
S3-Leitlinie Zwangsstörungen

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie,
Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)

S3-Leitlinie Zwangsstörungen

Langfassung

2. Auflage

publiziert bei

 **AWMF online**
Das Portal der wissenschaftlichen Medizin

 **Springer**

Herausgeber

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)

Träger und Federführung



Wissenschaftliche Leitung

Prof. Dr. Ulrich Voderholzer, Schön Klinik Roseneck, Prien am Chiemsee, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum, Ludwig-Maximilians-Universität München, Deutschland.

Koordination und Methoden

Prof. Dr. Ulrich Voderholzer, Schön Klinik Roseneck, Prien am Chiemsee, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum, Ludwig-Maximilians-Universität München, Deutschland

Redaktionsteam

Prof. Dr. Ulrich Voderholzer, Schön Klinik Roseneck, Prien am Chiemsee, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum, Ludwig-Maximilians-Universität München, Deutschland.

Antonie Rubart, M.Sc., Zentrum für Integrative Psychiatrie ZIP gGmbH, Lübeck

Matthias Favreau, M.Sc., kbo-Lech-Mangfall-Klinik, Landsberg am Lech

Prof. Dr. Norbert Kathmann, Humboldt-Universität, Berlin

PD Dr. Angelica Staniloiu, Oberberg Fachklinik Schwarzwald, Hornberg

PD Dr. Andreas Wahl-Kordon, Oberberg Fachklinik Schwarzwald, Hornberg

Dr. Bartosz Zurowski, Zentrum für Integrative Psychiatrie ZIP gGmbH, Lübeck

Federführende Fachgesellschaften

Bitte wie folgt zitieren:

Federführende Fachgesellschaften:

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)

Titel der Leitlinie: **”S3-Leitlinie Zwangsstörungen“**

Auflage/Version Datum: 2024

Verfügbar unter: Link zur Seite Der Leitlinie bei der AWMF:

<https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/076-001.html>

Zugriff am (Datum): XX.XX.XXXX

Was gibt es Neues?

Die zentralen Therapieempfehlungen, dass kognitive Verhaltenstherapie mit Exposition und Reaktionsmanagement die wirksamste Therapieform und Therapie der ersten Wahl ist und bei Indikation einer Pharmakotherapie selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer die Medikamente der ersten Wahl sind, bleiben auch in der 1. Revision bestehen. Neue Empfehlungen betreffen unter anderem den Einsatz von Internettherapie sowie Empfehlungen zu Anwendungen von KVT und Exposition auch im Gruppenformat, gegebenenfalls auch per Videosprechstunde, bzw. Videokonferenz-Therapie, sowie die Empfehlung eines intensiven Formats, z. B. in Blockformat.



AWMF-Registernummer: 076-001

Ergänzendes Material finden Sie unter <https://link.springer.com> nach Eingabe der ISBN unter dem Kapitel 2.

ISBN 978-3-662-67877-0 ISBN 978-3-662-67878-7 (eBook)

<https://doi.org/10.1007/978-3-662-67878-7>

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

© DGPPN Dt Gesellsch. f. Psych & Psychoth. 2015, 2024

Springer

© Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (DG-Sucht), Zentralinstitut für Seelische Gesundheit (ZI), Medizinische Fakultät Mannheim, Universität Heidelberg Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universität Tübingen 2016, 2021

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von allgemein beschreibenden Bezeichnungen, Marken, Unternehmensnamen etc. in diesem Werk bedeutet nicht, dass diese frei durch jedermann benutzt werden dürfen. Die Berechtigung zur Benutzung unterliegt, auch ohne gesonderten Hinweis hierzu, den Regeln des Markenrechts. Die Rechte des jeweiligen Zeicheninhabers sind zu beachten.

Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen. Der Verlag bleibt im Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutionsadressen neutral.

Planung/Lektorat: Katrin Lenhart

Springer ist ein Imprint der eingetragenen Gesellschaft Springer-Verlag GmbH, DE und ist ein Teil von Springer Nature.

Die Anschrift der Gesellschaft ist: Heidelberg Platz 3, 14197 Berlin, Germany

Das Papier dieses Produkts ist recyclebar.

S3-Leitlinie Zwangsstörungen – Langversion

Erste Revision im Juni 2022

im Auftrag der

Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)

Gültig bis 30.06.2027

Prof. Dr. Ulrich Voderholzer, Schön Klinik Roseneck, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum, Ludwig-Maximilians-Universität München, Deutschland

Antonie Rubart, M.Sc., Zentrum für Integrative Psychiatrie ZIP gGmbH, Lübeck

Matthias Favreau, M.Sc., kbo-Lech-Mangfall-Klinik, Landsberg am Lech

Prof. Dr. Norbert Kathmann, Humboldt-Universität, Berlin

PD Dr. Angelica Staniloiu, Oberberg Fachklinik Schwarzwald, Hornberg

PD Dr. Andreas Wahl-Kordon, Oberberg Fachklinik Schwarzwald, Hornberg

Dr. Bartosz Zurowski, Zentrum für Integrative Psychiatrie ZIP gGmbH, Lübeck

Steuergruppe:

Dr. Götz Berberich (Windach)

Matthias Favreau, M.Sc. (München)

Dr. Tobias Freyer (Schlangenbad)

Prof. Dr. Hans Jörgen Grabe (Greifswald)

Dipl.-Psych. Timo Harfst (Berlin)

Dipl.-Psych. Thomas Hillebrand (Münster)

PD Dr. Deborah Janowitz (Stralsund)

Prof. Dr. Lena Jelinek (Hamburg)

Prof. Dr. Norbert Kathmann (Berlin)

Dr. Anne Katrin Külz (Freiburg)

Prof. Dr. Thomas Lang (Bremen)

Prof. Dr. Hans-Jürgen Luderer (Heilbronn)

Karl Heinz Möhrmann (München)

Prof. Dr. Steffen Moritz (Hamburg)

Dr. Bernhard Osen (Bad Bramstedt)
Andreas Pfeiffer (Düsseldorf)
Prof. em. Dr. Hans Reinecker (Bamberg)
Dr. Ingrid Rothe-Kirchberger (Stuttgart)
Antonie Rubart, M.Sc. (Lübeck)
Dipl.-Psych. Erdmute Scheufele (Erkner)
PD Dr. Angelica Staniloiu (Hornberg)
Prof. Dr. Katarina Stengler (Leipzig)
Prof. Dr. Ulrich Voderholzer (Prien am Chiemsee)
PD Dr. Andreas Wahl-Kordon (Hornberg)
PD Dr. Steffi Weidt (Zürich)
Dr. Tina Wessels (Berlin)
Prof. Dr. Michael Zaudig (München)
Dr. Bartosz Zurowski (Lübeck)

S3-Leitlinie Zwangsstörungen – Kurzversion

Erste Revision im Juni 2022

im Auftrag der

Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)

Prof. Dr. Ulrich Voderholzer, Schön Klinik Roseneck, München. Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum, Ludwig-Maximilians-Universität München, Deutschland.

