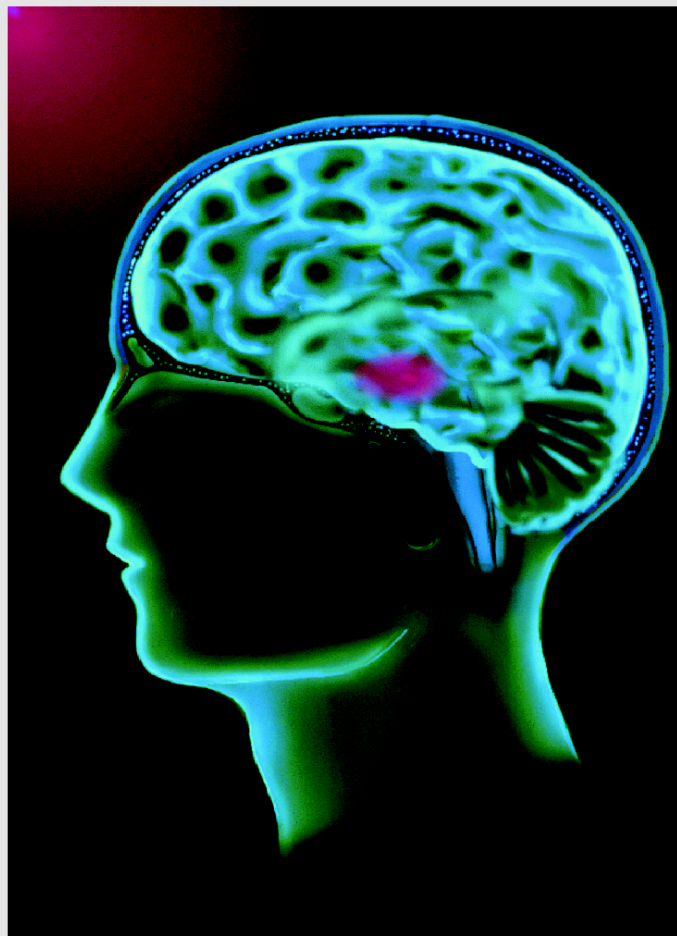


Norbert Kathmann

Neuropsychologie der Zwangsstörungen



Fortschritte der Neuropsychologie

HOGREFE



Neuropsychologie der Zwangsstörungen

Fortschritte der Neuropsychologie

Band 7

Neuropsychologie der Zwangsstörungen

von Prof. Dr. Norbert Kathmann

Herausgeber der Reihe:

Prof. Dr. Herta Flor, Prof. Dr. Siegfried Gauggel,
Prof. Dr. Stefan Lautenbacher, Dr. Hendrik Niemann,
Dr. Angelika Thöne-Otto

Neuropsychologie der Zwangsstörungen

von Norbert Kathmann

HOGREFE



GÖTTINGEN · BERN · WIEN · PARIS · OXFORD · PRAG
TORONTO · CAMBRIDGE, MA · AMSTERDAM · KOPENHAGEN

Prof. Dr. Norbert Kathmann, geb. 1957. 1977-1983 Studium der Psychologie, Philosophie und Psychopathologie in München. Ab 1983 wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Psychiatrischen Klinik der Ludwig-Maximilians-Universität München. Promotion 1989. Habilitation 1995. 1999 Approbation als Psychologischer Psychotherapeut; Supervisor und Dozent für Verhaltenstherapie. Lehr- und Forschungstätigkeit an den Universitäten München, Konstanz und Eichstätt; seit 2002 Professor für Klinische Psychologie an der Humboldt-Universität zu Berlin; Leiter der Hochschulambulanz und der Spezialambulanz für Zwangsstörungen. Arbeitsschwerpunkte: klinisch-neurowissenschaftliche Untersuchungen zu den Themen Zwangsstörungen, Schizophrenien und altersbezogene Störungen.

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat für die Wiedergabe aller in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen etc.) mit Autoren bzw. Herausgebern große Mühe darauf verwandt, diese Angaben genau entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abzdrukken. Trotz sorgfältiger Manuskriptherstellung und Korrektur des Satzes können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© 2008 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Göttingen • Bern • Wien • Paris • Oxford • Prag
Toronto • Cambridge, MA • Amsterdam • Kopenhagen
Rohnsweg 25, 37085 Göttingen

<http://www.hogrefe.de>

Aktuelle Informationen • Weitere Titel zum Thema • Ergänzende Materialien



Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Umschlagbild: © Bildagentur Mauritius GmbH
Satz: Grafik-Design Fischer, Weimar
Druck: Druckerei Kaestner GmbH & Co. KG, 37124 Göttingen
Printed in Germany
Auf säurefreiem Papier gedruckt

ISBN 978-3-8017-1733-9

Inhaltsverzeichnis

1	Beschreibung der Störung	1
1.1	Bezeichnung und Definition der Störung	1
1.2	Klinische Erscheinungsformen und Subgruppen	5
1.3	Epidemiologische Befunde	7
1.4	Komorbidität	9
1.5	Verlauf und Prognose	10
2	Ätiologie	11
2.1	Genetische Faktoren	11
2.2	Neurotransmitter	12
2.2.1	Serotonin	12
2.2.2	Dopamin	14
2.3	Hirnverletzungen	15
2.4	Systemische Hirnerkrankungen	15
2.5	Unspezifische Störungen des Gehirns (neurologische „soft signs“)	17
2.6	Kritische Lebensereignisse und Traumata	17
2.7	Konditionierungsmodell und kognitives Modell der Zwangsstörung	18
2.8	Zwangssymptome bei primär anderer psychischer Störung	18
2.8.1	Schizophrenie	18
2.8.2	Depression	19
3	Ein neurobiologisches Störungsmodell und empirische Befunde dazu	20
3.1	Skizzierung des Modells	20
3.2	Morphometrische Befunde	22
3.3	Funktionelle Hirnaktivierung	23
3.4	Neuropsychologische Befunde	25
3.4.1	Generelle kognitive Leistungsfähigkeit und Intelligenz	25
3.4.2	Visomotorische Geschwindigkeit	27
3.4.3	Aufmerksamkeit und inhibitorische Funktionen	28
3.4.4	Gedächtnis	32
3.4.5	Prozedurales Lernen	35
3.4.6	Belohnungslernen, Umkehrlernen und Entscheidungs- verhalten	37
3.4.7	Fehlermonitoring	40
3.4.8	Emotionale Verarbeitung	42

