

Information, Psychotherapie und Medikamente

State of the Art der Therapie von Zwangsstörungen

MICHAEL RUFER, ZÜRICH



PD Dr. med.
Michael Rufer

michael.rufer@usz.ch

Zusammenfassung

Zur Behandlung von Zwangsstörungen stehen heute wirksame psychotherapeutische und medikamentöse Optionen zur Verfügung. In den ersten Gesprächen hat die Psychoedukation der Patienten und möglichst auch der Angehörigen eine entscheidende Bedeutung für deren Entlastung und die Planung einer nachfolgenden spezialisierten Behandlung. Die Therapie der Wahl ist die kognitive Verhaltenstherapie. Ein individualisiertes, multimodales Therapiekonzept wird der Komplexität des Störungsbildes am ehesten gerecht. Bei schweren komorbiden Depressionen und/oder im Vordergrund stehenden Zwangsgedanken wird eine Kombination mit einem SSRI oder Clomipramin empfohlen.

■ Zwangsstörungen gehören zu den fünf häufigsten psychischen Erkrankungen. Etwa 2,5% der Bevölkerung leiden im Laufe des Lebens darunter, Männer und Frauen sind gleich häufig betroffen. Die Erkrankung beginnt meistens in der Kindheit oder im frühen Erwachsenenalter und verläuft unbehandelt in der Regel chronisch. Obwohl durch schwere Zwänge berufliche und private Aktivitäten oft nur noch sehr eingeschränkt oder gar nicht mehr möglich sind, verschweigen viele Betroffene ihre Symptome. Die Gründe hierfür können Schamgefühle oder die Befürchtung sein, von anderen Personen unter Veränderungsdruck gesetzt zu werden. Insbesondere wenn die Symptomatik länger besteht, betrifft sie nahezu immer auch Angehörige. Nicht selten sind diese in die Zwangsrituale eingebunden.

Die Häufigkeit der verschiedenen Zwangssymptome ist in **Abbildung 1** dargestellt. Viele Patienten leiden zusätzlich unter komorbiden Achse-I-Störungen (am häufigsten Depressionen) und/oder Persönlichkeitsstörungen. Durch eine genaue Exploration der Anamnese, der aktuellen Symptome und der damit verbundenen Befürchtungen und Erklärungen des Patienten sowie den Einsatz von Fragebögen und Interviews können Fehldiagnosen vermieden und Komorbiditäten erfasst werden.

Während Zwangsstörungen noch in den 1960er-Jahren als praktisch unbehandelbar galten, stehen heute wirksame psychotherapeutische und medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung. Ob bei schwersten, therapierefraktären Zwangsstörungen als «Mittel der letzten Wahl» das neurochirurgische Therapieverfahren der tiefen Hirnstimulation in Frage kommt, lässt sich derzeit noch nicht ausreichend beurteilen, so dass im Rahmen dieses Artikels nicht weiter darauf eingegangen wird.

Psychoedukation zur Entlastung

In den ersten Gesprächen, die häufig beim Hausarzt resp. Grundversorger stattfinden, hat die Psychoedukation sowohl für die Bewältigung der aktuellen Situation als auch zur Bahnung der Weiterbehandlung beim psychiatrisch-psychotherapeutischen Spezialisten einen hohen Stellenwert. Der behandelnde Arzt sollte dem Patienten und möglichst auch den Angehörigen die Symptome einer Zwangserkrankung erklären und darüber informieren, dass diese gut bekannt und gut behandelbar ist. Bei aufdringlichen, angstausslösenden Zwangs-

gedanken (z. B. mit dem Inhalt, andere Personen zu verletzen) ist es wichtig mitzuteilen, dass diese Gedanken nicht vermeintlich unbewussten Absichten entsprechen. Ansonsten würde der ohnehin schon in diese Richtung denkende Patient («Bin ich ein schlechter Mensch?», «Werde ich es wirklich tun?») noch stärker verunsichert.

Die Information, dass funktionelle Veränderungen im Gehirn bei Zwangsstörungen nachgewiesen wurden, kann eine Erleichterung bewirken: «Diese schrecklichen Gedanken entsprechen Fehlsteuerungen im Gehirn, sie sind Ausdruck einer Zwangserkrankung und nicht mein böser Wille oder mein unbewusster Wunsch». Es sollte auch darüber informiert werden, dass sich diese Veränderungen bei einer erfolgreichen Behandlung normalisieren, um auf diese Weise die Motivation für eine Therapie zu fördern. In der Regel ist es sinnvoll, Patienten und Angehörigen darüber hinaus geeignete Selbsthilfeliteratur zu empfehlen, die zur Information, Entlastung und Veränderungsmotivation beiträgt [1, 2].