Antonie Rubart, M.Sc., Zentrum für Integrative Psychiatrie ZIP gGmbH, Lübeck

Matthias Favreau, M.Sc. kbo-Lech-Mangfall-Klinik, Landsberg am Lech

Prof. Dr. Norbert Kathmann, Humboldt-Universität, Berlin

PD Dr. Angelica Staniloiu, Oberberg Fachklinik Schwarzwald, Hornberg

PD Dr. Andreas Wahl-Kordon, Oberberg Fachklinik Schwarzwald, Hornberg

Dr. Bartosz Zurowski, Zentrum für Integrative Psychiatrie ZIP gGmbH, Lübeck

Steuergruppe:

Dr. Götz Berberich (Windach)

Matthias Favreau, M.Sc. (München)

Dr. Tobias Freyer (Schlangenbad)

Prof. Dr. Hans Jörgen Grabe (Greifswald)

Dipl.-Psych. Timo Harfst (Berlin)

Dipl.-Psych. Thomas Hillebrand (Münster)

PD Dr. Deborah Janowitz (Stralsund)

Prof. Dr. Lena Jelinek (Hamburg)

Prof. Dr. Norbert Kathmann (Berlin)

Dr. Anne Katrin Külz (Freiburg)

Prof. Dr. Thomas Lang (Bremen)

Prof. Dr. Hans-Jürgen Luderer (Heilbronn)

Karl Heinz Möhrmann (München)

Prof. Dr. Steffen Moritz (Hamburg)
 Dr. Bernhard Osen (Bad Bramstedt)
 Andreas Pfeiffer (Düsseldorf)
 Prof. em. Dr. Hans Reinecker (Bamberg)
 Dr. Ingrid Rothe-Kirchberger (Stuttgart)
 Antonie Rubart, M.Sc. (Lübeck)
 Dipl.-Psych. Erdmute Scheufele (Erkner)
 PD Dr. Angelica Staniloiu (Hornberg)
 Prof. Dr. Katarina Stengler (Leipzig)
 Prof. Dr. Ulrich Voderholzer (Prien am Chiemsee)
 PD Dr. Andreas Wahl-Kordon (Hornberg)
 PD Dr. Steffi Weidt (Zürich)
 Dr. Tina Wessels (Berlin)
 Prof. Dr. Michael Zaudig (München)
 Dr. Bartosz Zurowski (Lübeck)

Diagnostik und Klassifikation

(vgl. Kap. 3 Langversion)

Empfehlung	Empfehlungsgrad
3-1 Bei allen Patienten, bei denen psychische Störungen vermutet werden oder bei denen körperliche Anzeichen (z. B. Handekzem) Hinweise auf eine psychische Erkrankung liefern, sollen folgende 5 Fragen zur Zwangsstörung gestellt werden: (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) Brauchen Sie für Alltagstätigkeiten sehr lange? (5) Machen Sie sich Gedanken um Ordnung und Symmetrie? Empfehlungsgrad: Expertenkonsens	Expertenkonsens
3-2 Bei Verdachtsfällen soll das Vorliegen der diagnostischen Kriterien nach ICD-10 geprüft und in Frage kommende Komorbidität abgeklärt werden. Dies sollte bei diagnostischer Unsicherheit mit Hilfe eines ICD-10-basierten Untersuchungsverfahrens geschehen. Empfehlungsgrad: Expertenkonsens	Expertenkonsens
3-3 Bei entsprechenden anamnestischen und/oder klinischen Hinweisen auf eine relevante somatische Erkrankung ist die beschriebene weiterführende Diagnostik (Abschn. 3.5.2) zu veranlassen. Empfehlung: Expertenkonsens	Expertenkonsens

Empfehlung	Empfehlungsgrad
3-4 Nach Statusbestimmung zu Beginn sollte die im Text beschriebene Verlaufsdiagnostik (z. B. Y-BOCS, Abschn. 3.2 und 3.4) durchgeführt werden. Empfehlungsgrad: Expertenkonsens	Expertenkonsens
3-5 Zusätzlich zur Symptomatik sollten stets auch die Auswirkungen der Erkrankung auf Handlungsfähigkeit/Aktivitäten, Teilhabe, Lebensqualität und interpersonelle Auswirkungen erfasst werden (zu Beginn der Therapie zur Zielsetzung und im Verlauf bzw. zum Abschluss zur Evaluation). Empfehlungsgrad: Expertenkonsens	Expertenkonsens
3-6 Bezugspersonen bzw. Angehörige sollten, sofern der Patient dies nicht ablehnt, d. h. sein Einverständnis gegeben hat, in die Befunderhebung in Bezug auf Alltag, Teilhabe und Lebensqualität einbezogen werden. Empfehlungsgrad: Expertenkonsens	Expertenkonsens
3-7 Bei Patienten mit Zwangsstörungen mit einem Krankheitsbeginn jenseits des 50. Lebensjahres soll eine hirnorganische Abklärung erfolgen. Empfehlungsgrad: Expertenkonsens	Expertenkonsens

Psychotherapeutische Verfahren

(vgl. Kap. 4 Langversion)

Empfehlung	Empfehlungsgrad
4-1 Bei einer Zwangsstörung soll eine störungsspezifische Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) einschließlich Exposition als Psychotherapie der ersten Wahl angeboten werden. Empfehlungsgrad: A	A
4-2 Die Behandlung von Patienten mit Zwangsstörung mit Kognitiver Verhaltenstherapie einschließlich Exposition (KVT) sollte Strategien zur Rückfallprophylaxe beinhalten (z. B. Boostersitzungen zur Verstärkung und Wiederauffrischung von Therapieinhalten, Selbsthilfegruppe, Übergang in ambulante Psychotherapie nach stationärer Behandlung). Empfehlungsgrad: Expertenkonsens	Expertenkonsens

Empfehlung	Empfehlungsgrad
<p>4-3</p> <p>Besteht die Wahl zwischen der Behandlung mit Serotoninwiederaufnahmehemmern (SSRI) oder Clomipramin und der Verhaltenstherapie (VT) mit Exposition, dann sollte die (K)VT bevorzugt werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: B</p>	B
<p>4-4</p> <p>Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT) kann für die Therapie von Zwangsstörungen in Erwägung gezogen werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: 0</p>	0
<p>4-5</p> <p>Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) im Gruppensetting sollte bei der Behandlung von Zwangsstörungen, insbesondere wenn Einzeltherapie nicht verfügbar ist, angeboten werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: B</p>	B
<p>4-6</p> <p>Besteht die Möglichkeit der Durchführung hochfrequenter Exposition mit Reaktionsmanagement (Blockexposition an unmittelbar konsekutiven Therapietagen; mindestens aber zwei lange Expositionseinheiten pro Woche), sollte diese Anwendung genutzt werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: B</p>	B
<p>4-7</p> <p>Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) mit Exposition sollte unter der Voraussetzung eines Ansprechens auf dieses Vorgehen bis zum Erreichen einer klinischen Remission fortgeführt werden (Y-BOCS-Gesamtwert bei Therapieende ≤ 12, sowie Verbesserung der Lebensqualität)</p> <p>Empfehlungsgrad: B</p>	B
<p>4-8</p> <p>In der Kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) sollen die Expositionen in Begleitung von Therapeuten angeboten werden und auf eine Überführung in das Selbstmanagement der Patienten abzielen.</p> <p>Empfehlungsgrad: Expertenkonsens</p>	Expertenkonsens
<p>4-9</p> <p>Expositionen im Rahmen einer Kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) sollten von Therapeuten im häuslichen Umfeld oder in zwangsauslösenden Situationen (außerhalb von Praxis/Klinik) durchgeführt werden, falls die Zwangssymptome im Praxis- bzw. Klinik-Setting nicht aktualisierbar sind.</p> <p>Empfehlungsgrad: Expertenkonsens</p>	Expertenkonsens
<p>4-10</p> <p>Stationäre Therapie, die Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) mit Exposition und Reaktionsmanagement im Rahmen multimodaler, für Zwangsstörungen spezialisierter Therapieprogramme anbietet, ist bei Zwangsstörungen wirksam und erzielt hohe Effektstärken.</p> <p>Empfehlungsgrad: Statement</p>	Statement

