

# Die Zwangsstörung

# Gliederung

- Einleitung: Patientenbericht
- Geschichte
- Definition und Klassifikation
- Prävalenz
- Ätiologie
- Diagnose und Differentialdiagnostik
- Therapie
- Verlauf und Prognose

# Geschichte der Zwangsstörung

- Vorwissenschaftliche Zeit: Zwangserkrankungen als Satans Werk
- Katholische Beichtväter als erste Personen, die sich beruflich mit den Symptomen Zwangskranker befassen mussten
- Zwangsstörung = Störung des religiösen Erlebens (übergroße Gewissenhaftigkeit und Selbstzweifel)
- Geistliche Übungen (Ignatius von Loyola):
  - *„Man sündigt, wenn der Gedanke schwer zu sündigen kommt, und der Mensch ihm Gehör schenkt, indem er ein wenig dabei verweilt oder einiges sinnliche Wohlgefallen hinnimmt, oder wenn einige Nachlässigkeit beim Verwerfen eines solchen Gedankens vorhanden ist.“*
- z.B.: Gläubige, denen die Absolution gleich 20-mal hintereinander erteilt werden musste, weil sich das Gefühl der Reinheit im Anschluss daran erst gar nicht einstellen wollte

# Geschichte der Zwangsstörung

- Erste klinische Falldarstellung durch den Franzosen Esquirol 1839: Überzeugung der Unsinnigkeit ihrer Vorstellungen
- Morel: der kranke versucht vergeblich mit seiner Vernunft gegen eine gesteigerte gemüthhafte Erregbarkeit und Ängstlichkeit anzukämpfen
- Pierre Janet (1903):
  - Unterschied „idées obsédantes“ (Zwangsgedanken) und die „agitations forcées“ (Zwangshandlungen)
  - Er bezeichnet ein Verhalten dann als zwanghaft, wenn es auf Grund von Zwangsgedanken erfolgt und ein Versuch darstellt, Gefahr anzuwenden
- Kontroverse:
  - „primäre Denkstörung“ (Westphal, Bumke, Cramer): „Schwäche des Assoziierens“ ; ihrem Inhalt nach völlig abstrus oder fremdartig
  - „primäre Affektstörung“ (Aschaffenburg, Bleuer, Schneider): die immer wieder auftretende Angst

# Definition: Zwangsstörung

- „Die Zwangsstörung ist gekennzeichnet durch sich wiederholende unangenehme Gedanken, Impulse oder Handlungen, die wenigstens zwei Wochen lang an den meisten Tagen bestehen müssen, als zur eigenen Person gehörig erlebt werden und gegen die zumindest partiell Widerstand geleistet wird ( häufig erfolglos), da der Betroffene sie als sinnlos empfindet. Die ständige stereotype Wiederholung erscheint den Betroffenen sich nicht angenehm, meist besteht Angst, Leidensdruck und eine deutliche Beeinträchtigung der allgemeinen Aktivität“
- *(Leitlinien der DGKJP)*

# Klassifikation: F42 (ICD-10)

## Zwangsgedanken und/oder Zwangsbehandlungen...

- Dauer: bestehen mindestens zwei Wochen lang.
- (≠ DSM-IV: täglicher Aufwand mind. eine Stunde)
- werden als eigene Gedanken/Handlungen angesehen und nicht als von anderen Personen oder Einflüssen eingegeben
- Wiederholen sich dauernd
- Werden als unangenehm empfunden
- Werden meist als übertrieben oder unsinnig erkannt
- (≠ DSM-IV: Kinder und Jugendliche erkennen oftmals nicht den krankhaften Charakter bzw. sind nicht ganz überzeugt, dass die bestehende Befürchtungen unrealistisch sind)

# Klassifikation: F42 (ICD-10)

## Zwangsgedanken und/oder Zwangsbehandlungen...

- Die Betroffenen versuchen, Widerstand dagegen zu leisten (#DSM-IV: Widerstand gegen die Symptomatik (wie ignorieren, unterdrücken, neutralisieren) wird nicht ausdrücklich verlangt; da der Zwang bei chronischen Verläufen oftmals einer Resignation gewichen ist)
- Ihre Ausführung ist unangenehm
- Symptome führen zu erheblichen psychosozialen Beeinträchtigungen
- Häufigste Ausschlusskriterien:
- Schizophrenie, affektive Störungen
- Für Kinder und Jugendliche gelten dieselben Diagnosekriterien wie für Erwachsene.

