

Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

AWMF-Leitlinien-Register Nr. 028/007 Entwicklungsstufe: 1

Zitierbare Quelle:

Dt.Ges.f. Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie u.a. (Hrsg.): Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Deutscher Ärzte Verlag, 3. überarbeitete Auflage 2007 - ISBN: 978-3-7691-0492-9, S. 73 - 86

Zwangsstörungen (F42)

1. Klassifikation

1.1 Definition

Die Zwangsstörung ist gekennzeichnet durch sich wiederholende unangenehme Gedanken, Impulse oder Handlungen, die nach ICD-10 wenigstens 2 Wochen lang an den meisten Tagen bestehen müssen, als zur eigenen Person gehörig erlebt werden und gegen die zumindest partiell Widerstand geleistet wird (häufig erfolglos), da der Betroffene sie als sinnlos empfindet. Die ständige stereotype Wiederholung erscheint den Betroffenen an sich nicht angenehm, meist bestehen Angst, Leidensdruck und eine deutliche Beeinträchtigung der allgemeinen Aktivität. Aufgrund der kognitiv-mental Voraussetzungen bezüglich der o.g. Symptomatik dürften Zwangsstörungen erst bei Kindern ab dem Vorschulalter sinnvoll zu diagnostizieren sein.

1.2 Leitsymptome

Zwangsgedanken sind Ideen, Vorstellungen oder Impulse, die den Patienten immer wieder stereotyp beschäftigen. Zwangshandlungen oder -rituale sind ständig wiederkehrende Handlungsmuster, z. B. der Reinigung oder Kontrolle, an sich dysfunktional, die aus Sicht der Patienten oft der Abwehr einer vermeintlichen Gefahr dienen.

- Die Zwangssymptome müssen als eigene Gedanken oder Impulse für Patienten erkennbar sein.
- Einem Gedanken oder einer Handlung muss noch, wenn auch erfolglos, Widerstand geleistet werden.
- Zwangsgedanke oder Zwangshandlung dürfen nicht als angenehm erlebt werden. Bei Kindern (ggf. auch bei Jugendlichen) müssen nach DSM-IV die Zwangssymptome nicht unbedingt als eigene Gedankenimpulse erkennbar sein.

1.3 Schweregradeinteilung

Ein Schweregrad lässt sich am ehesten durch die Beurteilung der psychosozialen Anpassung (Achse VI) bestimmen, eine Binnendifferenzierung nach Schweregrad auf der Achse I ist nicht bekannt. In mehreren Studien wird allerdings der Grad der Gestörtheit mit leicht/mittel/schwer v.a. anhand der symptomatologischen Ausprägung angegeben.

1.4 Untergruppen

Vorwiegend Zwangsgedanken oder Grübelzwang (F42.0)

Vorherrschend sind zwanghafte Ideen, bildhafte Vorstellungen oder Zwangsimpulse. Zwanghafte Grübeleien bestehen manchmal in endlosen pseudophilosophischen Überlegungen unwägbarer Alternativen, häufig verbunden mit der Unfähigkeit, notwendige Entscheidungen des täglichen Lebens zu treffen. Bei Kindern sind isolierte Zwangsgedanken jedoch sehr selten.

Vorwiegend Zwangshandlungen (Zwangssymptome F42.1)

Vorherrschend sind Zwangshandlungen. Sie beziehen sich häufig auf Reinlichkeit (Händewaschen), Ordnung, Sauberkeit und Kontrollen. Das Ritual ist ein wirkungsloser, symbolischer Versuch, eine subjektiv erlebte Gefahr (die objektiv nicht besteht) abzuwenden. Die rituellen Handlungen können täglich stundenlang, unentschieden und langsam ausgeführt werden.

Zwangsgedanken und -handlungen, gemischt (F42.2)

Zwangsgedanken und Zwangshandlungen treten gleichwertig und gleichzeitig auf.

Besondere diagnostische Probleme können bereiten:

- Zwanghafte Langsamkeit
- Die subklinische Form.

