

## Zwangsstörungen (ICD-10 F.42)

### 1. Diagnostik

**1.1. Symptomatik:** Sich wiederholende quälende Gedanken, Impulse oder Handlungen, die als ich-dyston und sinnlos erlebt werden. Die Patienten leisten Widerstand gegen die Symptome, dieser bleibt jedoch erfolglos. Symptome sind häufig vergesellschaftet mit Angst, hohem Leidensdruck und deutlicher Beeinträchtigung der allgemeinen Aktivität.

**Zeitkriterium:** Zwangsgedanken und/ oder -handlungen müssen wenigstens 2 Wochen lang an den meisten Tagen nachweisbar sein

AWMF-Empfehlung zur **Schweregradeinteilung:** Beurteilung nach psychosozialer Anpassung.

### 1.2. Diagnostische Kategorien und typische Inhalte

**Zwangsgedanken (F 42.0):** Vorwiegend zwanghafte Ideen, bildhafte Vorstellungen oder Zwangsimpulse, Grübeleien über unwägbar Alternativen mit Entscheidungsunfähigkeit.

**Zwangshandlungen (F42.1):** Vorwiegend rituelle Handlungen als wirkungsloser, symbolischer Versuch, eine subjektiv erlebte, objektiv aber nicht bestehende Gefahr abzuwenden

### **Zwangsgedanken und Zwangshandlungen gemischt (F42.2)**

**Typische Inhalte von Zwangssymptomen:** Physische Gewalt gegen sich selbst oder andere, Verunreinigung, Kontamination, Tod, Ordnung, zufälliges Unglück, sozial inakzeptables Verhalten (z.B. Fluchen, Schreien), Sexualität, Religion (z.B. blasphemische Gedanken), sinnlose Inhalte (Melodien, Wörter).

### 1.3. Differentialdiagnostik und Komorbidität

Zwangssymptome treten auf bei Psychosen, organisch bedingten psychischen Störungen, zwanghaften Persönlichkeitsstörungen, anderen Störungen (Generalisierte Angststörung, depressive Störungen, Essstörungen, Sozialphobie, Hypochondrie, Dysmorphophobie, pathologisches Spielverhalten)

**Komorbid Störungen:** Major Depression 67%, Soziale Phobien 25%, Alkoholabhängigkeit (10%), prädisponierende (zwanghafte, dependente, selbstunsichere) Persönlichkeitsstörung 15%.

Neurologische Erkrankungen mit Zwangssymptomen: Epilepsien, Schädel-Hirntraumata, Schädigungen der Basalganglien (Gilles-de-la-Tourette, Chorea Minor, Encephalitis lethargica).

**1.4. Körperliche Diagnostik:** Internistisch-neurologische Diagnostik, ggf. einschließlich EEG (Ausschluss Anfallskrankheiten) und MRT (Ausschluss pathologischer cerebraler Prozesse)

### 1.5. Diagnostische Verfahren

**Fremdeinschätzung: Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale - YBOCS** (Goodman et al., 1989). Beurteilungskriterien: Zeit, die über Zwangssymptome zugebracht wird, Beeinträchtigung durch Symptome, Leidensdruck, Widerstand, Kontrolle von Zwangssymptomen.

**Selbsteinschätzung: Hamburger Zwangs-Inventar HZI** (Zaworka et al., 1983)

Skalen: Kontrollieren, Waschen, Ordnen, Zählen, Denken von Wörtern, Gedanken, Leid zuzufügen. Es existiert auch eine Kurzform.

## 2. Epidemiologie

**Lebenszeitprävalenz** 2,5%; beide Geschlechter gleich häufig betroffen; *Untergruppen:* Wasch- und Kontrollzwänge 25%, Waschzwänge 21%, Kontrollzwänge 42%, Zwangsgedanken 12%

**Erblichkeit:** Prävalenz eineiige Zwillinge 13-33%, zweieiige Zwillinge 8%

**Erstmanifestation:** im Durchschnitt 20. Lebensjahr (oft bereits vor der Pubertät oder noch im Vorschulalter); 2/3 vor 25. Lj., nach 35. Lj nur noch 15 %; meist rascher Beginn; bei 50-70%

durch kritisches Lebensereignis ausgelöst.

**Spontanverlauf:** Deutliche Besserung 20-30%, mäßige Besserung 40-50%, gleichbleibend oder Verschlechterung 20-40%.

**Prognose günstig** bei sozialer und beruflicher Anpassung, episodischem Verlauf, wenn auslösendes Ereignis vorhanden; **ungünstig** bei geringem Widerstand, bizarren Zwängen, komorbider depressiver Störung oder Persönlichkeitsstörung

### 3. Krankheitsmodelle

Zwangsstörungen haben eine multifaktorielle Genese: belastende Lebensereignisse, Erziehungsstile (elterlich, religiös, gesamtgesellschaftlich), biologische Faktoren.