# Prävalenz

- Wird heute höher eingeschätzt als vor 20 Jahren
- In nichtklinischer Stichprobe Prävalenz von 0,25 bis 3,6% (Heyman et al., 2003; Valleni-Basile et al.; 1994)
- Höhere Prävalenz in klinischen Inanspruchnahmepopulationen: 1,2 – 1,33%
- Prävalenz bei älteren Jugendlichen 2,1 – 2,5% (Reinherz et al., 1993; Douglas et al., 1995)
- Prävalenzen steigen stark mit zunehmendem Alter



# Prävalenz

- Eher geringe Unterschiede zwischen Lebenszeit- und Punktprävalenz (Hinweis auf hohe Persistenz)
- Geschlechtsverhältnis Jungen zu Mädchen im Kindesalter 2 zu 1:
  - *erkranken Jungen früher und schwerer ... oder weisen Jungen eine höhere Komorbidität mit HKS und Tic-Störungen auf?*
- Im Jugendalter dagegen Gleichverteilung über die Geschlechter
- Prävalenz der Erkrankung ist unabhängig vom Kulturkreis in etwa gleich hoch (Weissmann et al., 1994)

# Prävalenz

- Kinder und Jugendliche verheimlichen oftmals aus Scham ihre Zwangssymptome
- Zwangsstörungen werden gerade bei Kindern und Jugendlichen häufig nicht erkannt und auch nicht behandelt
- Ein Drittel bis die Hälfte aller Patienten mit Zwangsstörungen erkrankt im Kindes- und Jugendalter
- Durchschnittsalter bei Erkrankungsbeginn im Kindesalter liegt zwischen zehn und 13 Jahren

# DD: Rituale

- Bei jüngeren Kindern (2.-4- Lj.) sind kindliche Rituale und feste Routinen häufig zu beobachten (Zubettgehen, Essen, Waschen, Begrüßen, Verabschieden, ritualisierte Spiele)
- Vorübergehendes und hilfreiches Entwicklungsphänomen: Trennungängste können bewältigt, Verunsicherungen abgewehrt werden.
- Rituale sind mit acht Jahren zumeist abgeklungen, Zwangsstörungen nehmen ab diesem Alter zu
- **(Kein Kontinuum)**

# DD: Rituale

- Rituale werden ich-synton und positiv, Zwangsrituale i.A. als ich-dyston, belastend und quälend erlebt.
- **Kriterium für „Störungen“** (vs. entwicklungsbedingtes Phänomen):
  - Zeitaufwand
  - Schweregrad und
  - verursachte Beeinträchtigung der Lebensqualität
    - im Leistungsbereich,
    - sozialer Rückzug, Isolation,
    - konfliktbelastetes Familienleben,
    - geringe Frustrationstoleranz

# Symptomatik: Zwangsgedanken

- ... sind Ideen, bildhafte Vorstellungen oder Handlungsimpulse, die sich die Erkrankten gegen ihren Willen aufdrängen, als unsinnig und unangenehm erlebt werden und Angst auslösen.
- Werden als eigene Gedanken erlebt
- (≠ Psychose: von außen kommend, eingegeben)

# Symptomatik: Zwangshandlungen

- ... sind häufig wiederholte, ritualisierte, stereotype oder nach subjektiven Regeln ausgeführte Handlungen, deren Nichtausführung trotz willentlicher Kontrolle nur schwer möglich ist.
- Sie stehen meist mit Zwangsgedanken in Verbindung und haben eine angst-neutralisierende Funktion
- Kann eine Zwangshandlung nicht verwirklicht werden, führt dies zu einem Anstieg von Anspannung, Angst, aber auch von Aggression und Wut

# Symptomatik: Zwangshandlungen

- Am häufigsten:
- Wasch- und Reinigungsrituale, exzessives Kontrollieren, Ordnungs- und Sortierrituale
- Auch: Wiederholen bestimmter Bewegungen, Sammeln- Berührungs- und Zählzwänge
- Gemeinsames Auftreten von Zwangshandlungen und Zwangsgedanken ist sehr hoch (55 – 90%).
- *Funktionale Betrachtung:*
- Zwangsgedanken sind meist angstauflösend, Zwangshandlungen eher angstmindernd.