Ritualistische und repetitive Verhaltensweisen bei Kleinkindern sind wahrscheinlich nicht mit einer späteren

Zwangsstörung assoziiert. Zwangssymptome scheinen bei Kindern, stärker als andere psychische Beschwerden, überwiegend auf den häuslich-familiären Bereich ausgerichtet zu sein. Zwangsgedanken mit sexuellen Inhalten finden sich häufiger in der Adoleszenz. Mitunter werden in der Literatur Subtypen hinsichtlich der klinischen Symptome oder nach Komorbiditätsaspekten (z.B. in Verbindung mit einer Ticstörung oder "Paediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders Associated with Streptococcal Infections/PANDAS") beschrieben.

1.5 Ausschlussdiagnose

Organische Erkrankungen als Ursache von Zwängen

2. Störungsspezifische Diagnostik

2.1 Symptomatik

- Eine Exploration von Eltern und Patient zur Abschätzung des Störungsausmaßes sollte zunächst gemeinsam, aufgrund des oftmals beschämenden Charakters der Symptomatik aber bald vorwiegend in getrennten Gesprächen vorgenommen werden.
- Fremdbeurteilungen durch Eltern und Lehrer dienen der Erfassung der situativen Ausbreitung der Krankheit und Feststellung der Schwere und der Sicherheit der Symptomzuordnung. Mit der Fremdanamnese können vorwiegend Zwangshandlungen und allgemeine Handlungsmerkmale wie Verlangsamung, Innehalten, Wiederholungen und Alltagskonflikte erfasst werden, sofern der Patient nicht auch eine familiäre Vertrauensperson in einzelne Zwangssphänomene eingeweiht hat.
- Zur Erhebung von Zwangsgedanken und deren kognitiver und emotionaler Verwobenheit mit alltäglichen Erlebnisbereichen ist allein die Patientenexploration weiterführend.
- Fragebögen können eine explorationserleichternde Funktion haben, bei Kindern etwa die Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (CY-BOCS), bei älteren Jugendlichen die Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS) oder das Hamburger Zwangs-Inventar (HZI, s. Kap. 2.4).
- Es wird in den Patientenexplorationen zunächst die aktuelle Zwangssymptomatik, beginnend mit den Zwangshandlungen, erfasst, nachfolgend die aktuellen Zwangsgedanken. Die einzelnen Symptome sind zu explorieren nach:
 - Beginn
 - Tägliche Häufigkeit
 - Zeitliche Ausdehnung
 - Begleitende Kognitionen
 - Auslösende und aufrechterhaltende Stimuli (Angst-Hierarchie)
 - Ausmaß der vor und während der Symptombildung auftretenden Angst
 - Selbstkontrollversuche
 - Einbindung anderer Bezugspersonen in Ritualisierungen
 - Grad der erlebten Beeinträchtigung durch das jeweilige Symptom.

Es gehört zur Spezifität der Zwangserkrankungen, dass Diagnostik einen breiteren Raum einnimmt und weit in die therapeutische Phase hinein durchgeführt wird.

- Internistische/pädiatrisch-neurologische Untersuchung
- Beobachtung von Zwangshandlungen (unter ambulanten Bedingungen u.U. nicht möglich).

2.2 Störungsspezifische Entwicklungsgeschichte

- In der Exploration der Eltern sollte nach Persönlichkeits- und Verhaltensauffälligkeiten in der Vorgeschichte gefragt werden: ängstliche und perfektionistische Haltungen, Uneinsichtigkeit und Widerstand gegen Veränderungen, Unentschlossenheit und Zweifel, Rigidität, Ritualisierungen und Wiederholungstendenzen im Interaktions- und Spielverhalten, aber auch komorbide Störungen im Vorfeld der Zwangserkrankung (s. Kap. 2.3).
- Fragen nach dem Beginn der Leitsymptome sowie nach möglichen auslösenden Bedingungen (z.B. intellektuelle oder emotionale Überforderung) oder Konflikten im Vorfeld der Symptomatik sind zu erweitern in Richtung auf Hinweise auf oder Störungen der psychosexuellen Entwicklung, der sozialen Integration sowie aggressiver und autoaggressiver Auffälligkeiten.
- Fragen nach der täglichen Häufigkeit und der zeitlichen Ausdehnung der Zwänge, nach begleitender Kognition, nach auslösenden und aufrechterhaltenden Stimuli sind für die Therapieplanung wichtig.
- Exploriert werden sollte auch das Ausmaß der vor und während der Symptombildung auftretenden Emotionen, mögliche Selbstkontrollversuche, die Einbindung von Bezugspersonen in die Zwangssymptomatik sowie der Grad der erlebten Beeinträchtigung durch das jeweilige Symptom.
- Fragen nach dem Verlauf der Zwangssymptomatik (progredient oder intermittierend) sind ggf. um eine Einschätzung der Wirkung bisheriger Interventionsversuche zu ergänzen.
- Bei zwischenzeitlicher Symptomremission Einschätzung von Verdeckungs- und Dissimulationstendenzen.