#### 3.1. Biologische Befunde und Hypothesen

**Immunologisch:** gehäuft Autoimmunerkrankungen des Kindesalters assoziiert mit Streptokokkeninfektionen.

**Humangenetisch:** Höhere familiäre Erkrankungsrate bei frühem Erkrankungsalter; phänomenologisch keine Unterschiede zwischen Patienten mit oder ohne familiäre Belastung; in der Gruppe ohne familiäre Belastung mehr belastende Lebensereignisse; Veränderungen des SLC1A1-Gens auf Chromosom 9 (neuronaler und epithelialer Glutamattransport)

**Neurobiologische Hypothesen:** (a) Störung der funktionalen Interaktion zw. frontalem Kortex, Basalganglien und limbischen System: Erhöhte Aktivität des Nucleus caudatus während kognitiver Aufgabe, erhöhte orbitofrontale Aktivität, reduzierte weiße Substanz; (b) Störung des Serotoninsystems: 50% Responder bei SSRI-Gabe mit deutlicher Symptombesserung

#### 3.2. Psychodynamische Modelle:

**Typische Konflikte:** Über-Ich/Schuldkonflikte mit Selbstvorwürfen und Schuldübernahme bis hin zur masochistischen Unterwerfung oder aber Fehlen jeglicher Schuldgefühle; Gehorsam und Unterwerfung oder Kontrolle/Sich-Auflehnen bestimmen das Erleben und Beziehungen

##### Klassisches psychoanalytisches Modell

Trieb-Abwehr Konflikte: Rigide Über-Ich Struktur mit Abwehr von sexuellen und aggressiven Triebregungen führt zur typischen Kompromissbildung; Ödipuskomplex als Kernkonflikt mit Regression auf anal-sadistische Stufe; Aufbau einer sadistischen Über-Ich Struktur durch überstrenge und stark kontrollierende Erziehung mit forcierter Sauberkeitserziehung; Unterdrückung von Autonomiebestrebungen; Zwang als Abwehr primitiver paranoider Ängste (Schutz vor Desintegration, Pseudo-Stabilität).

#### 3.3. Verhaltenstherapeutische Modelle

**Deskriptiv:** Vermeidung von Auslösern (Objekten/Situationen); aufdringliche Kognitionen (zwanghafte Gedanken oder Impulse); Bewertung der Kognitionen aus der Perspektive eines übersteigerten Verantwortungsgefühls; „Neutralisierung“ der Bedrohung (Zwangssymptomatik, Gedanken oder Handlung); sekundäre psychische Symptomatik, Angst bzw. Depression

##### Modelle:

- **2-Faktorentheorie von Mowrer:** Verbindung zwischen klassischem und operantem Konditionieren,
- **Kognitives Modell von Salkovskis** (1989, 1998): entscheidend ist die kognitive Beurteilung der aufdringlichen Gedanken und die Überschätzung der eigenen Einflussmöglichkeiten („ommission bias“),
- **Netzwerktheorie (Foa & Kozak, 1986):** Emotionen sind in Form einer Netzwerkstruktur gespeichert und korrektive Informationen können nur aufgenommen werden, wenn das Netzwerk aktiviert ist (- Exposition)

### **Funktionalität/Aufrechterhaltung**

- Die Vermeidung beugt einer Konfrontation mit den gefürchteten Gedanken vor und die „Neutralisierung“ beendet eine Konfrontation.
- Beide Verhaltensweisen „schützen“ die Pat. vor einer Konfrontation mit gefürchteten Gedanken und Situationen.
- Die Zwangssymptomatik verhindert so die Neubewertung: Bei der Konfrontation wird hingegen die Erfahrung gemacht, daß die Befürchtungen nicht eintreten.

## **4. Behandlung**

### **4.1. Medikamentös** (Empfehlung Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft):

NSMRI Clomipramin als Mittel der Wahl (75-300 mg/die), SSRI wie Fluoxetin (20-80 mg) und Fluvoxamin (100-300 mg) ebenfalls wirksam; sehr lange Behandlungsdauer (Monate) erforderlich! Ansprechquote nur ca. 50%; sehr hohe Rückfallquote.

### **4.2. Psychodynamische Therapie**

Prinzip: Einsichtorientierte Therapie mit Betonung der therapeutischen Beziehung. Kontrollierte Studien zur Wirksamkeit psychodynamischer Therapie bei Zwangsstörungen liegen nicht vor. Auch in der Praxis wird die Wirksamkeit als begrenzt eingestuft.

### **4.3. Verhaltenstherapie**

Die Wirksamkeit von kognitiver Therapie sowie von Exposition mit Reaktionsverhinderung ist bewiesen. Die Effekte sind hoch (50% - 85%) und über längere Zeiträume stabil. Verhaltenstherapie ist der Phramakotherapie überlegen (bessere Wirksamkeit und langfristige Effekte). Eine Kombinationsbehandlung ist nicht überlegen, außer bei zusätzlich schwer depressiven Patienten.

### **Vorgehen bei Konfrontation mit Reaktionsverhinderung**

- willkürliche Konfrontation mit vermiedenen Situationen.
- direkte Konfrontation mit den gefürchteten Reizen.
- Identifikation und Modifikation der Interpretationen.
- Unterbindung von Zwangshandlungen und neutralisierendem Verhalten und Verhinderung verdeckter Reaktionen.

### **Vorgehen bei Kognitiver Verhaltenstherapie**

- Veränderung der Problemsicht.
- Reduktion der subjektiven Bedeutung aufdringlicher Gedanken.
- Exposition und Reaktionsverhinderung.
- kognitive Umstrukturierung in Bezug auf die Überschätzung der Gefahr und der persönlichen Verantwortung.
- Verhaltensexperimente.

## **5. Weiterführende Literatur**

Lakatos, A. (2003): Zwangsstörungen. In: E. Leibing, W. Hiller & S. Sulz (Hrsg.). Lehrbuch der Psychotherapie Band 3: Verhaltenstherapie. München, CIP-Medien, S.273-284.

Lang, H., Koepsell, K. (2004): Zwangsstörung. In: F. Leichsenring (Hrsg.): Lehrbuch der Psychotherapie Band 2: Psychoanalytische und tiefenpsychologisch fundierte Therapie. München, CIP-Medien, S. 155-164. Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft (1999): Empfehlungen zur Therapie von Angst- und Zwangsstörungen. Arzneverordnung in der Praxis, 1. Aufl.