# Symptomatik: z.B.: Wasch- & Putzwänge

- Charakteristisch ist ein extrem ausgeprägtes Angst- oder Ekelgefühl vor Schmutz, Bakterien, Viren, Körpersekreten, Ausscheidungen oder Chemikalien.
- Typischerweise befürchten Betroffenen, durch den Kontakt mit derartigen Stoffen – wobei direkt physischer Kontakt nicht einmal nötig ist – krank zu werden, zu sterben oder andere anzustecken.
- Lediglich die Nähe eines fraglichen und „unsauberen“ Gegenstandes oder einer Person kann die Notwendigkeit von Zwangshandlungen, meist in Form von Reinigungsritualen, herbeiführen.



# Symptomatik z.B.: Wiederholungszwänge

- Den Wiederholungszwängen gehen häufig Zwangsgedanken in Form von schlimmen Befürchtungen voraus.
- Der Wiederholungszwang besteht in der Folge darin, bestimmte Handlungen auszuführen, um somit das zuvor Gedachte zu verhindern. In diesem Zusammenhang spielt magisches Denken eine wichtige Rolle.
- Beispiel:
- Ein jugendlicher Patient hat den Zwangsgedanken, dass seinem Vater beim Autofahren ein Unfall passieren könne. Er versucht, das Eintreten dieses Ereignisses zu verhindern, indem er sich so oft an- und wieder auskleidet, bis sich bei ihm das Gefühl eingestellt hat, dass nichts passiert und mit seinem Vater alles in Ordnung ist.

# Komorbidität

- Bei 68 – 100% zwangskranker Kinder und Jugendlichen wird eine psychische Störung diagnostiziert:
- Angststörungen: 25 – 60%
- (Im DSM-IV werden die Zwangsstörungen unter die Angststörungen subsumiert)
- Depressive Symptome: ca. 30%
- → gemeinsame Ätiologie mit Zwangsstörung oder Reaktion auf die Schwere der Zwangsstörung?
- Aber: geringe Suizidalität
- Tic-Störungen: 25 – 30%
- → ätiologische Zusammenhänge und/oder Schwierigkeit in der Differentialdiagnose?

# Ätiologie: Genetische Disposition

- Zwillings- und Familienstudien ergeben zwei heterogene Subtypen der Zwangsstörung:
  - ca. 50% aller Betroffenen weisen eine familiäre Belastung auf
  - ca. 50% ohne Verwandte mit Zwangsstörung
- z.B.: Konkordanzrate MZ Zwillinge 53 – 87%, DZ 22 – 47%
- Beitrag genetischer Faktoren von ca. 55% und individueller Umwelterfahrungen von ca. 45%
- Molekulargenetik:
  - Beteiligung des serotonnergen und dopaminergen Systems
  - z.B.: Assoziation Zwangsstörung mit A-Allel im 5-HT2A-Rezeptor-Gen (Enoch et al., 1998) bzw. mit Varianten der DA-Rezeptoren

# Ätiologie und Pathogenese: Strukturelle und funktionelle Bildgebung

- Gestörte Informationsverarbeitung in kortiko-striato-thalamo-kortikalen Kreisläufen
- Morphologische Magnetresonanztomographie (MRT) zeigt Veränderungen:
  - Vergrößerung des anterioren Gyrus cinguli (präfrontalen Kortex)
  - Verminderte Größe des Nucleus caudatus und Putamen (Striatum)
  - Vergrößerung von Corpus callosum und Thalamus (nach 12 Wochen Paroxetin-Medikation bildet sich die Thalamus-Vergrößerung zurück; Gilbert et al., 2000)
  - Hypophyse (vermindertes Volumen)

# Ätiologie und Pathogenese: Strukturelle und funktionelle Bildgebung

- Gesteigerte Aktivität im orbito-frontalen Kortex („Hyperfrontalität“)
  - Nachweis mittels Positronenmissionstomographie, Single-, Photon-, Emissions-, Computertomographie, funktionelle Magnetresonanztomografie und Diffusions-MRT
- Abnorme Aktivität im
  - anterioren Gyrius cinguli (Szesko et al., 2005),
  - Nucleus caudatus (Baxter, 1992),
  - Putamen und Thalamus (Fitzgerald et al., 1999; Rosenberg, 1997)
- Eine Verminderung der gesteigerten Aktivität nach Behandlung konnte mithilfe neuroradiologischer Verfahren für die VT und SSRI nachgewiesen werden
- (Schwartz, 1998, 1996; Swedo, 1992; Diler et al., 2004)