Informationen seitens der Schule über den Störungsverlauf können das Bild vervollständigen, insbesondere wenn sich eine deutliche Leistungsbeeinträchtigung, etwa durch zwanghaftes Mehrfachlesen oder sonstige Rituale, zeigt.

2.3 Psychiatrische Komorbidität und Begleitstörungen

Im Einzelnen siehe dazu Kapitel 3.3. Spezifische Komorbidität gibt es mit Depressionen, Angststörungen, ADHS, Essstörungen, Ticstörungen und Persönlichkeitsstörungen.

2.4 Störungsrelevante Rahmenbedingungen

- Bei der Befragung der Eltern hinsichtlich der Familienanamnese sollte besonderes Augenmerk auf Angst- (besonders sozial phobisch), Zwangs-, Tic- und Persönlichkeitsstörungen (besonders aus dem Cluster C DSM-IV) bei anderen Familienmitgliedern (Eltern, Geschwister, Großeltern) gelegt werden.
- Neben der Familienanamnese sollten die psychosozialen Bedingungen in der Familie und die familiären Ressourcen genauer eruiert werden.
- Grad der Einbindung der Familie (aggressive Konflikte zu Eltern oder Geschwistern; Grad der Anpassung familiären Verhaltens an die Zwänge).

2.5 Apparative, Labor- und Testdiagnostik

Laboruntersuchungen

Zusätzlich zur internistischen und neurologischen Untersuchung kommen ggf. eine EEG-Ableitung (z.B. zum Ausschluss von Anfallskrankheiten) und/oder neuroradiologische Verfahren - MRT - (zur Abklärung zerebraler Beeinträchtigungen) in Frage. Im engen Zusammenhang zwischen dem Auftreten der Zwangssymptomatik mit einer Streptokokkeninfektion sollte der Anti-Streptolysin-Titer bestimmt werden.

Psychologische Untersuchung

Die testpsychologische Untersuchung bei Zwangserkrankungen sollte, wie auch bei anderen Störungen, möglichst umfassend sein. Neben gängigen Verfahren zur Intelligenz- und Leistungsdiagnostik können ergänzend weitere Verfahren zur standardisierten Diagnostik und zur Persönlichkeit eingesetzt werden. Als spezielle Verfahren zur Diagnostik von Zwangsstörungen sind die Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale Y-BOCS und das Hamburger Zwangs-Inventar (HZI) von Zaworka und Hand zu erwähnen; letzteres liegt auch in einer Kurzform (HZI-K) vor (s. Kap. 2.1).

2.6 Weitergehende Diagnostik und Differentialdiagnostik

Durch Exploration, Beobachtung, Untersuchung und Testdiagnostik sollen die in Kapitel 3.3 im Einzelnen aufgeführten Differenzialdiagnosen geprüft werden.

2.7 Entbehrliche Diagnostik

Keine Angaben.

3. Multiaxiale Bewertung

3.1 Identifizierung der Leitsymptome

- Zwangssymptome sind als eigene Gedanken oder Impulse für den Patienten erkennbar. Wenigstens einem Gedanken oder einer Handlung muss noch Widerstand geleistet werden. Das Zwangssymptom darf an sich nicht angenehm erlebt werden, die Symptome müssen sich in unangenehmer Weise wiederholen.
- Zusammenfassung der Befunde und Überprüfung von zeitlicher Dauer, Intensität und Konnotation der Leitsymptome, Zwangsgedanken und -handlungen nach ICD-10
- Bewertung der Begleitsymptome und Komorbidität. Differenzialdiagnostische Abgrenzung siehe Kapitel 3.3.

