicht die Hände wäscht, dabei auftretende Gedanken, Ängste)

⇒ keine Rückversicherungen oder Garantien abgeben; Pat. muss mit Unsicherheit leben lernen und Risiken einschätzen

Zwangsstörung: Exposition in vivo

- neue Verhaltensnorm nochmals im Detail durchsprechen
- Grundspannung bestimmen
- Situation durchlaufen, möglichst ganz ohne Rituale/Zwänge
- "Lassen Sie jetzt bitte einmal Ihre Gedanken laut werden" - Ängste/Befürchtungen sollten ausgedrückt werden, die Spannung sollte hochgehen (mind. > 50)
- Pat. soll Spannung erleben, nicht nur "aushalten"
- keine Ablenkung, keine Entspannungsübungen - immer wieder auf Gefühle und Gedanken bzgl. der Zwangsthematik zurückkommen im Gespräch
- auch befürchtete Katastrophe besprechen oder sogar ausmalen, wenn Pat. noch nicht den Spannungshöhepunkt erreicht hat
- nach Überschreiten des Spannungshöhepunkts: Spannung klingt meist von selbst ab, Hilfestellungen jetzt erlaubt (Realitätsprüfung, kognitive Techniken)
- Reduktion um mind. 30 Punkte oder die Hälfte der angegebenen Spannung als Ziel der Exposition

ERP bei Zwangsstörung: Determinanten in der Therapie

Exposition in-vivo oder in-sensu?

- in-vivo gilt als überlegen
- nur bei zu starker kognitiver Vermeidung in-sensu

Graduelle oder massierte Exposition?

- rasche Konfrontation mit schweren bis sehr schweren Situationen gilt als überlegen

Ablenkung oder Aufmerksamkeitsfokussierung während der Exposition?

- Ablenkung = Vermeidung, gilt daher als unterlegen
- Emotionen sollen intensiv und bewusst erlebt werden

Kurz- oder langdauernde Exposition?

- eher lange Konfrontationen, nicht abbrechen vor deutlicher Reduktion der Anspannung/Angst

Exposition alleine oder im Beisein des Therapeuten?

- anfangs schwierige Situationen mit Therapeuten, später zunehmende Eigenverantwortlichkeit

Funktionsanalyse von Zwängen

Werden mit Hilfe des Zwangs Bedürfnisse erfüllt oder Schwierigkeiten bewältigt?

- Frustrationsabbau
- Gewinn von Sicherheit
- Gewinn von Kontrolle
- Perfektionismus
- Umgang mit Angst
- Umgang mit Ärger

Was würden Sie erreichen, wenn Sie Ihre Zwänge perfekt und ohne Beeinträchtigungen des täglichen Lebens ausüben könnten?

Therapiestudie von Foa et al. (2005)

Randomized, placebo-controlled of exposure and ritual prevention, clomipramine, and their combination in the treatment of obsessive-compulsive disorder. American Journal of Psychiatry, 2005, 162, 151-161. [eine qualitativ hochwertige Studie zur Therapie von Zwangsstörungen, genauere Angaben zum Studiendesign, Ein- und Ausschlusskriterien sowie Ergebnissen im genannten Artikel]

Hintergrund: Edna B. Foa

„Edna B. Foa, Ph.D., Professor of Clinical Psychology in Psychiatry at the University of Pennsylvania, Director of the Center for the Treatment and Study of Anxiety, is an internationally renowned authority on the psychopathology and treatment of anxiety. Her research aiming at delineating etiological frameworks and targeted treatment has been highly influential. She has published several books and over 200 articles and book chapters, has lectured extensively around the world. Dr. Foa is the recipient of numerous awards and honors.“

Design: RCT, doppelblind.

Stichproben: ERP: 29 Pat. begonnen, 21 beendet; Clomipramin: 36 Pat. begonnen, 27 beendet; ERP + Clomipramin: 31 Pat. begonnen, 19 beendet; Plazebo: 26 Pat. begonnen, 20 beendet.

Einschlusskriterien: Alter 18-70 J.; Zwangsstörung primäre Diagnose; Y-BOCS-Score \geq 16 Punkte. Ausschlusskriterien: aktuelle MDE mit Hamilton-Score \geq 18 Punkte; vorherrschende suizidale Gedanken; substanzbezogene Störung in den letzten 6 Monaten; gegenwärtige Schizophrenie oder Borderlinestörung; in der Vergangenheit bereits adäquate Behandlung mit ERP oder Clomipramin; bedeutsame EEG-Veränderungen.