3.4.9	Konfundierte Variablen	44
3.4.9.1	Depression	45
3.4.9.2	Medikation	45
3.4.10	Stabilität der neuropsychologischen Defizite	46
4	Diagnostik	48
4.1	Psychopathologische Diagnostik	48
4.1.1	Anamnese und klinisches Interview	48
4.1.2	Strukturiertes Interview	49
4.1.3	Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale – Symptomcheckliste (Y-BOCS – SC)	50
4.1.4	Y-BOCS Rating	51
4.1.5	Selbsteinschätzung der Symptomatik	52
4.1.6	Kognitive Verzerrungen und dysfunktionale Überzeugungen	54
4.2	Neuropsychologische Diagnostik	55
4.2.1	Intelligenz	55
4.2.2	Arbeitsgeschwindigkeit, Aufmerksamkeit und Arbeitsgedächtnis	55
4.2.3	Inhibition	56
4.2.4	Gedächtnis	56
4.2.5	Lernen und Umstellungsfähigkeit	57
4.3	Differenzialdiagnosen	58
4.4	Praktisches Vorgehen bei der Diagnostik	62
5	Behandlung	63
5.1	Verhaltenstherapie	63
5.2	Psychopharmakologische Behandlung	67
5.3	Kombination von psychologischer und psychopharmakologischer Behandlung	70
5.4	Neurochirurgische Interventionen	70
5.5	Tiefenhirnstimulation	72
5.6	Elektrokonvulsive Therapie (EKT)	74
5.7	Repetitive transkranielle Magnetstimulation (rTMS)	74
5.8	Neuropsychologisches Training	75
6	Fallbeispiel	78
7	Weiterführende Literatur	79
8	Zitierte Literatur	80
9	Anhang	97

1 Beschreibung der Störung

1.1 Bezeichnung und Definition der Störung

Typischerweise sind Zwangsstörungen gekennzeichnet durch Gedanken, Vorstellungen und Handlungsimpulse, die sich dem Bewusstsein aufdrängen, sowie durch die Rituale, die zum Zweck der Abwehr und Neutralisierung dieser unangenehmen Intrusionen ausgeführt werden. Das bekannteste Zwangssymptom ist der Waschzwang. Dabei wiederholt der Patient das Waschen seiner Hände sehr viel häufiger als nötig und hat große Schwierigkeiten, einen Abschluss zu finden. Dem Händewaschen geht in der Regel die Vorstellung voraus, er habe sich verschmutzt, z. B. mit Krankheitserregern, die ihn selbst, vor allem aber auch andere Menschen, schädigen könnten. Diese Vorstellung wird als sehr bedrückend, höchst aversiv und nicht kontrollierbar erlebt. Sie wird durch den Anblick, die bloße Nähe oder eben durch die Berührung von Gegenständen ausgelöst, die potenziell kontaminiert sein könnten, etwa der Türgriff einer öffentlichen Toilette. In vielen Fällen sind die Auslöser aber nur noch über Assoziationsketten mit realer Verschmutzung verbunden. So hört ein Patient z. B. das Wort „Schüssel“

Aufdringliche Gedanken und Versuche, diese zu „neutralisieren“ sind Kernmerkmale der Zwangsstörung



Abbildung 1:
Beispiele für mögliche Auslöser von Zwangsgedanken und -handlungen

und assoziiert dazu Toilettenschüssel und Fäkalien. Dieser Gedanke löst dann Ekelgefühle sowie die Vorstellung von Verschmutzung, Infektion, Krankheit und Tod aus. Das Händewaschen dient der Reinigung von dieser befürchteten Verschmutzung und der Bannung der damit verbundenen Gefahren.

Fallbeispiel

Ein 20-jähriger Patient bittet um Beratung und Hilfe in einer Hochschulambulanz. Schon seit dem 14. Lebensjahr habe er Probleme mit Zwängen. Zuerst habe er bestimmte Abfolgen beim An- und Auskleiden einhalten müssen. Später sei der Drang dazu gekommen, „schlechte Gedanken“ rückgängig zu machen, indem er diese wie einen Film nochmals rückwärts ablaufen lasse. Er kehre auch oft an Orte zurück, an denen er etwas Unangenehmes erlebt hätte, um das Geschehene rückgängig zu machen. Bestimmte Wörter mit für ihn negativer Bedeutung könne er nicht aussprechen, sonst würde die Vorstellung in seiner Phantasie so lebendig, dass es „richtig weh“ tue. Häufig müsse er dann aufstehen und einige Schritte hin- und hergehen, um „das Schlechte“ abzuschließen. Er stelle sich viele Sachen sehr bildlich vor, so falle ihm bei schwarzen Gegenständen gleich „Beerdigung“ ein und er würde dann durch die Vorstellung von Särgen und verwesenden Leichen gequält. Das ekele ihn in unerträglichem Maß, so dass er sofort etwas dagegen tun müsse. Stören würde ihn auch, wenn andere Menschen „zu lange Zeit“ auf der Toilette verbringen oder sich nicht genügend gründlich die Hände waschen würden. Er habe eben eine „sehr lebhaft Phantasie“. Er sei oft lange damit beschäftigt, seine Gedanken unter Kontrolle zu halten, z. B. indem er an etwas Gutes denke.