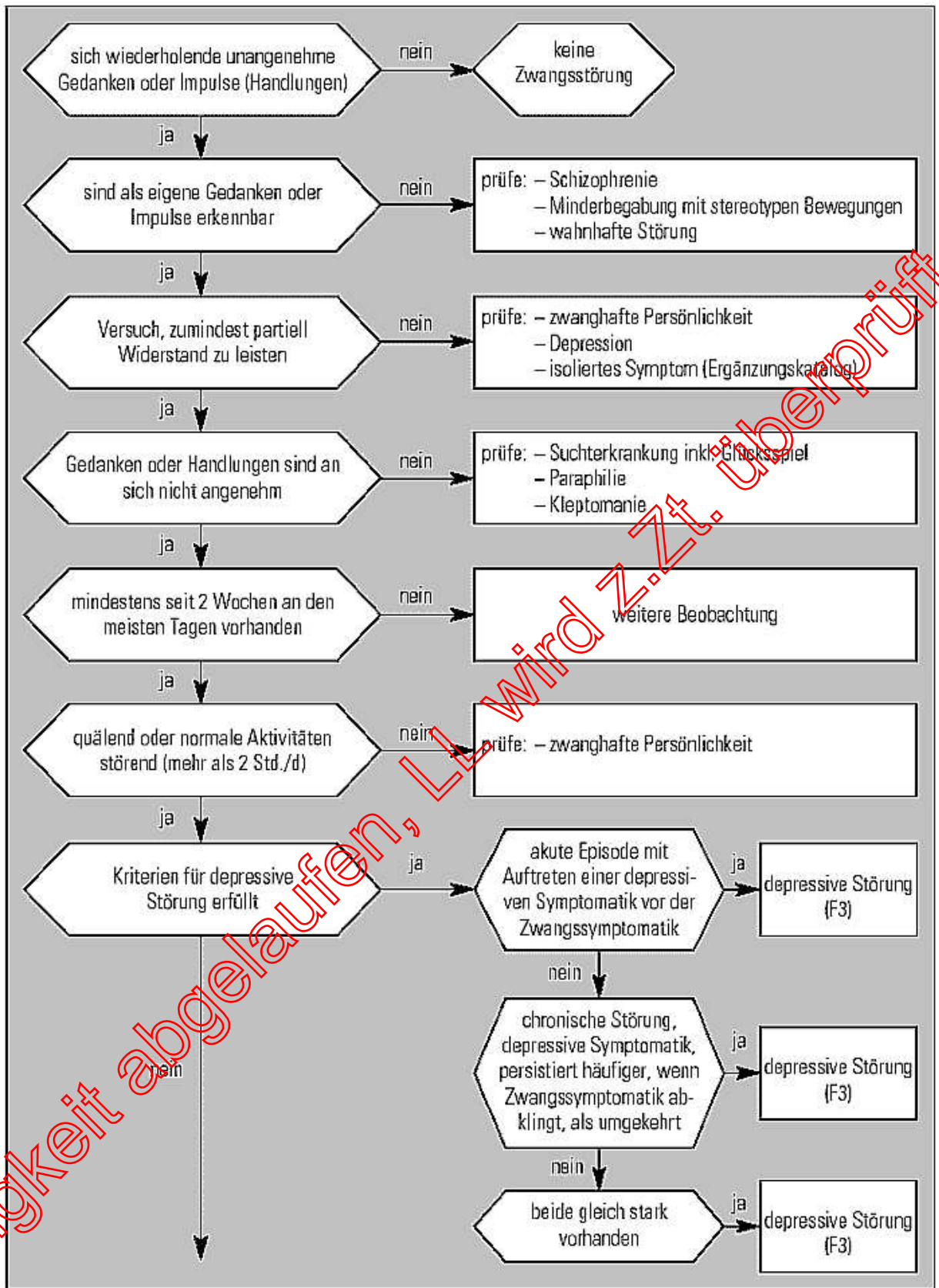
3.2 Identifizierung weiterer Symptome und Belastungen