# Ätiologie: Neuroimmunologie

## PANDAS

**P**ediatric **A**utoimmune **N**europsychiatric **D**isorders

**A**ssociated with **S**treptococcal **I**nfections

- Subgruppe mit engem zeitlichen Zusammenhang mit Streptokokken-Infektion (z.B.: Pharyngitis, Scharlach) bzw. positiver Antistreptolysiniter (beta-hämolyisierende Streptokokken der Gruppe A)
- Kreuzreaktion entsprechender Antikörper gegen Basalganglien
- Wirksamkeit einer antibiotischen Prophylaxe von Streptokokken-Infektionen (Snider et al., 2005)
- Plötzlicher und sehr ausgeprägter Beginn und/ oder episodischer Verlauf

# Ätiologie und Pathogenese: klass.

## VT

### Zweifaktoretheorie (Mowrer, 1960):

- 1) Entsteht durch klassische Konditionierung: eine negativ getönte emotionale Teaktion (UCR) wird durch Koppelung mit einem CS (z.B. Schmutz) zur konditionierten Reaktion (CR) und wird
- 2) durch operante Konditionierung (insb. c-) aufrecht erhalten: Reduzieren die Intensität der negativen CR bzw. verhindern deren antizipiertes Auftreten: Angstreduktion durch passives Vermeiden der auslösenden S (keine Türklinke mehr anfassen) oder auch aktives Vermeiden (Zwangsritual, z.B. Hände waschen)

3) -----

- Grundlage für effektive Therapiemethoden (Exposition und Reaktionsverhinderung)
- aber: eine spezifische auslösende Situation lässt sich nur bei etwa der Hälfte der Patienten finden; unhaltbare Dichotomie klass. vs. operant

# Ätiologie und Pathogenese: kognit. VT

- **Kognitives Ätiologiemodell** (Salkovskis, 1998, 1999): Ursächlich sind dysfunktionale Bewertungen und Fehlinterpretationen von aufdringlichen Gedanken

