

Patientenleitlinie Zwangsstörungen



Patientenleitlinie

«Zwangsstörungen»

basierend auf der S3-Leitlinie Zwangsstörungen AWMF-Registernummer 038-017 sowie auf der S3-Leitlinie Diagnostik und Behandlung von Zwangsstörungen im Kindes- und Jugendalter AWMF-Registernummer 028-007.

Herausgeber

Prof. Dr. Ulrich Voderholzer,
Prof. Dr. Susanne Walitza,
Prof. Dr. Lena Jelinek,
Antonia Peters,
Prof. Dr. Christoph Wewetzer,
Dr. Eva Zisler

In Zusammenarbeit mit:

Elke Atzpodien, Dr. Juliane Ball, Prof. Dr. Manfred Döpfner, Dr. Willi Ecker, Dr. Karsten Hollmann, Dr. Stefan Koch, Veronika Mailänder, Dr. Hajo Reissmann, Prof. Dr. Tobias Renner, Dennis Riehle, Gunilla Wewetzer
(in alphabetischer Reihenfolge)

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. ([DGPPN](#))



Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. ([DGKJP](#))



Deutsche Gesellschaft Zwangserkrankungen e.V. ([DGZ](#))



Schweizerische Gesellschaft für Zwangsstörungen ([SGZ](#))



Inhaltsverzeichnis

Präambel.....	4	9. Wie kann man Rückfällen vorbeugen?.....	22
1. Was sind Zwänge und wie grenzen sie sich von normalem Verhalten ab?.....	5	10. Zwänge und andere psychische Erkrankungen.....	22
1.1 Was sind die häufigsten Arten von Zwängen?.....	6	11. Zwänge und andere körperliche Erkrankungen.....	25
1.2 Was sind Besonderheiten von Zwangsstörungen im Kindes- und Jugendalter?.....	6	12. Zwänge und Schule, Ausbildung und Beruf.....	26
1.3 Was ist Stand der therapeutischen Versorgung von Zwängen?.....	6	12.1 Schule.....	26
1.4 Was versteht man unter Zwangsspektrumsstörungen?.....	7	12.2 Ausbildung und Beruf.....	27
2. Ursachen von Zwängen.....	7	13. Prognose.....	27
2.1 Ursachen und Ätiologie.....	7	14. Anhang.....	29
2.2 Erbliche Faktoren.....	7	14.1 Fragen an Therapeuten, Empfehlungen für Betroffene.....	29
2.3 Neurobiologische Befunde aus Bildgebungsstudien.....	7	14.2 Möglichkeiten der Selbsthilfe....	30
2.4 Weitere biologische Ursachen und immunologische Faktoren.....	7	14.3 Was können Angehörige tun? ...	35
2.5 Psychologische Faktoren.....	8	14.4 Erklärung von Interessen und Umgang mit Interessenkonflikten....	37
3. Wie werden Zwänge diagnostiziert?.....	9		
4. Allgemeine Fragen zur Behandlung.....	10		
5. Psychotherapie.....	12		
6. Medikamente.....	15		
7. Psychotherapie und Medikamente in Kombination.....	19		
8. Andere Verfahren.....	20		
8.1 Elektrokonvulsionstherapie....	20		
8.2 Transkranielle Magnetstimulation.....	21		
8.3 Vagusnerv-Stimulation und transkranielle Gleichstromstimulation	21		
8.4 Tiefe Hirnstimulation.....	21		

Präambel

Diese Leitlinie basiert auf den S3-Leitlinie Zwangsstörungen (<https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/038-017>, erschienen 2022) und der S3-Leitlinie Diagnostik und Behandlung Zwangsstörungen im Kindes- und Jugendalter (<https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/028-007>, erschienen 2021) und hat zum Ziel, das Verständnis von Zwangsstörungen und ihre möglichst frühzeitige Diagnostik und fachgerechte Behandlung zu verbessern. Sie soll Betroffenen und ihren Angehörigen fachgerechte Informationen, Begriffserklärungen und Unterstützungsangebote geben.

Für Betroffene und Angehörige ist oftmals nicht klar, welche Informationen – zum Beispiel aus Büchern oder dem Internet – vertrauenswürdig und wissenschaftlich fundiert sind.

So richtet sich diese Patientenleitlinie zum einen an Betroffene selbst und ihre Angehörigen. Sie erhalten seriöse Auskünfte. Zum anderen erhalten Expertinnen und Experten Informationen über den aktuellen Stand der Forschung.

Unsere Patientenleitlinie basiert auf aktuellen Studien und Fachliteratur, die von Sachverständigen beurteilt wurden. Sie enthält neben den Empfehlungen der S3-Leitlinien Hintergrundwissen und im Anhang praktische Tipps für Betroffene und deren Angehörige.

Leitlinien, die Kinder und Jugendliche und ihre Eltern oder Angehörige betreffen, haben wir speziell ausgearbeitet, sie sind im Text farblich hervorgehoben.

An der Erstellung der Patientenleitlinie haben Betroffene direkt mitgewirkt. Die Patientenleitlinie wurde den Leitliniengruppen, die die S3-Leitlinie Zwangsstörungen und die S3-Leitlinie Diagnostik und Behandlung von Zwangsstörungen im Kindes- und Jugendalter verfasst haben, zur Kenntnisnahme vorgelegt.

*Prof. Dr. Ulrich Voderholzer und Prof. Dr. Susanne Walitza
(Koordinatoren der jeweiligen AWMF-Leitlinien)*

*Prof. Dr. Lena Jelinek
Antonia Peters
Prof. Dr. Christoph Wewetzer
Dr. Eva Zisler*

In Zusammenarbeit mit:

*Elke Atzpodien, Dr. Juliane Ball, Prof. Dr. Manfred Döpfner, Dr. Willi Ecker, Dr. Karsten Hollmann, Dr. Stefan Koch, Veronika Mailänder, Dr. Hajo Reissmann, Prof. Dr. Tobias Renner, Dennis Riehle, Gunilla Wewetzer
(in alphabetischer Reihenfolge)*

Erste Auflage, Februar 2026

1. Was sind Zwänge und wie grenzen sie sich von normalem Verhalten ab?

Patientinnen und Patienten mit Zwangsstörungen erleben wiederholt auftretende, sich spontan aufdrängende Gedanken oder Impulse (Zwangsgedanken); beispielsweise die Idee, sich mit einer schweren Erkrankung anzustecken oder durch eigenes Handeln eine Katastrophe auszulösen.

Auch wenn den Betroffenen meist ansatzweise bewusst ist, dass diese Gedanken übertrieben und irrational sind, gelingt es ihnen nicht, diese zu ignorieren oder zu unterdrücken. Stattdessen wird – in der Regel – durch intensive, ritualisierte, mit hohem Leidensdruck einhergehenden Handlungen (Zwangshandlungen) wie Waschen oder Kontrollieren versucht, sich zu beruhigen oder zumindest kurzzeitig ein vermeintliches Gefühl der Sicherheit herzustellen.

Zwar werden die meisten Menschen Gedanken und Handlungen dieser Art kennen. Für Zwangsbetroffene sind Zwangsgedanken und Zwangshandlungen jedoch nicht selten mit einem extremen Zeitaufwand und deutlichen Einschränkungen des privaten und beruflichen Alltags verbunden. Auch erweisen sich im Falle einer Zwangserkrankung Befürchtungen als sehr hartnäckig und können bedrohliche oder bizarre Formen annehmen, beispielsweise den Gedanken, gewalttätig oder gefährlich zu werden.

Zwangsstörungen können in jedem Alter ein erhebliches Leiden verursachen. Zwänge führen häufig dazu, dass täglich mehrere Stunden für die Durchführung von Zwangshandlungen aufgewendet werden müssen. So beeinträchtigen sie den normalen Tagesablauf, die schulischen und beruflichen Leistungen, Freizeitaktivitäten und Beziehungen zur Familie und Freunden. Das kann belastend sein. Nicht zuletzt können Zwänge auch körperliche Schädigungen verursachen, zum Beispiel wenn häufiges oder zu heißes Händewaschen zu Ekzemen oder Wunden führt.

Zwangsähnliche Phänomene können darüber hinaus auch im Rahmen anderer psychischer Störungen auftreten, wie beispielsweise ein ritualisiertes Essverhalten und zwanghafte Beschäftigung mit Essen und dem eigenen Gewicht (Essstörungen), zwanghaftes Grübeln und Sorgen (Depressionen und generalisierte Angststörungen) oder auch im Rahmen von Tic-Störungen oder Suchterkrankungen. In diesen Fällen gilt es, sorgfältig zu prüfen, ob zusätzlich eine Zwangsstörung vorliegt oder ob die zwangsähnlichen Phänomene als Bestandteil einer anderen psychischen Erkrankung erklärt und damit auch behandelt werden können.

In der Praxis haben sich die folgenden fünf Screening-Fragen bewährt (nach Fineberg & Roberts, 2001). Wird eine dieser fünf Fragen mit Ja beantwortet – und zudem eine Beeinträchtigung erlebt – dann besteht der Verdacht auf eine Zwangsstörung:

1. Waschen und putzen Sie sehr viel?
2. Kontrollieren Sie sehr viel?
3. Haben Sie quälende Gedanken, die Sie loswerden möchten, aber nicht können?
4. Benötigen Sie für Alltagstätigkeiten sehr lange?
5. Machen Sie sich Gedanken um Ordnung und Symmetrie?

Besteht der Verdacht, dass Kinder oder Jugendliche an Zwängen leiden könnten, sind folgende Fragen an das Kind hilfreich:

- Hast du manchmal Gedanken oder Sorgen, die unangenehm sind und einfach nicht weggehen wollen?
- Musst du gewisse Dinge immer wieder tun oder hast du Gewohnheiten, die du nicht stoppen kannst?

Oder Fragen an die Eltern:

- Hat das Kind manchmal Gedanken oder Sorgen, die unangenehm sind und einfach nicht weggehen wollen?

- Muss das Kind gewisse Dinge immer wieder tun oder hat es Gewohnheiten, die es nicht stoppen kann?

1.1 Was sind die häufigsten Arten von Zwängen?

In praktisch allen Altersgruppen sind die häufigsten Zwangshandlungen Reinigungszwänge – wie Wasch- und Putzzwänge – oder auch zwanghaftes Kontrollieren, Zählen, Fragen, aber auch Sammel- oder Symmetriezwänge.

Nicht immer muss Angst mit Zwängen einhergehen. Manchmal empfinden Betroffene auch eher Wut und Aggression, wenn sie zum Beispiel Zwänge nicht ausführen können. Auch Ekel ist ein häufiges Gefühl bei Betroffenen mit Waschwängen. Es lassen sich aber auch sehr bizarr anmutende Zwangshandlungen beobachten (wie etwa im Kreis laufen oder Arme schütteln, um Schlimmes zu verhindern).

1.2 Was sind Besonderheiten von Zwangsstörungen im Kindes- und Jugendalter?

Zwangsstörungen gehören im Kindes- und Jugendalter zu den häufigsten psychischen Störungen. Am häufigsten treten sie kurz vor der Pubertät und dann nochmals im jungen Erwachsenenalter auf. Jede fünfte Zwangsstörung beginnt aber bereits vor dem Alter von 10 Jahren und 60% vor dem Alter von 25 Jahren. Es ist bekannt, dass ein früher Behandlungsbeginn sich besonders günstig auf den Verlauf auswirken kann. Bei der Diagnosestellung müssen das Alter und der Entwicklungsstand der Kinder oder Jugendlichen berücksichtigt werden.

Zwangsstörungen belasten sehr und führen oftmals dazu, dass der Kindergarten, die Schule oder die Lehrstelle nicht mehr besucht werden können. Jüngere Kinder können Zwangsgedanken und Zwangshandlungen in der Regel nicht voneinander trennen. Bei Kindern kann eine Einsicht

der Unsinnigkeit von Zwängen oder auch ein Widerstand gegen die Symptomatik gänzlich fehlen.

1.3 Was ist Stand der therapeutischen Versorgung von Zwängen?

Die Häufigkeit von Zwangserkrankungen in der Allgemeinbevölkerung beträgt 1-3%. Das Geschlechtsverhältnis ist mit 1,2 zu 1 (weiblich zu männlich) nahezu ausgeglichen.

Da die Symptomatik sehr schambesetzt sein kann, benötigen viele Betroffene sehr lange, sich mitzuteilen und Hilfe zu suchen. Im Durchschnitt vergehen 6 bis 9 Jahre zwischen dem ersten Auftreten von Zwängen und der Inanspruchnahme fachgerechter Behandlung. Dabei ist bekannt, dass ein früher Behandlungsbeginn sich besonders günstig auf den Verlauf auswirken kann. Auch Angehörige, die zum Teil intensiv in die Zwänge eingebunden werden, leiden unter der Situation.

Daher besteht sehr oft auch Bedarf an Beratung und Unterstützung der Angehörigen, die – vor allem wenn sie wie bei Kindern und Jugendlichen im gemeinsamen Haushalt leben – in die Therapie miteinbezogen werden.

Wie im Folgenden ausführlicher dargestellt wird, gibt es sehr wirksame Behandlungsmöglichkeiten der Zwänge. Vor allem die Durchführung therapeutisch begleiteter Expositionen im Rahmen von ambulanter Verhaltenstherapie oder stationären Behandlungen in psychotherapeutischen (psychosomatischen) oder psychiatrischen Fachkliniken mit entsprechenden spezifischen Behandlungsschwerpunkten sind von Vorteil.

Leider werden vor allem diese begleitenden und übenden Behandlungselemente in der Praxis viel zu selten angeboten, was ein Hauptgrund dafür sein dürfte, dass viele Zwangsstörungen einen chronischen Verlauf nehmen.

1.4 Was versteht man unter Zwangsspektrumsstörungen?

Über die bereits genannten Arten von Zwängen hinaus gibt es mit den Zwangsstörungen verwandte Erkrankungsbilder, die den Zwangserkrankungen zugeordnet werden. Patientinnen und Patienten sind auch hier nicht in der Lage, Impulse oder Verhaltensneigungen zu unterdrücken. Zu diesen Störungen gehört zum Beispiel die zwanghafte Beschäftigung mit dem eigenen Körper, die Körperdysmorphie Störung (engl. Body Dysmorphic Disorder, BDD). Betroffene denken ständig an den Körper und nehmen diesen oft auch sehr verzerrt wahr. Die dauerhafte Beschäftigung mit einer möglichen körperlichen Erkrankung (Hypochondrie), das zwanghafte Manipulieren der eigenen Haut (Skin Picking/Dermatillomanie) und das zwanghafte Haare-Ausreißen (Trichotillomanie) gehören ebenfalls zu dieser Gruppe von verwandten Störungen. Auch restriktive Essstörungen werden von einigen Autoren zu den Zwangsspektrumsstörungen gezählt.

2. Ursachen von Zwängen

2.1 Ursachen und Ätiologie

Wie bei vielen psychischen Störungen sind verschiedene Ursachen auch bei der Entstehung von Zwängen relevant. Das kann eine erbliche Disposition sein, oder Störungen der Gehirnfunktionen, aber auch psychosoziale Faktoren wie Stress oder emotionale Belastungen können eine Rolle spielen.

2.2 Erbliche Faktoren

Zwangsstörungen, unabhängig davon, in welchem Alter sie beginnen, sind häufig familiär bedingt. Das heißt, Familienmitglieder (Eltern, Geschwister, Kinder) erkranken häufiger als die Durchschnittsbevölkerung an Zwangsstörungen. Neben der familiären Häufung von Zwangskrankheiten sind auch Tics, Angststörungen und andere psychische Störungen bei Verwandten häufiger zu beobachten. Die Ausprägung der Erblichkeit ist aber bei jeder einzelnen Familie unterschiedlich. Man konnte bisher auch keine einzelnen

Gene identifizieren, die die Entwicklung von Zwängen verursachen. Eine Beteiligung des sogenannten serotonergen Systems scheint naheliegend, da die selektiven Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer bei Zwangsstörungen wirksam sind. Das serotonerge System, das den Botenstoff Serotonin nutzt, um Signale zwischen den Nervenzellen zu übertragen, spielt eine wichtige Rolle für das Wohlbefinden.

2.3 Neurobiologische Befunde aus Bildgebungsstudien

Man geht davon aus, dass bei einigen Patientinnen und Patienten mit Zwangsstörungen das Wechselspiel verschiedener Gehirnregionen aus der Balance geraten ist, man spricht von der überaktiven „Zwangsschleife“ im Gehirn (kortiko-striato-thalamo-kortikale Regelkreisläufe). In diesen Netzwerken befinden sich wichtige Feedbackschleifen für Prozesse, die beim Denken, bei Gefühlen und motorischen Reaktionen relevant sind. Sie regulieren die Aktivität in den involvierten Hirnregionen. Bei erfolgreicher Therapie, unabhängig ob durch Psychotherapie oder durch Medikamente, kann es zu einer Normalisierung der verminderten oder erhöhten Aktivität in diesen Hirnarealen kommen.

2.4 Weitere biologische Ursachen und immunologische Faktoren

Zwangssymptome und Tic-Störungen, die in engem Zusammenhang mit Infektionen auftreten – vor allem durch Streptokokken, einer bestimmten Bakterienart, die Mandelentzündungen oder Scharlach verursachen kann, aber auch nach anderen Infektionen – werden oftmals unter der Gruppe PANDAS (Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders Associated with Streptococcal Infections) zusammengefasst. Bei PANDAS geht man davon aus, dass das Immunsystem gegen Bakterien kämpft, aber dabei auch Teile des Gehirns (die Basalganglien) angreift. Das führt zu den Symptomen der Erkrankung. Im Gegensatz zur der sehr häufigen Streptokokken-Infektion, die z.B. zu Halsinfektionen führt, ist die Symptomatik von Zwangs- und

Tic - Störungen in Folge von Streptokokken-Infektionen jedoch sehr selten. Letztendlich behandelt man diese „sekundären Zwänge“ aber wie andere Zwangsstörungen auch. Eine Antibiotikabehandlung oder andere medikamentöse Therapien ist gemäß Leitlinien nur in wenigen Fällen indiziert, es gibt jedoch einige Fälle, bei denen eine somatische – auf den Körper bezogene – Behandlung notwendig ist.