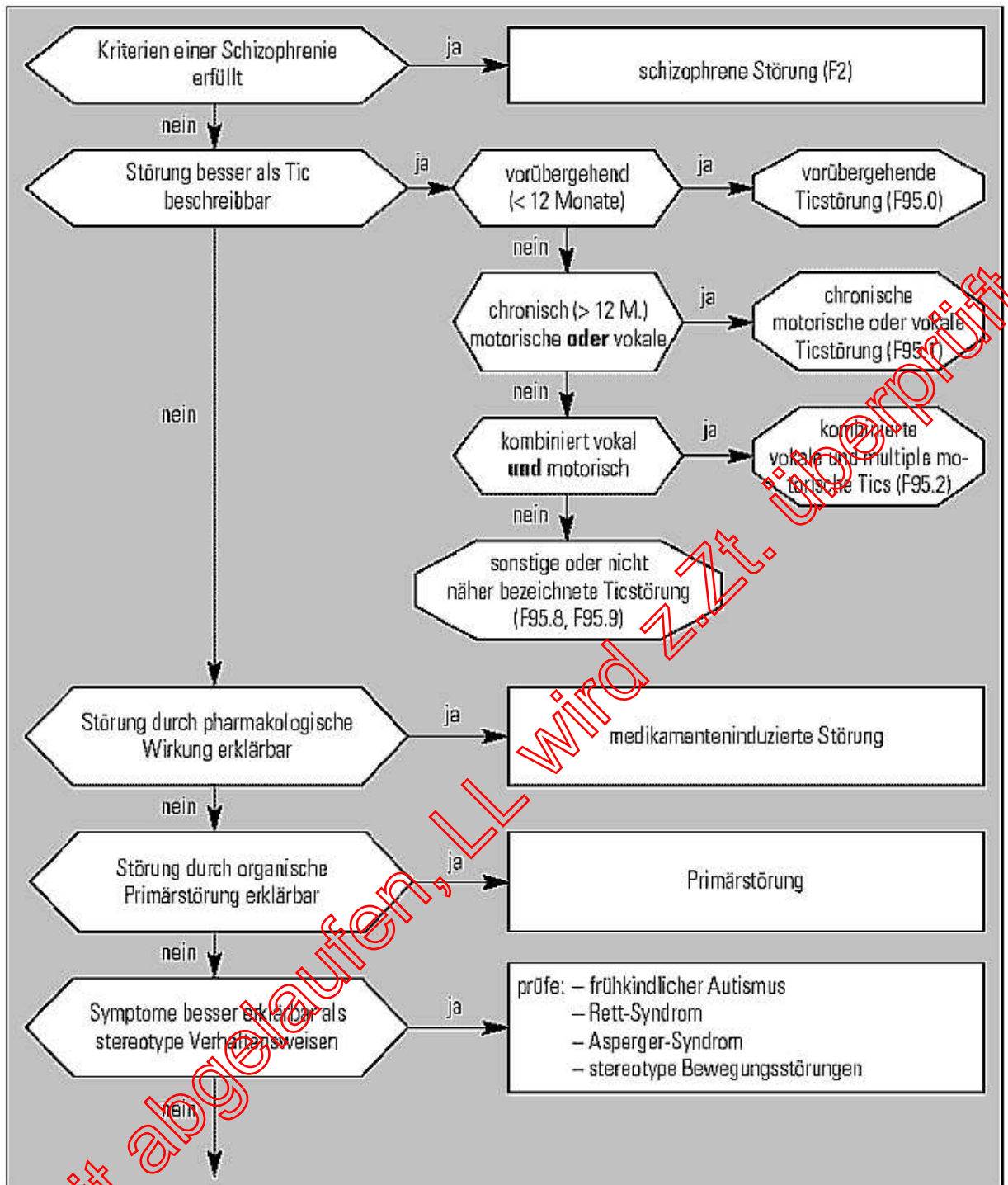
Während die Feststellung von umschriebenen Entwicklungsstörungen (Achse II) hinsichtlich Zwangsstörungen wenig differenzialdiagnostische Valenz haben dürfte, lässt sich dies eher von Intelligenzminderungen (Achse III) und organischen Erkrankungen (Achse IV) sagen. Bei geistiger Behinderung und mangelnder sprachlicher Verständigungsmöglichkeit sind Zwangsgedanken u.U. schwer zu sichern und von Wahn nicht leicht zu trennen, Zwangshandlungen von Stereotypen schwer abzugrenzen und ein Leidensdruck nicht unbedingt ersichtlich. Bezüglich der Interventionen erscheint die Beurteilung begleitender abnormer psychosozialer Bedingungen sowie der psychosozialen Anpassung (Schweregrad, Achse VI) von Relevanz. Das Ausmaß der Beeinträchtigung der Familie durch die Zwänge kann extrem sein.