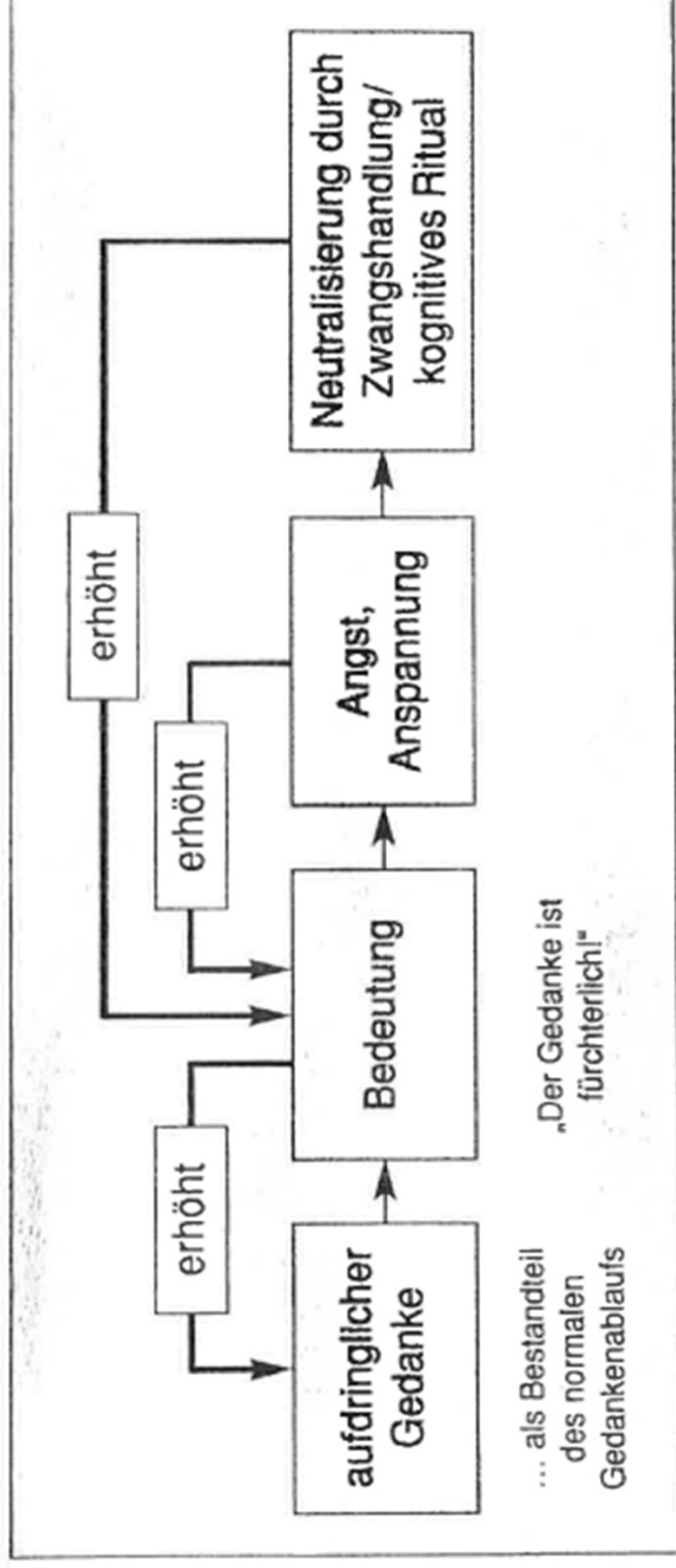


Abbildung 2: Kognitives Modell zur Entwicklung von Zwangsstörungen nach Salkovskis



# Diagnostik

- Diagnosestellung gemäß den aktuellen Leitlinien der DGKJP
- <http://www.awmf.org/leitlinien/aktuelle-leitlinien/II-liste/deutsche-gesellschaft-fuer-kinder-und-jugendpsychiatrie-psychotherapie.html>
- Exploration von Eltern und Patient bzgl. der aktuellen Zwangssymptomatik und der Persönlichkeits- und Verhaltensauffälligkeiten in der Vorgeschichte
- Psychopathologischer Befund
- Störungsrelevante Rahmenbedingungen, z.B. Angst, Tic
- Ggf. EEG (zA Anfallsleiden); MRT (zA zerebraler Beeinträchtigungen)
- Testpsychologische Untersuchung, z.B. HZI-K und Y-BOCS

# Differentialdiagnose:

- Abgrenzung der Zwangsstörung von zwanghaften Verhaltensweisen ohne eigentlichen Krankheitswert
- („*Obsessive Compulsive Symptoms*“ *OCS*)
- Grenzziehung zwischen Zwangssymptomen von Krankheitswert und Symptomen subklinischer Ausprägung ist schwierig
- In einer Studie gaben nur 16% von 867 Jugendlichen keines von acht abgefragten Zwangssymptomen an
- (*Apter et al., 1996*)

# Psychotherapie

- Psychoedukation
- Familienorientierte Interventionen
- Störung- vs. Problemperspektive
- Therapeutische Allianz
- Externalisierung
- Klassische Verhaltenstherapie
- Kognitive Verhaltenstherapie

# Psychoedukation

- Aufklärung von Patient und Eltern über die Störung, mögliche Ursachen und Therapieansätze
- z.B.:
- Zwangsstörung ist keine „dumme Angewohnheit“, keine „vorübergehende Entwicklungsphase“ und kein „Erziehungsfehler“
- „Störungskonzept“
- welche Faktoren haben zum Entstehen und zur Aufrechterhaltung der Zwangsstörung beigetragen
- „Interventionskonzept“:
- welche therapeutischen Maßnahmen leiten sich daraus ab



# Familienorientierte Interventionen

- Zwangsstörungen haben einen unmittelbaren interpersonellen Bezug
- Dieser Bezug ist umso zentraler, je jünger die Patienten sind
- 89% der Familien passen sich an das Symptom an, dies führt zu Familienstress und zurückweisender Haltung gegenüber dem Patienten (*Calvocoressi, 1999*)
- 85% der Eltern beschreiben, in die Zwangssymptomatik ihres Kindes eingebunden zu sein, z.B.:
  - Rücksicht nehmen und warten, bis die Rituale beendet sind
  - Beteiligung an der Durchführung des Rituals, um es zu verkürzen
  - Einbezug der Eltern als Teil des Zwanges etwa als stundenlange Zu-Bett-Geh-Rituale
- Dies trägt ungewollt zur Aufrechterhaltung des Zwanges bei

