ZOOM: ZWANGSSTÖRUNGEN – STATE OF THE ART

Autoren: Dominique Endres¹, Lena Jelinek², Juan C. Baldermann^{1,3}, Katharina Domschke^{1,4}, Ulrich Voderholzer^{1,5,6}
¹ Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Freiburg, Medizinische Fakultät, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Freiburg, Deutschland. ² Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Deutschland. ³ Klinik für Neurologie, Universitätsklinikum Köln, Medizinische Fakultät, Universität Köln, Köln, Deutschland. ⁴ Deutsches Zentrum für Psychische Gesundheit (DZPG), Standort Berlin, Berlin, Deutschland. ⁵ Schön Klinik Roseneck, Prien am Chiemsee, Deutschland. ⁶ Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum, Ludwig-Maximilians-Universität München, München, Deutschland.

EPIDEMIOLOGIE

- Lebenszeitprävalenz von 1,3 %–2,3 %; Frauen etwas häufiger betroffen
- Erstdiagnose meist zw. dem 18. und 25. Lj., erste Symptome oft schon im Kindesalter
- Spezifische Behandlung verhältnismäßig selten aufgesucht, ohne Therapie drohende Chronifizierung
- Eingeschränkte Lebensqualität und gesteigertes Suizidrisiko

ÄTIOPATHOGENESE UND KORRELATE

- **Genetik:** Erkrankungsrisiko für erstgradig Verwandte sechsfach erhöht, Heritabilität von 50 %, genomweite Assoziationsstudien sprechen für polygenetische Ätiologie, gehäuft „Copy-Number Variants“
- **Neurostrukturell/-funktionell:** Dysbalance der Basalganglien-Kortex-Schleifen mit Überwiegen exzitatorischer (sog. „direkter“ Pfade) angenommen; Alterationen in übergeordneten funktionellen Netzwerken diskutiert
- **Neurotransmission:** A. e. Dysregulation im serotonergen, dopaminergen und glutamatergen System
- **Umweltfaktoren:** Traumatisierungen und belastende Lebensereignisse
- **Psychologische Aspekte:** Kognitiv-behaviorales Modell, verzerrte metakognitive Überzeugungen, Dysfunktion der Emotionsregulierung, a. e. Interaktion zwischen kognitiven, behavioralen und emotionalen Mechanismen
- **Klinische Risikofaktoren:** (Subsyndromale) Entwicklungsstörungen (ADHS, Autismus) oder Persönlichkeitsstörungen/-akzentuierungen (z. B. ängstlich-vermeidend)

KLINISCHE MANIFESTATION UND DIAGNOSTISCHE KRITERIEN

- **Klinik:** Zwangsgedanken (sich aufdrängende Gedanken, z. B. Angst vor Ansteckung oder aggressive Zwangsgedanken) und Zwangshandlungen (ritualisierte mentale oder beobachtbare Handlungen, z. B. Wasch-, Kontroll- oder Ordnungszwänge)
- **Neu in ICD-11:** Keine Subtypen mehr, notwendige Zeitdauer von zwei Wochen entfernt, aber Zeitaufwändigkeit (z. B. mehr als eine Stunde pro Tag) gefordert, Einsichtsfähigkeit muss kodiert werden („insight specifiers“) in gute bis mittlere oder schlechte bis fehlende Einsicht, Zwangsstörungsspektrum als separates Kapitel (einschl. Zwangsstörung, körperdysmorphe Störung, olfaktorische Referenzstörung, Hypochondrie, pathologisches Horten, körperbezogene repetitive Verhaltensweisen [z. B. Skin-Picking], substanzinduzierte bzw. sekundäre Zwangsstörungen und verwandte Störungen und Tourette-Syndrom)

DIAGNOSTIK UND SEKUNDÄRE ZWANGSSTÖRUNGEN

- **Screeningfragen:** Z. B. orientiert am „SKID-Screener“ oder „Zohar-Fineberg Obsessive-Compulsive Screening“
- **Psychometrie:** Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS) als Standardinstrument, SCID-OCSD
- **Empfehlungen der S3-Leitlinie zum Ausschluss sek. Ursachen:** Weiterführende Diagnostik bei Hinweisen auf eine relevante somatische Erkrankung; bei Erkrankungsbeginn >50. Lj. hirnorganische Abklärung
- **Ausblick:** Breitere diagnostische Ansätze, wie der „FDP-OCD“ Algorithmus, inkl. breitem Labor, MRT und EEG und ggf. weiterführenden Untersuchungen bei klinischen/diagnostischen Hinweiszeichen, könnten hilfreich zur Detektion sek. Zwangsstörungen sein, müssen aber noch in größeren Kollektiven evaluiert werden.