Nach solchen ersten Informationen sollte eine spezifische Behandlung eingeleitet werden. Ein ambulantes Behandlungssetting ist vorzuziehen. Eine teilstationäre oder stationäre Aufnahme kann aber notwendig werden, wenn zum Beispiel eine schwere komorbide Depression mit Resignation und/oder Suizidalität vorliegt oder eine sehr schwere Zwangssymptomatik verhindert, dass der Patient eine ambulante Therapie regelmässig aufsucht.

Psychotherapie

Aufgrund der wissenschaftlichen Datenlage zur Psychotherapie der Zwangsstörung ist die kognitive Verhaltenstherapie einschliesslich Expositions-Reaktionsmanagement die Behandlung der ersten Wahl, sowohl was die Kurzzeit- als auch die Langzeiteffekte betrifft. Es gibt bis heute keine empirische Evidenz für die Wirksamkeit anderer Psychotherapieverfahren bei Zwangsstörungen.

Um der Komplexität des Störungsbildes gerecht zu werden, werden zumindest bei den mittel- und schwergradigen Zwangserkrankungen in der Regel multimodale kognitiv-verhaltenstherapeutische Konzepte angewandt. Diese beinhalten, in Ergänzung zur Symptomtherapie mittels Expositions-Reaktionsmanagement und kognitiver Therapie, weitere kognitiv-verhaltenstherapeutische Methoden und häufig auch systemische, psychodynamische und/oder achtsamkeitsbasierte Elemente. Die Auswahl der Bausteine erfolgt individuell auf der Basis einer sorgfältigen Verhaltensanalyse. Entscheidend ist hierbei eine genaue biographische Analyse zur Identifizierung ursächlicher, auslösender und aufrechterhaltender Bedingungen für die Zwangssymptomatik und allenfalls die Komorbidität.

Eine wichtige Rolle spielen oft auch intrapsychische und/oder interpersonelle Funktionalitäten der Symptomatik [3]. Diese werden für viele Pa-



tientinnen und Patienten erst im Verlauf der Therapie erkennbar.

- Beispielsweise können Zwänge die intrapsychische Funktion haben, starke Selbstzweifel zu kompensieren. Oder sie überdecken ein Gefühl innerer Leere bei fehlenden sinngebenden Aktivitäten.
- Die interpersonelle Funktionalität von Zwängen betrifft häufig die Beziehungsregulation zu nahen Bezugspersonen. Ein Beispiel ist der Rückzug aus familiären Konfliktsituationen, die der Patient aufgrund von sozialen Ängsten und Defiziten nicht lösen oder aushalten kann. Diese Konfliktthemen stehen nicht mehr im Mittelpunkt, wenn die Zwänge die familiäre Kommunikation beherrschen.

Werden die funktionalen Zusammenhänge vom Therapeuten nicht erkannt und nicht in die Therapieplanung einbezogen, können sich Probleme hinsichtlich der Therapiemotivation ergeben, kann die Exposition nicht zum erwünschten Erfolg führen und/oder können nach Therapieende gehäuft Rückfälle auftreten.

Darüber hinaus müssen weitere Variablen berücksichtigt werden, die den Therapieprozess moderieren. Dies betrifft vor allem die therapeutische Beziehung, die Ressourcen und Veränderungsmotivation des Patienten, aber auch die Kompetenzen des Therapeuten und seine Motivation und Möglichkeit, mehrstündige therapeutenbegleitete Expositionen durchzuführen.

Die Integration individuell abgestimmter Therapiebausteine darf in der Praxis nicht dazu führen, dass der Kernbestandteil der kognitiven Verhaltenstherapie, die therapeutenbegleitete Exposition mit Reaktionsmanagement, vernachlässigt wird. Die Exposition sollte «in vivo», in den relevanten Alltagssituationen des Patienten durchgeführt werden, also meistens ausserhalb des Therapeutenzimmers, zum Beispiel in der Wohnung des Patienten.

Leider wird dies häufig nicht oder nur suboptimal durchgeführt, obwohl auch Patienten die Exposition als den für sie wichtigsten Bestandteil der Therapie bewerten [4]. Es ist daher zu vermuten, dass die fehlende Anwendung dieser hochwirksamen Methode in vielen Fällen nicht auf eine ablehnende Haltung der Patienten zurückzuführen ist, sondern auf das mangelhafte Angebot der Therapeuten. Zur Verbesserung dieser Situation werden spezielle Fortbildungen für Therapeuten angeboten, Informationen finden sich beispielsweise unter www.zwaenge.ch und www.zwaenge.de.