Empfehlung	Empfehlungsgrad
4-11 Die Einbeziehung von engen Bezugspersonen bei der Durchführung einer Kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) ist zu empfehlen. Empfehlungsgrad: Expertenkonsens	Expertenkonsens
4-12 Achtsamkeitsbasierte kognitive Therapie als Gruppenangebot (MBCT) kann zur Behandlung von Zwangsstörungen in Erwägung gezogen werden, wenn zuvor keine ausreichende Response auf (K)VT erfolgt ist. Empfehlungsgrad: 0	0
4-13 Achtsamkeitsbasierte Exposition in der Gruppe kann zur Behandlung von Zwangsstörungen in Erwägung gezogen werden Empfehlungsgrad: 0	0
4-14 Metakognitive Therapieansätze können zur Behandlung von Zwangsstörungen in Erwägung gezogen werden. Empfehlungsgrad: 0	0
4-15 Inferenzbasierte Therapie kann bei Patienten mit wenig Einsicht in die Irrationalität der Zwangsinhalte eingesetzt werden. Empfehlungsgrad: 0	0
4-16 Für eine Reihe von weiteren Therapievarianten (EMDR, Schematherapie, Assoziationsspaltung, Sättigungstherapie, DIRT) existieren keine hinreichenden Wirksamkeitsnachweise. Empfehlungsgrad: Statement	Statement
4-17 Bei begrenztem Behandlungsangebot (z. B. regionalen Versorgungsengpässen) oder zur Überbrückung von Wartezeiten sollten KVT-basierte Therapieformen (inkl. Selbsthilfe) über das Internet verfügbar gemacht werden. Empfehlungsgrad: B	B
4-18 Es gibt Hinweise, dass die Effekte internetbasierter kognitiv-verhaltenstherapeutischer Behandlungsangebote mit zunehmendem Therapeutenkontakt gesteigert werden können. Empfehlungsgrad: Statement	Statement
4-19 Sofern die Durchführung von KVT nicht im direkten persönlichen Kontakt mit dem Therapeuten möglich ist (z. B. aus organisatorischen Gründen, wegen großer Distanzen, pandemiebedingt, etc.), kann die Durchführung der KVT per Videosprechstunde/-behandlung erwogen werden. Empfehlungsgrad: Expertenkonsens	Expertenkonsens

Empfehlung	Empfehlungsgrad
<p>4-20</p> <p>Auch bei einer hauptsächlich im persönlichen Kontakt durchgeführten KVT kann Exposition per Videosprechstunde/-behandlung oder unter telefonischer Begleitung erwogen werden, wenn spezielle Expositionen in Therapeutenbegleitung nicht im häuslichen Umfeld möglich sind.</p> <p>Empfehlungsgrad: Expertenkonsens</p>	Expertenkonsens
<p>4-21</p> <p>Psychoanalytisch und tiefenpsychologisch begründete Psychotherapieverfahren werden zur Therapie von Patienten mit Zwangsstörungen eingesetzt. Für diese Verfahren liegt keine Evidenz für ihre Wirksamkeit aus randomisierten kontrollierten Studien vor.</p> <p>Empfehlungsgrad: Statement</p>	Statement
<p>4-22</p> <p>Weitere Psychotherapieverfahren werden zur Therapie von Patienten mit Zwangsstörungen eingesetzt. Für diese Verfahren liegt keine ausreichende Evidenz für ihre Wirksamkeit aus randomisierten kontrollierten Studien vor.</p> <p>Empfehlungsgrad: Statement</p>	Statement
<p>4-23</p> <p>Therapeuten sollen im Verlauf einer Kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) die Adhärenz von Patienten (Umsetzung vereinbarter Expositionsübungen zwischen den Therapiesitzungen) fördern und überprüfen, um ein gutes Therapieergebnis sicherzustellen.</p> <p>Empfehlungsgrad: Expertenkonsens</p>	Expertenkonsens

Ergänzende psychosoziale Therapien

(vgl. Kap. 5 Langversion)

Empfehlung	Empfehlungsgrad
<p>5-1</p> <p>Sport- und Bewegungstherapeutische Interventionen wie z. B. Ausdauertraining können eine sinnvolle Ergänzung von leitliniengerechter Therapie sein.</p> <p>Empfehlungsgrad: Expertenkonsens</p>	Expertenkonsens
<p>5-2</p> <p>Ergotherapie kann durch konkretes Einüben von Alltagstätigkeiten und Übungen im häuslichen Umfeld eine sinnvolle Ergänzung von leitliniengerechter Psychotherapie sein.</p> <p>Empfehlungsgrad: Expertenkonsens</p>	Expertenkonsens

Psychopharmakotherapie

(vgl. Kap. 6 Langversion)

Empfehlung	Empfehlungsgrad
<p>6-1</p> <p>Eine Monotherapie mit Medikamenten ist indiziert, wenn Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) abgelehnt wird oder wegen der Schwere der Symptomatik keine KVT durchgeführt werden kann KVT wegen langer Wartezeiten oder mangelnder Ressourcen nicht zur Verfügung steht oder damit die Bereitschaft des Patienten, sich auf weitere Therapiemaßnahmen (KVT) einzulassen, erhöht werden kann.</p> <p>Empfehlungsgrad: Expertenkonsens</p>	Expertenkonsens
<p>6-2</p> <p>Eine Monotherapie mit Medikamenten kann auf Wunsch/Präferenz des Patienten und/oder bei positiver Erfahrung des Patienten mit gutem Ansprechen auf eine medikamentöse Therapie in der Vergangenheit angeboten werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: Expertenkonsens</p>	Expertenkonsens
<p>6-3</p> <p>Wenn eine medikamentöse Therapie indiziert ist, sollen SSRI (Citalopram¹, Escitalopram, Fluoxetin, Fluvoxamin, Paroxetin, Sertralin) angeboten werden. Citalopram¹ ist in Deutschland jedoch zur Behandlung von Zwangsstörungen nicht zugelassen.</p> <p>Empfehlungsgrad: A</p>	A
<p>6-4</p> <p>Bei der Therapie mit SSRI sollte auf</p> <ul style="list-style-type: none"> • Übelkeit, Diarrhöe • sexuelle Funktionsstörungen • Hyponatriämie v. a. bei älteren Patienten (SIADH = vermehrte Produktion oder Wirkung des antidiuretischen Hormons ADH); • eine erhebliche Zunahme von motorischer Unruhe, • Angst und Agitiertheit • Suizidgedanken • Blutungsneigung, insbesondere bei gleichzeitiger Gabe von gerinnungshemmenden Medikamenten einschließlich nichtsteroidaler Antirheumatika • Absetzschwierigkeiten nach längerdauernder SSRI-Einnahme geachtet werden. <p>Die Patienten sollen auf die Möglichkeit dieser unerwünschten Wirkungen zu Beginn der medikamentösen Behandlung hingewiesen werden und bei deren Auftreten ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen.</p> <p>Das Monitoring unter medikamentöser Therapie soll gemäß Tab. 6.1 erfolgen.</p> <p>Empfehlungsgrad: Expertenkonsens</p>	Expertenkonsens

Empfehlung	Empfehlungsgrad
<p>6-5</p> <p>Die Entscheidung für eine medikamentöse Therapie soll partizipativ nach Aufklärung der Patienten über die verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten, deren Erfolgschancen und Risiken getroffen werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: Expertenkonsens</p>	Expertenkonsens
<p>6-6</p> <p>Da alle SSRI klinisch vergleichbar gut wirksam sind, soll die Auswahl des SSRI anhand des Profils unerwünschter Wirkungen und möglicher Wechselwirkung mit anderen Medikamenten erfolgen.</p> <p>Empfehlungsgrad: Expertenkonsens</p>	Expertenkonsens
<p>6-7</p> <p>Die SSRI Citalopram¹ (Off-Label-Use), Escitalopram, Fluoxetin, Paroxetin, Sertralin sollten in Abhängigkeit vom Verlauf der Symptomatik und etwaiger unerwünschter Wirkungen bis zu den maximal zugelassenen therapeutischen Dosierungen eingesetzt werden, da dann eine stärkere Wirksamkeit zu erwarten ist.</p> <p>Empfehlungsgrad: B</p> <p>¹Off-Label-Use</p>	B
<p>6-8</p> <p>Falls eine Therapie mit SSRI wirksam war, sollte eine Erhaltungstherapie mit der zuletzt wirksamen Dosis bei guter Verträglichkeit und fehlenden Kontraindikationen fortgeführt werden (siehe Empfehlung 6-27).</p> <p>Empfehlungsgrad: B</p>	B
<p>6-9</p> <p>Clomipramin ist vergleichbar wirksam mit SSRI, soll jedoch aufgrund der Nebenwirkungen zur Behandlung von Patienten mit Zwangsstörungen nicht als erste Wahl zum Einsatz kommen.</p> <p>Empfehlungsgrad: A</p>	A