2.5 Psychologische Faktoren

Lernen und Erfahrungen

Eltern und Familienmitglieder sind in der Regel sehr wichtige Vorbilder für ihre Kinder. In der Psychologie sprechen wir vom „Lernen am Modell“. Wenn zum Beispiel Eltern Situationen, die man wenig kontrollieren kann, vermeiden oder immer sehr stark kontrollieren, können die Kinder diesen Verhaltensstil übernehmen. Es wäre in diesen Fällen wichtig, dass man von anderen Familienmitgliedern hilfreiche Bewältigungsstrategien erlernen oder „ab-schauen“ könnte.

Bei ungefähr der Hälfte der Patientinnen und Patienten lassen sich auch Ereignisse in der Lebensgeschichte finden, die von den Betroffenen als belastend beschrieben werden. Stress und Leistungsdruck sind Faktoren, die Zwänge auslösen oder die Ausprägung von Zwängen verstärken können. Liegt schon eine genetische Veranlagung vor, können Zwänge gerade in Phasen solcher Belastungen auftreten.

Bei Kindern können das auch besonders anspruchsvolle Entwicklungsschritte sein, wie Kindergarten- oder Schuleintritt oder Prüfungsphasen. Ein ursächlicher Zusammenhang lässt sich daraus jedoch nicht einfach herstellen. Man kann davon ausgehen, dass diese Faktoren sowohl bei der Entstehung als auch bei der Ausprägung und Aufrechterhaltung der Zwänge eine wichtige Rolle spielen können. Zwänge entwickeln sich oft gerade aus solchen Belastungssituationen.

Familiäre Anpassung

Eltern, Partner und andere Familienangehörige reagieren auf Zwänge verständlicherweise häufig mit vermehrter Zuwendung und einer sogenannten familiären Anpassung bzw. im englischen Sprachgebrauch wird dies oft mit „familiärer Einbindung“ (family accommodation) beschrieben. Es ist gut, wenn die Familie die Betroffenen unterstützt.

Es kann aber auch sein, dass sich die Familie zu stark an die Zwangsstörung anpasst und das ganze Leben danach ausrichtet. Das kann dazu führen, dass die Zwangssymptomatik weiter aufrechterhalten oder sogar verstärkt wird.

Die Familien bemühen sich häufig darum, das Familienleben um die Zwangsstörung ihres Kindes oder Partners herum zu organisieren und anzupassen. Das kann so aussehen, dass sie die Zwangssymptome aktiv unterstützen und zum Beispiel beim Waschzwang täglich Seifen kaufen, alle Verhaltensweisen den Zwängen unterordnen oder diese einfach passiv ertragen.

Widersetzen sich die Eltern oder Angehörigen den Zwangssymptomen oder versuchen sie, diese abzukürzen, kann es sein, dass es zu größeren, teils auch sehr aggressiven Auseinandersetzungen kommt.

Daher wird Angehörigen empfohlen, sich möglichst nicht vom Zwang bestimmen zu lassen. Dabei ist es wichtig, dennoch die Betroffenen ernst zu nehmen und zu verstehen, dass die Zwänge für die sie mit starker Angst und Anspannung verbunden sind, und sie sich nicht anders verhalten können. Dennoch sollte den Betroffenen immer wieder verdeutlicht werden, dass ein Nachgeben bedeutet, dass der Zwang (wieder) gesiegt hat.

Psychologische Erklärungsmodelle

Zwangshandlungen dienen oft dazu, unangenehme Emotionen (z.B. Angst, Scham, Ekel) zu verringern. Die kurzfristig erlebte Erleichterung, zum Beispiel weniger Angst zu haben, führt aber bei Betroffenen dazu, dass in einer ähnlichen Situation wieder mit

Zwängen reagiert wird, sich also die Häufigkeit der Zwangshandlungen erhöht. Indem Betroffene zwangsauslösende Situationen vermeiden, fehlt ihnen die Möglichkeit, die Realität zu überprüfen. Sie erleben nicht, dass die befürchtete Katastrophe ausbleibt. Dieses Modell erklärt gut, warum Zwangsstörungen langfristig stabil bleiben, jedoch nicht, wie die Symptome ursprünglich entstehen.

Sogenannte kognitive Erklärungsansätze gehen davon aus, dass aufdringliche Gedanken bei den meisten Menschen gelegentlich vorkommen, aber eine Überbewertung dieser Gedanken bei Betroffenen zu Zwangshandlungen führt. Wenn Patientinnen und Patienten aufdringliche Gedanken negativ bewerten und versuchen, diese mit Gedanken oder Handlungen zu neutralisieren, kann sich eine Zwangsstörung entwickeln. Die Neutralisierung des Gedankens gelingt allerdings nur vorübergehend und dies kann als ein erneuter Beleg für die Relevanz des Gedankens aufgefasst werden. Dadurch kann die beständige Beschäftigung mit dem Gedanken immer bedrückender und intensiver werden.

Vielen psychologischen Modellen ist gemeinsam, dass Zwangssymptome vor allem der Angstbewältigung und Stabilisierung dienen. Der tiefenpsychologischen und der analytischen Psychotherapie ist gemeinsam, dass der Fokus stärker auf ungelösten Konflikten und zwischenmenschlichen Problemen liegt. Es wird empfohlen, Betroffene und Angehörige nach aktuell vorliegenden Konflikten zu befragen, denn die Bewältigung von Angst spielt eine wichtige Rolle.

Das biopsychosoziale Modell

Im biopsychosozialen Modell wird ein Zusammenwirken biologischer und psychosozialer Faktoren, wie sie oben beschrieben wurden, in den Mittelpunkt der Entwicklung von Zwangsstörungen gestellt. So unterschiedlich Zwangsstörungen sind, so unterschiedlich ist dann auch das Zusammenspiel dieser verschiedenen Faktoren.

3. Wie werden Zwänge diagnostiziert?

Betroffene neigen dazu, ihre Symptome aus Scham lange zu verbergen oder zu verharmlosen. Häufig berichten sie dem behandelnden Arzt oder Ärztin eher über andere psychische Symptome als über ihre Zwangssymptome.

Die Diagnose sollte von einem Facharzt oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. bei Kindern und Jugendlichen von Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie oder für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder von Psychotherapeuten gestellt werden, da diese einordnen können, ob eine Zwangsstörung vorliegt oder die Zwänge im Rahmen einer anderen psychischen Störung aufgetreten sind.

Die Betroffenen sollten (auch wenn es oft schwerfällt) offen und ehrlich über das Ausmaß ihrer Zwänge und die damit verbundene Beeinträchtigung berichten. Für Therapeutinnen und Therapeuten ist es wichtig, bei psychischen Störungen explizit und gezielt Fragen zu möglicher Zwangssymptomatik zu stellen, da die Zwänge oft verheimlicht werden. Es kann auch hilfreich sein, wenn die Schilderung der Patientinnen und Patienten durch die Demonstration eines Zwangsverhaltens, wie zum Beispiel eines Waschzwangs, ergänzt wird.

Die Diagnose und Therapie von Kindern und Jugendlichen mit Zwangsstörungen sollte ebenfalls von Spezialistinnen und Spezialisten durchgeführt werden. Sie sollten Erfahrung auf dem Gebiet der Zwangsstörungen haben, da bei der Diagnosestellung viele verschiedene Aspekte berücksichtigt werden müssen. Therapeutinnen und Therapeuten müssen andere psychische und medizinische Ursachen ausschließen können und auch ausreichend Kenntnis haben, welche Begleiterkrankungen vorkommen können.

Wichtig ist auch, dass die Spezialistinnen und Spezialisten, die die Therapie durchführen, über Erfahrung in den wirksamen Psychotherapieformen verfügen. Wenn keine ausreichende Erfahrung vorliegt, besteht die Gefahr, dass die Zwangsstörung zu spät erkannt und nicht effektiv behandelt wird. Das kann dazu führen, dass die Zwangsstörung chronisch verläuft.

Expertinnen und Experten sollten für die Diagnosestellung ein für Zwangsstörungen spezifisches Interview mit Kindern und Eltern führen und sich ein umfassendes Bild machen.

Wer sind Spezialistinnen und Spezialisten? Das sind vor allem Fachärzte und Fachärztinnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten, Fachärzte und -ärztinnen für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung Psychotherapie und Psychologische Psychotherapeuten mit besonderer Erfahrung für Kinder und Jugendliche.

4. Allgemeine Fragen zur Behandlung

Das folgende Kapitel enthält einige allgemeine Fragen zu grundlegenden Aspekten der Behandlung, d. h. der Indikation für eine Behandlung und des geeigneten Settings.

Wann sollten Zwangsstörungen behandelt werden?

Zwangsstörungen sollten dann behandelt werden, wenn das Leben deutlich beeinträchtigt ist, wenn zum Beispiel schulische oder berufliche Leistungen oder auch das Privatleben, wie die Partnerschaft oder der Kontakt zu anderen Menschen, unter den Zwängen leiden. Eine Therapie ist immer dann sinnvoll, wenn Betroffene die Empfehlungen zur Selbsthilfe nicht aus eigener Kraft umsetzen können.

Achtung: Wenn Menschen mit Zwangsstörungen erstmals Hilfe suchen, haben die meisten bereits viele Jahre mit ihren Symptomen gelebt. Im Durchschnitt vergehen bei erwachsenen Betroffenen bis zu neun Jahre, bevor sie professionelle Unterstützung in Anspruch nehmen. Wie bei allen psychischen Erkrankungen ist es umso schwieriger, diese zu behandeln, je länger die Erkrankung schon besteht, weil Verhalten zur Gewohnheit wird, und die Krankheit Folgen für das Leben hat, deren Bewältigung die Behandlung zusätzlich erschwert. Wenn eine Behandlung notwendig ist, sollte diese so früh wie möglich erfolgen.

Welche Behandlungsformen gibt es?

Die am besten belegten Behandlungsmethoden sind die Verhaltenstherapie und Medikamente (eine spezifische Gruppe von Antidepressiva). An Behandlungssettings gibt es neben der ambulanten Psychotherapie und der ambulanten ärztlichen Behandlung Tageskliniken sowie psychosomatische und psychiatrische Kliniken. Einige der tagesklinischen und stationären Einrichtungen weisen eine Spezialisierung für Zwangserkrankungen auf. Informationen können über die Deutsche Gesellschaft Zwangserkrankungen e.V. eingeholt werden.

Da Psychotherapie (Verhaltenstherapie) die am besten wirksame Behandlungsmethode bei Zwangsstörungen ist, sollte diese als erste Therapieform empfohlen werden.

Wo und wie wird Psychotherapie durchgeführt?

Psychotherapie kann heute über folgende Versorgungsstrukturen durchgeführt werden:

- Ambulante Psychotherapie im direkten Kontakt (in der Praxis der Behandelnden)
- Ambulante Psychotherapie per Videokonferenz (Patient und Behandelnde sitzen jeweils vor ihrem digitalen Endgerät)
- Intensive Psychotherapie in einer Tagesklinik (Behandlung montags bis freitags, mit Übernachtung außerhalb der Klinik, in der Regel zuhause)

- Intensive Psychotherapie in Kliniken (stationärer Aufenthalt in einer psychosomatischen oder einer psychiatrischen Klinik)

Für alle Behandlungssettings gilt: Die Therapeutinnen und Therapeuten bzw. die Einrichtungen sollten möglichst auf Zwangsstörungen spezialisiert sein, insbesondere Erfahrungen aufweisen in der Durchführung der für den Behandlungserfolg wichtigen Expositionsbehandlung.

Was ist der Unterschied zwischen Psychotherapeuten und Psychiatern/ Kinder- und Jugendpsychiatern?

Unter einem Psychiater oder Kinder- und Jugendpsychiater versteht man in Deutschland, in der Schweiz und in Österreich einen Facharzt oder Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -Psychotherapie. Die Ärztin oder der Arzt führt eine psychiatrische Diagnostik und Behandlung durch. Ob er auch Psychotherapie (Einzel- und Gruppentherapie) durchführt, hängt von der betreffenden Person und ihrer Qualifikation ab. Ein Psychiater bzw. Kinder- und Jugendpsychiaterin kann auch Medikamente verschreiben, ein Psychologischer Psychotherapeut kann dies nicht.

Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen bieten Psychotherapien an, die ihrerseits unterschiedliche Ausrichtungen (siehe auch Kapitel 5) haben können. Wichtig ist, wie oben beschrieben, dass die Psychotherapie mit dem Kernelement der Übungen/Exposition angeboten werden kann. Bei allen Expertinnen und Experten ist wichtig, dass Erfahrung in der Therapie von Zwangsstörungen vorliegt.

Was ist der Unterschied zwischen einer Reha-Maßnahme und einer Klinikeinweisung?

Unter Akutbehandlung versteht man in Deutschland eine Krankenhausbehandlung, entweder in einer psychiatrischen Klinik (Akutklinik) oder einer psychosomatischen Klinik (Akutklinik), bei der eine stationäre Be-

handlung der Erkrankung durchgeführt wird. Das primäre Behandlungsziel der Akutbehandlung ist die Besserung der Erkrankung.

Es gibt sowohl bei psychiatrischen als auch psychosomatischen Kliniken auch Rehakliniken, die im Gegensatz zu Akutkliniken nicht über die Krankenkasse, sondern über die Rentenversicherungen finanziert werden. Das primäre Behandlungsziel von Rehakliniken ist die berufliche Rehabilitation, das heißt, die Behandlung ist dort darauf ausgerichtet, dass die Betroffenen nach Möglichkeit wieder in der Lage sind, ihrem Beruf nachzugehen. Dementsprechend wird in Reha-Kliniken am Ende der Behandlung eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durchgeführt.

Der wesentliche Unterschied zwischen Krankenhausbehandlung (Akutkrankenhaus) und einer Rehaklinik ist also, dass in ersterem Falle die Behandlung der Erkrankung im Vordergrund steht, im Fall der Rehakliniken die Förderung des beruflichen Wiedereinstiegs.

Die Unterschiede sind im Sinne von Schwerpunktsetzungen zu verstehen, in der Realität lassen sich die Behandlung einer Erkrankung und das Wiedererlangen der Arbeitsfähigkeit nicht voneinander trennen.

Im Kindes- und Jugendalter können die Betroffenen ambulant (einschließlich Hometreatment), tagesklinisch oder stationär behandelt werden. Bei stationärer Behandlung sind Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie oder psychosomatische (Versorgungs) Kliniken zuständig. In Kinder- und Jugendpsychiatrischen Kliniken erfolgt die Behandlung nach Leitlinien, die Angehörigen werden unterstützt und der Besuch der Klinikschule zielt auf eine schnelle Integration in die Heimatschule oder Ausbildung. Es werden wohnortnahe Kliniken empfohlen, damit das Umfeld einbezogen werden und die Nachsorge gut geplant werden kann.

Was sind Alternativen zur Psychotherapie?

Da Psychotherapie oft nicht sofort verfügbar ist und meist Wartelisten bestehen, stellt die medikamentöse Behandlung eine wichtige Alternative dar. Medikamente sind in Deutschland nicht die Behandlungsmethode der ersten Wahl bei Zwangsstörungen. Eine medikamentöse Behandlung kann am besten durch einen Facharzt oder Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie/Kinder und Jugendpsychiatrie oder für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder, wenn keine entsprechende Fachärztin oder kein Facharzt verfügbar ist, sonst auch durch die Hausärztin oder den Hausarzt verordnet werden.

5. Psychotherapie

Die Verhaltenstherapie, genauer gesagt, die sogenannte kognitive Verhaltenstherapie mit Exposition und Reaktionsverhinderung, ist die wirksamste Therapie bei Zwangsstörungen. Als erste Psychotherapie der Wahl wird daher sowohl für Kinder und Jugendliche als auch Erwachsene mit Zwangsstörungen eine kognitive Verhaltenstherapie empfohlen. Der Zusatz „kognitiv“ bezieht sich darauf, dass auch das Denken und Denkmuster in der Therapie behandelt werden (Gedanken = Kognitionen). Die gesetzliche Bezeichnung des Therapieverfahrens lautet „Verhaltenstherapie“, praktisch handelt es sich in der Regel um „kognitive Verhaltenstherapie“.

Für andere in Deutschland zugelassene Psychotherapieverfahren (d.h. Analytische Psychotherapie, Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und Systemische Therapie) gibt es bisher keine wissenschaftlichen Belege, dass sie bei Zwangsstörung wirken.

Dies bedeutet nicht, dass Betroffene nicht auch von einem anderen Therapieverfahren profitieren können, etwa im Hinblick auf ein Verständnis von Auslösern und Hintergründen oder anderer Probleme. Jedoch entspricht es auch der übereinstimmenden Erfahrung von Expertinnen und Experten für Zwangsstörung, dass die belastenden Symptome und

das Vermeidungsverhalten bei Zwangsstörung am besten auf eine Verhaltenstherapie ansprechen. Dies gilt allerdings nur, wenn die Verhaltenstherapie auch so angewendet wird, wie sie aufgrund der wissenschaftlichen Erkenntnisse empfohlen wird, d.h. mit Übungen (Expositionen) auch außerhalb der Praxis in Anwesenheit des Behandelnden. Diese Therapieform sowie die zentralen Inhalte werden im Folgenden im Detail beschrieben.

Wege in die Therapie

Wege in eine Psychotherapie sind zum Beispiel in der Infobroschüre der Bundespsychotherapeuten Kammer genau beschrieben (https://api.bptk.de/uploads/bptk_patientenbroschuere_2021_4b62a0d05f.pdf). Eine Therapie kann ambulant (wöchentlich bei niedergelassenen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), teilstationär (in einer Klinik mit Tagesprogramm, wobei Betroffene zu Hause übernachten), stationär (vollständiger Klinikaufenthalt) oder als Heimbehandlung zur Ergänzung der ambulanten Therapie stattfinden.