Grundsätzlich sind rückfallprophylaktische Massnahmen nach Therapieende wichtig. Diese beinhalten unter anderem, dass die Patienten Expositionen in Eigenregie weiterführen und noch ungelöste oder im Verlauf neu auftretende Problembereiche aktiv angehen. Auch der Besuch einer Selbsthilfegruppe kommt in Frage. Bei Bedarf sollten vom Therapeuten Auffrischungssitzungen (booster sessions) angeboten werden.

Pharmakotherapie

Nicht-selektive und selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SRI und SSRI) sind bei Zwangsstörungen deutlich wirksamer als Placebo. Insbesondere unter Berücksichtigung der Langzeiteffekte sollte eine medikamentöse Behandlung immer mit kognitiver Verhaltenstherapie kombiniert werden, da ansonsten nach Absetzen der Medikation eine hohe Rückfallgefahr besteht. Für andere Medikamente als (S)SRI gibt es keine empirischen Wirksamkeitsnachweise. Grundsätzlich ist die Dosierung der (S)SRI bei Zwangsstörungen im oberen zugelassenen Dosisbereich zu wählen (stufenweise Aufdosierung). Es muss mit einer relativ langen Dauer von mindestens vier Wochen bis zum Wirkungseintritt und 8–12 Wochen bis zum Wirkungsmaximum gerechnet werden. Das Absetzen sollte immer schrittweise erfolgen, der richtige Zeitpunkt hierfür richtet sich insbesondere nach dem Verlauf der kognitiven Verhaltenstherapie.

Bei unzureichendem Ansprechen auf (S)SRI trotz ausreichend langer Einnahme und hoher Dosierung wird die Augmentation mit einem niedrig dosierten Neuroleptikum empfohlen. Diese Augmentation ist bei einem Drittel der Patienten erfolgreich, die zuvor auf eine (S)SRI-Monotherapie nicht angesprochen haben. Mit einem Wirkungseintritt kann nach drei bis vier Wochen gerechnet werden. Besonders profitieren Patienten mit zusätzlichen Tic-Störungen. Andere medikamentöse Augmentationsstrategien werden nicht empfohlen. **Abbildung 2** zeigt die schematische Darstellung der Behandlungsempfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Zwangsstörungen (SGZ) zur Psychopharmakotherapie.

Venlafaxin, das als dual wirksames Antidepressivum eine starke serotonerge Wirkung hat, wurde bei Zwangsstörungen bisher nicht in placebokontrollierten Studien untersucht. Da aber zumindest einige Vergleichsstudien für eine ähnliche Wirksamkeit wie bei Paroxetin und Clomipramin sprechen, kommt Venlafaxin als Medikament zweiter Wahl in Betracht.

Es besteht keine generelle Überlegenheit der Kombination von kognitiver Verhaltenstherapie und (S)SRI im Vergleich zur alleinigen kognitiven Verhaltenstherapie. Die zusätzliche Gabe eines (S)SRI ist aber dann vorteilhaft, wenn schwere komorbide Depressionen bestehen und/oder Zwangsgedanken das klinische Bild bestimmen. Bei Nachuntersuchungen zum naturalistischen Verlauf konnte allerdings kein überdauernder Zusatzeffekt der Medikation gezeigt werden [5].

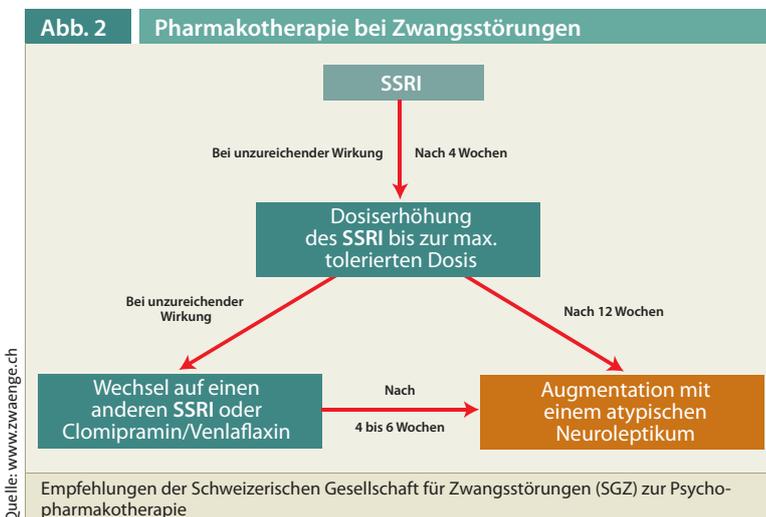
Eine zusätzliche medikamentöse Behandlung ist auch dann zu empfehlen, wenn eine alleinige kognitive Verhaltenstherapie keine ausreichende Besserung bewirkt und/oder wenn sehr ausgeprägte Zwänge eine aktive Mitarbeit in der Therapie bzw. die regelmässige Teilnahme verunmöglichen.