3.3 Differenzialdiagnosen und Hierarchie des diagnostischen und therapeutischen Vorgehens

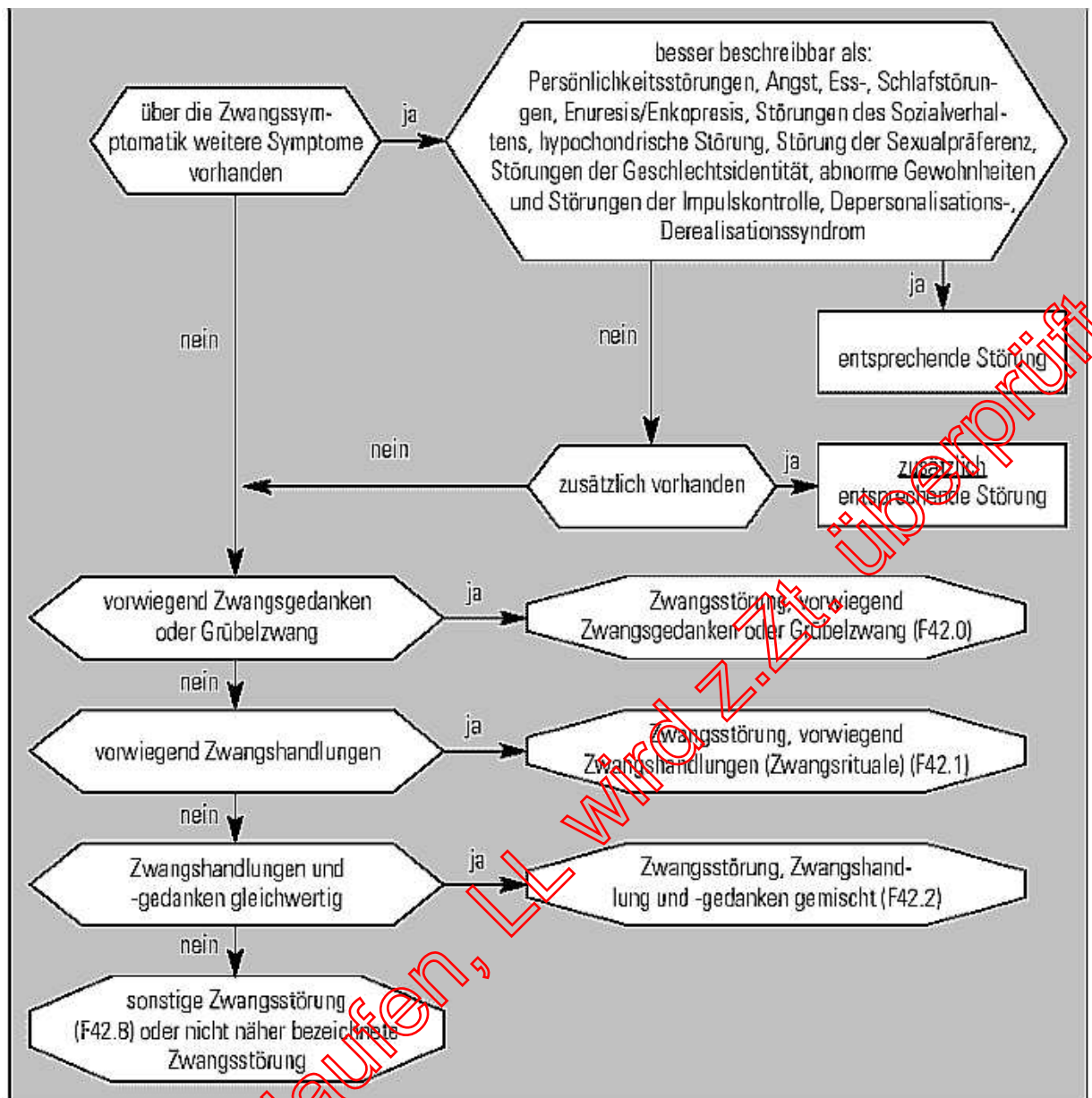
Abbildung 14 differenziert fortschreitend die Basissymptomatik unter differenzialdiagnostischer Berücksichtigung anderer Störungen sowie eventueller Komorbidität.