Der Patient hat keine Berufsausbildung und verbringt viel Zeit zu Hause bei seinen Eltern. Er verlangt, dass diese auf seine Probleme Rücksicht nehmen. Deswegen gab es bereits häufiger heftigen Streit. Die Eltern sagen, das Leben würde „total vom Sohn und seiner Krankheit bestimmt“. Mit negativen Vorstellungen assoziierte Gegenstände dürfen die Eltern nicht ins Haus bringen, mehrere gekaufte Sachen mussten sie bereits wieder zurückgeben. Der Sohn stelle viele aus ihrer Sicht „sinnlose“ Fragen, die dann beantwortet werden müssten. Ansonsten wäre er sehr unruhig und gelegentlich auch aggressiv. Die Schule hat er vorzeitig abgebrochen, er habe sich nicht mehr mit den Schulkameraden zurecht gefunden. Obwohl er zunächst durchschnittliche Leistungen erreicht hatte und nach seiner Ansicht auch das Abitur hätte machen können, besitzt er nun lediglich einen Hauptschulabschluss. Vorschulisch war seine sprachliche Entwicklung leicht verzögert.

Die Zwänge sind zum ersten Mal massiv ausgebrochen, als der Patient auf einer mehrtägigen Klassenfahrt war. Zudem war ein Onkel kurz zuvor verstorben.

Bisherige psychotherapeutische und medikamentöse Behandlungsversuche führten zu lediglich vorübergehenden und nicht durchgreifenden Besserungen.

Im Kontakt fällt auf, dass er pedantisch und fordernd ist, dabei auch gelegentlich distanzlos wirkt. Psychotische Symptome sind nicht vorhanden, auch in der Vorgeschichte nicht erkennbar. Derzeit ist der Patient ängstlich-angespannt, aber nicht depressiv. Testpsychologisch wird ein durchschnittlicher Intelligenzquotient mit unterdurchschnittlichen Leistungen im Rechnerischen Denken festgestellt.

Zwänge sind häufig unseren alltäglichen Gedanken und Befürchtungen ähnlich, aber von intensiverer Qualität. Manchmal handelt es sich jedoch auch um bizarr anmutende Phänomene, die dem Nichtbetroffenen kaum mehr nachvollziehbar sind. Die Betroffenen sind fast immer von normaler geistiger Leistungsfähigkeit und es ist daher erklärungsbedürftig, warum Zwangsgedanken so beherrschend sind und warum die Zwangshandlungen nicht einfach beendet werden können. In schwereren Fällen leiden die Betroffenen extrem an ihrer Symptomatik. Sie sind große Teile ihrer Zeit damit beschäftigt, den Zwang auszuführen und gleichzeitig gegen ihn anzukämpfen. Häufig nimmt auch das Bemühen, die Störung der Umgebung gegenüber zu verbergen, viel Energie in Anspruch. Von Zwangsstörungen zu unterscheiden sind die zwanghaften Persönlichkeiten bzw. Persönlichkeitsstörungen. Diese sind durch rigides Denken und Übergenauigkeit gekennzeichnet. Diese Merkmale werden, im Gegensatz zur Zwangsstörung, als ich-synton, d. h. zur eigenen Persönlichkeit und den eigenen Werten und Normen gehörig erlebt. Zudem erleben zwanghafte Persönlichkeiten keine aversiven Gedankenintrusionen.

Zwangsstörung ist etwas anderes als eine zwanghafte Persönlichkeit

Nach den Forschungskriterien des ICD-10 (Dilling et al., 2006) ist eine Zwangsstörung (F42) durch folgende Merkmale charakterisiert:

Definition einer Zwangsstörung nach ICD-10

- A. Entweder Zwangsgedanken oder Zwangshandlungen (oder beides) an den meisten Tagen über einen Zeitraum von mindestens zwei Wochen.
- B. Die Zwangsgedanken (Ideen oder Vorstellungen) und Zwangshandlungen zeigen sämtliche folgende Merkmale:
 - (1) Sie werden als eigene Gedanken/Handlungen von den Betroffenen angesehen und nicht als von anderen Personen oder Einflüssen eingegeben.
 - (2) Sie wiederholen sich dauernd und werden als unangenehm empfunden, und mindestens ein Zwangsgedanke oder eine Zwangshandlung wird als übertrieben und unsinnig anerkannt.

- (3) Die Betroffenen versuchen, Widerstand zu leisten (bei lange bestehenden Zwangsgedanken und Zwangshandlungen kann der Widerstand allerdings sehr gering sein). Gegen mindestens einen Zwangsgedanken oder eine Zwangshandlung wird gegenwärtig erfolglos Widerstand geleistet.
- (4) Die Ausführung eines Zwangsgedankens oder einer Zwangshandlung ist für sich genommen nicht angenehm (dies sollte von einer vorübergehenden Erleichterung von Spannung und Angst unterschieden werden).
- C. Die Betroffenen leiden unter den Zwangsgedanken und Zwangshandlungen oder werden in ihrer sozialen oder individuellen Leistungsfähigkeit behindert, meist durch den besonderen Zeitaufwand.
- D. Häufigstes Ausschlusskriterium: Die Störung ist nicht bedingt durch eine andere psychische Störung, wie Schizophrenie und verwandte Störungen (F2) oder affektive Störungen (F3).