Empfehlung	Empfehlungsgrad
<p>6-10</p> <p>Bei der Therapie mit Clomipramin sollte auf</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mundtrockenheit • Verstopfung, schwere Obstipation • Akkomodationsstörungen • Schwindel, Blutdrucksenkungen mit Kreislaufbeschwerden und Herzerassen, Herzrhythmusstörungen • Gewichtszunahme • Probleme beim Wasserlassen • sexuelle Funktionsstörungen • Darmverschluss • Glaukom • kognitive Störungen • Verwirrheitszustände/Delir • Krampfanfälle • Hyponatriämie v. a. bei älteren Patienten (SIADH = vermehrte Produktion oder Wirkung des antidiuretischen Hormons ADH) • eine erhebliche Zunahme von motorischer Unruhe, Angst und Agitiertheit • Suizidgedanken • Blutungsneigung, insbesondere bei gleichzeitiger Gabe von gerinnungshemmenden Medikamenten einschließlich nichtsteroidaler Antirheumatika • Absetzschwierigkeiten nach längerdauernder Clomipramin-Einnahme geachtet werden. <p>Die Patienten sollen auf die Möglichkeit dieser unerwünschten Wirkungen zu Beginn der medikamentösen Behandlung hingewiesen werden und bei deren Auftreten ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen.</p> <p>Das Monitoring unter medikamentöser Therapie soll gemäß Tab. 6.2 erfolgen.</p> <p>Empfehlungsgrad: Expertenkonsens</p>	Expertenkonsens
<p>6-11</p> <p>Die intravenöse Applikation von Clomipramin hat gegenüber der oralen Verabreichung keine bessere Wirksamkeit und sollte nicht primär eingesetzt werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: B</p>	B
<p>6-12</p> <p>Trizyklische Antidepressiva (außer Clomipramin) sind zur Behandlung von Patienten mit einer Zwangsstörung nicht wirksam und sollen daher nicht eingesetzt werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: A</p>	A
<p>6-13</p> <p>Venlafaxin sollte nicht als Medikament erster Wahl eingesetzt werden.¹</p> <p>Empfehlungsgrad: B</p> <p>¹Ist zur Behandlung von Zwangsstörungen nicht zugelassen.</p>	B

Empfehlung	Empfehlungsgrad
<p>6-14</p> <p>Mirtazapin soll nicht zur medikamentösen Monotherapie von Patienten mit Zwangsstörungen eingesetzt werden.¹</p> <p>Empfehlungsgrad: A</p> <p>¹Ist zur Behandlung von Zwangsstörungen nicht zugelassen.</p>	A
<p>6-15</p> <p>Buspiron¹ soll nicht eingesetzt werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: A</p> <p>¹Ist zur Behandlung von Zwangsstörungen nicht zugelassen.</p>	A
<p>6-16</p> <p>Clonazepam¹ und andere Benzodiazepine¹ sollen nicht eingesetzt werden und bergen das Risiko einer Abhängigkeitsentwicklung.</p> <p>Empfehlungsgrad: A</p> <p>¹Sind zur Behandlung von Zwangsstörungen nicht zugelassen.</p>	A
<p>6-17</p> <p>Spricht ein Patient mit Zwangsstörung nicht auf eine SSRI-/Clomipramin-Therapie mit einer Reduktion der Zwangssymptomatik um mindestens 25% an, dann sollten Ursachen für diesen Verlauf evaluiert werden. Zu diesen Ursachen gehören ggf. die mangelnde Mitarbeit des Patienten, eine nicht angemessene Dosis und ein zu niedriger Serumspiegel.</p> <p>Empfehlungsgrad: Expertenkonsens</p>	Expertenkonsens
<p>6-18</p> <p>Die Behandlungsdauer mit SSRI/Clomipramin sollte mindestens 12 Wochen betragen. Dabei sollte spätestens ab Woche 6-8, falls nicht bereits Remission¹ bzw. klinische Remission eingetreten ist, eine maximal zugelassene Dosis erreicht werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: Expertenkonsens</p> <p>¹(Y-BOCS < 12)</p>	Expertenkonsens
<p>6-19</p> <p>Spricht ein Patient mit Zwangsstörung nicht auf eine SSRI-Therapie mit einer Reduktion der Zwangssymptomatik um mindestens 25% an, kann eine Dosissteigerung individuell erwogen werden, auch in höherer als zugelassener Dosis.¹ Hierbei ist eine engmaschige ärztliche Betreuung der Patienten mit Überprüfung möglicher unerwünschter Wirkungen erforderlich (s. 6-4).²</p> <p>Empfehlungsgrad: 0</p> <p>¹Die Patienten müssen dazu über die besonderen Risiken der off-label-Anwendung aufgeklärt werden, die auch eine besondere ärztliche Sorgfaltspflicht nach sich zieht.</p> <p>²Für Deutschland ist erstattungsrechtlich die Bestimmung des § 2 Abs. 1a SGB V zu berücksichtigen.</p>	0
<p>6-20</p> <p>Spricht ein Patient mit Zwangsstörung nicht auf eine SSRI-/Clomipramin-Therapie mit einer Reduktion der Zwangssymptomatik um mindestens 25% an, kann auf ein anderes SSRI oder Clomipramin umgestellt werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: 0</p>	0

Empfehlung	Empfehlungsgrad
<p>6-21</p> <p>Wenn Therapieversuche mit zwei oder mehreren verschiedenen SSRIs bei adäquater Dauer und Dosierung (s. 6-18) wirkungslos geblieben sind, kann eine Behandlung mit Clomipramin erfolgen.</p> <p>Empfehlungsgrad: 0</p>	0
<p>6-22</p> <p>Wenn Therapieversuche mit zwei oder mehr verschiedenen SSRI/ Clomipramin bei adäquater Dauer und Dosierung (s. 6-18) wirkungslos geblieben sind, kann eine kombinierte Therapie eines SSRI mit Clomipramin erwogen werden¹.</p> <p>Empfehlungsgrad: 0</p> <p>¹CAVE: höheres Risiko eines serotonergen Syndroms</p>	0
<p>6-23</p> <p>Bei der Behandlung von Patienten mit Zwangsstörungen sind folgende Substanzen zur Augmentation einer SSRI-/Clomipramin-Therapie nicht indiziert: Glutamatmodulatoren (wie z. B. Riluzol, N-Acetylcystein), Lithium, noradrenerge Antidepressiva (z. B. Desipramin), Buspiron.</p> <p>Empfehlungsgrad: A</p>	A
<p>6-24</p> <p>Bei ausbleibendem oder unzureichendem Ansprechen auf eine leitliniengerechte Therapie mit SSRI/Clomipramin über mind. 12 Wochen (s. 6-20 bis 6-22) sollte als Augmentation eine zusätzliche Therapie mit den Antipsychotika Aripiprazol¹ oder Risperidon¹ angeboten werden. Bei Nicht-Ansprechen auf die Augmentation sollten die Antipsychotika nach 6 Wochen abgesetzt werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: B</p> <p>¹Ist zur Behandlung von Zwangsstörungen nicht zugelassen.</p>	B
<p>6-25</p> <p>Die Monotherapie mit Antipsychotika kann aufgrund fehlender Wirkungsnachweise und möglicher Nebenwirkungen bei der Behandlung von Patienten mit Zwangsstörung nicht empfohlen werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: Expertenkonsens</p>	Expertenkonsens
<p>6-26</p> <p>Die medikamentöse Augmentation einer Expositionstherapie mit D-Cycloserin¹ verstärkt nicht die Wirkung von Expositionen und soll nicht angewendet werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: A</p> <p>¹off-label</p>	A
<p>6-27</p> <p>Bei Ansprechen auf eine Therapie mit SSRI sollte diese zur Vermeidung von Rückfällen für 1-2 Jahre fortgesetzt werden. Das Absetzen einer Therapie mit SSRI sollte über einen Zeitraum von mehreren Monaten unter kontinuierlicher Symptombeobachtung erfolgen.</p> <p>Empfehlungsgrad: Expertenkonsens</p>	Expertenkonsens