Neue Entwicklungen

In der Therapie von Zwangsstörungen gab es in den letzten Jahren einige interessante Entwicklungen. Bei der Pharmakotherapie betrifft dies vor allem den Einsatz von D-Cycloserin. Dieses soll durch die Beeinflussung der NMDA-Rezeptoren in der basolateralen Amygdala, denen eine Schlüsselrolle bei der Extinktion konditionierter Furcht zukommt, die Lerneffekte von Expositionsübungen verstärken. Auch wenn sich bei Zwangsstörungen nur teilweise Vorteile im Vergleich zu Placebo zeigten, handelt es sich doch um einen interessanten neuen Ansatz, der aktuelle neurowissenschaftliche Erkenntnisse für die Optimierung von Psychotherapie nutzt.

In der kognitiven Verhaltenstherapie wurden in den letzten Jahren spezialisierte Therapieprogramme für Patienten mit Sammel- und Aufbewahrungszwängen entwickelt, da diese auf die üblichen Behandlungen weniger gut ansprechen als Patienten mit anderen Zwangssymptomen [6]. Darüber hin-

Abb. 2 Pharmakotherapie bei Zwangsstörungen



aus wurden vielfältige Weiterentwicklungen der kognitiven Verhaltenstherapie für Zwangsstörungen in ersten empirischen Untersuchungen geprüft: Schematherapeutische Konzepte, metakognitive Therapieansätze, Acceptance and Commitment Therapy (ACT), Danger Ideation Reduction Therapy (DIRT), internetbasierte kognitive Verhaltenstherapie, ein Inference-Based Approach (IBA) und die Assoziationspaltung als Zusatzintervention. Die Vielfältigkeit dieser neuen Entwicklungen ist angesichts einer Rate von bis zu 50% Therapie-Nonrespondern bei schweren Zwangsstörungen ausgesprochen erfreulich. Es ist eine wichtige Aufgabe der Psychotherapieforschung, in den nächsten Jahren die Wirksamkeit dieser und weiterer Ansätze empirisch zu überprüfen.

PD Dr. med. Michael Rufer

Stv. Klinikdirektor

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

UniversitätsSpital Zürich

Culmannstrasse 8, 8091 Zürich

michael.rufer@usz.ch

Literatur:

1. Fricke S, et al.: Zwangsstörungen verstehen und bewältigen. Hilfe zur Selbsthilfe. Bonn: Balance Buch + Medien; 2011.
2. Rufer M, et al.: Der Zwang in meiner Nähe. Rat und Hilfe für Angehörige von zwangskranken Menschen. Bern: Huber; 2009.
3. Külz AK, et al.: Welche Funktionen erfüllen Zwangssymptome? Ergebnisse einer Analyse im stationären Setting. Verhaltenstherapie 2010; 20: 101–108.
4. Voderholzer U, et al.: The big gap in the treatment of OCD: Discrepancies between treatment recommendations and clinical practice (submitted).
5. Rufer M, et al.: Long-term course and outcome of obsessive-compulsive patients after cognitive-behavioral therapy in combination with either fluvoxamine or placebo: a 7-year follow-up of a randomized double-blind trial. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2005; 255: 121–128.
6. Rufer M, et al.: Symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder: prediction of cognitive-behavior therapy outcome. Acta Psychiatr Scand 2006; 113: 440–446.



Erste Hilfe für Menschen mit letzter Hoffnung.



Postfach, 8032 Zürich
Tel. 044 385 94 44
Fax 044 385 94 45
kontakt@zurich.msf.org
www.msf.ch
PK 12-100-2



Ja, ich möchte mehr über die Arbeit
von Médecins Sans Frontières erfahren.

Bitte senden Sie mir:

- Jahresbericht
 Spendeunterlagen

Name/Vorname _____ Strasse _____

PLZ/Ort _____ E-Mail _____