Unterschieden werden im ICD-10 die Unterformen F42.0: Vorwiegend Zwangsgedanken oder Grübelzwang, F42.1: Vorwiegend Zwangshandlungen, und F42.2: Zwangsgedanken und Zwangshandlungen, gemischt.

Das DSM-IV-TR (Saß et al., 2003) definiert Zwangsstörungen wie folgt (300.3):

Definition einer Zwangsstörung nach DSM-IV-TR

- A. Entweder Zwangsgedanken oder Zwangshandlungen:
Zwangsgedanken, wie durch (1), (2), (3) und (4) definiert:
- (1) Wiederkehrende und anhaltende Gedanken, Impulse oder Vorstellungen, die zeitweise während der Störung als aufdringlich und unangemessen empfunden werden und die ausgeprägte Angst und großes Unbehagen hervorrufen.
 - (2) Die Gedanken, Impulse oder Vorstellungen sind nicht nur übertriebene Sorgen über reale Lebensprobleme.
 - (3) Die Person versucht, diese Gedanken, Impulse oder Vorstellungen zu ignorieren oder zu unterdrücken, oder sie mit Hilfe anderer Gedanken oder Tätigkeit zu neutralisieren.
 - (4) Die Person erkennt, dass die Zwangsgedanken, -impulse oder -vorstellungen ein Produkt des eigenen Geistes sind (nicht von außen auferlegt wie bei Gedankeneingebung).
- Zwangshandlungen, wie durch (1) und (2) definiert:*
- (1) Wiederholte Verhaltensweisen (z. B. Händewaschen, Ordnen, Kontrollieren) oder gedankliche Handlungen (z. B. Beten, Zählen, Wörter leise wiederholen), zu denen sich die Person als Reaktion

auf einen Zwangsgedanken oder aufgrund von streng zu befolgenden Regeln gezwungen fühlt.

- (2) Die Verhaltensweisen oder die gedanklichen Handlungen dienen dazu, Unwohlsein zu verhindern oder zu reduzieren oder gefürchteten Ereignissen oder Situationen vorzubeugen; diese Verhaltensweisen oder gedanklichen Handlungen stehen jedoch in keinem realistischen Bezug zu dem, was sie neutralisieren oder zu verhindern versuchen, oder sie sind deutlich übertrieben.
- B. Zu irgendeinem Zeitpunkt im Verlauf der Störung hat die Person erkannt, dass die Zwangsgedanken oder Zwangshandlungen übertrieben oder unbegründet sind. Dies muss jedoch bei Kindern nicht der Fall sein.
- C. Die Zwangsgedanken oder Zwangshandlungen verursachen erhebliche Belastung, sind zeitaufwendig (benötigen mehr als 1 Stunde pro Tag) oder beeinträchtigen deutlich die normale Tagesroutine der Person, ihre beruflichen (oder schulischen) Funktionen oder die üblichen Aktivitäten und Beziehungen.
- D. Falls eine andere Achse I-Störung vorliegt, so ist der Inhalt der Zwangsgedanken oder Zwangshandlungen nicht auf diese beschränkt (z. B. starkes Beschäftigtsein mit Essen bei Vorliegen einer Essstörung, Haare ausreißen bei Vorliegen einer Trichotillomanie, Sorgen über das Erscheinungsbild bei Vorliegen einer körperdysmorphen Störung, starkes Beschäftigtsein mit Drogen bei Vorliegen einer Störung im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen, starkes Beschäftigtsein mit Krankheit bei Vorliegen einer Hypochondrie, starkes Beschäftigtsein mit sexuellen Bedürfnissen oder Phantasien bei Vorliegen einer Paraphilie, Grübeln über Schuld bei Vorliegen einer Major Depression).
- E. Das Störungsbild geht nicht auf die direkte körperliche Wirkung einer Substanz (z. B. Droge, Medikament) oder eines medizinischen Krankheitsfaktors zurück.

1.2 Klinische Erscheinungsformen und Subgruppen

Das klinische Bild der Zwangsstörung ist vielfältig und heterogen. Dabei stehen mehrere Leitsymptome im Vordergrund, die über kulturelle Grenzen und Zeiten hinweg in erstaunlich stabiler Weise zu beobachten sind. Rasmussen & Eisen (1998) fanden unter 560 Patienten mit Zwangsstörung, die sich in Behandlung begeben hatten, Kontaminationsgedanken in 50 Prozent der Fälle, pathologische Zweifel bei 42 Prozent, somatische Zwangsbedürfnisse bei 33 Prozent und ein übersteigertes Symmetriebedürfnis bei 32 Prozent. Kontrollrituale waren bei 60 Prozent dieser Patienten vorhanden, zwanghafte Waschroutinen bei 50 Prozent, Zählzwänge bei 36 Prozent

Verschmutzung, Krankheit, Tod, Sexualität, Aggression und Religion sind typische Themen von Zwangsgedanken

und zwanghaftes Fragen bei 34 Prozent. Bei 72 Prozent der Patienten kamen mehrere Zwangsvorstellungen gleichzeitig vor und bei 58 Prozent der Patienten mehrere Zwangshandlungen gleichzeitig. Obwohl in den Kriterienkatalogen der ICD-10 und des DSM-IV-TR für die Diagnose einer Zwangsstörung gefordert wird, dass beim erwachsenen Patienten Einsicht darin besteht, dass die Zwangsgedanken oder Zwangshandlungen übertrieben oder unbegründet sind, finden sich immer wieder atypische Fälle, in denen diese Einsicht fluktuierend und teilweise aufgehoben ist. Man spricht dann von überwertigen Ideen, in extremen Fällen auch von wahnhaften Zügen. Die Diagnosekriterien einer Schizophrenie sind dabei häufig nicht erfüllt. Schätzungen zur Häufigkeit von Zwangsstörungen mit fehlender Einsicht belaufen sich auf 6 Prozent aller Fälle mit Zwangsstörung (Eisen & Rasmussen, 1993). Das DSM-IV-TR erlaubt die Zusatzkodierung „mit wenig Einsicht“.