Kombination von Psychotherapie und Psychopharmaka

(vgl. Kap. 7 Langversion)

Empfehlung	Empfehlungsgrad
7-1 Die psychopharmakologische Therapie einer Zwangsstörung mit SSRI/ Clomipramin soll mit einer Kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) mit Expositionen kombiniert werden. Empfehlungsgrad: A	A
7-2 Die Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) mit Exposition kann 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. Empfehlungsgrad: 0	0
7-3 Bei nicht ausreichender Therapieresponse auf Psychopharmaka oder noch klinisch relevanter Zwangssymptomatik soll Patienten mit Zwangsstörung zusätzlich eine leitliniengerechte Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) mit Exposition angeboten werden. Empfehlungsgrad: A	A

Biologische, nicht-pharmakologische Verfahren in der Behandlung von Patienten mit therapierefraktären Zwangsstörungen

(vgl. Kap. 8 Langversion)

Empfehlung	Empfehlungsgrad
8-1 Repetitive Transkranielle Magnetstimulation (rTMS) kann bei Patienten mit Zwangsstörung mit unzureichendem Ansprechen auf Verfahren der ersten Wahl mit dem Ziel einer kurzfristigen Symptomlinderung angewendet werden. Empfehlungsgrad: 0	0
8-2 Die Transkranielle Gleichstromstimulation (tDCS) sollte wegen unzureichender Wirksamkeitsnachweise bei Patienten mit Zwangsstörung nicht durchgeführt werden. Empfehlungsgrad: B	B
8-3 Elektrokonvulsionstherapie (EKT) sollte zur Behandlung von Patienten mit therapierefraktärer Zwangsstörung nicht angewendet werden. Empfehlungsgrad: B	B

Empfehlung	Empfehlungsgrad
<p>8-4</p> <p>Die beidseitige tiefe Hirnstimulation kann unter kritischer Nutzen-/ Risikoabwägung bei schwerstbetroffenen Patienten mit Zwangsstörung mit fehlendem Ansprechen auf mehrere leitliniengerechte Therapien¹ durchgeführt werden.</p> <p>¹siehe Statement 8-5</p> <p>Empfehlungsgrad: 0</p>	0
<p>8-5</p> <p>Die Indikation zur tiefen Hirnstimulation stellen psychiatrische Zentren mit Expertise für dieses Verfahren.</p> <p>Empfehlungsgrad: Statement</p>	Statement
<p>8-6</p> <p>Die beidseitige tiefe Hirnstimulation bei schwerstbetroffenen Patienten mit therapierefraktärer¹ Zwangsstörung soll möglichst nur an spezialisierten Zentren durchgeführt werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: Expertenkonsens</p> <p>¹ Nach Ausschöpfung leitliniengerechter psychotherapeutischer und medikamentöser Standardverfahren (Empfehlungsgrad A) inkl. Empfehlungen zum Umgang mit Therapieresistenz (insb.: Ausr. Anzahl durchgeführter Expositionssitzungen? Stationäre Behandlung an spezialisiertem Zentrum erfolgt? Augmentation erfolgt?)</p>	Expertenkonsens
<p>8-7</p> <p>Ablative neurochirurgische Verfahren sollten wegen schwerer und teilweise irreversibler Nebenwirkungen bei Patienten mit therapierefraktärer Zwangsstörung nicht durchgeführt werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: B</p>	B

Behandlungsziele und Einbeziehung von Patienten und Angehörigen

(vgl. Kap. 9 Langversion)

Empfehlung	Empfehlungsgrad
<p>9-1</p> <p>Aufklärung und Informationsvermittlung haben bei der Behandlung von Patienten mit Zwangsstörungen einen hohen Stellenwert und sollen im Rahmen des diagnostischen Prozesses und im Sinne einer vertrauensvollen Beziehungsgestaltung möglichst frühzeitig erfolgen.</p> <p>Empfehlungsgrad: Expertenkonsens</p>	Expertenkonsens
<p>9-2</p> <p>In Gesprächen mit Patienten und/oder Angehörigen ist eine verständliche Sprache zu verwenden und Fachausdrücke sind zu erklären.</p> <p>Empfehlungsgrad: Expertenkonsens</p>	Expertenkonsens

Empfehlung	Empfehlungsgrad
9-3 Psychoedukation soll Bestandteil jeder Behandlung sein. Bezugspersonen bzw. Angehörige sollten, sofern möglich, in die Psychoedukation einbezogen werden. Empfehlungsgrad: Expertenkonsens	Expertenkonsens
9-4 Neben der Symptomreduktion sollte die Verbesserung der subjektiven Lebensqualität von Patienten mit Zwangsstörung als Behandlungsziel Beachtung finden inklusive Handlungsfähigkeit/Aktivitäten, Teilhabe und interpersonelle Auswirkungen. Empfehlungsgrad: Expertenkonsens	Expertenkonsens
9-5 Patienten sollen aktiv in die diagnostisch-therapeutischen Entscheidungsprozesse einbezogen werden. Empfehlungsgrad: Expertenkonsens	Expertenkonsens
9-6 Bezugspersonen bzw. Angehörige sollten, soweit wie möglich, in den therapeutischen Prozess einbezogen werden. Empfehlungsgrad: B	B

Spezielle Behandlungsaspekte

(vgl. Kap. 10 Langversion)

Empfehlung	Empfehlungsgrad
10-1 Patientinnen mit Zwangsstörungen im gebärfähigen Alter sollen vor dem Beginn einer medikamentösen Therapie über die Bedeutung wirksamer Empfängnisverhütung aufgeklärt und beraten werden. Die Gabe von Psychopharmaka bei Patientinnen im gebärfähigen Alter soll dabei einer sorgfältigen Nutzen- und Risikoabwägung folgen. Empfehlungsgrad: Expertenkonsens	Expertenkonsens
10-2 Bei Patientinnen mit geplanter Schwangerschaft, schwangeren Patientinnen und bei Patientinnen in der postpartum Periode soll die Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) mit Expositionen als Therapie der Wahl zur Anwendung kommen. Empfehlungsgrad: Expertenkonsens	Expertenkonsens
10-3 Bei Patientinnen mit geplanter Schwangerschaft sollte eine Neueinstellung auf ein Medikament nur in Einzelfällen erfolgen. Die Patientinnen sollen über das möglicherweise erhöhte Teratogenitätsrisiko (Fehlbildungsrisiko) und die möglichen postpartalen Komplikationen aufgeklärt werden. Empfehlungsgrad: Expertenkonsens	Expertenkonsens

