

Prof. Dr. Wolfgang Hiller

Stichworte aus den gezeigten Folien zur Vorlesung Klinische Psychologie

Thema: Zwangsstörung

Zwangsstörung: Symptome und klinische Kennzeichen

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

Definition der Zwangsstörung

s. DSM-IV-Kriterien

Differentialdiagnose bei Zwangssymptomen

☒ zu Psychosen (Schizophrenie)

... externen Kräften zugeschrieben

... als ich-fremd erlebt

... nicht als sinnlos betrachtet (mangelnde Einsicht)

... meist keinen inneren Widerstand

☒ zu organisch bedingten psychischen Störungen

... kaum intellektuelle Inhalte

... kaum absichtsvoll

... mechanische/ einfache Qualität (z.B. perseverierend)

☒ zu anderen psychischen Störungen

... depressives Grübeln (↗ Depression)

... Denken ans Essen (↗ Essstörung)

... soziale Befürchtungen (↗ Soziale Phobie)

... Krankheitsängste (↗ Hypochondrie)

☒ zur zwanghaften Persönlichkeitsstörung

... größere Stabilität als Zwangssymptome

... selten Gefühl des Gezwungenseins

... andere diagnostische Kriterien (Grundhaltung als penibel, geizig, unflexibel)

Typische Inhalte von Zwangssymptomen

Inhaltsbereiche	Zwangsgedanken (Beispiele)	Zwangshandlungen (Beispiele)
Verunreinigung bzw. Kontamination (Idee, durch Kontakt mit Substanzen, die für gefährlich gehalten werden, Schaden zu nehmen, z.B. Schmutz, Keime, Bakterien, Urin, Fäkalien, Blut, Radioaktivität, Gift)	... am Kamm es Frisörs haften AIDS-Viren ... beim Händeschütteln oder Kontakt mit der Türklinke verunreinige ich mich	ruft Arzt an; sucht Körper nach Anzeichen von AIDS ab; wäscht Hände und Haare; sterilisiert alle Dinge, die andere berühren könnten
Physische Gewalt (gegen sich selbst oder andere, durch sich selbst oder andere)	... ich werde meinem Baby etwas antun	vermeidet Alleinesein mit dem Kind; verschließt Messer und Plastiktüten
Tod	Vorstellung geliebter Personen als Leichen	
Zufälliges Unglück (nicht aufgrund von Kontamination oder physischer Gewalt, z.B. Unfall, Krankheit)	... ich könnte jemanden mit meinem Auto angefahren haben	ruft Kliniken und Polizei an; fährt dieselbe Strecke noch einmal ab Auto nach Beulen absuchen
sozial inakzeptables Verhalten (z.B. Schreien, Fluchen, Kontrolle verlieren, etwas Peinliches sagen)	... ich werde laut etwas Obszönes ausrufen	kontrolliert sich ständig; vermeidet soziale Situationen; fragt andere, ob das Verhalten in bestimmten Situationen akzeptabel war
Sexualität (Beschäftigung mit Sexualorganen, inakzeptables Sexualverhalten)	... ich werde jemanden vergewaltigen	vermeidet Alleinesein mit Frauen; versucht, keine sexuellen Gedanken zu denken (z.B. ständig in Gedanken rückwärts subtrahieren)
Religion (z.B. blasphemische Gedanken, religiöse Zweifel)	... ich habe gesündigt, bin schlecht	betet; sucht kirchlichen Beistand; beichtet
Ordnung (z.B. Dinge müssen am richtigen Platz sein, genau richtig getan werden, nach einem festgelegten Muster oder eine bestimmte Zahl von Wiederholungen)	... habe ich den Herd ausgeschaltet ... wenn ich mich nicht in der richtigen Art wasche, muss ich es nochmal tun, bis es richtig stimmt	prüft; ordnet; zählt; wiederholt die Handlung eine "gute" Anzahl von Malen
Unsinn (sinnlose Phrasen, Vorstellungen, Melodien, Wörter, Zahlenreihen)	hört (in der Vorstellung) die Kennmelodie einer Fernsehensendung während des Lesens einer Zeitung	wiederholt das Lesen der Passage, bis er/sie es schafft, dass dabei die Kennmelodie nicht auftritt