KVT MIT EXPOSITIONEN UND REAKTIONSMANAGEMENT

- **Lege-Artis Anwendung:** Beinhaltet Expositionen in Therapeutenbegleitung, im häuslichen Setting, nach Möglichkeit hochfrequent und unter Einbezug von Angehörigen/nahen Bezugspersonen; bei Ansprechen Fortführung bis zur Remission
- **Empfehlungen aus klinischer Erfahrung:** Zwangsprotokolle/Verhaltensbeobachtungen, kognitive(s) Rekonstruktion/Meidungsverhalten erkennen, Expositionen variieren für Generalisierung, regelmäßige

- Wiederholung in Eigenregie, Expositionen während Therapie „Priorität einräumen“ und in Alltag integrieren, Expositionen mit hoher Alltagsrelevanz bei mangelnder Motivation vorziehen, Funktionalitäten bedenken
- **Ausblick:** Kompaktprogramm mit hohem Expositionsanteil („Bergen 4-Day Treatment“), Internet-basierte KVT-Programme, ergänzende „Dritte-Welle Verfahren“ (wie ACT)

PHARMAKOTHERAPIE

- **1. Wahl sind SSRIs:** Sertralin (bis 200 mg), Escitalopram (bis 20 mg; nur 10 mg >65 Lj.), Citalopram (bis 40 mg, off-label; nur 20 mg bei älteren Pat.), Fluoxetin (bis 60 mg), Paroxetin (bis 60 mg), Fluvoxamin (bis 300 mg)
- **2. Wahl ist Clomipramin:** Bis 225 mg, gute Wirksamkeit, mehr anticholinerge Nebenwirkungen
 - SSRIs sind vergleichbar wirksam (Gruppeneffekt), Auswahl primär anhand Nebenwirkungsprofil und mgl. Interaktionen
 - Aufdosierung bis zu max. zugelassenen therapeutischen Dosierungen (bei Verträglichkeit und je nach Verlauf), hierunter bessere Effekte erwartbar
 - Wirkeintritt später als bei Depressionen, Behandlungsversuche über mind. 12 Wochen
- **Ausblick:** Glutamat-Modulatoren derzeit in Studien untersucht

STIMULATIONSVERFAHREN

- **Repetitive transkranielle Magnetstimulation (rTMS):** Option bei unzureichendem Ansprechen auf Verfahren der ersten Wahl mit dem Ziel einer kurzfristigen Symptomverbesserung; in Europa Zulassung für spezifische Spulen und Protokolle mit Stimulation über dem medialen präfrontalen Kortex; Anwendung zusammen mit KVT
 - Meta-analytisch moderate Effekte, Langzeiteffekte noch unklar
- **Tiefe Hirnstimulation (THS):** Kann unter kritischer Risiko-/Nutzenabwägung bei schwerstbetroffenen Pat. bei fehlendem Ansprechen auf mehrere leitliniengerechte Therapien (inkl. den Strategien bei Therapieresistenz und der Behandlung auf einer Spezialstation) durchgeführt werden; bis vor kurzem CE-Zertifizierung für THS des vorderen Kapselschenkels, Verlängerung durch Hersteller nicht erfolgt, deshalb aktuell off-label; OP-bedingte Komplikationen und stimulationsbedingte Nebenwirkungen (z. B. Impulsivität) möglich
 - Meta-analytisch 47 %ige Symptomreduktion, stabile Effekte über Jahre gezeigt
- **Ausblick:** Optimale Zielstrukturen und -netzwerke akt. untersucht, „OCD Response Tract“ für THS kürzlich vorgeschlagen

BEHANDLUNGSEMPFEHLUNGEN IN DER S3-LEITLINIE

- **1. Wahl:** Störungsspezifische kognitive Verhaltenstherapie (KVT) mit Expositionen und Reaktionsmanagement
- **2. Wahl:** Pharmakotherapie mit 1) Selektiven Serotonin-Reuptake Inhibitoren (SSRIs) und 2) mit dem Trizyklikum Clomipramin

KOMORBIDITÄTEN UND DIFFERENTIALDIAGNOSTIK

- **Komorbiditäten:**
 - *Psychisch:* Lebenszeitlich bei bis zu 90 %, z. B. affektive Erkrankungen, Angststörungen, Impulskontrollstörungen, Suchterkrankungen oder Essstörungen
 - *Körperlich:* Hauterkrankungen etc.
- **Differentialdiagnosen:** Schizophrenie, affektive Erkrankungen, zwanghafte Persönlichkeitsstörung oder Angsterkrankungen

PHARMAKOLOGISCHE STRATEGIEN BEI THERAPIERESISTENZ

- **Bei ungenügendem Ansprechen auf ersten SSRI:** Pseudothepiereresistenz prüfen + Plasmaspiegelkontrolle; *einmalig* Wechsel auf anderen SSRI
- **Bei weiterhin ungenügendem Ansprechen:**
 - Wechsel auf Clomipramin erwägen
 - Augmentation mit atypischen Antipsychotika möglich (Aripiprazol 5–15 mg; Risperidon 0,5–3 mg; beide off-label), bei Nicht-Ansprechen nach 6 Wochen wieder absetzen
 - Weitere Strategien: Kombination von SSRI und Clomipramin (Cave: Serotonerges Syndrom) oder „Hochdosis-SSRIs“ in Einzelfällen (off-label, nicht bei Citalopram/Escitalopram wegen potenzieller QTc-Verlängerung, a. e. bei niedrigen Plasmaspiegeln) denkbar

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Dominique Endres
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Universitätsklinikum Freiburg
Medizinische Fakultät, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg
Hauptstraße 5
79104 Freiburg
dominique.endres@uniklinik-freiburg.de