Empfehlung	Empfehlungsgrad
<p>10-4</p> <p>Die Gabe von Psychopharmaka während der Schwangerschaft und Stillzeit soll einer sorgfältigen Nutzen- und Risikoabwägung folgen, welche die individuelle Vorgeschichte, das bisherige Ansprechen auf ein Medikament, die Verfügbarkeit und den potenziellen Nutzen einer KVT und die Präferenz der betroffenen Frauen berücksichtigt.</p> <p>Empfehlungsgrad: Expertenkonsens</p>	Expertenkonsens
<p>10-5</p> <p>Zum Schutz des Fetus sollte bei schwangeren Patientinnen mit Zwangsstörung eine vorbestehende psychopharmakologische Therapie auf das unbedingt nötige Maß reduziert werden bzw. wenn möglich im ersten Trimenon gänzlich unterbleiben.</p> <p>Empfehlungsgrad: Expertenkonsens</p>	Expertenkonsens
<p>10-6</p> <p>Wenn eine Pharmakotherapie bei schwangeren Patientinnen erfolgen soll, sollte einer SSRI- Monotherapie der Vorzug gegeben werden. Zu beachten ist:</p> <ul style="list-style-type: none"> • es sollte die geringste effektive Dosis gewählt werden; • der Einfluss fluktuierender medikamentöser Plasmaspiegel während der Schwangerschaft sollte berücksichtigt werden; • es sollte ein regelmäßiges Monitoring der Wirkstoffspiegel erfolgen und ein niedriger wirksamer Wirkstoffspiegel angestrebt werden; • ein abruptes Absetzen der Medikation sollte vermieden werden. <p>Empfehlungsgrad: Expertenkonsens</p>	Expertenkonsens
<p>10-7</p> <p>Wenn eine Pharmakotherapie mit SSRI bei schwangeren Patientinnen erfolgt ist, sollte eine fetale sonographische Feindiagnostik in der 20. SSW empfohlen werden. Dabei sollten die möglichen Konsequenzen aus den Untersuchungsbefunden vorher mit der Patientin und ggf. ihrem Partner erörtert werden.</p> <p>Empfehlungsgrad: Expertenkonsens</p>	Expertenkonsens
<p>10-8</p> <p>Alle Psychopharmaka können Schwangerschaftsverlaufs- und Geburtskomplikationen hervorrufen und zu zentralnervösen, gastrointestinalen und respiratorischen Anpassungsstörungen beim Neugeborenen führen. Besteht bis zur Geburt eine Exposition des Fötus mit Psychopharmaka, so sollte diese in einer Klinik mit angeschlossener Neonatologie erfolgen.</p> <p>Empfehlungsgrad: Expertenkonsens</p>	Expertenkonsens

Behandlung bei psychischer und körperlicher Komorbidität

(vgl. Kap. 11 Langversion)

Empfehlung	Empfehlungsgrad
11-1 Patienten mit Zwangsstörung mit komorbider depressiver Störung soll Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) mit Exposition angeboten werden. Empfehlungsgrad: A	A
11-2 Patienten mit Zwangsstörung mit einer komorbiden psychischen Störung (z. B. schwere 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. Empfehlungsgrad: Expertenkonsens	Expertenkonsens

Versorgungskoordination

(vgl. Kap. 12 Langversion)

Empfehlung	Empfehlungsgrad
12-1 Bei Vorliegen mindestens eines oder mehrerer der folgenden Kriterien soll bei Zwangsstörung eine stationäre Therapie in einer spezialisierten Therapieeinrichtung ¹ erfolgen: <ul style="list-style-type: none"> • Fehlen oder Nicht-Ansprechen leitliniengerechter störungsspezifischer ambulanter Therapie • Gefahr für das Leben • schwerwiegende Vernachlässigung oder Verwahrlosung • wenn das Zwangs- und Vermeidungsverhalten entweder so schwerwiegend ist oder so gewohnheitsmäßig ausgeführt wird, dass ein normaler Tagesablauf und das Wahrnehmen einer ambulanten Therapie nicht mehr möglich sind • bei starkem Leidensdruck und starker Beeinträchtigung der psychosozialen Funktionsfähigkeit • Vorliegen psychischer oder somatischer Komorbiditäten, die eine ambulante Behandlung erheblich erschweren • ausgeprägt krankheitsförderndes häusliches Umfeld Empfehlungsgrad: Expertenkonsens	Expertenkonsens
12-2 Menschen mit schweren Zwangserkrankungen, die insbesondere in der sozialen und beruflichen Teilhabe aufgrund der Zwänge und der potenziellen Folgeschäden schwer beeinträchtigt sind, sollen Angebote aufsuchender intensiver, vor allem multiprofessioneller Behandlung erhalten. Empfehlungsgrad: Expertenkonsens	Expertenkonsens

Empfehlung	Empfehlungsgrad
12-3 Bei ungenügendem Ansprechen auf die Therapie sollte überprüft werden, ob die Leitlinien-Empfehlungen zur Therapie angewendet worden sind. Empfehlungsgrad: Expertenkonsens	Expertenkonsens
12-4 Kultur- und migrationsspezifische Faktoren sollen im Rahmen der Anamnese, Diagnostik und Therapie der Zwangsstörungen berücksichtigt werden. Empfehlungsgrad: Expertenkonsens	Expertenkonsens
12-5 Die Berücksichtigung kulturspezifischer Krankheits- und Behandlungskonzepte im Rahmen einer partizipativen Entscheidungsfindung erleichtert die Akzeptanz der Behandlung und die therapeutische Mitarbeit (Adhärenz). Empfehlungsgrad: Statement	Statement

Inhaltsverzeichnis

- 1 Ziel, Methoden und Anwendungsbereich der Leitlinie 1**
 - 1.1 Geltungsbereich und Zweck 1
 - 1.1.1 Begründung für die Auswahl des Leitlinienthemas 1
 - 1.1.2 Zielorientierung der Leitlinie 2
 - 1.1.3 Adressaten und Anwendungsbereich 3
 - 1.2 Zusammensetzung der Leitliniengremien und Beteiligung von Interessengruppen 3
 - 1.3 Methodische Exaktheit. 5
 - 1.3.1 Recherche, Auswahl und Bewertung wissenschaftlicher Belege (Evidenzbasierung) 9
 - 1.3.2 Formulierung der Empfehlungen und strukturierte Konsensfindung 22
 - 1.4 Externe Begutachtung und Validierung 26
 - 1.5 Redaktionelle Unabhängigkeit. 26
 - 1.5.1 Finanzierung der Leitlinie 26
 - 1.5.2 Darlegung von und Umgang mit potenziellen Interessenkonflikten 26
 - 1.6 Verbreitung und Implementierung 27
 - 1.7 Gültigkeitsdauer und Aktualisierungsverfahren. 27
 - 1.8 Besondere Hinweise. 28
- 2 Grundlagen 29**
 - 2.1 Prävalenz und Inzidenz 29
 - 2.2 Epidemiologische Zusammenhänge 30
 - 2.2.1 Krankheitsbeginn, Altersverteilung und Verlauf 30
 - 2.2.2 Geschlechterverteilung 31
 - 2.2.3 Soziokulturelle Unterschiede 31
 - 2.2.4 Sozioökonomische Faktoren 31

2.3	Komorbidität	32
2.3.1	Psychische Komorbidität	32
2.3.1.1	Neuropsychologische Störung	33
2.3.2	Somatische Komorbidität	34
2.3.2.1	Dermatologische Komorbidität	34
2.3.2.2	Neurologische Komorbidität	34
2.3.2.3	Reizdarm-Syndrom	34
2.4	Ätiopathogenese	34
2.4.1	Kognitiv-Behaviorales Modell	35
2.4.2	Psychodynamisches Modell	37
2.4.3	Gesprächspsychotherapeutischer Ansatz	39
2.4.4	Systemische Ansätze	41
2.4.5	Familiengenetische Befunde	41
2.4.6	Molekulargenetische Befunde	42
2.4.7	Neurobiologisches Modell	43
2.4.8	Immunologisches Modell	45
3	Diagnostik und Klassifikation	47
3.1	Symptomatik und Diagnosestellung nach ICD-10/DSM-5/ICD-11	47
3.1.1	Symptomatik von Zwangsstörungen	48
3.1.2	Diagnosekriterien und Subgruppen	49
3.1.3	Vergleich ICD/DSM-Klassifikation	51
3.1.4	Diagnostisches Vorgehen	55
3.1.5	Instrumente zur Diagnosestellung der Zwangsstörung	56
3.1.6	Screening-Diagnostik	57
3.2	Verfahren zur Bestimmung des Schweregrades und der Ausprägung der Zwangssymptomatik	58
3.2.1	Instrumente zur Fremdeinschätzung	58
3.2.2	Instrumente zur Selbsteinschätzung	59
3.3	Diagnostik der Auswirkungen auf Alltag, Beruf und Lebensqualität	59
3.4	Diagnostische Maßnahmen zur Verlaufsbeurteilung	61
3.5	Differenzialdiagnostik und Komorbidität	62
3.5.1	Abgrenzung gegenüber anderen psychischen Erkrankungen	62
3.5.2	Somatische Differenzialdiagnostik	66
3.6	Diagnostischer Stufenplan	68
4	Psychotherapeutische Verfahren	71
4.1	Einführung	72
4.2	Verhaltenstherapie, Kognitive Therapie und Kognitive Verhaltenstherapie (KVT)	73
4.2.1	Gegenwärtige Praxis	73
4.2.2	Wirksamkeit von KVT im Vergleich zu Kontrollbedingungen	73
4.2.2.1	Einleitung	73