Zwangsstörung: Klinische Merkmale

- Epidemiologie: Lebenszeit-Prävalenz 2-3%; bei Erwachsenen ♀ = ♂, bei Jugendlichen ♂ > ♀
- Schweregrad: ↑ alleinstehend
- Onset: oft bereits im Kindes-/Jugendalter, mittleres Onsetalter 20 Lj. (♂ ~ 19 Lj., ♀ ~ 22 Lj.); bei etwa zwei Dritteln aller Pat. vor 25 Lj., bei weniger als 15% nach 35 Lj.; meist rascher Onset der Symptomatik; bei 50-70% Auslöser durch life event (z.B. Schwangerschaft, sexuelles Problem, Tod eines Angehörigen)
- Verlauf: meist langdauernd, Symptomatik fluktuierend oder konstant vorhanden; Spontanverlauf: 20-30% deutliche Besserung, 40-50% mäßige Besserung, 20-40% gleichbleibend oder Verschlechterung
- Komorbidität: Major Depression ~ 67%, soziale Phobie ~ 25%, oft auch Alkoholabhängigkeit, spezifische Phobie, Panikstörung, Essstörung
- Prädisposition: vorbestehende zwanghafte Persönlichkeitsstörung bei 15-35%
- Prognose: ↓ geringer Widerstand, bizarre Zwänge, Major Depression, wahnhaftige Vorstellungen, überwertige Ideen (d.h. Akzeptanz der Zwänge), Persönlichkeitsstörungen; ↑ gute soziale und berufliche Anpassung, auslösende Ereignisse, episodischer Verlauf

Zwangsstörung: Diagnostische Verfahren

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

Erklärungsmodelle für die Zwangsstörung

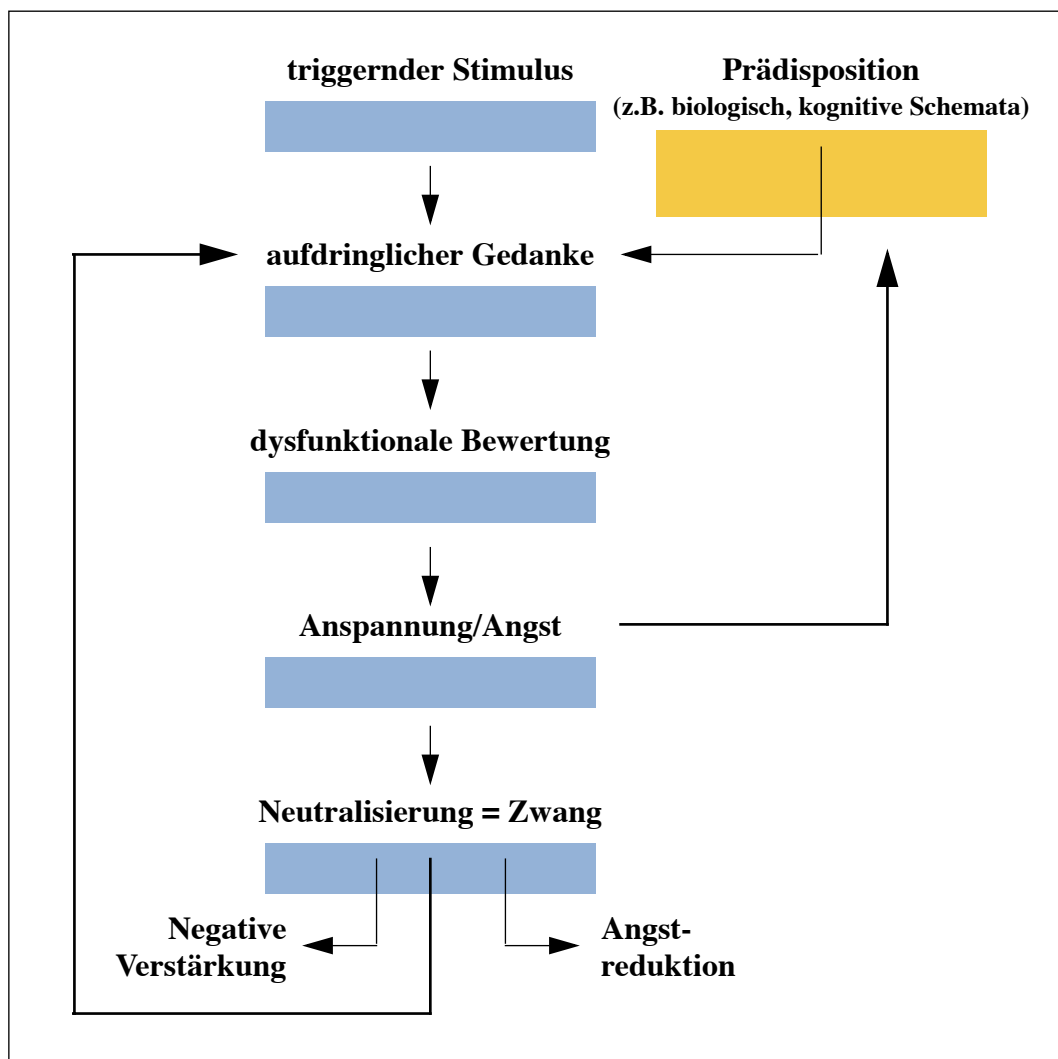
lernpsychologisch:

- 2-Faktoretheorie von Mowrer & Miller
- kognitives Modell von Salkovskis (1989)

biologisch:

- genetisch
- fronto-striatale Hypothese (Baxter et al. 1996)
- Serotonin-Hypothese

Kognitiv-lernpsychologisches Modell der Zwangsstörung (nach Salkovskis 1988)



Dysfunktionale Kognitionen bei Zwangsstörungen

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

Biologische Basis der Zwangsstörung

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

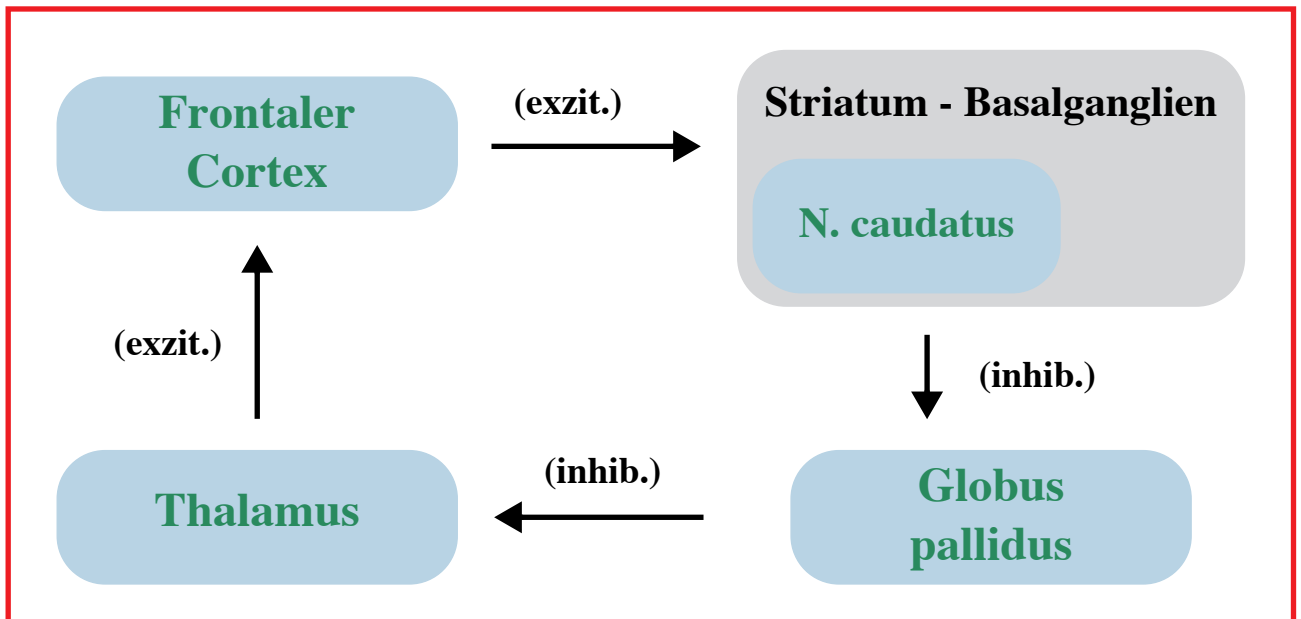
- nach Schädel-Hirn-Traumen
- nach fokalen Hirnläsionen
- nach entzündlich-immunologischen Hirnerkrankungen wie Chorea minor Sydenham
- Chorea Huntington
- Gille-de-la-Tourette-Erkrankung
- bei Epilepsie
- vermehrt Geburtstraumen bei Zwangspatienten