# Familienorientierte Interventionen

- Sind Familienmitglieder davon überzeugt, dass der Patient sein Verhalten eigentlich kontrollieren könnte, führt dies zu mehr Kritik, Feindseligkeit, emotionalem Überinvolviertsein
- Von Geschwistern sind oftmals Hänseleien, Sabotage oder Rituale und Erniedrigungen zu beobachten
- (*Waters & Barrett, 2000*)
- Günstig erscheint eine ausbalancierte Haltung, die den Patienten nicht völlig als „Herr“ seiner Symptome, aber auch nicht als völlig „behindert“ oder diesen „ausgeliefert“ ansieht.

# Familienorientierte Interventionen

- Ziel: Teilnahme am Zwangsritual aufgeben und das Kind für die Durchführung von Exposition und Reaktionsverhinderung positiv verstärken
- Auflösung der familiären Einbindung der Zwänge verbessert die Prognose für den Patienten
- *(Stekatee, 1993)*
- Familienorientierte Interventionen sind zentral, wenn die Patienten selbst nicht zur Expositionsbehandlung zu motivieren sind



# Störungsperspektive vs. Problemperspektive

- **Störungsspezifische Behandlung der Symptomatik:**
  - bei Zwangsstörung eine Voraussetzung für die Erreichung des Therapieerfolges, denn: die Zwangssymptomatik entwickelt eine sehr starke Eigendynamik
- **Problemorientierte Veränderung der Emotionsregulation**
  - Wenn die Zwangssymptome dazu dienen, von Erinnerungen an traumatische Erfahrungen oder Konflikten abzulenken (Schutz vor dem Erleben starker negativer Gefühle),
  - Wenn damit das Auseinanderbrechen des familiären Systems verhindert werden soll
  - Bei primärer, zeitlich vorausgehender und noch schwerer zu ertragender Depression
  - („die contradepressive Funktion des Zwanges“; I. Hand)
  - Zur Kompensation von Entwicklungsdefiziten (niedriges Selbstwertgefühl, mangelnde soziale Kompetenz)
  - Zur Beziehungsregulation zu nahen Bezugspersonen: Vermeidung einer gefühlsbetonten, spontanen und engen Beziehung zu anderen

# Therapeutische Allianz

- Intensive Motivierungsphase
- Vorteile und Nachteile des Aufgebens der Zwangsstörung
- Informationen erfragen über Hinweise auf erhaltene Selbstkontrolle der Symptomatik, Ressourcen
- Aufgreifen der Ambivalenz des Patienten gegenüber jeglichem Interventionsversuch
- Eingrenzung der ständigen Tendenz zur schamhaften Verheimlichung problematischer Kognitionen und Zwangshandlungen
- Die „Welt“ des Zwangskranken kennen:
  - Die Welt, in der Zwangskranke leben, hat jede Harmlosigkeit verloren
  - Permanente Alarmbereitschaft
  - Zwänge breiten sich aus, Gegenmaßnahmen werden aufwendiger
  - Qualitative (!) Unterschiede im Erleben von Gesunden und Zwangskranken

# Exposition mit Reaktionsverhinderung

- In der Therapie sollen die Patienten sich den angstauslösenden Gedanken und Situationen aussetzen (Exposition) ...
- ... ohne die Zwangshandlungen auszuführen (Reaktions- bzw. Ritualverhinderung)
- Während der Exposition steigt die Angst zunächst. Angstreduzierende Maßnahmen, wie Ablenkung oder Entspannung sind kontraindiziert, die Patienten sollen die Erfahrung machen, dass die Angst von selbst nachlässt (Habituation)
- Erste Expositionsübungen in Gegenwart des Therapeuten

# Gedanken-Exposition bei Zwangsgedanken

- Auf eine Tonband-Kassette mit Endlosschleife möglichst authentisch aufsprechen
- z.B. „ich könnte mein Kind verletzen, ich könnte es mit dem Küchenmesser erstechen, so dass es verblutet“ oder „meine Mutter soll verrecken“
- keine neutralisierenden Gedanken auf Band zur Beruhigung
- Gedanken mindestens 1 h / d anhören
- Beenden der Exposition erst bei einer deutlichen Habituation