4.2.2.2	Neue Vergleichsstudien	74
4.2.2.3	Metaanalysen	75
4.2.2.4	Langfristige Wirksamkeit und Rückfälle	77
4.2.2.5	Klinische Signifikanz	79
4.2.2.6	Fazit	80
4.2.3	Wirksamkeit von KVT im Vergleich zu Pharmakotherapie mit SSRIs oder Clomipramin oder anderen Psychopharmaka.	80
4.2.4	Wirksamkeit von Verhaltenstherapie, Kognitiver Therapie und Kognitiver Verhaltenstherapie im Vergleich untereinander.	82
4.2.5	Effekte von Setting, Modus und Therapiedosis auf die Wirksamkeit von KVT.	84
4.2.5.1	Einzel- vs. Gruppentherapie.	84
4.2.5.2	Dauer und Intensität der Behandlung	86
4.2.5.3	Therapeutenanleitung und heimbasierte Therapie.	88
4.2.5.4	Stationäre und teilstationäre KVT	89
4.2.6	Einbeziehung von Angehörigen in die KVT	91
4.3	Weiterentwickelte Varianten der KVT	93
4.3.1	Akzeptanz- und Commitmenttherapie	93
4.3.2	Weitere achtsamkeitsbasierte Verfahren.	94
4.3.3	Metakognitive Therapieansätze	96
4.3.4	Weitere Varianten	97
4.4	Wirksamkeit von KVT und weiterentwickelter Verfahren unter Einsatz elektronischer Medien (E-Mental Health)	99
4.4.1	Internetbasierte KVT und weiterentwickelte Verfahren (iKVT, inklusive Selbsthilfe)	99
4.4.2	Video- und telefongestützte KVT und weiterentwickelte Verfahren	104
4.4.3	Technisch augmentierte KVT und weiterentwickelte Verfahren	105
4.5	Psychoanalytisch und tiefenpsychologisch begründete Psychotherapieverfahren	106
4.5.1	Gegenwärtige Praxis	106
4.5.2	Wirksamkeit psychoanalytischer und tiefenpsychologisch begründeter Psychotherapieverfahren	106
4.6	Andere psychotherapeutische Verfahren	108
4.7	Prädiktoren des Erfolgs von Psychotherapie	110
4.7.1	Einleitung.	110
4.7.2	Merkmale der Zwangssymptomatik	111
4.7.3	Weitere klinische Aspekte	112
4.7.4	Soziodemografische Aspekte	113
4.7.5	Psychologische/kognitive Aspekte.	113
4.8	Vermittelnde Prozesse des Therapieerfolgs	114

5	Ergänzende psychosoziale Therapien	119
5.1	Sport- und bewegungstherapeutische und körperorientierte Verfahren	119
5.2	Ergotherapie	120
5.3	Künstlerische Therapien	123
5.4	Weitere psychosoziale Therapien	124
6	Pharmakotherapie	125
6.1	Einführung	126
6.2	Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI)	126
6.3	Clomipramin	133
6.3.1	Vergleich der Wirksamkeit von Clomipramin gegenüber SSRI	134
6.3.2	Vergleich der Wirksamkeit intravenöser gegenüber oraler Gabe von Clomipramin	134
6.4	Andere Antidepressiva	136
6.4.1	Trizyklische Antidepressiva	136
6.4.2	Serotonin- und Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmern (SNRI)	137
6.4.3	Monoaminoxidase-Inhibitoren (MAOI)	137
6.4.4	Mirtazapin	138
6.5	Wirksamkeit von Anxiolytika	139
6.6	Strategien bei ungenügender Besserung auf eine Therapie mit SSRI/Clomipramin	140
6.6.1	Veränderung der SSRI/Clomipramin-Therapie	144
6.6.1.1	Erhöhung der Dosis	144
6.6.1.2	Wechsel auf ein anderes SSRI/Clomipramin	145
6.6.1.3	Kombination von zwei SSRI/Clomipramin	145
6.6.2	Pharmakologische Augmentation einer Therapie mit SSRI/ Clomipramin	146
6.6.2.1	Augmentation einer Therapie mit SSRI/Clomipramin mit Antipsychotika	146
6.6.2.2	Augmentation einer Therapie mit SSRI/Clomipramin mit anderen Medikamenten und Substanzen	153
6.7	Andere Medikamente und Substanzen	175
6.8	Pharmakologische Augmentation der Verhaltenstherapie	181
6.8.1	Pharmakologische Augmentation der Verhaltenstherapie mit Nabilon	181
6.8.2	Pharmakologische Augmentation der Verhaltenstherapie mit D-Cycloserin (DCS)	182
6.9	Rückfallraten nach medikamentöser Therapie und Interventionen zur Rückfallprophylaxe	185
6.9.1	Rückfallraten nach SSRI-Therapie	185
6.9.2	Interventionen zur Rückfallprophylaxe	188

7	Kombination von Psychotherapie und Psychopharmaka	193
7.1	Einführung	193
7.2	Gegenwärtige Praxis	194
7.3	Ergebnis der Literaturrecherche	194
7.4	Vergleich der Wirksamkeit kombinierter Therapie gegenüber Monotherapien mit Kognitiver Verhaltenstherapie oder mit SSRI/Clomipramin	194
7.5	Wirksamkeit der Kombinationstherapie mit KVT und SSRI/Clomipramin im Anschluss an eine alleinige Psychopharmakotherapie	196
7.6	Wirksamkeit der Kombinationstherapie mit KVT und SSRI/Clomipramin im Anschluss an eine alleinige KVT	197
7.7	Effekte von Verhaltenstherapie beim Absetzen einer Psychopharmakotherapie	198
8	Biologische, nicht-pharmakologische Verfahren in der Behandlung von Patienten mit therapierefraktären Zwangsstörungen	199
8.1	Nicht invasive Stimulationsverfahren	200
8.1.1	Transkranielle Magnetstimulation (TMS)	200
8.1.2	Transkranielle Gleichstromstimulation (tDCS)	201
8.1.3	Elektrokonvulsionstherapie (EKT)	202
8.2	Chirurgische Verfahren	203
8.2.1	Tiefe Hirnstimulation (THS)	203
8.2.2	Ablative Verfahren	206
8.2.3	Vagusnervstimulation (VNS)	207
8.2.4	Transkutane Elektroakupunkturstimulation	207
9	Behandlungsziele und Einbeziehung von Patienten und Angehörigen	209
9.1	Patientenaufklärung über Diagnosestellung und Behandlungsmöglichkeiten	209
9.2	Krankheitsspezifische allgemeine Behandlungsziele	210
9.3	Patientenrelevante Ziele	211
9.4	Einbeziehung der Patienten in den Behandlungsprozess (Shared Decision Making)	213
9.5	Beratung, Psychoedukation und Einbeziehung von Angehörigen bzw. nahen Bezugspersonen	213
10	Spezielle Behandlungsaspekte	215
10.1	Geschlechtsspezifische Besonderheiten	215
10.2	Behandlung von Schwangeren oder Stillenden	216
10.3	Kulturspezifische Faktoren	220
10.4	Höheres Lebensalter	221