Ätiologie der Zwangsstörung: Fronto-striatale Hypothese

- gestörter Regelkreis im Striatum, dem Globus pallidus, dem Thalamus und dem orbitofrontalen Cortex

Befunde in PET- und fMRI-Studien:

- erhöhter Glukosestoffwechsel und erhöhte neuronale Aktivität im orbitofrontalen Cortex und N. caudatus
- bei Symptomprovokation wird diese Hyperaktivität weiter gesteigert
- nach erfolgreicher Therapie Normalisierung der neuronalen Aktivität



Neuropsychologische Befunde bei Zwangsstörungen

- *Allgemeine Intelligenz:* sprachliche Intelligenz leicht überdurchschnittlich, Handlungsintelligenz dagegen im Normbereich (d.h. Gefälle von ~ 6-13 IQ-Punkten)
- *Gedächtnis:* Defizite beim kurzfristigen Erinnern nonverbalen Materials, aber keine Unterschiede bei verbalem Material; normales Arbeitsgedächtnis
- *Exekutive Funktionen:* keine Defizite beim Wisconsin Card Sorting Test (WCST), Strooptest u.ä. Verfahren; allerdings mehr Perseverationen im Object Alternation Test, der als sensitiv für orbitofrontale Läsionen gilt (Abbruzzese et al. 1995, 1997)
- *Inhibitorische Funktionen:* reduzierte Hemmung beim Negative-Priming-Effekt belegt (Enright & Beech 1993; Kathmann et al. 1999)
- *Prozedurales Lernen:* reduzierte Leistungen belegt (Rauch et al. 1997; Kathmann et al. 1999)

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

Therapie der Zwangsstörung: Exposition und Reaktionsverhinderung (ERP)

◆ Exposition

sich den angstauslösenden Situationen stellen

◆ Reaktionsverhinderung (response prevention)