Betroffene sollten sich professionell beraten lassen, welches Setting für sie am hilfreichsten für ihre persönliche Situation ist. Die Vermittlung eines Sprechstundentermins kann über die Terminservicestellen der kassenärztlichen Vereinigungen organisiert werden. Hierfür brauchen Betroffene keine Überweisung. Betroffene können sich aber auch an ihre Hausarztpraxis oder an ihre Krankenkasse wenden oder direkt Kontakt zu Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in ihrer Nähe aufnehmen. Auch eine Poliklinik für psychische Erkrankungen oder die psychiatrische Ambulanz eines Krankenhauses kann eine erste Anlaufstelle sein. Betroffene können sich außerdem an Beratungsstellen oder Selbsthilfeorganisationen, wie die Deutsche Gesellschaft für Zwangserkrankungen e.V. (DGZ) oder die Schweizerische Gesellschaft für Zwangsstörungen (SGZ), wenden, die Erfahrungen von Betroffenen sammeln und Empfehlungen für Therapeutinnen und Therapeuten oder Kliniken geben können.

Was können Betroffene tun, um die lange Wartezeit bis zur Therapie zu überbrücken?

Leider kommt es oft zu langen Wartezeiten, bis eine Therapie begonnen werden kann. Nach einer ersten Sprechstunde kann es Wochen bis Monate dauern, bis eine Therapie beginnt. In dieser Wartezeit kann ein Austausch mit anderen Betroffenen in Selbsthilfegruppen helfen. Außerdem gibt es Selbsthilfebücher oder Online-Angebote zu Zwangsstörungen, die Betroffene im Umgang mit der Zwangsstörung unterstützen können. Es gibt auch Ratgeber für Angehörige.

Im Kindes- und Jugendalter sind Wartezeiten bei ausgeprägten Zwangsstörungen unbedingt zu vermeiden. Eltern, Kinderärzte und -ärztinnen oder Hausärzte und Hausärztinnen sollten um baldmöglichste Behandlung bitten, da Kinder durch die Störung wichtige Entwicklungsschritte verpassen.

Kognitive Verhaltenstherapie

Was versteht man unter einer kognitiven Verhaltenstherapie? Die kognitive Verhaltenstherapie (KVT) beruht auf dem Grundsatz, dass psychische Probleme erlernt und dementsprechend auch wieder veränderbar sind. In der Behandlung geht es darum, einen veränderten Umgang mit den Zwangsgedanken (kognitive Therapie) und mit den Gefühlen zu erleben, die den Druck, Zwangshandlungen durchzuführen, auslösen (Verhaltenstherapie).

Was sind typische Inhalte einer leitliniengerechten kognitiven Verhaltenstherapie?

„Kognitiv“ ist ein vom Lateinischen abgeleiteter Begriff. Er bedeutet erkennen bzw. erfahren. Er wird immer dann angewandt, wenn es um den Umgang mit Gedanken geht, die Menschen beunruhigen oder belasten und zu Zwangshandlungen führen. Wenn Betroffene über einen solch unangenehmen und belastenden Gedanken nachgrübeln, kommt es oft zu Fehleinschätzungen was der Ge-

danke bedeuten oder bewirken könnte. Diese Fehleinschätzungen nennen wir Denkfehler. In der kognitiven Therapie lernen Betroffene, diese Denkfehler zu erkennen und mit ihnen anders umzugehen.

Warum ist eine kognitive Verhaltenstherapie bei Zwangsstörungen die Therapie der Wahl?

In vielen wissenschaftlichen Untersuchungen hat die kognitive Verhaltenstherapie in der Behandlung von Zwängen die höchste Wirksamkeit gezeigt. Sie ist deshalb auch das Kernstück in der Behandlung von Zwängen. Die Wahrscheinlichkeit, die Zwangsstörung mit kognitiver Verhaltenstherapie erfolgreich zu behandeln, ist sehr hoch. Daher gilt diese Methode als „erste Wahl“.

Expositionstherapie

Die entscheidende und wichtigste verhaltenstherapeutische Methode, die bei der Behandlung von Zwängen erfolgreich angewandt wird, nennt sich „Exposition mit Reaktionsmanagement“. Bei dieser Methode geht es darum, sich der zwangsauslösenden Situation auszusetzen (= exponieren) und das aufkommende, meistens unangenehme Gefühl (= Reaktionen) anders als durch das Ausführen von Zwangshandlungen zu „managen“. Da dieser Begriff umständlich ist, wird oft vereinfacht von Expositionstherapie gesprochen.

Bei dieser Expositionstherapie lernen Betroffene unangenehme Gefühle wie Angst oder Ekel auch ohne Zwangshandlungen zu bewältigen. Sie können auf diese Weise neue Erfahrungen machen und erleben sich nicht mehr als hilflos gegenüber dem Zwang.

Im Rahmen der Behandlung werden nun sogenannte Expositionsübungen durchgeführt. Dabei wird eine zwangsauslösende Situation bewusst aufgesucht, dann aber keine Zwangshandlungen durchgeführt, sondern die Angst wird zugelassen, bis sie von allein nachlässt. Diese natürliche Verringerung der Angst entsteht durch die Gewöhnung an die angst-

auslösende Situation und ist ein normaler seelischer und körperlicher Vorgang.

Zwänge allein bewältigen

Viele Betroffene denken zunächst, dass sie das nicht schaffen, da der Zwang bei ihnen zu stark ist und dass es zu schwer wird. Es wird daher empfohlen, dass Therapeutinnen und Therapeuten die ersten Expositionssitzungen begleiten. In diesen Übungs-sitzungen passiert nichts gegen den Willen von Betroffenen und alles wird vorher genau besprochen und gemeinsam geplant.

Wichtig ist auch, dass die Expositionsübungen dort gemacht werden, wo die Zwänge am stärksten und häufigsten auftreten, dies ist häufig zuhause. In diesem Fall wird empfohlen, diese Übungen dort mit den Therapeuten durchzuführen. Im Verlauf der Behandlung können Betroffene solche Expositionsübungen auch allein umsetzen (also ohne Begleitung von Therapeutinnen und Therapeuten). Das ist sehr wichtig, weil Betroffene dann lernen und erleben, dass sie ihre Zwänge auch allein bewältigen können.

So lernen sie in der Behandlung Schritt für Schritt, dass sie keine Zwangshandlungen ausführen oder bestimmte Situationen vermeiden müssen, um schlechte Gefühle oder Ängste zu bewältigen. Am Ende der Therapie werden persönliche Ressourcen und Frühwarnsignale besprochen, an denen Betroffene erkennen können, dass Zwänge wiederkommen. Auch ein hilfreiches Verhalten in Risikosituationen wird thematisiert. So können Betroffene Rückfällen frühzeitig entgegenwirken.

Diese Behandlung ist herausfordernd und verlangt auch viel Mut von Betroffenen. Aber es lohnt sich, denn die Behandlung ist wirksam gegen Zwänge. Diese Therapie wird auch von Betroffenen selbst als hilfreichste Therapie gegen Zwänge bewertet. Wichtig ist, dass Betroffene sich immer wieder gegen den Zwang stellen, sich nicht entmutigen lassen und eigenständig üben. Das Gehirn braucht Zeit, um das neue Verhalten zu erlernen. Wichtig zu wissen ist, dass Expositionsbe-

handlungen nur dann wirken, wenn Expositionen korrekt, regelmäßig und konsequent durchgeführt werden.

Es ist möglich, dass Expositionsbehandlungen für manche Betroffene nicht geeignet sind, wenn sie zum Beispiel unter sehr starken Depressionen leiden, eine Beruhigungsmedikation (Benzodiazepine) nehmen, der Zwang inhaltlich mit einem unbearbeiteten Trauma verknüpft ist oder keine Einsicht in das übermäßige Ausmaß der Zwangshandlungen vorliegt. Daher ist es sinnvoll, dies in den ersten Sitzungen zu besprechen.

Digitale Therapieangebote

Videosprechstunden

Sollte die Durchführung von Verhaltenstherapie nicht im direkten persönlichen Kontakt mit Therapeuten möglich sein (zum Beispiel aus organisatorischen Gründen, aufgrund weiter Wege, pandemiebedingt, etc.), kann für Betroffene eine Psychotherapie per Video infrage kommen. Diese findet in Deutschland über zertifizierte Videodienstleister statt, sodass die Vertraulichkeit der personenbezogenen Daten sichergestellt wird. Bei Interesse sollten Betroffene die behandelnden Psychotherapeutinnen und -therapeuten darauf ansprechen.

Online-Therapie

Anstelle oder zur Überbrückung von Wartezeiten auf einen Therapieplatz stehen für einige psychische Störungen (z.B. Depression, Panikstörungen) digitale Therapieangebote, sogenannte Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGAs) zur Verfügung und können von Ärztinnen, Ärzten oder Psychotherapeutinnen und -therapeuten verschrieben werden. Aktuell (Stand 2025) gibt es in Deutschland keine DiGA speziell für Zwangsstörungen.

Expositionen in Virtueller Realität (VR)

Virtuelle Realität ist eine computergenerierte Umgebung, in die man zum Beispiel mithilfe einer VR-Brille eintauchen kann. In der Psychotherapie kann sie für Expositionen eingesetzt werden. Dafür können sich Menschen, die beispielsweise an Waschzwängen

leiden, in digitalen Umgebungen mit ihren Ängsten, wie einer schmutzigen öffentlichen Toilette, auseinandersetzen. Die Behandlung entspricht ansonsten einer Expositionsbehandlung in der Realität. Das Ziel ist, die mit dem Zwang verbundenen Gefühle auszulösen (Angst und Ekel) und therapeutisch zu bearbeiten. Der Einsatz von VR hat vor allem organisatorische Vorteile (wie Zeitersparnis). Da das Gebiet noch erforscht wird, stehen im Moment passende virtuelle Realitäten jedoch nur im Rahmen von Studien zu Verfügung.

6. Medikamente

Zur Therapie von Zwangsstörungen werden auch sogenannte Psychopharmaka eingesetzt. Diese Medikamente greifen in den Hirnstoffwechsel ein. Zum einen wirken sie auf Botenstoffe (Transportmittel) des Gehirns, die Informationen von Nervenzelle zu Nervenzelle übermitteln, und zum anderen wirken sie auf die Verbindungen (sogenannte Synapsen) zwischen zwei Nervenzellen.

Es gibt nur wenige Gruppen von Psychopharmaka, die sich als wirksam gegen die Symptome von Zwangsstörungen erwiesen haben: die sog. Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRIs) sowie das ebenfalls serotonerg wirksame Antidepressivum Clomipramin. Sie beeinflussen den Stoffwechsel von Serotonin im Gehirn. Diese Medikamente werden bei Depressionen und Angststörungen sowie bei Zwangsstörungen eingesetzt.

Bei Zwangsstörungen kann die Wirksamkeit von SSRIs bei Kindern und Jugendlichen sogar besser sein als bei Depression.

Bei Einnahme von SSRIs ohne begleitende Psychotherapie kommt es im Durchschnitt zu einer etwa 20- bis 30-prozentigen Linderung von Zwängen. Der Effekt tritt nicht sofort in den ersten Wochen der Behandlung ein, sondern frühestens nach vier Wochen und ist meist nach etwa sechs bis acht Wochen deutlicher zu spüren. Die Wirkung kann von Mensch zu Mensch sehr unterschiedlich sein. Bei manchen kommt es zu einer sehr guten Verbesserung der Zwänge, bei einem Teil

der Betroffenen wirken die SSRIs dagegen kaum oder gar nicht und sollten dann auch wieder abgesetzt werden. Die Wirkung kann allerdings erst dann beurteilt werden, wenn mindestens über einen Zeitraum von zwei bis drei Monaten eine regelmäßige Einnahme erfolgte.

Sind die für Zwangsstörungen zugelassenen Medikamente gleich gut wirksam?

Laut wissenschaftlicher Studienlage sind die zugelassenen Medikamente für Zwangsstörungen, das heißt SSRIs und Clomipramin, vergleichbar stark wirksam. Individuell kann es trotzdem sein, dass einzelne Personen auf ein Medikament besser als auf ein anderes ansprechen. Dies könnte mit Unterschieden in der Verstoffwechslung zu tun haben.

Bei Kindern und Jugendlichen wird Clomipramin jedoch erst eingesetzt, wenn verschiedene SSRIs nicht ausreichend wirksam waren. Der Grund dafür: Clomipramin kann bei gleicher Wirksamkeit mehr unerwünschte Nebenwirkungen verursachen.

Wann sollten Medikamente eingenommen werden?

Medikamente sind in der Regel nicht die wirksamste Behandlungsform bei Zwangsstörungen. Kognitive Verhaltenstherapie mit Exposition ist die wirksamste und auch nachhaltigste Therapiemethode bei Zwangsstörungen bei allen Altersgruppen.

Medikamente sollten nach den Leitlinien als alleinige Therapie nur angewendet werden, wenn folgende Bedingungen gegeben sind:

- Die Kognitive Verhaltenstherapie mit Exposition war nicht ausreichend wirksam.
- Eine Kognitive Verhaltenstherapie ist nicht verfügbar oder wird von den Betroffenen abgelehnt.
- Die Zwänge sind so schwer ausgeprägt, dass eine Kognitive Verhaltenstherapie nicht durchführbar ist.
- Die Betroffenen bevorzugen persönlich eine medikamentöse Behandlung.

- Die Betroffenen möchten lange Wartezeiten auf einen Therapieplatz überbrücken.

Wie lange sollten Medikamente eingenommen werden?

Bei gutem Ansprechen auf SSRIs wird empfohlen, die Medikamente für 1 bis 2 Jahre weiter einzunehmen und dann sehr langsam auszuschleichen. Nach Einstellung der Medikation kann es zu Absetzerscheinungen kommen. Ein sehr langsames Ausschleichen der Medikamente über mehrere Monate soll die Gefahr von Absetzeffekten mindern.

Zu den Absetzsymptomen nach Beendigung einer SSRI-Therapie zählen zum Beispiel Erschöpfung, Schwäche, Müdigkeit, Kopfschmerzen, Benommenheit, Schwitzen, Schlafstörungen, Appetitlosigkeit, Bauchschmerzen, Angst, Unruhe, innere Anspannung, gedrückte Stimmung, Stimmungsschwankungen sowie grippeähnliche Symptome, Gangunsicherheit, Muskelzuckungen und anderes. Nach langandauernder, mehrjähriger Therapie kann es nach dem Absetzen von SSRIs auch über viele Monate zu starken Verschlechterungen der Symptome kommen.

Es ist aktuell aus wissenschaftlicher Sicht noch unklar, ob solche Verschlechterungen dem Krankheitsverlauf entsprechen oder ob sie zum Teil auch einem Rebound entsprechen. Mit ‚Rebound‘ ist gemeint, dass Krankheitssymptome nach Beendigung einer Behandlung plötzlich stärker zurückkehren können als während der Therapie, oft weil der Körper auf das Absetzen der Behandlung reagiert.

Bei Kindern und Jugendlichen wird empfohlen, bei Erfolg der Therapie die Medikation ebenfalls weitere 12 Monate einzunehmen. Viele Betroffene mit Zwangsstörungen nehmen Medikamente über einen längeren Zeitraum ein. Wissenschaftliche Studien, die Nutzen und Risiken einer Langzeittherapie mit Medikamenten systematisch untersucht haben, liegen derzeit nicht vor.

Nebenwirkungen

Vor der Einnahme von Medikamenten gegen Zwangsstörungen sollen Betroffene, Eltern und ggf. Angehörige vorab ausführlich über Wirkungen und Nebenwirkungen aufgeklärt werden.

In den diesem Dokument zugrunde liegenden Leitlinien wird empfohlen, dass die Patientinnen und Patienten auf die Möglichkeit von unerwünschten Wirkungen zu Beginn der medikamentösen Behandlung hingewiesen werden sollten und bei deren Auftreten ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen sollten. Für die SSRIs werden dabei in den Leitlinien folgende Nebenwirkungen für diese Aufklärung erwähnt (was nicht einer vollständigen Aufzählung aller möglichen Nebenwirkungen entspricht):

- Übelkeit, Verdauungsstörungen, Durchfall (besonders in der Anfangsphase)
- Sexuelle Funktionsstörungen
- Hyponatriämie (ein erniedrigter Natriumwert im Blut) v. a. bei älteren Patientinnen und Patienten
- Eine erhebliche Zunahme von körperlicher Unruhe und Angst (besonders in der Anfangsphase)
- Suizidgedanken (besonders bei jüngeren Patientinnen und Patienten und auch besonders in der Anfangsphase)
- Blutungsneigung, insbesondere bei gleichzeitiger Gabe von gerinnungshemmenden Medikamenten einschließlich nichtsteroidaler Antirheumatika (Nicht-cortisonhaltige Schmerzmittel wie z.B. Aspirin)
- Absetzschwierigkeiten nach länger dauernder SSRI-Einnahme

Dabei kann unterschieden werden, welche Medikamente als erste Wahl bzw. als Alternativen (2. Wahl) oder zur zusätzlichen Wirkungsverstärkung (Augmentation) eingesetzt werden können. Augmentation bedeutet, dass diese Medikamente in Studien die Wirkung einer bereits erfolgten medikamentösen, bei Zwangsstörungen mit SSRIs, nochmals etwas verstärken können, aber deren Wirksamkeit nicht als alleinige Therapie nachgewiesen ist.