# Kognitive Verhaltenstherapie

*Ursächlich sind dysfunktionale Bewertungen und Fehlinterpretationen von aufdringlichen Gedanken*

- Diese Gedanken werden nicht – wie bei Gesunden – als bedeutungslos abgetan, sondern durch typische „Denkfehler“ verstärkt
- Teufelskreis aus aufdringlichen Gedanken, Widerstandsversuchen und Neutralisierungen
- Neutralisieren durch Zwangsrituale (→ verhindern die Realitätstestung und schafft kurzfristige Entlastung)

# Distanzierung: Zwangsgedanken identifizieren

- „Menschen werden nicht durch die Dinge an sich beunruhigt, sondern durch die Ansichten, die sie von den Dingen haben“  
(*Epiktet*)
- „Der Gedanke, der eben aufgetaucht ist, ist ein Zwangsgedanke. Er ist lediglich ein Anzeichen dafür, dass ich noch an einer Zwangsstörung leide. Er ist kein Indiz dafür, dass ich selbst in irgendeiner Form gefährdet bin oder andere gefährden könnte. Es gibt also nichts, was ich dagegen unternehmen müsste.“ (*N. Hoffmann*)
- „Jeder Mensch hat manchmal unsinnige Gedanken. Solche Gedanken haben keinerlei Bedeutung. Deshalb brauche ich mir ihretwegen auch keinerlei Vorwürfe zu machen. Ich lasse sie einfach ganz normal vorüberziehen, so wie das andere Leute tun, die keine Zwangsstörungen haben“ (*Ambühl, 2007*)

# Distanzierung: Zwangsgedanken identifizieren

- „Vergleichen sie doch einmal ihre Zwangsgedanken mit einem Lastwagen, die auf einer stark befahrenen Straße vorüberfahren, und schauen Sie sich an, wie Sie sich bisher verhalten haben, wenn ein solcher Lastwagen auftauchte. Sie sind nämlich auf die Straße gesprungen, haben versucht den Lastwagen zu stoppen und sind dabei von ihm überrollt worden. Ich möchte ihnen nun einen anderen Umgang mit diesem Zwangsgedanken in Form von Lastwagen vermitteln und schlage ihnen vor: Nehmen sie sich einen Campingstuhl, setzen Sie sich mit Schreibblock und Bleistift an den Straßenrand und führen Sie nun eine Verkehrszählung durch. Sobald ein Lastwagen vorüberfährt, registrieren Sie diesen, halten ihn auf der Strichliste fest und lassen ihn vorbeiziehen. Am Abend zählen Sie zusammen, wie viele Lastwagen heute diese Strecke passiert haben.“

*(Ambühl, 2007, S. 131-132)*

# Kognitive Verhaltenstherapie: Denkfehler

- Gedanken sind ähnlich zu bewerten wie oder gar gleichzusetzen mit den Handlungen selbst:
  - „Gedanken-Handlungs-Konfusion“ / „*thought-action-fusion*“
  - „*etwas schlimmes zu denken ist genau so verwerflich oder gar dasselbe wie es zu tun*“
- Gedankenunterdrückung (aufdringliche Gedanken aus dem Bw verbannen können)
  - „denke jetzt einmal nicht an rosa Elefanten!“
  - cave: „Rebound“



# Kognitive Verhaltenstherapie: Denkfehler

- Überhöhtes Verantwortlichkeitserleben:
  - „etwas nicht zu verhindern ist genauso verwerflich, wie es selbst zu tun“
  - „einen aufdringlichen Gedanken nicht zu neutralisieren bedeutet genau dasselbe, wie ihn effektiv zu verursachen bzw. zu wünschen“
  - „Man sollte (und kann) die eigenen Gedanken kontrollieren“
  - „Nicht perfekt zu sein ist dasselbe, wie zu versagen“
- Überschätzen der eigenen Verantwortung für einen antizipierten Schaden/ Katastrophe

# Medikamentöse Therapie

- Beteiligung des serotoninergeren Transmittersystems  
→ Applikation von SSRI, welche die Serotonin-  
Wiederaufnahme hemmen
- Adaptive Veränderungen (benötigen 4 Wochen!):  
längerfristige SSRI-Behandlung →  
Desensibilisierung der präsynaptischen  
Autorezeptoren insb. In den Basalganglien und  
orbito-frontalen Kortex (Adams et al., 2005) →  
erhöhte Ausscheidung von Serotonin → verstärkt den  
Effekt der postsynaptischen Serotoninrezeptoren  
(Zohar et al., 2004)