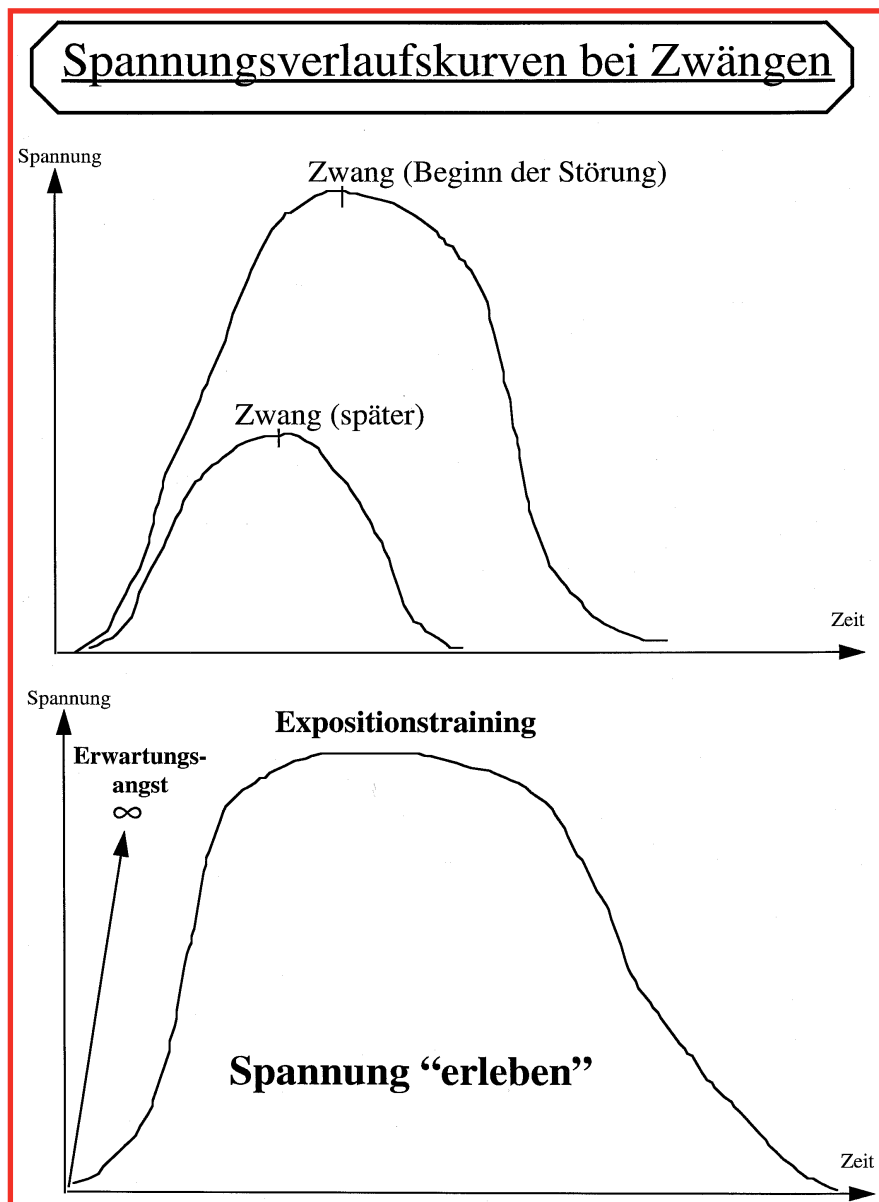
Verzicht auf offene oder verdeckte Zwangshandlungen oder -rituale

◆ Wirkmechanismus

Habituation, Abbau von Anspannung/Angst

aktive Auseinandersetzung mit Emotionen

Erlernen neuer Bewältigungsmöglichkeiten zum Umgang mit der erlebten Anspannung/Angst



Therapie der Zwangsstörung

Kognitive Verhaltenstherapie in Gruppen

Sitzung 1:

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

Sitzung 2:

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

Sitzung 3:

- Bedingungsanalyse
- Hausaufgabe: Persönliche Bedingungsanalyse

Sitzungen 4-6:

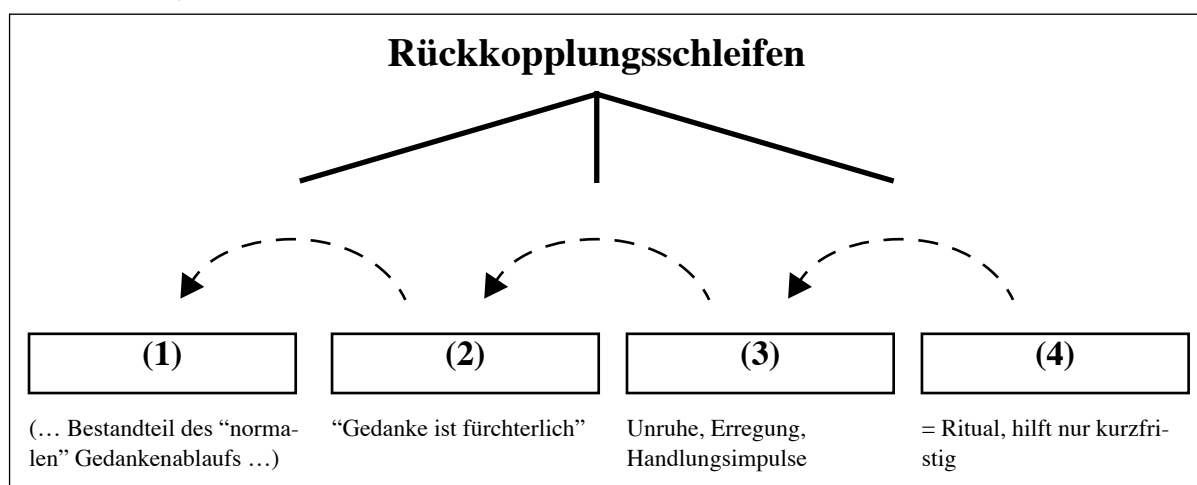
- Analyse von Symptomhierarchien und Vermeidung
- Expositionsvorbereitung

Expositionsphase (Dauer 2-3 Wochen):

Sitzung 7:

- Nachbesprechung des Expositionstrainings
- Ausblick und Rückfallprophylaxe

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



Zwangsstörung: Expositions Vorbereitung I

☒ EINSTELLUNGEN ZUM ZWANG

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

⇒ Distanz, Reflexionsvermögen

⇒ evtl. neurophysiologische Auffälligkeiten erklären, dann kann Pat. seinen Zwang als eine Art "neurophysiologischen Tic" ansehen

☒ VORSTELLUNGEN ÜBER NORMALES VERHALTEN ENTWICKELN

⇒ Normen herausarbeiten, Modelle ansehen

☒ VERMITTLUNG EINES ERKLÄRUNGSMODELLS

⇒ z.B. Komponenten nach Salkovskis

☒ AUSARBEITUNG EINES BEHANDLUNGSPLANS

⇒ kurz-, mittel- und langfristige Ziele setzen

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

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

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

☒ ZU ERWARTENDES BEI DER EXPOSITION AUSFÜHRLICH VORBESPRECHEN

⇒ dem Patienten muss klar sein: (a) der Sinn der Exposition; (b) warum die Reaktionsverhinderung zentral ist;

(c) dass die Angst nicht ins Unendliche geht, sondern mit der Zeit abnimmt (oder zumindest gleichbleibt)

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

⇒ Alternativverhalten für die Expositionssituation erarbeiten

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

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

Zwangsstörung: Exposition

✦ neue Verhaltensnorm nochmals im Detail durchsprechen

✦ Grundspannung bestimmen

✦ Situation durchlaufen, möglichst ganz ohne Rituale/Zwänge

✦ "Lassen Sie jetzt bitte einmal Ihre Gedanken laut werden" - Ängste/Befürchtungen sollten ausgedrückt werden, die Spannung sollte hochgehen (mindestens > 50)

✦ Pat. soll Spannung erleben, nicht nur "aushalten"

✦ keine Ablenkung, keine Entspannungsübungen - immer wieder auf Gefühle und Gedanken bzgl. der Zwangsthematik zurückkommen im Gespräch

✦ auch befürchtete Katastrophe besprechen oder sogar ausmalen, wenn Pat. noch nicht den Spannungshöhepunkt erreicht hat

✦ nach Überschreiten des Spannungshöhepunkts: Spannung klingt meist von selbst ab, Hilfestellungen jetzt erlaubt (Realitätsprüfung, kognitive Techniken)

✦ Reduktion um mind. 30 Punkte oder die Hälfte der angegebenen Spannung als Ziel der Exposition

ERP bei Zwangsstörung

Determinanten in der Therapie

Exposition in-vivo oder in-sensu ?

- in-vivo klar überlegen
- nur bei zu starker kognitiver Vermeidung in-sensu

Graduelle oder massierte Exposition ?