Tabelle 1: Übersicht über empfohlene Medikamente in der Behandlung von Zwangsstörungen im Erwachsenenalter

Substanz	Substanz-klasse	max. Dosis
<i>Medikamente der 1. Wahl: Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRIs)</i>		
Fluvoxamin*	SSRI	300 mg
Paroxetin*	SSRI	60 mg
Fluoxetin*	SSRI	80 mg
Sertralin*	SSRI	200 mg
Citalopram*+	SSRI	40 mg
Escitalopram*+	SSRI	20 mg
<i>Medikamente der 2. Wahl: Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SRIs) aus der Klasse der trizyklischen Antidepressiva oder Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer</i>		
Clomipramin*	TZA	225 mg
Venlafaxin	SNRI	225 mg
* für die Behandlung von Zwangsstörungen in Deutschland zugelassen		
<i>Bei Nicht-Ansprechen auf SSRIs zur Wirkungsverstärkung **</i>		
Aripiprazol	Atypisches Antipsychotikum	5 – 15 mg
Risperidon	Atypisches Antipsychotikum	0,5 – 3 mg
** Behandlungsversuch über 6 Wochen		

Es gibt viele Medikamente, die entweder in Studien keine Wirksamkeit gegen Zwangsstörungen gezeigt haben oder für die keine entsprechenden Studien durchgeführt wurden. Daher können sie bei Zwangsstörungen nicht empfohlen werden. Das sind z.B. Antidepressiva, die nicht auf das Serotoninsystem wirken, Beruhigungsmittel oder sogenannte Stimmungsstabilisierer. Auch für homöopathische oder pflanzliche Medikamente gibt es

keine Hinweise, dass sie bei Zwangsstörungen wirken.

Pharmakotherapie/ Medikation bei Zwangsstörungen im Kindes- und Jugendalter

Im Folgenden wird beschrieben, wann und wie eine medikamentöse Behandlung im Kindes- und Jugendalter erfolgen sollte und wer diese verordnen und begleiten kann.

Wann sollte Medikation eingesetzt werden?

Die erste Frage ist tatsächlich, soll überhaupt eine Medikation eingesetzt werden? Die Antwort lautet: Dann, wenn eine Psychotherapie, die die Kernelemente Expositionen und Reaktionsverhinderung enthalten hat, nicht ausreichend wirksam ist. In diesem Fall sollte die Psychotherapie mit einer Medikation ergänzt werden. Im Falle von schwerer Symptomausprägung und schwerer Einschränkung in der Alltagsbewältigung (wenn zum Beispiel das Kind die Schule nicht mehr besuchen kann oder nicht mehr isst) kann ab Beginn der Behandlung an eine alleinige oder eine Kombinationsbehandlung mit Psychotherapie und psychopharmakologischer Therapie gedacht werden.

Dies gilt auch, wenn am Wohnort oder im weiteren Umkreis keine Psychotherapie zur Verfügung steht. Man sollte aber in diesem Fall unbedingt weiter nach einer Möglichkeit für eine kognitiv-verhaltenstherapeutisch ausgerichtete Psychotherapie suchen, um einen langfristigen Erfolg der Behandlung zu ermöglichen.

Welche Medikation soll eingesetzt werden?

Wenn eine Medikation eingenommen werden sollte, dann kommt im Kindes- und Jugendalter nach dem derzeitigen Kenntnisstand nur eine Medikationsgruppe in Frage, die serotonerg wirksamen Antidepressiva, die sogenannten SSRIs.

Bei der Auswahl der verschiedenen SSRIs soll der Arzt oder die Ärztin den Eltern den Zulassungsstatus (ab welchem Alter und für welche Störungen sind die SSRIs zugelassen) und das Wirkungs- und Nebenwirkungsprofil der Medikation erklären und gemeinsam mit den Eltern eine Entscheidung für die Auswahl des Medikamentes treffen. Die betroffenen Kinder sollen altersgerecht und ebenfalls ausführlich aufgeklärt werden. Aktuell ist die Auswahl für Medikamente, die bei Kindern und Jugendlichen mit Zwangsstörung wirksam sind, gering. Es gibt zwei bis drei SSRIs, die Gemeinsamkeiten und Unterschiede zueinander aufweisen. Wenn bereits ein Familienmitglied zur Behandlung von Zwangsstörungen Medikation erhalten hat und sich eine sehr gute Wirkung zeigt, kann dies bei der Entscheidung für ein Medikament berücksichtigt werden.

Worauf sollte bei der Therapie mit SSRIs geachtet werden?

Die erste Aufklärung über das Medikament, die Verordnung/Rezepterstellung und auch die ersten Wochen bzw. Monate Begleitung der medikamentösen Behandlung sollen durch einen Facharzt oder Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie durchgeführt werden. Der Beginn der Behandlung und die Dosierung sollen sehr vorsichtig erfolgen. Bei Zwangsstörungen können aber auch im Kindes- und Jugendalter hohe bis maximale Dosierungen, wie sie bei den Patienten im Erwachsenenalter eingenommen werden, notwendig sein. Selbstverständlich sollte dies gut überwacht werden. Bei guter Verträglichkeit und Wirksamkeit, kann die weitere Behandlung im Laufe der Zeit auch in Zusammenarbeit mit Fachärztinnen oder -ärzten für Kinder- und Jugendmedizin oder für Allgemeinmedizin erfolgen.

Was ist, wenn auch die Medikation mit SSRIs nicht ausreichend wirkt oder Nebenwirkungen zeigt?

Zunächst sollte bei unzureichender Wirksamkeit einer Therapie mit einem SSRI auf ein anderes SSRI umgestellt werden, da die Wirkungen und Nebenwirkungen der verschiedenen SSRIs sich doch etwas unterscheiden (siehe Tabelle 2). Wenn die Behandlung mit zwei oder mehreren SSRIs bei ausreichender Dosis und Dauer immer noch wirkungslos geblieben ist, kann die Behandlung auf das Medikament Clomipramin umgestellt werden.

Clomipramin kann auch bei Kindern und Jugendlichen mit Zwangsstörungen genauso gut wirksam sein wie SSRIs, jedoch sollten die Nebenwirkungen engermaschiger kontrolliert werden. Clomipramin ist daher nur 2. Wahl der Behandlungsempfehlungen, da es bei gleicher Effektivität weniger gut verträglich ist als SSRIs. Vor und im Verlauf der Behandlung mit Clomipramin sollten verschiedene körperliche Untersuchungen (für das Herz ein EKG sowie Blutentnahmen) durchgeführt werden.

Tabelle 2: Übersicht über Medikamente

Substanz	Substanzklasse	max. Dosis
Medikamente der 1. Wahl bei Kindern und Jugendlichen: Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRIs)		
Fluvoxamin*	SSRI	300 mg
Sertralin*	SSRI	200 mg
Fluoxetin**	SSRI	80 mg
Medikament der 2. Wahl: Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SRIs) aus der Klasse der trizyklischen Antidepressiva (TZA)		
Clomipramin	TZA	225 mg

Substanz	Substanzklasse	max. Dosis
* Für die Behandlung von Zwangsstörungen im Kindes- und Jugendalter in Deutschland und in der Schweiz zugelassen (Fluvoxamin ab 8 Jahren. Sertralin ab 6 Jahren)		
** Fluoxetin ist für die Behandlung von Depressionen in Deutschland zugelassen ab dem Alter von 8 Jahren. Daher kann es bei komorbider Zwangsstörung mit Depression als erste Wahl eingesetzt werden.		
<i>Augmentation mit Antipsychotika bei Nicht-Ansprechen auf SSRIs zur Wirkungsverstärkung</i> ***		
Aripiprazol	Atypisches Antipsychotikum	5 – 15 mg
Risperidon	Atypisches Antipsychotikum	0,5 – 3 mg
*** Die Studienlage ist für Augmentation bei Kindern und Jugendlichen weniger gut		

Bei unzureichender Wirksamkeit der medikamentösen Therapie mit mehreren SSRIs und Clomipramin kann eine zusätzliche Behandlung mit Medikamenten einer anderen Wirkstoffgruppe, den sogenannten Antipsychotika Aripiprazol oder Risperidon in niedriger Dosis erwogen werden. Dies gilt auch für Kinder und Jugendlichen mit Zwangsstörungen und einer behandlungsbedürftigen koexistierenden Tic-Störung, die auf Psychotherapie nicht ausreichend ansprechen. Bei Nicht-Ansprechen auf diese zusätzliche Behandlung mit Antipsychotika (Aripiprazol oder Risperidon) sollen diese spätestens nach sechs Wochen abgesetzt werden. Auch bei Nebenwirkungen wie starker Gewichtszunahme oder neu auftretenden Bewegungen (zum Beispiel an Händen oder Mund) sollten die Antipsychotika abgesetzt werden. Die Begleitkontrollen für Nebenwirkungen sind wie bei Clomipramin aufwändiger als bei SSRIs.

Diese Behandlung wird nicht empfohlen

Eine alleinige Behandlung mit Antipsychotika (z.B. Aripiprazol oder Risperidon) soll aufgrund fehlender Wirkungsnachweise und möglicher Nebenwirkungen bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Zwangsstörung nicht eingesetzt werden. Für andere Medikamente als die bisher genannten können keine Empfehlungen ausgesprochen werden, da es keine ausreichende Forschungsgrundlage gibt.

7. Psychotherapie und Medikamente in Kombination

Viele Menschen mit Zwangsstörungen sind in psychotherapeutischer Behandlung und nehmen Psychopharmaka ein. Es herrscht dabei die Überzeugung, dass den Patientinnen und Patienten am besten geholfen wird, wenn beide Therapieformen zur Anwendung kommen, d. h. die Kombination noch mehr Nutzen und Wirkung hat, als wenn die jeweilige Therapie allein durchgeführt wird. Ob Patientinnen und Patienten Medikamente oder Psychotherapie oder beides erhalten, hängt häufig auch von der Verfügbarkeit der entsprechenden Therapien ab.

Was sagen wissenschaftliche Studien zu diesem Thema?

Studien haben gezeigt, dass Betroffene mit Zwangsstörungen, die Antidepressiva vom Typ der SSRIs einnehmen, einen deutlichen Zusatznutzen haben, wenn sie auch mit Kognitiver Verhaltenstherapie mit Expositionsübungen behandelt werden. Es wird daher empfohlen, dass eine medikamentöse Therapie nicht die alleinige Therapie sein sollte, sondern mit Kognitiver Verhaltenstherapie und Exposition kombiniert werden sollte.

Das Umgekehrte, nämlich ein Zusatznutzen von medikamentöser Therapie bei Betroffenen, die mit Kognitiver Verhaltenstherapie und Exposition behandelt werden, ist dagegen deutlich weniger gut durch Studien belegt, d. h. die Studien konnten nicht eindeutig

zeigen, dass Betroffene einen Zusatznutzen haben, wenn sie Kognitive Verhaltenstherapie und Exposition als Therapie erhalten und zusätzlich noch ein Antidepressivum. Am ehesten war ein solcher Zusatznutzen eines Antidepressivums dann vorhanden, wenn bei den Patientinnen und Patienten auch eine Depression vorlag (mindestens eine mittelschwere Depression). Ein Zusatznutzen eines Medikamentes zusätzlich zur Verhaltenstherapie mit Exposition besteht eventuell auch darin, dass insgesamt schneller eine Wirkung eintritt, zumal die Wirkung von Psychotherapie oft mehr Zeit erfordert, d. h. später eintritt.

Medikamente benötigen bei Zwangsstörungen aber auch mindestens 6 bis 8 Wochen, bis eine deutliche Wirkung zu verspüren ist. Eine typische Psychotherapie, wie sie ambulant durchgeführt wird, benötigt dagegen einen Zeitraum von vielen Monaten, oft ein bis zwei Jahre, es sei denn, sie würde sehr hochfrequent, d. h. mit sehr vielen Stunden pro Woche und auch einem raschen Beginn mit Expositionsbehandlungen angewendet. Dies ist bislang in der Versorgungssituation in aller Regel nicht der Fall. Zudem bestehen bei Psychotherapie Wartezeiten.

Besonders wichtig erscheint der Aspekt, dass die Wirksamkeit von Therapien beim einzelnen Menschen niemals von vornherein genau eingeschätzt werden kann und jeweils eigene Erfahrungen gemacht werden müssen. So kann eine medikamentöse Therapie bei einem Betroffenen keine positive Wirkung erzielen, bei einem anderen jedoch eine sehr deutliche Wirkung. Wenn also noch nie eine medikamentöse Therapie eingesetzt wurde und ein erheblicher Leidensdruck oder eine Beeinträchtigung durch eine Zwangsstörung besteht und andere Therapieformen wie Verhaltenstherapie mit Exposition ausreichend lange eingesetzt wurden, ist den Betroffenen nach Aufklärung über Risiken und Nebenwirkungen ein Versuch mit einem Antidepressivum (vom Typ SSRI) über einen Zeitraum von mindestens drei Monaten zu empfehlen.

Bei Kindern und Jugendlichen empfiehlt man bei fast allen Störungen, dass neben einer medikamentösen Therapie immer auch eine Psychotherapie, mindestens aber eine engmaschige Beratung im Sinne einer multimodalen Therapie durchgeführt werden soll.

Es gibt einen weiteren Nachteil, der bei einer Kombinationstherapie beachtet werden soll: Es hat Vorteile, wenn nicht zwei Therapieformen, d. h. Psychotherapie und ein Medikament zeitgleich begonnen bzw. angewendet werden. Es ist wichtig, dass Betroffene Erfahrungen mit einer Therapieform machen können. Wenn zwei Therapieformen gleichzeitig begonnen werden, ist es für die Betroffenen im Nachhinein schwerer, die Wirksamkeit der jeweils einzelnen Therapie zu bewerten. Es ist aber wichtig, die Erfahrung zu machen, welche Therapieform individuell am besten hilft.

8. Andere Verfahren

Psychotherapie und Medikamente sind die bei weitem am besten untersuchten Therapieformen bei Zwangsstörungen. Es gibt jedoch noch andere Methoden, die vorrangig an Universitätskliniken eingesetzt bzw. bei Patientinnen und Patienten mit Zwangsstörungen, die auf Psychotherapie und Medikamente nicht angesprochen hatten, eingesetzt bzw. in Studien erprobt wurden. Es handelt sich vor allem um Therapien, bei denen über elektrischen Strom oder Magnetspulen das Gehirn beeinflusst werden soll, in der Hoffnung, dadurch gestörte Abläufe zu beeinflussen.

8.1 Elektrokonvulsionstherapie

Da diese Therapieform sehr erfolgreich u. a. bei schweren Depressionen eingesetzt wird, hat man immer wieder auch versucht, erwachsenen Patientinnen und Patienten mit Zwangsstörungen, denen Medikamente und Psychotherapie nicht geholfen haben, damit zu behandeln. In der Gesamtschau der Berichte waren diese Behandlungsversuche nicht erfolgreich. Studien, die die Wirksamkeit bei Zwangsstörungen belegt haben,

liegen nicht vor, weshalb es nicht empfohlen werden kann.

8.2 Transkranielle Magnetstimulation

Hier wird der Hirnstoffwechsel über eine Magnetspule von außen beeinflusst. Die wiederholte Stimulation bestimmter Regionen mit der Magnetspule hat in Studien bei erwachsenen Patientinnen und Patienten leichte Verbesserungen von Zwangsstörungen gezeigt, sodass das Verfahren bei Patientinnen und Patienten, die auf andere Therapien nicht angesprochen haben, zu einer vorübergehenden Linderung der Symptome geführt hat. Allerdings gibt es keine Belege, dass die Besserungen über mehr als vier Wochen über den Zeitraum der Anwendung hinaus anhalten und zudem können nur wenige universitäre Zentren die Therapie anbieten.

8.3 Vagusnerv-Stimulation und transkranielle Gleichstromstimulation

Diese Verfahren können mangels Wirksamkeitsnachweisen bei Zwangsstörungen nicht empfohlen werden.

8.4 Tiefe Hirnstimulation

Bei dieser Behandlungsmethode werden Elektroden in präzise definierte Zielbereiche des Gehirns beider Hemisphären implantiert und über feine Kabel mit einer Batterie verbunden, die unter die Haut eingesetzt wird. Man spricht auch vom „Hirnschrittmacher“. Über eine gezielte dauerhafte (im Gegensatz zur transkraniellen Magnetstimulation, bei der die Stimulation nur während der Sitzungsdauer stattfindet) Stimulation wird versucht, die gestörte Hirnaktivität zu beeinflussen.

Mit diesem Verfahren gibt es bei anderen Erkrankungen, wie zum Beispiel bei der Parkinson-Erkrankung, viele Erfahrungen und mittlerweile liegen auch schon ausreichend viele Studien bei Zwangsstörungen vor. Wenn nachgewiesenermaßen die wiederholte und auch nach den Regeln der Kunst durchgeführte Psychotherapie und medikamentöse Therapie nicht erfolgreich war (dazu zählt auch mindestens ein Aufent-

halt in einer Klinik mit Spezialisierung für Zwangsstörungen) und die Betroffenen sehr stark unter der Zwangsstörung leiden, kann diese Behandlungsmethode in Einzelfällen im Erwachsenenalter als letzte Behandlungsmöglichkeit erwogen werden, sollte aber ausschließlich in dafür hoch spezialisierten Zentren durchgeführt werden.

Für Kinder und Jugendliche können diese „Verfahren“ bisher nicht empfohlen werden, da noch nicht genug Studien vorliegen, die die Wirksamkeit und Sicherheit der Verfahren belegen. In Einzelfällen wurden diese Verfahren auch schon bei Jugendlichen mit therapieresistenten Zwangsstörungen durchgeführt. Vor der Anwendung sollten mindestens zwei Experten für die Behandlung von Zwangsstörungen bestätigen, dass alle anderen Therapieoptionen ausgeschöpft wurden. Erste positive Erfahrungen liegen für die Transkranielle Magnetstimulation vor. Diese Therapie ist wenig invasiv, dafür aber nur in sehr wenige Zentren verfügbar und zeitintensiv (d. h. man muss für mehrere Wochen immer wieder diese Behandlung durchführen).

Sport und Bewegung als Therapie von Zwängen

Bei vielen psychischen Erkrankungen wird immer mehr die positive Wirkung von körperlichem Training bzw. sportlichen Aktivitäten betont. Es gibt sehr gute Belege dafür, dass regelmäßiges körperliches Training positive Effekte auf Angstsymptome und depressive Symptome hat und auch zumindest leicht positive Auswirkungen auf Zwangssymptome. Viele Betroffene mit Zwangsstörungen haben aufgrund ihrer Zwänge und des Vermeidungsverhaltens jegliche sportlichen Aktivitäten eingestellt. Sportliche Aktivitäten sind empfehlenswert und sollten in einen Gesamttherapieplan einbezogen werden.