# Medikamentöse Therapie: Clomipramin

- Trizyklisches Antidepressivum, dessen Wirksamkeit bei Kindern und Jugendlichen in drei kontrollierten Studien nachgewiesen werden konnte
- Frühere Überlegenheit gegenüber SSRI findet sich in einer rezenten Metaanalyse nicht mehr  
(Abramowitz *et al.*, 2005)

# Medikamentöse Therapie: SSRI

- In Deutschland ist Fluvoxamin ab dem achten Lj. Für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit einer Zwangsstörung zugelassen

# Medikamentöse Therapie: SSRI

- Bessere Verträglichkeit als Clomipramin
- → Empfehlung einer primären Behandlung mit SSRI
- cave: suizidales Verhalten

# Vergleich Psychotherapie- Medikation

- In einer aktuellen Metaanalyse wurden für die Kognitive Verhaltenstherapie größere Effektstärken und höhere Raten klinisch signifikanter Verbesserungen als für die medikamentöse Behandlung mit SSRI ermittelt (1,98 vs.1,13) (*Abramowitz et al., 2005*)
- In einer Metaanalyse hohe Effektivität von CBT (ES=1,55) (*Freeman et al., 2007*)
- Die Kombinationsbehandlung (CBT und Sertralin) ist einer Behandlung mit alleiniger CPT nicht bedeutsam überlegen (*Pediatric OCD Treatment Study [POTS], 2004*)
- Bei klinisch schweren Fällen: Kombination, sonst CPT alleine

# Vergleich Psychotherapie- Medikation

- Vergleichbares Ergebnis bei Erwachsenen beim Vergleich einer Behandlung mit Exposition/ Reaktionsverhinderung, Clomipramin und ihrer Kombination im Vergleich zu Placebo (*Foa et al., 2005*)
- Durch Verhaltenstherapie werden höhere Symptomreduktionen erzielt als unter Pharmakotherapie mit Clomipramin (*De Haan et al., 1998*)
- Nur gepooltes ES von 0,46 für Paroxetin, Fluoxetin, Fluvoxamin, Sertralin und Clomipramin (*Geller et al., 2003*)
- Insgesamt: Überlegenheit von VT

# Verlauf

- Der Heilungsverlauf der juvenilen Zwangsstörung ist im Langzeitverlauf insgesamt als ungünstig zu bewerten
- Mittlere Persistenzrate von 41% in mittel- und langfristigen Verlauf (*Stewart et al., 2004*)
- Nach Zeitintervallen von 2-15 Jahren litten im Follow-up noch 30-70% der Patienten unter einer Zwangsstörung (*Wewetzer et al., 2001; Bolton et al., 1995; Neudörfl & Herpertz-Dahlmann, 1996*)



# Prognose

- Prognostisch ungünstig ist (*Stewart et al., 2004*):
  - Früher Beginn der Zwangsstörung
  - Längere Krankheitsdauer
  - Stationäre Behandlungsnotwendigkeit
  - Höhere Komorbidität
  - Schlechtes Ansprechen auf die Behandlung
- Behandlungsbedarf weit über die Akutphase hinaus

**Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!!**

# Literatur

- Abramowitz, J.S. (1997). Effectiveness of psychological and pharmacological treatments for obsessive-compulsive disorder: A quantitative review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 44-52
- Dt. Ges. f. Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie u.a. (Hrsg.): Zwangsstörungen (F42). In: Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter (S.73-86). Deutscher Ärzte-Verlag.
- Hoffmann, N. & Hoffmann, B. Exposition bei Ängsten und Zwängen. Beltz PVU
- Jans, T., Walitza, S. & Warnke A. (2008). Zwangsstörungen bei Kindern und Jugendlichen. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 57, 429-456
- Wewetzer, C., Simons, M., Konrad, K., Walitza, S., & Herpertz-Dahlmann, H. (2008). Zwangsstörungen, In Herpertz-Dahlmann, F. Resch, Schulte-Markwort & Warnke, *Entwicklungspsychiatrie*. 2. Auflage (S. 719-743), Schattauer