- rasche Konfrontation mit schweren bis sehr schweren Situationen überlegen

Ablenkung oder Aufmerksamkeitsfokussierung während der Exposition ?

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

Kurz- oder langdauernde Exposition ?

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

Exposition alleine oder im Beisein des Therapeuten ?

- anfangs schwierige Situationen mit Therapeuten, später zunehmende Eigenverantwortlichkeit

Funktionsanalyse von Zwängen

Werden mit Hilfe des Zwangs Bedürfnisse erfüllt oder Schwierigkeiten bewältigt ?

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

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

Medikamentöse Therapie der Zwangsstörung

- Pharmakotherapie unter folgenden Bedingungen sinnvoll: (a) schwere Zwangsgedanken; (b) ausgeprägte Depression; (c) allgemein bei schweren Störungen, wo eine vollständige Remission nicht zu erwarten ist
- Mittel der Wahl: serotonin-spezifisch (z.B. Clomipramin) oder SSRI (z.B. Fluvoxamin, Fevarin, Fluoxetin, Paroxetin), kann langsam aufdosiert werden, erwünschte Wirkung aber erst nach 6-8 Wochen zu erwarten
- Responserate: 60-80% aller Zwangspatienten sprechen auf die Behandlung an, aber die Symptomatik bessert sich meist nur um max. 50%
- Rückfallrate nach Absetzen der Medikamente bei etwa 80% (daher Medikamente alleine fast nie ausreichend, sondern nur rein stützend)

Studien zur Therapie der Zwangsstörung (Tabelle ohne Anspruch auf Vollständigkeit)

Studie	Land	Wo publiziert	Fragestellung	Design
Marks et al. (1980)	U.K.	Br J Psychiatry	Exposition + Clomipramin <=> Exposition + Plazebo	RCT
Marks et al. (1988)	U.K.	Br J Psychiatry	Exposition + Clomipramin <=> Exposition + Plazebo	RCT
Cottraux et al. (1990)	F	Int J Clin Psychopharmacol	Fluvoxamin <=> Fluvoxamin + Exp. <=> Plazebo + Exp.	RCT
Hohagen et al. (1998)	GER	Br J Psychiatry	Exposition + Fluvoxamin <=> Exposition + Plazebo	RCT, doppelblind
van Balkom et al. (1998)	NL	J Nerv Ment Dis	KVT <=> ERP <=> KVT/ERP + Fluvoxamin <=> Warte-KG	RCT
van Oppen et al. (1995)	NL	Behav Res Ther	KVT <=> selbstkontrollierte ERP	RCT
Cordilio et al. (2003)	BRASIL	Psychosom Psychother	KVT (Gruppentherapie) <=> Warte-KG	RCT
Foa et al. (2005)	USA, Canada	Arch Gen Psychiatry	ERP <=> Clomipramin <=> Kombination <=> Plazebo	RCT, doppelblind
Sousa et al. (2006)	BRASIL	J Clin Psychiatry	KVT (Gruppentherapie) <=> Sertralin	RCT

(Fortsetzung der Tabelle)

Studie	Zentren	Therapiedauer	Follow-up	N (completers)
Marks et al. (1980)		4 Wo. Medikamente + 3 Wo. Exposition		
Marks et al. (1988)				[49]
Cottraux et al. (1990)		24 Wo.	4 Mo.	44
Hohagen et al. (1998)				[60]
van Balkom et al. (1998)		16 Wo.	nein	86
van Oppen et al. (1995)		16 Wo.		130
Cordilio et al. (2003)	3	12 Wo.	nein	21; KG: 23
Foa et al. (2005)	1	12 Wo.	nein	107
Sousa et al. (2006)	3	12 Wo.	nein	50

(Fortsetzung der Tabelle)