9. Wie kann man Rückfällen vorbeugen?

Damit Behandlungserfolge langfristig erhalten bleiben, ist es wichtig, sich mit möglichen Rückfällen zu beschäftigen und sich gegen diese zu wappnen. So gelingt es, nicht wieder in die alten Muster des Zwanges zurückzufallen. Denn leider sind Zwänge sehr hartnäckig und Rückfälle – auch nach erfolgreicher Behandlung – eher die Regel als die Ausnahme. Umso wichtiger ist es daher, Rückfällen aktiv vorzubeugen. Im Folgenden haben wir die Empfehlung für das Vorbeugen von Rückfällen im Rahmen einer psychotherapeutischen oder medikamentösen Behandlung für Betroffene, Angehörige und Therapeutinnen und Therapeuten zusammengefasst.

Vorbeugen von Rückfällen (Psychotherapie)

Zum Abschluss der Therapie sollte gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten oder den Eltern ein Rückfallpräventionsplan erstellt werden, der insbesondere auf der frühzeitigen Erkennung von Symptomen und einem schnellen Zugang zur zuvor erfolgreichen Behandlung beruht. Es gibt bisher kaum Studien, die genaue Anweisungen zur Verhinderung von Rückfällen beinhalten. Überlegungen, welche Strategien geholfen haben und wie man Rückfälle verhindern kann, sollten mit der Therapeutin oder dem Therapeuten besprochen werden.

Vorbeugen von Rückfällen (Psychopharmakotherapie)

Wurde eine Zwangsstörung mit Medikamenten behandelt (SSRIs) sollten diese mindestens ein bis zwei Jahre oder länger in einer ausreichend hohen Dosis eingenommen werden. Ein Absetzen der Medikamente sollte aber nur nach Absprache mit dem Arzt oder der Ärztin und sehr vorsichtig erfolgen.

Selbsthilfegruppen

Selbsthilfegruppen können ebenfalls hilfreich sein, Rückfällen vorzubeugen. Im Austausch mit anderen erfährt man, wie die Teilnehmen-

den Rückfällen begegnen, bzw. sich vor ihnen schützen. Mit den Mitgliedern einer Selbsthilfegruppe kann man auch Expositionen planen und durchführen. Hilfreich ist es auch, Achtsamkeits- oder Entspannungsübungen in der Gruppe zu üben. Mit der Gruppe kann man ebenfalls herausfinden, welche gesunden Anteile noch da sind und wie man sie wieder aktiviert.

Rückfälle gehören bei psychischen Erkrankungen, so auch bei der Zwangsstörung, dazu. Es kann ein Indikator dafür sein, wenn zu viel zugemutet wurde, nicht achtsam mit sich selbst umgegangen wurde oder Ängsten und Zwängen nicht ausreichend begegnet wurde. Sind die Zwänge jedoch belastend und stark ausgeprägt und nicht mehr allein zu bewältigen, ist der Kontakt zur Therapeutin oder zum Therapeuten angebracht.

Man findet spezialisierte Therapeutinnen und Therapeuten, eine Klinik oder Selbsthilfegruppe für Zwangsstörungen bei der Deutschen Gesellschaft Zwangserkrankungen e.V., www.zwaenge.de oder bei der Schweizerischen Gesellschaft für Zwangsstörungen (SGZ), www.zwaenge.ch

10. Zwänge und andere psychische Erkrankungen

Sehr viele Betroffene mit Zwangssymptomen leiden nicht nur an einer Zwangsstörung, sondern auch an einer anderen psychischen Störung.

Dass Personen an mehreren psychischen Störungen leiden bzw. die Kriterien für eine Diagnose von mehreren psychischen Störungen erfüllen, ist keine Besonderheit von Zwangsstörungen, sondern kommt allgemein bei psychischen Erkrankungen häufig vor. Die meisten Ursachen für psychische Erkrankungen gelten nicht spezifisch für eine ganz bestimmte psychische Störung, sondern erhöhen das Risiko für verschiedene psychische Erkrankungen. Mit anderen Worten: Eine erbliche Veranlagung für eine psychische Erkrankung geht oft auch mit einem höheren Risiko einer weiteren psychischen Erkran-

kung einher. Das gilt auch für Stressfaktoren und andere Belastungen im Leben, die das Risiko nicht nur für eine, sondern auch für andere psychische Erkrankungen erhöhen.

An welchen psychischen Störungen leiden Betroffene mit Zwangsstörungen besonders häufig?

Am häufigsten sind bei Erwachsenen mit Zwangsstörungen depressive Erkrankungen.

Bei Kindern und Jugendlichen sind neben Depressionen, Angststörungen, Essstörungen, Autismus-Spektrum Störungen, Psychosen und auch Suchterkrankungen und Aufmerksamkeits-Hyperaktivitäts-Defizit-Syndroms (ADHS) möglich.

Zwangsstörungen und Depression

Erwachsene Betroffene mit Zwangsstörung leiden häufig unter einer Depression.

Auch bei Jugendlichen sind gleichzeitige depressive Symptome häufig. Kinder leiden vermehrt auch unter ADHS, Tics oder Autismus. In sehr vielen Fällen kann die Depression als Folge der Zwangsstörung erklärt werden.

Oft führt das Leiden an den Zwängen und deren Folgen bei den Betroffenen zu Depressionen. Ursachen sind die hohe Belastung der sehr unangenehmen Zwangsgedanken und den hohen Zeitaufwand, den diese bedingen. Das führt dazu, dass viele andere Aktivitäten des Lebens verschoben oder verhindert werden.

Depressive Symptome können unter anderem durch die körperliche und psychische Erschöpfung infolge zeitintensiver Zwangsrituale, durch das wiederholte Erleben subjektiver Hilflosigkeit gegenüber den Zwangsimpulsen sowie durch soziale Isolation und die daraus resultierende Einsamkeit begünstigt werden. Viele Betroffene können im Rückblick auf ihr Leben sagen, dass die Zwänge zuerst vorhanden waren und sich später eine Depression entwickelt hat. Dies ist auch aus Sicht der Wissenschaft plausibel und die Behandlung

der Zwänge ist in diesen Fällen auch die ursächliche Therapie der Depression.

Auf der anderen Seite können Zwänge auch Symptom einer depressiven Erkrankung sein, da es zu den verschiedenen Symptomen von Depressionen auch zählt, in zwanghafter Weise zu denken oder sogar Zwangshandlungen auszuüben. Manchmal treten ausgeprägte Zwänge im Rahmen einer depressiven Phase auf und klingen mit der Besserung der Depression auch wieder ab. Eine depressive Stimmungslage kann zur Verstärkung bestehender Zwangsgedanken oder zu deren gehäufterem Auftreten beitragen. Dies verdeutlicht die diagnostische Herausforderung, eindeutig zu bestimmen, ob depressive Symptome als Folge ausgeprägter Zwangserkrankungen zu interpretieren sind, ob beide Störungsbilder komorbid auftreten oder ob Zwangssymptome im Rahmen einer depressiven Episode als sekundäres Phänomen in Erscheinung treten.

Was bedeutet dies für die Behandlung?

Grundsätzlich sollte die Behandlung auch eine depressive Störung im Blick haben, wenn eine solche zusätzlich zu einer Zwangsstörung besteht. Bezüglich der Behandlung von Depressionen verweisen wir auf die diesem Dokument zugrunde liegenden Leitlinien, insbesondere die S3-Leitlinie unipolare Depression. Erfahrungen in der Behandlung von Zwangsstörungen zeigen, dass depressive Symptome sich mit erfolgreicher Therapie von Zwangsstörungen bessern, auch bei einer Kognitiven Verhaltenstherapie mit Exposition, die ohne zusätzliche Antidepressiva durchgeführt wird. Die Bewältigung von Zwängen im Rahmen einer Psychotherapie stellt ein Selbstwirksamkeitserleben dar, wodurch sich auch die Stimmung verbessert und das Erleben von Hilflosigkeit abgeschwächt wird.

Es kann aber sein, dass eine Depression so stark ausgeprägt ist, dass sich der oder die Betroffene auf eine Verhaltenstherapie mit Exposition gar nicht einlassen kann und in diesen Fällen eine Depression zuerst behandelt werden muss.

Folgende Aussagen gelten bei der Behandlung von zusätzlichen psychischen Störungen bei Zwangsstörungen

Erstens kann die Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) mit Exposition mit dem Ziel eines schnelleren Wirkungseintritts und/oder bei Vorliegen einer komorbiden, mindestens mittelgradigen depressiven Episode durch eine leitliniengerechte Psychopharmakotherapie mit SSRI oder Clomipramin ergänzt werden.

Zweitens soll Patientinnen und Patienten mit Zwangsstörung mit komorbider depressiver Störung Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) mit Exposition angeboten werden.

Kann-Empfehlungen basieren auf begrenzter Evidenz und deuten auf einen möglichen Nutzen hin, z. B. bei der zusätzlichen Gabe von Antidepressiva, ohne dass eine klare Wirksamkeit belegt ist. Dass die Kombination mit Antidepressiva (bei Zwängen werden immer SSRIs oder Clomipramin empfohlen) von Kognitiver Verhaltenstherapie mit Exposition und Antidepressiva besser ist als nur Kognitive Verhaltenstherapie mit Exposition gilt am ehesten im Hinblick auf einen schnelleren Eintritt der Wirkung, ist aber nicht überzeugend für die mittel- oder längerfristige Gesamtwirksamkeit der Therapien gezeigt.

Wenn zusätzlich eine Depression bei einer Zwangsstörung vorhanden ist, soll auf jeden Fall auch die Kognitive Verhaltenstherapie mit Exposition angewendet werden. Damit wird zum Ausdruck gebracht, dass eine Depression kein Hinderungsgrund sein darf, Kognitive Verhaltenstherapie mit Exposition nicht anzuwenden.

Weitere psychische Störungen bei Zwangsstörungen

Bezüglich anderer schwerer psychischer Erkrankungen wie etwa Essstörungen, Abhängigkeitserkrankungen, emotional instabile Persönlichkeitsstörungen, Posttraumatische Belastungsstörungen und andere gilt nach den Leitlinien, dass individuell eine Entscheidung getroffen werden muss, ob die andere psychische Störung in der Behandlung

zunächst den Vorrang haben muss oder nicht. Wenn die andere psychische Störung so ausgeprägt ist, dass eine Behandlung der Zwangsstörung mit Kognitiver Verhaltenstherapie und Exposition nicht möglich ist oder erheblich erschwert ist, muss zunächst die andere psychische Störung behandelt werden.

Es entspricht auch der klinischen Erfahrung, dass es bei der Behandlung sinnvoll ist, den Schwerpunkt auf die Bewältigung einer psychischen Störung und nicht gleichzeitig mehrerer psychischer Störungen zu legen, da dies oftmals zu einer Überforderung für den Betroffenen führen kann. Ein Beispiel: Bei gleichzeitigem Vorliegen von Anorexia nervosa und Zwangsstörung muss zum Beispiel die Anorexia nervosa zuerst behandelt werden, wenn eine starke Gewichtsabnahme vorliegt.

Bei Vorliegen von psychischen Komorbiditäten kann eine ambulante Behandlung erheblich erschwert werden, dann kann eine stationäre Behandlung indiziert sein.

Bei einem gleichzeitigen Vorliegen eines unbehandelten Aufmerksamkeits-Hyperaktivitäts-Defizit-Syndroms (ADHS) sollte dies in der Regel zuerst behandelt werden, da hier die Auswirkungen etwa in Schule, Familie und Freundeskreis gravierend sein können. Eine frühzeitige medikamentöse Behandlung bei einem schweren ADHS kann aber z.B. sehr schnell zu positiven Ergebnissen führen.

Liegt zusätzlich zu der Zwangsstörung eine Autismus-Spektrum-Störung vor, sollte diese mit gesehen und berücksichtigt werden. Hier sollte jedoch die Zwangsstörung ohne Aufschub behandelt werden, da es sich bei der Autismus-Spektrum-Störung um eine dauerhafte Beeinträchtigung der wechselseitigen Kommunikation und sozialen Interaktion handelt. Die Autismus-Spektrum Störung sollte je nach Leidensdruck und Ausprägung aber nicht außer Acht gelassen bzw. ebenfalls spezifisch behandelt werden. Wichtig ist zu unterscheiden, dass die Wiederholung von Handlungen für Patientinnen und Patienten mit Autismus auch Sicherheit geben kann und nicht immer gleich quälend erlebt wird.

Patientinnen und Patienten mit Zwangsstörung mit einer komorbiden psychischen Störung (zum Beispiel einer schweren Depression, Essstörung, Abhängigkeitserkrankung, emotional instabile Persönlichkeitsstörung, Posttraumatische Belastungsstörung), die die Behandlung der Zwangsstörung mit KVT erheblich erschwert, sollten initial eine leitliniengerechte Behandlung der komorbiden Störung vor der Behandlung der Zwangsstörung erhalten.

11. Zwänge und andere körperliche Erkrankungen

Zwischen körperlichen und psychischen Erkrankungen gibt es wechselseitige Beziehungen. Psychische Erkrankungen beeinflussen das Verhalten und dies kann sich auf die körperliche Gesundheit auswirken. Umgekehrt können körperliche Erkrankungen auch die Psyche beeinflussen, indem körperliche Erkrankungen psychische Erkrankungen auslösen oder bestehende psychische Erkrankungen verstärken.

Welche körperlichen Erkrankungen können Zwangsstörungen auslösen?

Menschen, die an Autoimmunerkrankungen leiden, erkranken etwas häufiger auch an Zwangsstörungen. Woran dies liegt, kann man aus wissenschaftlicher Sicht noch nicht genau sagen. Es könnte sein, dass es sich um erbliche Faktoren handelt, aber auch, dass die Belastung einer körperlichen Erkrankung wie einer Autoimmunerkrankung das Risiko, an Zwängen zu erkranken, erhöht. Man weiß beispielsweise, dass Menschen mit ausgeprägten körperlichen Erkrankungen häufiger als andere Menschen auch an Depressionen erkranken, da die Auswirkungen der körperlichen Erkrankungen allein schon eine seelische Belastung darstellen.

In einzelnen Fällen kann es ein Autoimmunprozess selbst sein, der Zwänge auslöst. Autoimmunerkrankungen bestehen darin, dass das Immunsystem des Körpers Antikörper bildet, die sich gegen eigene Körperzellen richten. Ähnliche Reaktionen hat man auch

bei Zwangsstörungen nachgewiesen, indem Antikörper-Zellen im Gehirn schädigen können, wodurch Hirnfunktionen gestört werden.

Am besten ist dies bisher untersucht am Beispiel von Infektionen (siehe oben die sogenannten PANDAS Störungen) mit bestimmten Bakterien, nämlich Streptokokken.

Es gibt Hinweise darauf, dass Zwangsstörungen in Zusammenhang mit Infektionen stehen können, wobei die Zwänge oft plötzlich oder quasi über Nacht im Zusammenhang mit der Infektion auftreten. Bisher ist der Zusammenhang vor allem für Kinder beschrieben worden. Aufgrund unzureichender Studienlage können derzeit keine generalisierbaren Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie gegeben werden. Die Diagnosestellung von Zwangsstörungen sollte durch spezialisierte Fachärztinnen und -ärzte erfolgen; bei Verdacht auf eine infektiöse Genese ist die Veranlassung entsprechender laborchemischer Untersuchungen durch diese Fachpersonen angezeigt. Diese ergeben aber in der Regel keine 100% eindeutigen Befunde.

In der Behandlung wirken die gleichen Strategien wie bei anderen Zwangsstörungen (Psychotherapie und Medikation). Auch, wenn die Studienlage unklar ist, können bei einigen Patienten Antibiotika und Cortison-Präparate, in sehr seltenen Fällen auch ein Austausch des Blutplasmas, hilfreich sein. Solche Behandlungen, insbesondere die letzteren, sind jedoch sogenannte Heilversuche und sollten mit Expertinnen und Experten geplant werden.

Medikamente als Auslöser für Zwangsstörungen

Es gibt Medikamente die Zwangssymptome auslösen können. Medikamente, die das Dopamin-System beeinflussen, wie zum Beispiel amphetaminhaltige Präparate, können in einzelnen Fällen Zwangssymptome auslösen oder verstärken. Das Medikament Clozapin, das in der Behandlung von Psychosen verwendet wird, verursacht oder verstärkt sogar recht häufig Zwangssymptome. Dies ist be-

sonders dann der Fall, wenn das Medikament in einer hohen Dosis, d. h. mehr als 250mg pro Tag, eingenommen wird. Da die Wirkung dieses Medikamentes bei Psychosen oft besonders gut anschlägt, sollte es auf keinen Fall aufgrund der Auslösung von Zwängen abgesetzt werden. In Rücksprache mit dem behandelnden Arzt oder der Ärztin sollte geklärt werden, ob eine niedrigere Dosis ausreicht oder ob zusätzlich ein anderes, für Zwangsstörungen besser verträgliches Medikament, eingenommen werden muss.

Welche körperlichen Folgen können Zwangssymptome haben?

Nicht selten kommt es vor, dass das Zwangsverhalten selbst körperliche Schäden verursacht, zum Beispiel Hautschäden durch exzessives Waschen der Hände oder Schäden der gesamten Körperhaut oder der Zähne durch übermäßiges Reinigen. Auch Schäden in der Analregion können durch übermäßiges Reinigen nach Stuhlgang entstehen oder in der Genitalregion durch andere exzessive Reinigungsprozeduren.

Manche Patientinnen und Patienten schränken Wasserlassen und Stuhlgang ein, da übermäßige Ängste und Zwangsrituale im Zusammenhang mit Wasserlassen und Stuhlgang bestehen. Dies kann negative körperliche Auswirkungen auf die Darmtätigkeit oder auch die Nierenfunktion haben, etwa wenn das Trinkverhalten eingeschränkt wird, um weniger Wasserlassen zu müssen.