Es wird zunehmend davon ausgegangen, dass hinter diesen verschiedenen Erscheinungsformen mehrere stabile Subtypen oder Dimensionen der Störung stehen. Diese sollten durch spezifische Verläufe sowie typische psychologische und neurobiologische Merkmale gekennzeichnet sein. Von besonderer Bedeutung wäre, wenn sich die Auswahl der adäquaten Behandlung an solchen Feineinteilungen orientieren könnte. Auch die Grundlagenforschung zur Ätiologie und Pathogenese der Störung sollte von homogenen Einheiten erheblich profitieren.

Systematische Unterteilungen der Zwangssymptomatik wurden mithilfe mehrerer Vorgehensweisen vorgenommen. So lassen sich durch Faktorenanalysen von Symptomfragebögen und Checklisten unabhängige Dimensionen der Zwangssymptomatik identifizieren. Es wird gezeigt, welche Symptome gehäuft zusammen auftreten und welche voneinander unabhängig bestehen. In einem solchen dimensional Modell kann ein Patient durch hohe Ausprägungen auf mehreren Dimensionen beschrieben werden. Das Modell trägt der Tatsache Rechnung, dass gemischte Bilder vorkommen, während kategoriale Modelle davon ausgehen, dass das klinische Bild eines Patienten genau einem Typus zugeordnet werden kann. Bei Verwendung des Padua Inventory (PI), eines Symptomfragebogens (vgl. Kap. 4.1.5), wurden die 5 Dimensionen Zwangsimpulse, Waschrитуale, Kontrollrituale, zwanghaftes Grübeln und Genauigkeit identifiziert. Der PI hat allerdings, wie andere Fragebögen auch, einen beschränkten Itempool, so dass umstritten ist, ob damit das gesamte Spektrum der Zwangssymptomatik sichtbar gemacht werden kann. Mit der Symptomcheckliste, die zur Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS, Goodman et al., 1989) gehört, existiert ein breiter angelegtes Instrument. Sie enthält 60 Symptome aus 8 verschiedenen Bereichen von Zwangsgedanken und 7 verschiedenen Bereichen von Zwangshandlungen. In mehreren unabhängigen Analysen fanden sich relativ übereinstimmende Faktorenstrukturen (Mataix-Cols et al., 2005). Die vier Dimensionen (1) Symmetrie und Ordnen, (2) Sammeln, (3) Kontamination und Waschen, und (4) aggressive

Zwangsvorstellungen und Kontrollieren zeigten sich regelmäßig. Bezüglich weiterer Dimensionen, die religiöse und sexuelle Zwangsgedanken abbilden, besteht weniger Übereinstimmung.

Mittels Clusteranalysen wird demgegenüber versucht, Typologien der Zwangsstörung zu begründen. Diese Strategie gruppiert Patienten nach phänomenologischer Ähnlichkeit und trägt dem Bedürfnis Rechnung, nicht-überlappende Subtypen zu beschreiben. Abramowitz et al. (2003) bestimmten auf diese Weise 5 Subkategorien der Zwangsstörung: (1) Aggressive Zwangsgedanken (*harming*) und Kontrollrituale, (2) Kontaminationsgedanken und Waschrituale, (3) Horten, (4) Symmetrie, (5) Zwangsgedanken und mentale Rituale (*unacceptable thoughts*). Die Typen korrespondieren größtenteils mit den oben genannten Dimensionen und zeigen, dass der dimensionale und der kategoriale Ansatz keine unvereinbaren Ergebnisse produzieren. Allerdings dürfte die klinische Anwendung eines rein kategorialen Systems schwierig sein, da nicht jeder einzelne Patient einer der Subkategorien eindeutig zuzuordnen ist. Generell weisen die multivariaten Datenreduktionsverfahren die Einschränkung auf, dass sie in starkem Maße von der verwendeten Datenbasis abhängig sind. Die Vollständigkeit der Symptomerhebung und die Repräsentativität der Stichproben sind deshalb äußerst wichtige Bedingungen für die Gültigkeit der Ergebnisse.

Während bei den oben dargestellten Strategien ausschließlich von der Phänomenologie ausgegangen wird und anschließend nach genetischen, neuronalen und verlaufsbezogenen Validierungen gesucht wird, gibt es auch Versuche, nicht-phänomenologische bzw. nicht-symptombasierte Kriterien in die Subgruppenbildung einzubeziehen. So zeigte sich, dass ein geringes Alter bei Ersterkrankung eher mit familiärer Häufung von Zwangserkrankungen assoziiert ist (do Rosario-Campos et al., 2005). Zwangserkrankte, die zusätzlich Tics zeigen, stellen mit einer spezifischen genetischen Belastung, schwererem Krankheitsverlauf und spezifischen zusätzlichen Zwangssymptomen (Miguel et al., 2005) ebenfalls eine mögliche Untergruppe dar. Nestadt et al. (2003) gruppierten Patienten mit Zwangsstörungen nach ihren komorbiden Störungen in Subgruppen, deren Validität allerdings noch zu zeigen ist. Auch der Krankheitsverlauf wurde als Gruppierungsmerkmal vorgeschlagen. Episodische Verläufe standen mit familiären Häufungen von affektiven Störungen, Komorbidität mit Panikstörungen sowie mit höherem Ersterkrankungsalter in Zusammenhang (Perugi et al., 1998). Schließlich wird diskutiert, welche Rolle die Einsicht in die Unangemessenheit der Zwangsvorstellungen einnimmt. Fehlende Einsicht kommt vor allem bei einer Subgruppe männlicher Patienten mit chronischem Krankheitsverlauf und ungünstigem Therapieergebnis vor (Eisen & Rasmussen, 1993). Die Identifikation solcher Subgruppen kann von erheblicher klinischer Relevanz sein, da sie eine Indikation für erhöhten Behandlungsaufwand sowie multimodale Therapiekonzepte darstellen (Rasmussen & Eisen, 1998; Miguel et al., 2005).