11	Behandlung bei psychischer und körperlicher Komorbidität	223
11.1	Behandlung bei psychischer Komorbidität	224
11.1.1	Depressive Störungen	224
11.1.2	Substanzabhängigkeit	225
11.1.3	Tic-Störung	226
11.1.4	Schizophrenie	227
11.1.5	Bipolare Störung	228
11.1.6	Angststörungen	229
11.1.7	Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)	230
11.1.8	Körperdysmorphie Störung	230
11.1.9	Essstörungen	231
11.1.10	Pathologisches Spielen	231
11.1.11	Trichotillomanie	231
11.1.12	Autismusspektrumstörungen	232
11.1.13	Persönlichkeitsstörungen	233
11.1.14	Neuropsychologische Störungen	234
11.2	Behandlung bei somatischer Komorbidität	235
11.2.1	Dermatologische Behandlungsaspekte	235
12	Versorgungsstrukturen	237
12.1	Versorgungsstrukturen bei psychischen Erkrankungen und wissenschaftliche Evidenz	237
12.2	Niederschwellige Angebote	238
12.3	Ambulante Behandlung	239
12.4	Stationäre Behandlung	239
12.5	Neue Formen von Behandlungssettings	240
12.6	Ungenügendes Ansprechen auf Therapie	242
12.7	Kulturelle Aspekte	244
S3-Leitlinie Zwangsstörungen – Kurzversion: Vergleich zwischen alten und neuen Empfehlungen		245
Tabelle zur Erklärung von Interessen und Umgang mit Interessenkonflikten		273
Literatur		291

Abkürzungsverzeichnis

ACT	Akzeptanz- und Commitment-Therapie
ADAC	Anxiety Disorder Association of Canada
ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung
ADL	Training alltäglicher Fertigkeiten und Handlungen
ALS	Amyotrophe Lateralsklerose
AMPS	Assessment of Motor and Process Skills
ANCOVA	Kovarianzanalyse
ANOVA	Varianzanalyse
APA	American Psychiatric Association
ATT	Aufmerksamkeits-Trainings-Technik
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
ÄZQ	Ärztliche Zentralstelle für Qualitätssicherung
BAI	Beck-Angst-Inventar
BAP	British Association for Psychopharmacology
BDI	Beck-Depressions-Inventar
B4DT	Bergen 4-Day Treatment
BDNF	Brain-Derived Neurotrophic Factor
BNST	Nucleus striae terminalis
CGI	Clinical Global Impression Scale
CGI-S	Clinical Global Impressions Scale of Severity
CIDI	Composite International Diagnostic Interview
CNV	Copy Number Variation
COPM	Canadian Occupational Performance Measure
CSTC	Cortico-Striato-Thalamo-Cortical
DCS	D-Cycloserin
DELBI	Deutsches Instrument zur methodischen Leitlinien Bewertung
DGKJP	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
DGZ	Deutsche Gesellschaft Zwangserkrankungen e.V.
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DIPS	Diagnostisches Interview bei Psychischen Störungen
DIRT	Danger Ideation Reduction Therapy
DLPFC	Dorsolateraler Präfrontalcortex
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DNA	Desoxyribonukleinsäure
EEG	Elektroenzephalogramm
EKT	Elektrokonvulsionstherapie
EMDR	Eye Movement Desensitization and Reprocessing
EPA	Eicosapentaensäure
ERN	Error-Related Negativity
fMRT	funktionelle Magnetresonanztomografie
FWIT	Farbe-Wort-Interferenztest
GAF	Global Assessment of Functioning
GAS	Goal Attainment Scale
G.I.N.	Guidelines International Network
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GRADE	Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation
GSi (Subskala des SCL-90-R)	Global Severity Index
GWAS	Genomweite Assoziationsstudie
HAM-A	Hamilton-Angst-Skala
HAM-D	Hamilton Depression Rating Scale
HDRS-17	Hamilton Depression Rating Scale-17
HZI-K	Hamburger Zwangsinventar
Kurzform	
IC	Interessen-Checkliste
iCBT	internet-based cognitive behavioural therapy
ICD	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten
ICF	Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit
IDCL	Internationale Diagnose Checklisten
IIP-D	Inventar zur Erfassung Interpersoneller Probleme
iKVT	Internetbasierte Kognitive Verhaltenstherapie
iPMR	Internetbasierte Progressive Muskelentspannung
ISR	ICD-10 Symptom-Rating
ITT-Analyse	Intention-to-Treat-Analyse

KT	Kognitive Therapie
KVT	Kognitive Verhaltenstherapie
L-Car	L-Carnosin
LOCF	Last Observation Carried Forward
MADRS	Montgomery-Asberg Depression Rating Skala
MAO	Monoaminoxidase
MAOI	Monoaminoxidase-Hemmer
MBCT	Mindfulness Based Cognitive Therapy (Achtsamkeitsbasierte Kognitive Therapie)
MBOR	Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation
MDD	Major Depressive Disorder
MI	Motivational Interviewing
MINI	Mini International Neuropsychiatric Interview
MKT	Metakognitives Training
MPH-ER	Methylphenidat Extended Release
NA	Nucleus Accumbens
NAC	N-Acetylcystein
NaSSA	Noradrenerges und spezifisch serotonerges Antidepressivum
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
NIMH-OCS-Scale	National Institute of Mental Health – Obsessive Compulsive Skala
NST	Nucleus Subthalamicus
O-AFP	Osnabrücker Arbeitsfähigkeitenprofil
OBQ	Obsessional Beliefs Questionnaire
OCD	Obsessive-Compulsive disorder
OCEBM	Oxford Centre for Evidence-Based Medicine
OCI-R	Obsessive Compulsive Inventory – Revised
OCRD	obsessive-compulsive and related disorders
OSA	Occupational Self Assessment
PANDAS	Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders Associated with Streptococcal Infections
PANS	Pediatric Acute Onset Neuropsychiatric Syndrome
PCS	Pediatric Symptom Checklist
PEAS	Patient Exposure and Response Prevention Adherence Scale
PGC	Psychiatric Genomics Consortium
PIA	Psychiatrische Institutsambulanzen
PoC	Proof-of-Concept
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
PTPRD	Protein-Tyrosin-Phosphatase
RC	Rollen-Checkliste

RCFT	Rey Complex Figure Test
RCT	Randomisierte kontrollierte Studie
RR	Relatives Risiko
rTMS	Repetitive Transkranielle Magnetstimulation
SCID-5-CV	Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-5®- Störungen – Klinische Version
SCL-90-R	Symptom-Checkliste
SDS	Sheehan Disability Scale
SE	Standardfehler
SF-36	Fragebogen zum Gesundheitszustand
SIGN	Scottish Intercollegiate Guideline Network
SMA	Supplementärmotorische Area
SMI	Severe Mental Illness
SNP	Single Nucleotide Polymorphism
SNRI	Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer
SRI	Serotonin-Wiederaufnahmehemmer
SRS	Salkovskis Responsibility Scale
SSRI	Selektiver Serotonin-Wiederaufnahmehemmer
StÄB	Stationsäquivalente Behandlung
TAP	Testbatterie zur Aufmerksamkeitsprüfung
TAU	Treatment-As-Usual
tDCS	Transkranielle Gleichstromstimulation
TEAS	Transkutane Elektroakupunkturstimulation
THS	Tiefe Hirnstimulation
TM	Thought-Mapping
TMS	Transkranielle Magnetstimulation
tVNS	Transkutane Vagusnervstimulation
TZA	Trizyklische Antidepressiva
VLMT	Verbaler Lern- und Merkfähigkeitstest
VNS	Vagusnervstimulation
VT	Verhaltenstherapie
WAI	Working Alliance Inventory
WCST-64	Wisconsin Card Sorting Test
WFSBP	World Federation of Societies of Biological Psychiatry
WHO	Weltgesundheitsorganisation
WIE	Wechsler Intelligenztest für Erwachsene
WRI	Worker Role Interview
WST	Wortschatztest
Y-BOCS	Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale
ZF-OCS	Zohar-Fineberg Obsessive Compulsive Screen
ZNS	Zentrales Nervensystem
ZVT	Zahlen-Verbindungs-Test