Allgemein haben exzessive Zwänge oft negativen Einfluss auf die körperliche Gesundheit, weil sie zu Inaktivität und Rückzug führen, wenn zum Beispiel kaum Sport getrieben wird oder man sich überwiegend in der Wohnung aufhält. Für die seelische Gesundheit ist körperliche Betätigung und Sport von besonderer Bedeutung.

In der S3-Leitlinie gibt es ein Kapitel, das sich mit dem Zusammenhang der körperlichen Faktoren und der Zwänge befasst, aber es gibt keine Empfehlungen, weil keine qualitativ hochwertigen wissenschaftlichen Studien in diesem Bereich verfasst wurden.

12. Zwänge und Schule, Ausbildung und Beruf

12.1 Schule

Schule, Ausbildung und Beruf sind wichtige Pfeiler, die Halt und Struktur im Leben geben. Aufgrund ihrer Zwänge leben betroffene Personen oft sehr zurückgezogen. So sind Klassenkameradinnen und Klassenkameraden, Auszubildende und Kollegen oft die einzigen sozialen Kontakte, die sie haben. Zwangsrituale und Zwangsgedanken erschöpfen sehr, weil die betroffene Person ständig „zweigleisig fahren“ muss. Auf der einen Seite versucht sie, die Zwänge vor Mitschülern, Lehrpersonen, Ausbildnern und Kolleginnen oder Kollegen geheim zu halten, andererseits fordert der Zwang, dass seine Regeln eingehalten werden. Die ständige mentale Beschäftigung mit den Zwangsphänomenen stört die Konzentration auf Arbeitsaufgaben, Problemlösungen und Entscheidungen und verlangsamt in der Folge die Arbeitsabläufe. Lehrpersonen, Mitschüler und -schülerinnen und Kollegen reagieren hierauf häufig verärgert und mit Unverständnis.

Ihre Fähigkeiten und ihr Wissen können die Betroffenen aufgrund ihrer Zwänge oft nicht zeigen und fühlen sich dadurch sehr belastet und nicht selten ausgeschlossen. Der Frust kann so groß werden, dass Kinder und Jugendliche in der Folge nur noch selten oder gar nicht mehr die Schule besuchen wollen.

Daher ist es wichtig, dass möglichst früh das Gespräch mit dem Klassen- oder Vertrauenslehrperson gesucht wird. Es gibt verschiedene Möglichkeiten, die Betroffenen zu unterstützen. Dazu zählen u.a. mehr Zeit bei schriftlichen Aufgaben, digitale Hilfsmittel und Arbeiten in kleineren Gruppen. Bei Bedarf sollte auch der Schulpsychologische Dienst oder Sozialarbeitende hinzugezogen werden. Zur Prävention beschäftigen sich schon viele Schulen etwa im Rahmen von Spezialwochenstunden oder im Rahmen

von Spezialwochen mit dem Thema „Psychische Erkrankungen“. Informationsmaterial und ggf. Betroffene, die über ihre Erkrankung berichten, vermittelt zum Beispiel die Deutsche Gesellschaft Zwangserkrankungen e.V.

12.2 Ausbildung und Beruf

Es spricht nichts dagegen, dass Menschen mit einer Zwangsstörung den Beruf erlernen und ausüben können, den sie für sich ausgewählt haben oder sich wünschen. Um selbst besser einschätzen zu können, ob dies möglich ist, können bei Bedarf Praktika hilfreich sein. Wenn der Zwang die Betroffenen jedoch daran hindert, pünktlich zu kommen, oder wenn bestimmte Arbeiten übermäßig große Mühe kosten, länger dauern als üblich, andere Auszubildende immer wieder um Rückversicherung oder Kontrolle gebeten werden müssen, sollten die Betroffenen Ausbilder oder Vorgesetzte über ihre Schwierigkeiten bzw. Zwänge informieren. Gemeinsam sollte überlegt werden, was dabei helfen kann, der Ausbildung oder der Tätigkeit weiter nachgehen zu können. Zu dem Gespräch sollten auch die Mitarbeitenden-Vertretung und ggf. Betriebspsychologen hinzugezogen werden.

13. Prognose

Wie verlaufen typischerweise Zwangsstörungen?

Zwangsstörungen beginnen im Durchschnitt in einem Alter von 20 Jahren, wobei es zwei Häufigkeitsgipfel gibt: einen zur Zeit der Pubertät und einen im jungen Erwachsenenalter. Bei einem Viertel der männlichen Patienten beginnen Zwänge deutlich früher, d. h. bereits vor dem 10. Lebensjahr. Frauen erkranken oft später.

Ein früher Behandlungsbeginn wirkt sich positiv auf den gesamten Verlauf und damit auf die Prognose aus, wofür allerdings eine frühzeitige Diagnose erforderlich ist. Daher sollte eine Abklärung lieber früher als später erfolgen, vor allem, wenn Betroffene oder Eltern unsicher sind, ob die Person an Zwängen leiden könnte oder nicht.

Mehr als die Hälfte der Betroffenen sind vor dem Ausbruch der Zwangsstörung Stress auslösenden Lebensumständen ausgesetzt (wie etwa Mobbing in der Schule, Jobverlust, Geburt eines Kindes). Ausprägung und Inhalte von Zwängen sind sehr unterschiedlich, häufig nehmen diese unter Belastung zu. Oft dauert es viele Jahre, bis Betroffene sich in professionelle Behandlung begeben, etwa aus Scham oder Angst vor Stigmatisierung. Werden Zwangsstörungen nicht behandelt, chronifizieren sie aber zumeist, und es können sich weitere psychische, aber auch körperliche Symptome entwickeln. Fazit: es ist wichtig, rechtzeitig professionelle Unterstützung aufzusuchen.

Wie ist die Prognose bei Behandlung?

Im Erwachsenenalter ist bei einer leitliniengerechten Behandlung die Prognose günstig.

Die Studienlage im Kindes- und Jugendalter zur Prognose ist geringer, jedoch zeigt sich auch hier durchgängig und sehr deutlich, dass der frühe Behandlungsbeginn einer der wichtigsten Faktoren für den Behandlungserfolg ist.

Aber auch wenn eine Zwangsstörung schon lange besteht, lohnt es sich, mit einer Psychotherapie zu beginnen. Alle Beteiligten werden mehr Lebensqualität und Freude für ihren Alltag zurückgewinnen.

Was können Patientinnen und Patienten und Angehörige tun, um die Prognose zu verbessern?

Bedeutsam ist, dass Betroffene (oder ihre Angehörigen) die richtige Behandlungsform finden und diese auch verfügbar ist. Auch wenn als erste Behandlung eine Verhaltenstherapie empfohlen wird, welche die Kernelemente Exposition und Reaktionsverhinderung enthält, können Betroffene Medikamente bevorzugen oder – da eine Verhaltenstherapie nicht verfügbar ist – damit beginnen (SSRIs).

Kindern und Jugendlichen wird zu einer Psychotherapie geraten, welche die verschiedenen Entwicklungsschritte, in denen sie sich befinden, berücksichtigt. Die Kern-

elemente — Exposition und Reaktionsverhinderungsmanagement — sollten enthalten sein und/oder eine Medikation mit einem empfohlenen Medikament (SSRIs).

Im Falle einer Psychotherapie sollte bei Betroffenen jeden Alters diese leitliniengerecht erfolgen und die Behandlung ausreichend lange und intensiv durchgeführt werden. Bei der Kontaktaufnahme und Vorgesprächen sollten Betroffene und Angehörige daher erfragen, wie typischerweise eine entsprechende Behandlung ablaufen würde und so sicherstellen, dass sich die Person mit der Behandlung von Zwangsstörungen auskennt und sich an den Leitlinien orientiert.

Zudem sollen Betroffene und Eltern mit der Wahl ihres Therapeuten oder der Therapeutin zufrieden sein und sich dort gut aufgehoben fühlen. Sie sollten sich am Anfang auch Zeit geben. Es ist nicht einfach, sich auf eine Therapie einzulassen, dies kann manchmal zum Eindruck führen, dass man sich vom Therapeuten oder der Therapeutin nicht verstanden fühlt. In diesen Fällen sollte das offen angesprochen werden. Während der Therapie ist vor allem die Mitarbeit und Umsetzung der Therapieinhalte zwischen den Therapiesitzungen bedeutsam (wie etwa die vereinbarten Expositionsübungen oder anderer Hausaufgaben). Veränderung muss im Alltag stattfinden.

Sofern Medikamente eingenommen werden, ist eine gewissenhafte Einnahme für einen Behandlungserfolg wichtig. Auch Selbsthilfegruppen für Betroffene jeden Alters und ihre Angehörige können entlastend und hilfreich sein, indem sie sich mit anderen Betroffenen austauschen.

Weitere Faktoren für eine positive Prognose stellen Eigenmotivation und Einsicht in die Übertriebenheit der Zwangsinhalte dar. Bei Erwachsenen reicht die alleinige Motivation der Angehörigen nicht aus.

Bei Kindern, die ihre Zwangsstörung noch nicht als solche verstehen, kann die Motivation der Eltern entscheidend sein.

Bei Erwachsenen erfolgt im besten Fall auch die Kontaktaufnahme zu Behandelnden durch die Betroffenen. Aber natürlich bildet die Unterstützung durch Angehörige ein wichtiges Fundament zur Krisenbewältigung. Angehörige können durch Verständnis und Unterstützung helfen, Behandlungserfolge nach einer Therapie aufrechtzuerhalten. Es ist günstig, bereits in der Therapie in einem Gespräch mit dem Betroffenen, dem Therapeuten und den Angehörigen festzulegen, wie eine hilfreiche Unterstützung aussehen könnte.

Bei der Behandlung von Zwängen im Kindes- und Jugendalter zeigt sich, dass der Therapieerfolg umso größer ist, je mehr familiäre Faktoren im Therapieverlauf berücksichtigt werden. (Erkrankung der Eltern, Einbindung der Eltern oder Familienmitglieder in die Zwangshandlungen.)

Daher wird empfohlen, die Eltern gerade bei jüngeren Betroffenen, aber auch häufig bei Jugendlichen eng in die Behandlung einzubeziehen. Es wird zudem empfohlen, explizit einen partizipativen Behandlungsprozess anzustreben. So soll die Behandlung nicht nur am Anfang, sondern immer wieder gemeinsam reflektiert werden, bis hin zum Thema der Rückfallprophylaxe. Dies können sogenannte intensive „Boostersitzungen“ umfassen oder weitere, aber seltene Übungen auch nach einem guten Verlauf.

Betroffene und ihre Bezugspersonen – bei Kindern und Jugendlichen in der Regel die Eltern – sollten über mögliche Verlaufsformen aufgeklärt werden (z.B. episodische Verläufe, wenn Zwänge lange weg waren und dann plötzlich oder schleichend wiederkommen).

Bei Wiederauftreten von beeinträchtigenden Symptomen sollte rasch wieder eine Therapeutin oder ein Therapeut aufgesucht werden.

14. Anhang

Im folgenden Anhang sind einige wichtige Informationen für Betroffene und Angehörige, die Hilfe und therapeutische Unterstützung bei Zwangsstörungen suchen, zusammengefasst. Sie haben Ratgebercharakter und beziehen sich nicht unmittelbar auf die S3-Leitlinie Zwangsstörungen.

14.1 Fragen an Therapeuten, Empfehlungen für Betroffene

Die kognitive Verhaltenstherapie ist die Therapie der Wahl bei der Behandlung der Zwangsstörungen.

Darum nehmen Sie bitte Kontakt zu einem Verhaltenstherapeuten, einer Verhaltenstherapeutin auf, die sich auf Zwangsstörungen spezialisiert hat.

Adressen geben Ihnen folgende Verbände:

Deutsche Gesellschaft Zwangserkrankungen e.V. www.zwaenge.de

Schweizerische Gesellschaft für Zwangsstörungen e.V. www.zwaenge.ch

Österreichisches Portal zu Zwangsstörungen, www.zwaenge.at

Folgende hilfreiche Fragen können Sie dem Therapeuten, der Therapeutin beim Erstkontakt stellen:

1. Behandeln Sie regelmäßig Zwangspatienten?
2. Führen Sie Therapeutenbegleitete Exposition mit Reaktionsverhinderungsmanagement auch außerhalb der Praxis durch?
3. Bieten Sie, wenn nötig, auch mehrere Sitzungen in der Woche an?
4. Gibt es bei Ihnen auch die Möglichkeit der Onlineberatung/ Therapie?
5. Werden meine Angehörigen/Partner, Eltern in die Behandlung mit einbezogen?
6. Wie lang ist die Wartezeit bei Ihnen?

7. Gibt es eine Warteliste?

8. Wie geht es jetzt weiter? Soll ich mich in Abständen wieder bei Ihnen melden, oder melden Sie sich, wenn ein Platz frei geworden ist?

Wie kann festgestellt werden, ob Therapeutinnen und Therapeuten oder Einrichtungen diese notwendigen Spezialisierungen vorweisen können und entsprechende Erfahrung haben?

Die Deutsche Gesellschaft für Zwangserkrankungen e.V. sammelt Erfahrungen von Patientinnen und Patienten und kann bei der Suche nach einer spezialisierten Einrichtung oder Therapeutinnen und Therapeuten unterstützen. Im Falle einer ambulanten Psychotherapie ist es wichtig, dass die Therapeutin oder der Therapeut in Verhaltenstherapie ausgebildet ist. Dies müssen sie bei der Nennung der Adresse und auf dem Praxisschild angeben. Zusätzlich haben Betroffene die Möglichkeit, die Therapeutin oder den Therapeuten zu fragen, ob er oder sie begleitete Expositionsübungen auch außerhalb des Praxissettings durchführt.

Psychiatrie – Psychosomatik – Psychologie, wo sind Betroffene am besten aufgehoben? (ambulant, tagesklinisch, stationär)

Beim Krankheitsbild Zwangsstörungen kommt es in erster Linie darauf an, dass eine möglichst spezialisierte Behandlung durchgeführt wird. Eine Klinik, Tagesklinik oder Praxis, die Betroffene mit Zwangsstörungen behandelt, sollte ein spezialisiertes Setting anbieten: Die Klinik sollte auf Zwangsstörungen spezialisiert sein, idealerweise sollte die Behandlung auf Spezialstationen für Zwangsstörungen erfolgen; zumindest sollte die Klinik ein spezialisiertes Konzept mit Einzel- und Gruppentherapie für Zwangserkrankte vorweisen und die für die Therapie besonders wichtigen Expositionsübungen durchführen.

Ansonsten sind zwischen psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken vor allem zwei Unterschiede zu nennen: In den psych-

iatrischen Kliniken können prinzipiell auch Notaufnahmen erfolgen und die meisten psychiatrischen Kliniken haben in der Regel neben Psychotherapiestationen auch sogenannte geschützte Stationen. Diese geschützten Stationen sind besonders geeignet, wenn auch akute Suizidalität oder andere schwere psychische Störungen auftreten. Darüber hinaus ist die personelle Ausstattung in psychiatrischen Kliniken von einer stärkeren Besetzung mit speziell geschulten Fachpflegekräften gekennzeichnet.

In psychosomatischen Kliniken sind in der Regel mehr Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten tätig und daher können mehr psychotherapeutische Einzel- und Gruppentherapien angeboten werden. Im Falle einer einzelnen Klinik mag dies auch anders sein.

Entscheidend ist, dass ein für Zwangsstörungen spezialisiertes Setting und entsprechende Erfahrung der Klinik mit der speziellen Behandlung von Zwangsstörungen vorhanden ist. Für Patientinnen und Patienten, die aufgrund ihrer zwangsbedingten Alltagsbeeinträchtigungen im Falle einer stationären Behandlung sehr viel Unterstützung durch Pflegepersonal benötigen, sind in der Regel psychiatrische Kliniken besser geeignet.

Ob psychiatrisch oder psychosomatisch, wichtig ist, dass die Therapie die wirksamen Kernelemente enthält: Das heißt, Expositionsbehandlungen sollten im Zentrum der Behandlung stehen können. Bei schwerer Ausprägung bzw. je nach Indikation (siehe Kapitel Medikamente) sollte auch eine medikamentöse Behandlung durchgeführt werden können. Bei Vorliegen mindestens eines oder mehrerer der folgenden Kriterien soll bei Zwangsstörung eine stationäre Therapie in einer spezialisierten Therapieeinrichtung erfolgen:

- Fehlen oder Nicht-Ansprechen leitliniengerechter störungsspezifischer ambulanter Therapie
- Gefahr für das Leben
- Schwerwiegende Vernachlässigung oder Verwahrlosung

- Wenn das Zwangs- und Vermeidungsverhalten so schwerwiegend sind, dass ein normaler Tagesablauf und das Wahrnehmen einer ambulanten Therapie nicht mehr möglich sind
- Bei starkem Leidensdruck und starker Beeinträchtigung der psychosozialen Funktionsfähigkeit
- Vorliegen weiterer psychischer oder körperlicher Erkrankungen, die eine ambulante Behandlung erheblich erschweren
- Ein ausgeprägt krankheitsförderndes häusliches Umfeld

14.2 Möglichkeiten der Selbsthilfe

Bei psychischen Erkrankungen ist es grundsätzlich sinnvoll, Möglichkeiten der Selbsthilfe auszuschöpfen. Dies gilt auch für Zwangsstörungen. Da es bislang nur wenig wissenschaftliche Studien über die Wirksamkeit von Selbsthilfemaßnahmen bei Zwangsstörungen gibt, das Thema dennoch von Bedeutung ist, haben wir hier im Anhang Empfehlungen zu Selbsthilfemaßnahmen mit aufgeführt.