Resultate:

1. ERP und [Clomipramin + ERP] besser als die beiden anderen Behandlungen; Clomipramin allein besser als Plazebo; kein signifikanter Unterschied zwischen ERP allein und [ERP + Clomipramin].
2. Prä-Post-Effektstärken d: ERP 2,08; ERP + Clomipramin 2,24; Clomipramin 1,28; Plazebo 0,52.

Cochrane-Reviews zur Therapie von Zwangsstörungen

Gava et al.: Psychological treatments versus treatment as usual for obsessive compulsive disorder (OCD) (2007)

- Vergleich psychologischer Therapien mit TAU (inklusive Standardversorgung, Warteliste, keine Behandlung).
- Auswahl der Studien: alle RCTs bis Oktober 2006.
- Datenbasis: 8 Studien (mit 11 Vergleichen), welche die methodischen Mindestanforderungen erfüllten => davon 7 Studien für die Metanalyse geeignet (mit 10 Vergleichen); N = 241.
- Art der Therapien: alle VT oder KVT.
- Outcome-Maße: Symptomatik, Dropout, sonstige Psychopathologie, Lebensqualität.
- Wichtigste Ergebnisse:
 1. Psychologische Therapien überlegen (SMD = 1,24).
 2. Keine Unterschiede zwischen verschiedenen Formen von VT und KVT.

O’Kearney et al.: Behavioural and cognitive behavioural therapy for obsessive compulsive disorder in children and adolescents (2010)

- Wirksamkeit von VT und KVT und Vergleich mit Medikation alleine oder kombiniert.
- Auswahl der Studien: alle RCTs oder Quasi-RCTs bis August 2008; Patientenalter ≤ 18 Jahre.
- Datenbasis: 8 Studien mit methodischen Mindestanforderungen erfüllten; N = 343.
- Wichtigste Ergebnisse:
 1. VT/KVT besser als Warteliste (WMD = 10,7) oder Pharmakoplacebo (WMD = 5,24).
 2. Keine Unterschiede zwischen VT/KVT alleine und Pharmakotherapie alleine.
 3. Kombination besser als Pharmakotherapie alleine, aber nicht besser als VT/KVT alleine.
 4. Niedrige Dropoutraten bei VT/KVT (ca. 10%).

Soomro et al.: Selective serotonin re-uptake inhibitors (SSRIs) versus placebo for obsessive compulsive disorder (OCD) (2007)

- Vergleich von SSRIs mit Placebo bei Erwachsenen.
- Auswahl der Studien: alle RCTs oder Quasi-RCTs bis November 2007.
- Datenbasis: 17 Studien mit N = 3.097.
- Wichtigste Ergebnisse:
 1. SSRIs war Placebo 6-13 Wochen nach Behandlungsende überlegen (Y-BOCS; WMD = 3,21).
 2. Ebenso höhere Responstraten bei SSRI-Therapie.
 3. Vermehrt Nebenwirkungen unter SSRI (v.a. Übelkeit, Kopfschmerzen und Schlafstörungen).
 4. Dropoutraten bei bei 7 Studien $\leq 20\%$, bei den übrigen Studien $> 20\%$.

Komossa et al.: Second-generation antipsychotics for obsessive compulsive disorder (2010)

- Vergleich von SGAs (= Second-Generation Antipsychotic Drugs) mit Placebo und anderen Psychopharmaka bei Erwachsenen.
- Auswahl der Studien: alle RCTs bis Juli 2010; Medikation mit SGAs entweder als Mono- oder Zusatztherapie (Add-on).
- Datenbasis: 11 Studien mit N = 396; in allen Studien wurden SGAs zusätzlich zur Antidepressiva-behandlung gegeben (meistens SSRIs).
- Wichtigste Ergebnisse:
 1. Nur für Risperidon (z.B. Risperdal) zeigte sich gegenüber Placebo eine bessere Responserate (OR = 0,17) und eine stärkere Besserung von Angst und Depression (MD = 7,60).
 2. Für Olanzapin (z.B. Zyprexa) und Quetiapin (z.B. Seroquel) konnten keine bedeutsamen Vorteile belegt werden.
 3. Die Dropoutraten lagen bei etwa 13%.