1.3 Epidemiologische Befunde

Zwangs-
störungen
kommen in der
Bevölkerung
mäßig häufig
vor (1–3 %)

Die Zwangsstörung wurde erst spät als eine vergleichsweise häufige Störung erkannt. Nahm man bis etwa 1980 eine Lebenszeitprävalenz von weit unter 1 Prozent an, so wurde durch die Epidemiologic Catchment Area (ECA) Studie, die erste große Feldstudie auf der Basis von DSM-III Kriterien, deutlich, dass Zwangsstörungen bei etwa 2–3 Prozent der Bevölkerung in den Vereinigten Staaten auftreten (Karno et al., 1988). In den widersprüchlichen Einschätzungen zum Vorkommen der Störung spiegelt sich die geringe Inanspruchnahme spezifischer therapeutischer Angebote durch die Patienten wider. Gleichzeitig wird damit der wirkliche Versorgungsbedarf bezüglich der Zwangsstörung deutlich. In weiteren Studien (vgl. Tabelle 1) wurden die Prävalenzschätzungen aus der ECA Studie weltweit bestätigt (vgl. Weissman et al., 1994). Schwankungen in den Häufigkeitszahlen könnten u. a. durch die Schwelle, ab der zwanghafte Symptomatik als klinisch bedeutsam eingeschätzt wird, bedingt sein. So wurden etwa bei Grabe et al. (2001) 2 Prozent der Bevölkerung als subklinische Fälle eingeschätzt und nur 0,5 Prozent als Vollbilder der Zwangsstörung. Aktuelle Untersuchungen legen nahe, dass Diagnosen entsprechend den DSM-IV-Kriterien zu etwas geringeren Prävalenzen führen als Diagnosen nach DSM-III.

Tabelle 1:
Epidemiologische Studien mit Prävalenzdaten zur Zwangsstörung

Autoren	Land	Prävalenz (Periode)	Diagnose- system
Karno et al. (1988)	USA	1.9–3.3 Prozent (Lebenszeit)	DSM-III
Wittchen et al. (1992)	Deutschland	2,0 (Lebenszeit)	DSM-III
Kolada et al. (1994)	Kanada	2,9 (Lebenszeit)	DSM-III
Stein et al. (1997)	Kanada	0,6 (1 Monat)	DSM-IV
Grabe et al. (2001)	Deutschland	0,5 (Lebenszeit)	DSM-IV
Cilicilli et al. (2004)	Türkei	3,0 (12 Monate)	DSM-IV
Mohammadi et al. (2004)	Iran	1,8 (Lebenszeit)	DSM-IV
Angst et al. (2004)	Schweiz	3,5 (Lebenszeit)	DSM-IV
Crino et al. (2005)	Australien	0,6 (12 Monate)	DSM-IV

Der Beginn der Zwangsstörung liegt gewöhnlich im Jugend- oder frühen Erwachsenenalter, in einigen Fällen bereits in der Kindheit (Goodwin et al., 1969). Bei etwa einem Drittel der Fälle beginnt das Leiden vor dem 15. Lebensjahr, in der Hälfte der Fälle zwischen dem 15. und dem 35. Lebensjahr. Es gibt Hinweise, dass ein sehr früher Krankheitsbeginn typisch ist für Patienten, die aus Familien mit zahlreichen Fällen von Zwangsstörungen stammen und die vermehrt komorbide Ticstörungen aufweisen (do Rosario-Campos et al., 2005).

Während bei allen Angst- und affektiven Störungen ein deutliches Überwiegen des weiblichen Geschlechtes bei den Betroffenen zu beobachten ist, findet man bei der Zwangsstörung dieses Ungleichgewicht schwächer oder gar nicht ausgeprägt. Gelegentlich wurde berichtet, dass im Kindesalter die Jungen überwiegen, dies bestätigten epidemiologische Studien jedoch nicht (Heyman et al., 2001).

1.4 Komorbidität

Zwangsstörungen treten selten isoliert auf. Die Angaben zur Häufigkeit komorbider Störungen variieren in der Literatur allerdings beträchtlich. Affektive Störungen kommen am häufigsten vor (12–84 Prozent), Angststörungen folgen mit 24–70 Prozent. Persönlichkeitsstörungen sind bei 9–88 Prozent der Zwangserkrankten zu beobachten. Nur etwa ein Drittel der Zwangserkrankten hat keine Lebenszeitdiagnose einer anderen psychischen Störung. In einer neueren Studie, die die querschnittliche Komorbidität bestimmt hat (Denys et al., 2004a) waren die Zahlen etwas niedriger. Depressive Episoden (21 Prozent) waren wiederum die wichtigste Gruppe komorbider Störungen, die soziale Phobie (4 Prozent) und die dysthyme Störung (3 Prozent) fanden sich aber relativ selten in dieser Stichprobe von 420 ambulanten Patienten eines universitären Behandlungszentrums für Angststörungen. Unter den Persönlichkeitsstörungen waren die dependente, die zwanghafte und die Borderline Persönlichkeitsstörung signifikant häufiger bei Zwangserkrankten vorhanden als in der Allgemeinbevölkerung. In einer epidemiologischen Erhebung fanden Angst et al. (2004) unter den Zwangserkrankten 33 Prozent mit komorbider unipolarer Depression, überraschenderweise aber auch 53 Prozent mit bipolarer Störung. Generalisierte Angststörungen kamen hier in 47 Prozent der Fälle vor, Sozialphobien in 40 Prozent.