Aus Sicht der Autoren der Leitlinien ist es wichtig, dass die Betroffenen sich bewusst werden, dass es sehr wirkungsvolle Behandlungsmethoden gibt und dass die Betroffenen den Zwängen nicht machtlos ausgeliefert sind. Die Leitlinie weist darauf hin, wie wichtig es ist, Zwänge so rasch wie möglich mit wirkungsvollen Methoden zu behandeln. Die wirksamen Behandlungsansätze wurden in dieser Patientenleitlinie zusammengefasst.

Betroffene schildern häufig, dass Zwangshandlungen zu Beginn sogar hilfreich waren, mit emotionalen Belastungen zurecht zu kommen. Im Laufe der Zeit nehmen die Zwangsstörungen jedoch immer mehr Raum ein, sind sehr hartnäckig, schamhaftet und führen zu einer starken Alltagsbeeinträchtigung. Nicht zuletzt nimmt oftmals das Gefühl von Einsamkeit zu, da das ganze Leben um den Zwang kreist. Es ist wichtig, dass Betroffene nicht das Vertrauen verlieren und sich bewusst machen, dass sie dem Zwang etwas entgegen können. Zwangsstörungen gehören zu den psychischen Erkrankungen,

die heute grundsätzlich gut behandelbar sind. Mit der kognitiven Verhaltenstherapie mit Exposition und Reaktionsmanagement gibt es eine wirkungsvolle Methode, wie sie den Zwang bewältigen können – in Begleitung eines auf Zwänge spezialisierten Therapeuten und mittels Selbsthilfestrategien. Selbsthilfestrategien sind insbesondere sinnvoll, wenn keine adäquate Therapie zur Verfügung steht und auch im Anschluss an Therapien zur Verhinderung von Rückfällen.

Informieren Sie sich in seriösen Quellen über Zusammenhänge, Verlauf, Therapiemöglichkeiten und Alltagsbewältigung bei Zwangsstörungen. Selbsthilfegruppen können Hoffnung vermitteln und Mut machen, eine Therapie zu beginnen und helfen, Expositionen in Eigenregie durchzuführen und mit Rückschlägen umzugehen. Es wird auch in den Leitlinien empfohlen, dass man Kontakt zu Selbsthilfegruppen aufnehmen sollte. Der Austausch kann sehr hilfreich sein. Sich nicht allein zu fühlen, Erfahrungen (z.B. über Fortschritte, aber auch über Rückschritte) zu teilen oder die Möglichkeit sich gegenseitig unterstützen zu können. Eine Selbsthilfegruppe kann aber niemals ein Ersatz für eine spezifische Therapie sein.

Die folgenden, teilweise internetbasierten (digitalen) Möglichkeiten der individuellen und gemeinschaftlichen Selbsthilfe können Ihnen helfen, Ihre Zwangssymptome selbstständig, beim Warten auf einen Therapieplatz, parallel zur Therapie oder im Anschluss an diese zu bewältigen.

Welche Möglichkeiten der individuellen und digitalen Selbsthilfe können Betroffene nutzen?

Es gibt eine Reihe von Selbsthilfebüchern für Zwangsstörungen, diese werden oft als hilfreich beschrieben. Wissenschaftlich werden diese in der Regel nicht untersucht. Das einzige im deutschsprachigen Raum vorliegende, auch wissenschaftlich evaluierte Selbsthilfemanual ist das vorliegende Werk: „Erfolgreich gegen Zwangsstörungen: Metakognitives Training - Denkfallen erkennen und entschärfen“ (S. Moritz & M. Hauschildt).

Weitere Möglichkeiten der individuellen Selbsthilfe bei Zwangsstörungen mit Fachwissen, Tipps zur Selbsthilfe und hoffnungsvollen Betroffenenberichten und bieten Ihnen:

Webseiten mit Blog-Artikeln, u.a. der Deutschen Gesellschaft Zwangserkrankungen e.V. (www.zwaenge.de) und „OCD Land“ (www.ocdland.com);

YouTube-Kanäle, u.a. der Deutschen Gesellschaft Zwangserkrankungen e.V. (www.zwaenge.de) und „Zwänge verstehen und überwinden“ (Ecker W, www.youtube.com/channel/UCHZeE7Wa3NzOxo4h_inBlaA/videos);

Podcasts, u.a. „Zwanglos“ (OCD Land, Niebuhr M, www.ocdland.com/podcast/) und „Ohne Zwang“ (Johanna und Jackie, www.ohnezwang.webador.de/podcast),

Online-Seminare der Deutschen Gesellschaft Zwangserkrankungen e.V. (www.zwaenge.de);

Digitale Selbsthilfemanuale, u.a. „Assoziationsspaltung – Selbsthilfetechnik zur Reduktion von Zwangsgedanken“ (Arbeitsgruppe Klinische Neuropsychologie am UKE Hamburg, www.clinical-neuropsychology.de/manual_assoziationspaltung_deutsch/);

Selbsthilfe-Apps, u.a. „COGITO: Metakognitives Training Selbsthilfe“ (Arbeitsgruppe Klinische Neuropsychologie am UKE Hamburg, www.clinical-neuropsychology.de/cogito/) und „OCD Land“ (www.ocdland.com/funktionen).

Ich helfe mir selbst!

Nach diesen Informationen können Sie vielleicht überlegen, welche Zwangsrituale Sie am meisten einschränken. Sie könnten eine Hierarchieliste Ihrer Zwangsbefürchtungen erstellen und darüber nachdenken, welcher Ihrer Befürchtungen Sie sich stellen wollen. Bei Kontrollzwängen könnten das beispielsweise sein: Das Haus verlassen - 100% / Die Fenster schließen - 90% / Elektrogeräte ausschalten - 80% / Wasserhähne ausmachen - 50% etc.

Beginnen Sie dann mit der kleinsten Zwangsbefürchtung und versuchen Sie, die Kontrolle zu reduzieren oder zu variieren. Zum Beispiel: Statt zehn Mal den Herd zu kontrollieren, tun Sie es nur fünf Mal oder mal in einer anderen Reihenfolge. Oder versuchen Sie zunächst, die Zwangshandlung aufzuschieben und kontrollieren Sie den Herd erst nach einer Stunde. Wenn das erfolgreich funktioniert hat, probieren Sie es am nächsten Tag nur noch drei Mal. Sie schaffen das! Üben Sie möglichst täglich. Je öfter Sie sich der reizauslösenden Situation aussetzen, umso weniger Angst wird in Ihnen aufsteigen und das Gefühl von Unvollkommenheit und Verpflichtung wird nachlassen. Wenn Ihnen das tägliche Üben schwerfällt, können Sie auch einen Freund oder Angehörigen bitten, Sie zu ermutigen und zu erinnern, diese Übungen regelmäßig durchzuführen.

Ein weiterer Selbsthilfeansatz könnte dieser sein: Suchen Sie sich einen Platz in Ihrer Wohnung, einen Stuhl oder Sessel. Das ist jetzt Ihr „Zwangsplatz“. Jeden Morgen, beispielsweise um 8 Uhr, lassen Sie sich dort nieder und dürfen eine halbe Stunde Ihren Zwängen nachgeben. Danach verabschieden Sie sich bewusst von Ihrem Stuhl und dem Zwang. Sollte er tagsüber wieder in Ihren Alltag drängen, weisen Sie ihn zurück und machen Sie sich und ihm entsprechend klar, dass er heute bereits seine Zeit hatte. Je öfter Sie Ihren Zwangsplatz aufsuchen, umso mehr spüren Sie nicht nur die Unsinnigkeit Ihres Zwanges, sondern auch, dass Sie keine Lust mehr darauf haben. Das ist ein wichtiger Fortschritt, denn er schafft mehr Distanz zwischen Ihnen und Ihrem Zwang. Mit Zwangsgedanken, die Sie auszuformulieren in der Lage sind, können Sie in Ihr Handy sprechen. Hören Sie sich die Gedanken einfach so oft an, bis Sie sich ein neutrales Gefühl ihnen gegenüber einstellt. Fördern Sie Ihre gesunden Fähigkeiten. Nehmen Sie Hobbys wieder auf. Treffen Sie sich mit Freunden. Gehen Sie ins Kino. Kurzum: Genießen Sie immer mehr Ihr Leben ohne den Zwang!

Weitere Selbsthilfemaßnahmen

Abseits des Goldstandards der Verhaltenstherapie mit Exposition, die Sie mithilfe eines Therapeuten oder in Eigenregie mit Hilfe der genannten Übungen praktizieren können, gibt es weitere Ansätze der Selbsthilfe, die als zusätzliche Unterstützung bei der Bewältigung Ihrer Zwangsstörung begleitend zum Einsatz kommen können. Diese Maßnahmen sind nicht Teil der Leitlinienempfehlung, aber werden von manchen Betroffenen als hilfreich erlebt.

Beispielsweise zählt hierzu im Bedarfsfall die Inanspruchnahme einer Systemischen Beratung, welche besonders beim Verdacht auf familiäre, berufliche oder soziale Konflikte als ein Mitauslöser oder Trigger der Zwänge ein wichtiger Baustein für die Aufarbeitung möglicher psychodynamischer Ursachen sind.

Welche Möglichkeiten der gemeinschaftlichen Selbsthilfe können Sie nutzen?

Vermutlich haben Sie bislang nur mit wenigen vertrauten Personen oder mit niemandem über Ihren Zwang gesprochen und fühlen sich oft allein und unverstanden. Selbsthilfegruppen und Online-Diskussionsforen bieten hilfreiche und entlastende Möglichkeiten der gemeinschaftlichen Selbsthilfe bei Zwangsstörungen.

Hier können Sie sich mit anderen Betroffenen im geschützten Rahmen wertschätzend und auf Augenhöhe über Ihre persönliche Erfahrung mit der Zwangsstörung und emotionalen Belastung, Selbsthilfemöglichkeiten und -strategien sowie therapeutische Angebote austauschen. In der Gruppe können Sie sich gegenseitig Hoffnung auf Besserung und Mut zur Therapie machen, aus dem Vorankommen der anderen lernen, sich bei Rückfällen unterstützen, miteinander üben und Erfolge feiern. Die Gruppen bieten Verschwiegenheit, Verständnis füreinander, Freiwilligkeit, Offenheit und Vertrauen.

Selbsthilfegruppen (auch online) finden Sie über regionale Selbsthilfekontaktstellen und auf der Webseite der Deutschen Gesellschaft Zwangserkrankungen e.V. (www.zwaenge.de). Letztere vermittelt auch Informationen zu Ablauf, Chancen, Zielen und Grenzen der Selbsthilfe bei Zwangsstörungen. In den letzten Jahren sind zunehmend Online-Selbsthilfegruppen für Betroffene und Angehörige entstanden, die über Videomeetings zusammenkommen und somit Betroffene auch über weit entfernte Strecken live vernetzen. Seriöse, moderierte Diskussionsforen, wie sie u.a. von der Deutschen Gesellschaft Zwangserkrankungen e. V. (www.zwaenge.de) und „OCD Land“ (www.ocdland.com/funktionen) angeboten werden, bieten Ihnen die Möglichkeit, sich schriftlich über Zwangsstörungen auszutauschen und gegenseitig zu unterstützen.

Sollte Ihre Zwangssymptomatik so stark sein, dass Selbsthilfestrategien nicht ausreichen, nehmen Sie bitte Kontakt zu Ihrem Hausarzt, Psychiater, Psychotherapeuten oder den Sozial- und Gemeindepsychiatrischen Diensten auf. Adressen vermittelt die Deutsche Gesellschaft Zwangserkrankungen e.V. oder für Deutschland die Terminservicestelle der Kassenärztlichen Vereinigung unter Tel.: 116 117.

Wie viele ambulante Therapiestunden bekommen Betroffene bewilligt?

Die Therapie beginnt bei Erwachsenen in der Regel mit zwei bis vier probatorischen Sitzungen, in denen Behandelnde und Betroffene sich kennenlernen. Je nach Einschätzung des Behandelnden kann, sofern nötig und sinnvoll, eine Kurzzeittherapie (zwei Mal 12 Stunden à 50 min) oder eine Langzeittherapie (in der Verhaltenstherapie 60 Stunden à 50 min) genehmigt werden. Falls notwendig können Therapeuten im Verlauf auch noch eine Verlängerung beantragen (in der Verhaltenstherapie Fortführung um weitere 20 Stunden). Bei Kindern und Jugendlichen beginnt die Behandlung mit einem ausführlichen Kennenlernen und einer ausführlichen Diagnostik. Die Länge und die Intensität der Behandlung wird dann individuell auf die

Symptomatik und die Bedürfnisse der Kinder und Familie abgestimmt.

Was ist das Kostenerstattungsverfahren?

Falls Betroffene trotz angemessener Suchaktivitäten bei niedergelassenen Psychotherapeuten nur nach einer unzumutbar langen Wartezeit einen Therapieplatz finden, haben sie das Recht, sich die notwendige Leistung selbst zu beschaffen (bei approbierten Psychotherapeuten ohne Kassensitz). Die Kosten dafür muss die gesetzliche Krankenversicherung erstatten. Um nachzuweisen, dass Betroffene sich um einen Therapieplatz bemüht haben, sollten sie Absagen, auch von der Terminservicestelle, schriftlich dokumentieren.

Bewilligung ambulanter Psychotherapie

Die Vergütung für die Sprechstunden und probatorischen Sitzungen werden von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen. Entscheiden sich die behandelnde und die betroffene Person, eine Psychotherapie aufnehmen zu wollen, muss diese bei der Krankenkasse beantragt werden und kann erst nach deren Bewilligung beginnen. Sollte schon einmal eine Psychotherapie durchgeführt worden sein, ist häufig für die Einschätzung der Bewilligungschance einer weiteren Therapie bedeutend, wie lange diese Psychotherapie zurück liegt, wie der Stundenumfang dieser Therapie war, in welchem Psychotherapieverfahren, bezüglich welcher psychischen Erkrankung (Diagnose) und mit welchem Ergebnis diese durchgeführt wurde.

Wie lange dauert eine Verhaltenstherapie?

Nach den probatorischen Sitzungen kann eine Kurzzeittherapie (in Deutschland zwei Mal 12 Sitzungen à 50 min) oder eine Langzeittherapie (60 Sitzung à 50 min) beantragt werden. Wenn anschließend weitere Therapiesitzungen notwendig und sinnvoll erscheinen, kann eine Verlängerung beantragt werden (weitere 20 Sitzungen). Über welchen Zeitraum dieses Stundenkontingent eingesetzt wird, hängt von der Frequenz und Länge der Sitzungen

ab. Für Expositionen in Begleitung der Behandelnden werden häufig längere Sitzungen mehrmals in einer Woche veranschlagt (und dann auch abgerechnet). Abseits dieser „heißen Phase“ sehen viele Behandelnde die Betroffene zu Beginn der Therapie wöchentlich und später in größeren zeitlichen Abständen.

Vorbeugen von Rückfällen

Am besten verschriftlichen Sie diese gesammelten Informationen, damit Sie diese später zu Hand haben. Wenn Sie bemerken, dass die Zwänge zunehmen und Sie sie nicht mehr allein oder mit Angehörigen bewältigen können, wenden Sie sich bitte an einen Therapeuten oder Therapeutin.

Kinder und Jugendliche sollten sich an ihre Eltern oder weitere Bezugspersonen wenden und Unterstützung bei der Bewältigung der Zwänge bekommen.

Um dem Auftreten von Rückfällen generell vorzubeugen, ist das regelmäßige Exponieren Ihrer Zwänge bedeutsam. Alltagssituationen wie Einkaufen, Duschen, Kontakt zu anderen Menschen im Privaten und Beruf und ähnliches, eignen sich besonders gut, sich immer wieder seinen Befürchtungen, Ängsten und Zwängen zu stellen. Gerade in Situationen, in den Sie bemerken, dass die Zwänge sich wieder melden, sollten Sie diese ganz bewusst für Expositionsübungen nutzen. Sie könnten mit leichten Übungen beginnen (oder wieder aufgreifen) und diese dann stetig (wieder) in der Schwierigkeit steigern. Schauen Sie, wann und wie Sie die Übungen in Ihren Tagesablauf einplanen können. Denn stetiges Üben schützt Sie vor möglichen Rückfällen. Danach können Sie sich gerne symbolisch auf die Schulter klopfen, sich loben und sich für Ihr Tun selbst belohnen, wie Musik hören, Lesen, Kochen, ein Hobby pflegen und alles, was Ihnen Spaß macht. Das stetige Üben und die Belohnung verstärken die Wirkung nochmal positiv.

Um Rückfällen vorzubeugen, können Sie gemeinsam vereinbaren, den zeitlichen Abstand der letzten Therapiestunden zu vergrößern. Das bedeutet, dass Sie nicht wöchentlich,

sondern zunächst zwei Mal wöchentlich und später monatlich Ihren Therapeuten aufsuchen. So endet die Therapie nicht abrupt und Sie haben die Gelegenheit, bei Fragen und Rückfällen um Rat und Unterstützung zu bitten. Außerdem gibt es die Möglichkeit, bei Therapien von 40 oder mehr Stunden, diese zu beenden und bis zu acht Therapiestunden zur Rezidivprophylaxe zu nutzen (bei einer Behandlungsdauer von 60 oder mehr Stunden bis zu 16 Stunden). Diese Stunden können innerhalb von zwei Jahren nach Abschluss der Therapie durchgeführt werden. Bei Kindern, Jugendlichen und Menschen mit geistiger Behinderung können sogar 10 bzw. 20 Stunden für die Rezidivprophylaxe reserviert werden. Nach zwei Jahren kann nach formalen Gesichtspunkten eine erneute Psychotherapie (sofern sinnvoll) beantragt werden.

Sie sollten sich nach einem Rückfall nicht entmutigen lassen, sondern sich selbst verzeihen, nach vorne schauen, liebevoll mit sich umgehen und weiter üben. Entspannungs- und Achtsamkeitstechniken können hilfreich sein. Hierzu empfehlen wir entsprechende Literatur, Videos und Apps. Achten Sie auch auf die eigene Work-Life-Balance, auf ausreichenden Schlaf, eine ausgewogene Ernährung und erklären Sie Freunden, Kollegen, Angehörigen, wenn Ihnen etwas nicht gefällt oder zu viel wird.