Zusammenfassung: Therapie der Zwangsstörung

- KVT/ERP gilt als Therapie der ersten Wahl: Viele kontrollierte Studien über 3 Jahrzehnte; Response bei ~ 50-60% der behandelten Patienten, Remission bei ~ 20-25% (Fisher & Wells, 2005).
- Katamnesen: bei 70-80% Behandlungserfolge über 3 Monate bis 6 Jahre stabil
- Verweigerung oder Abbruch: ~ 12-15%
- Keine Wirksamkeitsevidenz aus randomisiert-kontrollierten Studien liegen für psychoanalytisch begründete Verfahren oder andere Psychotherapieverfahren vor
- Prädiktoren: Waschzwänge bessern sich mehr als Kontrollzwänge; schlechte prämorbid Anpassung (-), episodischer Verlauf (+), hohe Depressivität (-), hohe Ängstlichkeit (+), ausschließlich Zwangsgedanken (-)

Spezielle Empfehlungen der AWMF-Leitlinie

#1: Expositionen sind in Begleitung eines Therapeuten wirksamer als ohne Therapeutenbegleitung. Anschließend sollte eine Überführung in das Selbstmanagement des Patienten erfolgen.

#2: Expositionen sollten von Therapeuten im häuslichen Umfeld oder in zwangsauslösenden Situationen (außerhalb der Praxis/Klinik) durchgeführt werden, falls die Zwangssymptome im Praxis- bzw. Kliniksetting nicht reproduzierbar sind.

Medikamentöse Therapie der Zwangsstörung

- Pharmakoselektivität: Wirksamkeit von Clomipramin (ein SRI) oder diversen SSRIs (z.B. Fluvoxamin, Fevarin, Fluoxetin, Paroxetin) in vielen Studien bestätigt, jedoch keine oder nur geringe Wirksamkeit klassischer Antidepressiva
- Effekte sind dosisabhängig und treten verzögert erst nach mehreren Wochen ein.
- Responserate: 60-80% aller Zwangspatienten sprechen an, aber die Symptomatik bessert sich meist nur um max. 50%.
- Rückfallrate nach Absetzen der Medikamente bis zu 80%

Monotherapie mit Medikamenten nur indiziert, wenn

1. KVT/ERP abgelehnt wird oder wegen der Störungsschwere nicht durchgeführt werden kann,
2. KVT/ERP wegen langer Wartezeiten oder mangelnder Ressourcen nicht zur Verfügung steht,
3. die Aussicht besteht, dass mittelfristig die Therapiebereitschaft für Psychotherapie erhöht werden kann.

Sollte man Pharmako- und Psychotherapie kombinieren?

Klare Evidenz: Kombination > Pharmakotherapie alleine (deutlich überlegen)

Schwache Evidenz: Kombination > Psychotherapie alleine (leichtgradig überlegen)

Empfehlungen der AWMF-Leitlinie: Etwaige ergänzende Pharmakotherapie mit einem SSRI oder Clomipramin

1. falls das Ziel eines schnelleren Wirkungseintritts angestrebt wird,
2. falls Komorbidität mit einer mindestens mittelgradigen depressiven Episode besteht.

Empfohlene Literatur zur Zwangsstörung

- Abramowitz JS (2006). Obsessive-compulsive disorder. Göttingen, Hogrefe & Huber.
- Förstner U, Voderholzer U, Külz A-K (2011). Störungsspezifische Behandlung der Zwangsstörungen. Stuttgart, Kohlhammer.
- Goodman WK, Rudorfer MV, Maser JD (2000). Obsessive-compulsive disorder. Contemporary issues in treatment. Mahwah, Erlbaum.
- Lakatos A, Reinecker H (2015): Kognitive Verhaltenstherapie bei Zwangsstörungen (4. Aufl.). Göttingen, Hogrefe.
- Reinecker H (2009). Zwangshandlungen und Zwangsgedanken. Göttingen, Hogrefe.
- Swinson RP, Antony MM, Rachman S, Richter MA (Eds) (1998). Obsessive-compulsive disorder. New York, Guilford.
- Wewetzer G, Wewetzer C (2011). Zwangsstörungen bei Kindern und Jugendlichen – Ein Therapiemanual. Göttingen, Hogrefe.

[Stand: SS 2015]