Studie	Ergebnisse	Effektstärken	Responder, % (treated/completers)
Marks et al. (1980)	[Exp + Clomipramin] leicht besser als [EXP + Plazebo]		
Marks et al. (1988)	wie oben		
Cotraux et al. (1990)	[Fluvoxamin + Exp] = [Plazebo + Exp] bei Zwangssymptomatik; [Exp + Fluvoxamin] bei depressiver Symptomatik leicht überlegen		
Hohagen et al. (1998)	[Exp + Fluvoxamin] = [Exp + Plazebo] für Zwangshandlungen; [Exp + Fluvoxamin] > [Exp + Plazebo] für Zwangsgedanken		KVT + Fluvoxamin 87; KVT + Plazebo 60
van Balkom et al. (1998)	[KVT = ERP = Kombination] > Warte-KG		
van Oppen et al. (1995)	KVT > selbstkontrollierte ERP		
Cordilio et al. (2003)		KVT 1.33; Wartegruppe 0.43	KVT 70; Wartegruppe 4
Foa et al. (2005)	[alle Treatments] > [Placebo]; [ERP] > [Clomipramin allein]; [ERP allein] = [ERP + Clomipramin]	Y-BOCS; EPR 2.08; Clomipramin 1.28; Kombination 2.24; Plazebo 0.52	ERP 62/86, Clomipramin 40/48, Kombination 70/79, Plazebo 8/10
Sousa et al. (2006)	beide Treatments effektiv; KVT Y-BOCS-Reduktion von 44%, Sertralin 28%	SDs nicht mitgeteilt	keine Responderanalyse

Studie von Foa et al. (2005)

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

Hintergrund: Edna B. Foa

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

Design: RCT, doppelblind.

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

Einschlusskriterien: Alter 18-70 J.; Zwangsstörung primäre Diagnose; Y-BOCS-Score \geq 16 Punkte.

Ausschlusskriterien: aktuelle MDE mit Hamilton-Score \geq 18 Punkte; vorherrschende suizidale Gedanken; substanzbezogene Störung in den letzten 6 Monaten; gegenwärtige Schizophrenie oder Borderlinestörung; in der Vergangenheit bereits adäquate Behandlung mit ERP oder Clomipramin; bedeutsame EEG-Veränderungen.

Resultate:

(1) ERP und [Clomipramin + ERP] besser als die beiden anderen Behandlungen; Clomipramin allein besser als Plazebo; kein signifikanter Unterschied zwischen ERP allein und [ERP + Clomipramin].

(2) Effektstärken d: ERP 2,08; ERP + Clomipramin 2,24; Clomipramin 1,28; Plazebo 0,52.

Therapiestudien zur Zwangsstörung

- Wirksamkeit der ERP insgesamt gut belegt; viele kontrollierte Studien über 3 Jahrzehnte, berichtete Besserungsraten bei 50-85% (im Vergleich zur sehr niedrigen Spontanremissionsrate !)
- Katamnesen: bei 70-80% Behandlungserfolge über 3 Monate bis 6 Jahre stabil
- Verweigerung oder Abbruch der ERP: ~ 12-15%
- Prädiktoren: Waschwänge bessern sich mehr als Kontrollzwänge; schlechte prämorbidie Anpassung (-), episodischer Verlauf (+), hohe Depressivität (-), hohe Ängstlichkeit (+), ausschließlich Zwangsgedanken (-)

Empfohlene Literatur zur Zwangsstörung

- Reinecker, H. (1994). Zwänge. Diagnose, Theorien und Behandlung (2. Aufl.). Bern: Huber.
- Goodman, W.K., Rudorfer, M.V., Maser, J.D. (2000). Obsessive-compulsive disorder. Contemporary issues in treatment. Mahwah: Erlbaum.
- Reinecker, H. (Hrsg.) (1998). Lehrbuch der Klinischen Psychologie (3. Aufl.). Göttingen: Hogrefe. [darin den Beitrag zur Zwangsstörung].
- Swinson, R.P., Antony, M.M., Rachman, S., Richter, M.A. (Eds.) (1998). Obsessive-compulsive disorder. New York: Guilford.
- Lakatos, A, Reinecker, H. (1999): Kognitive Verhaltenstherapie bei Zwangsstörungen. Göttingen: Hogrefe.

[Stand: SS 2008]