Nehmen Sie sich die Zeit sich zu fragen, was zu viel war oder was Ihnen fehlt. Sind es Überforderungen, Krisen im privaten oder beruflichen Umfeld? Seien Sie gut zu sich und tun Sie sich etwas Gutes, wie sich von Ihrem Angehörigen oder Partner in den Arm nehmen zu lassen. Bereiten Sie sich eine leckere Mahlzeit zu. Nehmen Sie ein Wohlfühlbad oder gönnen Sie sich eine Massage. Mit der Zuversicht, dass morgen ein neuer Tag ist, an dem Sie Ihren Zwängen widerstehen können, kann es gelingen, die Rückfälle besser zu verkraften.

Beruf

Manche Betroffene suchen sich Tätigkeiten weit unterhalb ihres eigentlichen Qualifikationsniveaus, weil sie die mit einer ihrer Quali-

fikation angemessenen beruflichen Aufgabe verbundene Verantwortung scheuen. Beispiel: Eine Medizinerin mit gutem Studienabschluss vermeidet den Beruf der Ärztin aus Angst vor Fehlern (z.B. Fehldiagnosen), die ihren Patientinnen und Patienten schaden könnten. Dieses sog. passive Vermeidungsverhalten reduziert zwar ihre Fehlerängste, auf der Kostenseite können jedoch Stress durch Unterforderung, Unzufriedenheit und langfristig Depressivität in einer angelernten, für sie langweiligen, aber mit wenig Verantwortung verbundenen Berufstätigkeit resultieren.

Nicht selten wird das Arbeitspensum nur unter Mühen bewältigt, indem Kolleginnen oder Kollegen den Betroffenen immer wieder eine Rückversicherung erteilen, dass ein Arbeitsergebnis in Ordnung ist. Delegation von Verantwortung an die rückversichernde Person ersetzt hierbei die ansonsten notwendig werdenden, langwierigen Kontrollzwänge bezogen auf entsprechende Arbeitsvorgänge.

Dies führt zu einer weitgehenden Abhängigkeit von der rückversichernden Person: So hat ein Automechaniker mit Kontrollzwängen Angst, er könnte z.B. Radmuttern „nicht richtig“ nachgezogen haben, so dass Kunden deswegen verunglücken könnten. Er „funktioniert“ am Arbeitsplatz viele Jahre dennoch leidlich, weil ein gutmütiger Kollege immer wieder für ihn „schnell mal“ die Muttern nachkontrolliert und ihn dadurch beruhigt. Nach der Berentung des Kollegen gerät er in eine Krise, da er von einem Tag auf den anderen plötzlich sein Arbeitspensum aufgrund langwieriger Kontrollzwänge nicht mehr schafft.

In solchen Fällen sollte möglichst früh das Gespräch mit dem/der Vorgesetzten gesucht werden. Vielleicht hilft schon das offene Gespräch, ein Wechsel in einen anderen Arbeitsbereich oder eine Stundenreduzierung. Es kann auch hilfreich sein, sich gemeinsam an eine Rehabilitationseinrichtung für psychisch kranke Menschen (RPK) zu wenden, um herauszufinden, was beruflich möglich ist. Solche RPKs findet man in jeder größeren Stadt und Gemeinde.

Wir wollen aber nicht verschweigen, dass aufgrund ihrer Zwangssymptomatik etwa ein Drittel der Betroffenen arbeitsunfähig ist. Dies belegen mehrere Studien.

Für alle Betroffenen mit Einschränkungen in Ausbildung und Beruf ist es von besonderer Bedeutung, diesen Bereich in die Behandlung mit einzubeziehen und Ansätze der Arbeitsrehabilitation sowie Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben zu integrieren.

Die Deutsche Gesellschaft Zwangserkrankungen e.V. bietet eine Sozialberatung per Mail an, um weitere Möglichkeiten der Unterstützung in Schule, Ausbildung und Beruf zu klären. Hierzu zählen u. a. eine mögliche Behinderteneigenschaft, Inanspruchnahme von Nachteilsausgleichen, Krankengeldbezug, pflegerische und Assistenzleistungen, Bürger- und Arbeitslosengeld. Nähere Informationen erhalten Sie auf www.zwaenge.de.

14.3 Was können Angehörige tun?

Familie, Partner, Partnerinnen, Freunde erleben die Zwänge oft hautnah mit. Häufig werden sie in die Zwangshandlungen mit einbezogen oder immer wieder um Rückversicherungen gebeten. Diesen Zustand erleben alle Beteiligten als sehr schwer nachvollziehbar und anstrengend.

Bitte verstehen Sie, dass Ihr betroffener Angehöriger dieses Verhalten nicht zeigt, um Sie zu ärgern, sondern um zu versuchen, die Handlungen oder Gedanken, Emotionen, Anspannungen, Befürchtungen von sich und anderen abzuwenden. Die Betroffenen wissen zumeist, dass ihre Gedanken und Handlung unsinnig sind, können diese aber nicht unterlassen. Wichtig: Sie als Angehörige sind nicht schuld an den Zwängen Ihres Angehörigen, Freundes oder Partnerin!

Informieren Sie sich zu Zwangsstörungen!

Was Zwangsstörungen sind und warum der Betroffene sie ausführen muss, ist für Außenstehende kaum begreiflich. Darum informieren Sie sich z.B. auf der Webseite der Deutschen Gesellschaft Zwangserkrankungen

e.V. unter www.zwaenge.de zu Zwangsstörungen und nehmen Sie die telefonische oder Mail-Beratung des Vereins in Anspruch! In Ratgebern, speziell auch für Sie als Angehörige, finden Sie hilfreiche Anregungen und Tipps, wie Sie mit der Erkrankung umgehen können. Im Internet finden Sie Apps, Videos und Podcasts, in denen Psychologen, Psychiater, aber auch Betroffene von ihren Erfahrungen berichten.

Besonders bei Kindern und Jugendlichen ist es wichtig, deren familiäres und soziales Umfeld zu berücksichtigen. Die Eltern sollten von Anfang an einbezogen werden.

Miteinander und nicht übereinander reden!

„Lass es doch einfach sein!“ oder „Hör auf damit“ sind Sätze, die wir alle, die betroffen sind, schon unzählige Male gehört haben. Durch sie fühlt man sich jedoch unter Druck gesetzt, hat Schuldgefühle und die Zwänge nehmen eher noch zu. Sprechen Sie mit Ihrer Partnerin, Ihrem Partner, Kind, Freund oder Freundin eher in einer für Sie beide ruhigeren Situation über die Zwänge.

Als Angehörige verurteilen Sie das Verhalten nicht, sondern erklären Sie, wie Sie sich dabei fühlen und was Ihnen Sorgen macht. Bieten Sie Ihre Hilfe bei der Suche nach Therapeuten an und schmieden Sie gemeinsame Pläne, welche Unternehmungen und Hobbys, aber auch der Besuch der Schule, eine Ausbildung und berufliche Fähigkeiten wieder möglich sein werden, wenn der Zwang zurückgeht.

Dein Zwang ist nicht mein Zwang!

„Damit Du nicht zu spät zur Arbeit kommst, habe ich für dich Türen und Fenster kontrolliert!“ – Ihre Beteiligung bei Zwangsritualen wie der Kontrolle ist zwar lieb gemeint, aber auf längere Sicht nicht hilfreich, da es die Zwangsrituale scheinbar legitimiert und damit noch verstärkt. Sie sollten sich vornehmen, nicht den Zwang zu unterstützen, sondern die betroffene Person – am besten, indem Sie ihr in der Auseinandersetzung mit den Ängsten und der Anspannung beistehen, die den

Zwangshandlungen zugrunde liegen. Besonders bei Kindern und Jugendlichen sollte mittels Motivationsarbeit versucht werden, den oder die Betroffene für die Therapie zu gewinnen. Gerade bei kleinen Kindern ist die Elternarbeit sehr hilfreich und wichtig.

Möglicherweise haben Sie sich bereits verleiten lassen, den Zwang zu unterstützen, und es fällt Ihnen schwer, dies von jetzt auf gleich ganz einzustellen. Gehen Sie deshalb in kleinen Schritten vor. Machen Sie deutlich, dass ihre Hilfe den Zwang noch verstärkt, und dass Sie sich nicht auch noch zu seinem Diener machen lassen möchten. Vereinbaren Sie gemeinsam einen Tag, ein Datum, an dem Sie den Betroffenen beispielsweise beim Kontrollieren nicht mehr unterstützen, sehr wohl aber beim Bewältigen von Ängsten und Anspannung. Ermutigen Sie ihn, dass er den Zwang reduzieren oder gar unterlassen kann. Überlegen Sie sich „Belohnungen“ für die Zeit danach. Vielleicht ein gemeinsamer Spaziergang, Unternehmung und Ähnliches. Gemeinsam sollten Sie täglich üben, bis die Zwänge immer weiter zurückgehen. Dass Sie sich nicht an Zwangshandlungen beteiligen, bedeutet nicht, dass Sie die betroffene Person mit den Problemen allein lassen.

Sollten Sie jedoch wieder in die Zwänge hineingezogen werden, bleiben Sie ruhig und erklären Sie, warum Sie nicht die Zwänge, sondern stattdessen die betroffene Person unterstützen werden. Danach verlassen Sie für ein paar Minuten den Raum, die Situation. Meistens entspannt sich dann für Sie beide die Atmosphäre.

14.4 Erklärung von Interessen und Umgang mit Interessenkonflikten

Die Interessenerklärungen der an der Erstellung der Leitlinie beteiligten Personen wurden über das Interessenmanagementportal der AWMF erhoben. Die offengelegten Interessen wurden in der Leitliniengruppe diskutiert und bewertet. Dabei wurde geprüft, ob Interessenkonflikte vorliegen und ob Maßnahmen zum Umgang mit diesen erforderlich sind. Sofern entsprechende Maßnahmen beschlossen wurden, wurden diese im Rahmen der Konsensuskonferenz umgesetzt.

Leitlinienkoordination: *Voderholzer, Ulrich (für den Erwachsenenbereich);
Walitza, Susanne (für den Kinder- und Jugendbereich)*

Leitlinie: *Patientenleitlinie Zwangsstörung*

Registernummer: *038 - 017*

14.4.1 Prof. Dr. Jelinek, Lena

Tätigkeit als Beraterin und/oder Gutachterin

Nein

Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)

Deutsche Gesellschaft Zwangserkrankungen (DGZ)

Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit

Weiterbildungsinstitute; andere Kliniken; Janssen-Cilag GmbH

Bezahlte Autor-/oder Coauthorschaft

Beltz

Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien

BMBF, Werner Otto Stiftung, Peter Möhrle Stiftung, Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit, Sympatient GmbH

Eigentümerinteressen (Patent, Urheberrecht, Aktienbesitz)*keine*

Indirekte Interessen

Mitglied: Deutsche Gesellschaft Zwangserkrankungen (DGZ), Deutsche Gesellschaft Psychologie (DGPS). Wissenschaftliche Tätigkeit: Kognitive und metakognitive Verzerrungen und Interventionen bei Zwangsstörungen und Depression, Online Interventionen für Zwangsstörungen, Expositionsbehandlung. Klinische Tätigkeit: Verhaltenstherapie. Persönliche Beziehung: keine

Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz

Fr. Jelinek hat Vorträge, Buchbeiträge bzw. Bücher veröffentlicht, die auch Zwangsstörungen betreffen und somit in inhaltlichem Zusammenhang stehen.

COI: gering: Limitierung von Leitungsfunktion

14.4.2 Peters, Antonia

Tätigkeit als Beraterin und/oder Gutachterin

Nein

Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)

Nein

Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit

Nein

Bezahlte Autor-/oder Coauthorschaft

Nein

Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien

Nein

Eigentümerinteressen (Patent, Urheberrecht, Aktienbesitz)

Nein

Indirekte Interessen

Nein

Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz

Keine Interessenkonflikte COI: keine

14.4.3 Prof. Dr. Voderholzer, Ulrich

Tätigkeit als Berater und/oder Gutachter

Nein

Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)

Deutsche Gesellschaft Zwangserkrankungen e.v.

Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit

*Verschiedene Fachgesellschaften und Anbieter von Fortbildungsveranstaltungen
(Keine Industrie)*

Bezahlte Autor-/oder Coauthorschaft

Verlagen: Elsevier; Hogrefe; Kohlhammer,

Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien

Charité Berlin

Eigentümerinteressen (Patent, Urheberrecht, Aktienbesitz)

Nein

Indirekte Interessen

*Mitglied: Vorsitzender wiss. Beirat Deutsche Gesellschaft Zwangserkrankungen e.v.
Mitglied DGPPN und DGEES, Mitglied: Vorstandsmitglied Deutsche Gesellschaft
Zwangserkrankungen e.V., Wissenschaftliche Tätigkeit: Schwerpunkt wissenschaftlicher
Tätigkeit sind Zwangsstörungen und Essstörungen, Psychotherapie und Versorgungsfor-
schung. Klinische Tätigkeit: Ärztliche Leitung einer Fachklinik für psychische Erkrankun-
gen, Schwerpunkte Essstörungen, Zwangs- und Angststörungen, Depression.*

Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz

*Hr. Voderholzer hat Vorträge, Buchbeiträge bzw. Bücher veröffentlicht, die auch Zwangs-
störungen betreffen und somit in inhaltlichem Zusammenhang stehen.
COI: gering: Limitierung von Leitungsfunktion*

14.4.4 Prof. Dr. Wewetzer, Christoph

Tätigkeit als Berater und/oder Gutachter

Nein

Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)

Nein

Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit

Nein

Bezahlte Autor-/oder Coauthorschaft

Nein

Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien

Nein

Eigentümerinteressen (Patent, Urheberrecht, Aktienbesitz)

Nein

Indirekte Interessen

Mitglied: Deutsche Gesellschaft Zwangserkrankungen, Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Wissenschaftliche Tätigkeit: Zwangsstörungen, Essstörungen, Suizidalität, Psychopharmakologie.

Klinische Tätigkeit: Kinder- und Jugendpsychiatrische und psychosomatische Behandlung von Kindern und Jugendlichen und deren Familien

Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz

Hr. Wewetzer hat Vorträge, Buchbeiträge bzw. Bücher veröffentlicht, die auch Zwangsstörungen betreffen und somit in inhaltlichem Zusammenhang stehen.

COI: gering: Limitierung von Leitungsfunktion

14.4.5 Prof. Dr. Walitza, Susanne

Tätigkeit als Beraterin und/oder Gutachterin

Nein

Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)

ADHS Gesellschaft Schweiz; Vortragshonorare von Takeda und Medice 2023 und 2024 (keine zuvor und keine 2025)

Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit

Kontinuierlich im Auftrag der Klinik und des Lehrstuhls

Bezahlte Autor-/oder Coauthorschaft

Thieme, Hogrefe, Kohlhammer, Springer, Beltz, Zahlreiche Artikel, AWMF (Leitlinie Zwangsstörung im Kindes- und Jugendalter)

Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien

Psychotherapieforschung zu Zwangsstörungen. Omega-3 bei Depressionen.

Eigentümergeisterinteressen (Patent-, Urheberrecht, Aktienbesitz)

keine

Indirekte Interessen

Mitglied: Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie; Vorstandsmitglied Schweizerische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (SGKJPP); Vorstandsmitglied Schweizerische Gesellschaft für Zwangsstörungen (SGZ); Vorstandsmitglied der Schweizerischen Gesellschaft für Angst und Depression (SGAD); Deutsche Gesellschaft für Zwangsstörungen (DGZ); Vorstandsmitglied Institut für allgemeine Psychiatrie (IPKJ); Co-Chair of the International College of Obsessive-compulsive Spectrum Disorders (ICOCS); Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP); Alle Interessensbindungen einsehbar unter: <https://www.uzh.ch/prof/apps/interessenbindungen/client/W>, Wissenschaftliche Tätigkeit: Zwangsstörungen, ADHS, Pathologischer Medienkonsum, Angststörungen, Mutismus, Mentale Gesundheit, Stress und Resilienz, Klinische Tätigkeit: Klinikdirektorin, Gesamtleitung der klinischen Versorgung, Lehre und Forschung im Fachgebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie der Universität Zürich.

Schwerpunkte: Zwangsstörungen, ADHS, Angst, Depression, Pathologischer Medienkonsum. Zu allen Störungsbildern jeweils Prävention, Diagnostik und Therapie. Beteiligung an Fort-/Ausbildung: IPKJ: Institut für Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Kliniken Basel, Bern und Zürich. Vorstandsmitglied/

Präsidium des Weiterbildungsvereins IPKJ zusammen mit der Universität Basel und Bern,
Persönliche Beziehung: Nein

Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz

Fr. Walitza hat Vorträge, Buchbeiträge bzw. Bücher veröffentlicht, die auch Zwangsstörungen betreffen und somit in inhaltlichem Zusammenhang stehen.

COI: gering: Limitierung von Leitungsfunktion

14.4.6 Dr. Zisler, Eva

Tätigkeit als Beraterin und/oder Gutachterin

Nein

Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)

Nein

Bezahlte Vortrags-/oder Schulungs-tätigkeit

Nein

Bezahlte Autor-/oder Coauthorschaft

Nein

Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien

Nein

Eigentümerinteressen (Patent-, Urheber recht, Aktienbesitz)

Nein

Indirekte Interessen

Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Psychologie (DGPs)

Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz

Keine Interessenkonflikte COI:

keine

Impressum

Leitlinienkoordination: Prof. Dr. Ulrich Voderholzer, Prof. Dr. Susanne Walitza

Coverbild: Stock illustration ID:1289053187

Versionsnummer: 2.0

Erstveröffentlichung: 05/2013

Überarbeitung von: 06/2022

Nächste Überprüfung geplant: 06/2027

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit des Inhalts keine Verantwortung übernehmen. **Insbesondere bei Dosierungsangaben sind stets die Angaben der Hersteller zu beachten!**

Autorisiert für elektronische Publikation: AWMF online