Depression ist die häufigste Komplikation der Zwangsstörung

Auch Essstörungen sind relativ häufig von Zwangsstörungen begleitet. Es wurden Lebenszeitprävalenzen für die Zwangsstörung von 18 Prozent bei Patientinnen mit Essstörungen und von 31 Prozent für Patientinnen mit Anorexia nervosa gefunden.

Eine weitere Gruppe von gehäuft komorbid auftretenden Störungen sind die körperdysmorphe Störung, die Trichotillomanie und die Ticstörungen.

Diese und einige weitere werden zu den Zwangsspektrumsstörungen zusammengefasst, da man vermutet, dass sie Störungsmechanismen und auch ätiologische Faktoren mit der Zwangsstörung gemeinsam haben (Hollander & Wong, 1995). Auch Impulskontrollstörungen wie Nägelbeißen finden sich in Stichproben von Probanden mit der Lebenszeitdiagnose Zwangserkrankung.

1.5 Verlauf und Prognose

Der langfristige Verlauf der unbehandelten Störung ist praktisch unbekannt, da es dazu keine aussagekräftigen Studien gibt. Gut dokumentierte Patienten mit langen Verläufen sind in der Regel behandelt, zumeist mit verschiedenen Verfahren und Substanzen. Unbehandelte Patienten, die das Gesundheitssystem wegen ihrer Zwänge nicht in Anspruch nehmen, stellen sehr wahrscheinlich den weitaus größten Anteil der Patientenpopulation dar, sie stehen aber dementsprechend auch nicht für Forschungsbefragungen zur Verfügung. Man muss sich also fast ausschließlich auf Langzeitverläufe von Patienten, die zu irgendeinem Zeitpunkt das Versorgungssystem in Anspruch genommen haben und dabei diagnostiziert wurden, stützen. In einer Studie von Skoog & Skoog (1999) wurden 144 Patienten mit einer Zwangsstörung nach einem durchschnittlichen Zeitraum von 47 Jahren erneut befragt. Die Diagnosen waren allerdings nicht anhand der heute gültigen Diagnoseregeln gestellt worden, sondern nach den Kriterien von Kurt Schneider. 20 Prozent zeigten keinerlei Symptome mehr, 28 Prozent wiesen noch subklinische Zeichen einer Zwangsstörung auf, 35 Prozent waren zwar gegenüber der Erstuntersuchung gebessert, hatten aber weiterhin klinisch bedeutsame Symptome, und die übrigen 17 Prozent waren unverändert oder verschlechtert. Dies weist auf eine erhebliche Chronizität der Störung hin, wenn auch im Alter generell mit einer Milderung der Symptomatik gerechnet werden kann. In einer anderen Langzeitstudie zeigten die meisten Patienten einen episodischen Krankheitsverlauf mit unvollständiger Remission der Symptome, blieben dabei aber sozial angepasst (Goodwin et al., 1969). Die genannten prognostischen Aussagen sind jedoch wegen der unterschiedlichen diagnostischen Kriterien, die zur Anwendung kamen, mit Vorsicht zu betrachten. Zudem wurden in diesen Studien meist nur stationär behandelte, schwer erkrankte Patienten in die Analyse eingeschlossen.

Eine neuere epidemiologische Kohortenstudie (Züricher Kohortenstudie) hat Patienten mit Zwangsstörungen bzw. Zwangssymptomen aus einer repräsentativen Stichprobe unter Berücksichtigung von DSM-IV Kriterien ausgewählt und im Verlauf über 20 Jahre untersucht (Angst et al., 2004). Es wurde festgestellt, dass ein Drittel sich in Behandlung begeben hatte. 62 Prozent der Patienten schätzten ihren Verlauf selbst als chronisch, die anderen als wechselnd mit wiederkehrenden Krankheitsepisoden ein. Im

**Zum Verlauf
der unbehan-
delten Zwangs-
störung ist
wenig bekannt**

**Subjektiv
chronisches
Leiden**

Symptomfragebogen zeigte sich eine im Verlauf abnehmende Symptom-schwere. Im strukturierten Interview zum letzten Erhebungszeitpunkt fand man allerdings bei 85 Prozent der Probanden keine Zwangssymptome mehr innerhalb der letzten 12 Monate, und nur 4 Prozent der Fälle, die zu Beginn Symptome aufwiesen, erfüllten die Diagnosekriterien in diesem Zeitraum. Diese Daten lassen einen objektiv günstigeren Verlauf erwarten als früher angenommen, wenn auch die Selbstwahrnehmung der Patienten negativer ist. Studien an Patienten, die als Kinder zum ersten Mal wegen einer Zwangsstörung behandelt wurden, zeigen, dass 30 bis 50 Prozent der Betroffenen im Erwachsenenalter weiterhin eine Zwangsstörung aufweisen (Wewetzer et al., 2001). Die Schwere der Symptome in der Kindheit sowie komorbide Ticstörungen waren Prädiktoren für einen ungünstigen Verlauf.

2 Ätiologie

2.1 Genetische Faktoren

Es gibt zunehmende Evidenz für die Hypothese, dass die Zwangsstörung, wie viele andere psychische Störungen auch, eine genetische Komponente aufweist. Ein Beleg dafür ist, dass monozygote Zwillinge deutlich höhere Konkordanzen für Zwangssymptome aufweisen als dizygote Zwillinge (vgl. Alsobrook & Pauls, 1998). Die Erblichkeit von zwanghaftem Denken und Verhalten wurde auf etwa 30 Prozent geschätzt. Die bisherigen Zwillingsstudien sind aber von begrenzter Aussagekraft, da sie einige methodische Probleme aufweisen (van Grootheest et al., 2005). Mit rigoroseren Standards wurden Familienstudien durchgeführt, in denen gezeigt wurde, dass der Anteil zwangsgestörter Personen unter den erstgradig Verwandten von diagnostizierten Patienten signifikant erhöht war (Nestadt et al., 2000; vgl. auch Abbildung 2). So beträgt das Risiko, an einer Zwangsstörung zu erkranken, für Verwandte von Patienten 8,2 Prozent, für Verwandte von Kontrollprobanden dagegen nur 2,0 Prozent (Hettema et al., 2001). Mit diesen Befunden im Hintergrund wurde in den letzten Jahren die Suche nach Kandidatengenen begonnen, die für die Ätiologie der Zwangsstörung eine Rolle spielen. Der Fokus lag dabei auf Genen, die am serotonergen und am dopaminergen Neurotransmittersystem beteiligt sind (Millet et al., 2003; Denys et al., 2006). Bisher wurden dabei allerdings noch keine stabilen Ergebnisse erzielt.

Eine offene Frage ist, wie der Phänotyp für genetische Studien definiert werden soll. Einerseits spricht manches dafür, die Gruppe weiter zu fassen und gemäß dem Konzept der Zwangsspektrumsstörungen auch die Tourette-

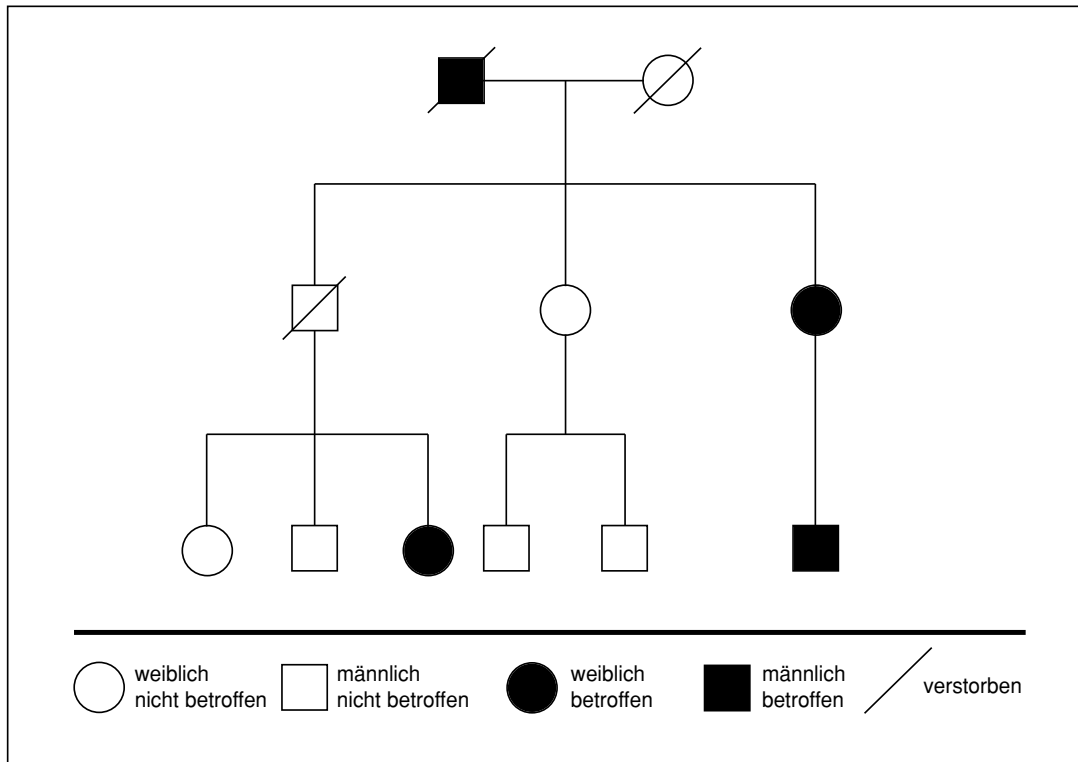


Abbildung 2:
 Familiäre Transmission einer Störung. Stammbaum einer 3-Generationen-Familie mit hoher Wiederholungsrate für die Störung.

Störung, die körperdysmorphe Störung und die Trichotillomanie einzubeziehen (Miguel et al., 2005). Andererseits wird vermutet, dass verschiedene Dimensionen der Zwangssymptomatik unterschiedlich stark genetisch determiniert sein könnten. Bedeutsame genetische Ursachen könnten insbesondere für das Symmetriedenken und Ordnungszwänge bestehen (Alsobrook et al., 1999).

2.2 Neurotransmitter

2.2.1 Serotonin

Es besteht weitgehend Konsens darüber, dass eine Störung des serotonergen Transmittersystems als Grundlage der Zwangsstörung angenommen werden kann. Serotonin ist im Zentralnervensystem zwar in geringer Menge, aber weitverteilt vorhanden (Abbildung 3). Die Serotonin-Hypothese erhält ihre stärkste Unterstützung aus der positiven Wirkung von Serotoninwiederaufnahmehemmern (SSRI). SSRIs wirken auch gegen depressive Symptome, so dass man einwenden könnte, dass die Wirkung indirekt über die Reduktion der depressiven Begleitsymptomatik erzielt

Das zentralnervöse Serotoninsystem wird als wesentlich für die Zwangsstörung angenommen, hauptsächlich wegen