Abb. 14: Differenzialdiagnosen und Hierarchie des diagnostischen Vorgehens bei Zwangsstörungen





Gültigkeit abgelehnt, LL wird nicht verwendet



- Zwischen einer Zwangsstörung und einer depressiven Störung kann die Differenzialdiagnose schwierig sein.
- Bei einer kurzen Episode soll diejenige Diagnose Vorrang haben, deren Symptome sich zuerst entwickelt haben.
- Sind Zwangsstörungen und depressive Störungen gleich stark vorhanden, so ist die Depression als primär zu betrachten.
- Bei chronischen Störungen sollten diejenigen vorrangig bezeichnet werden, deren Symptome häufiger persistieren, wenn das jeweils zweite Symptom abklingt.
- Panikattacken oder leichte phobische Symptome (F40, F41) sprechen nicht gegen die Diagnose der Zwangsstörung.

Zwangssymptome bei Schizophrenie, bei Gilles-de-la-Tourette-Syndrom, bei autistischen Syndromen oder bei organischen psychischen Störungen sollen jeweils als Teil dieser Krankheitsbilder betrachtet werden.

Differenzialdiagnosen und Hierarchie des diagnostischen Vorgehens siehe Abbildung 14.

4. Interventionen

4.1 Auswahl des Interventionssettings

Die Intervention bei Zwangsstörungen macht bei den schweren, zumeist erst in der Adoleszenz vorgestellten Fällen eine stationäre Behandlung erforderlich, während bei den leichten Formen, die sich vor allem im Vorschul- und Grundschulalter manifestieren, mehrheitlich eine ambulante Beratung mit dem Ziel einer Veränderung des Erziehungsverhaltens der Eltern bzw. Bezugspersonen ausreicht. Eine stationäre Therapie ist indiziert

- bei besonders schwer ausgeprägter Zwangssymptomatik,
- bei beginnend chronischen Verläufen,
- bei besonders schwer ausgeprägten komorbiden Störungen (z B. Anorexie, Depressionen, Tic),
- bei mangelnden Ressourcen in der Familie oder besonders ungünstigen psychosozialen Bedingungen bzw. krankheitsbegünstigenden und -aufrechterhaltenden Einflüssen, bei erheblicher Beeinträchtigung von Alltagsaufgaben, nach nicht erfolgreicher ambulanter Therapie,
- bei gescheiterten ambulanten Behandlungsversuchen,

- bei Fehlen von ambulanten Therapeuten, die eine spezifische kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlung (im Sinne einer Reizkonfrontation mit Reaktionsverhinderung) durchführen.

4.2 Hierarchie der Behandlungsentscheidungen und Beratung

Die Behandlung wird in der Regel als multimodale Behandlung durchgeführt. Diese sollte folgende Interventionen umfassen:

- Aufklärung und Beratung der Eltern, des Kindes oder Jugendlichen
- Intervention in der Familie zur Verminderung der Symptomatik und Einbindung in bestehendes Vermeidungsverhalten
- Psychotherapeutische Interventionen
- Pharmakotherapie zur Verminderung der Zwangssymptomatik.

Grundlage der multimodalen Behandlung ist die Aufklärung und Beratung der Eltern und des Kindes oder Jugendlichen, die immer durchgeführt werden muss. Sollten im Weiteren psychotherapeutische Methoden - wie oben aufgeführt - nicht zu einer ausreichenden Besserung der Symptomatik führen oder letztere einen erheblichen Schwere- bzw. Beeinträchtigungsgrad aufweisen, sollte in Kombination eine medikamentöse Behandlungsmaßnahme ergänzt werden. Bei der Entscheidung für eine bestimmte Therapiemethode ist zu berücksichtigen, dass sich im Falle von Zwangserkrankungen bei Kindern und Jugendlichen tiefenpsychologisch orientierte Therapieverfahren zwar individuell-kasuistisch (V) als erfolgreich herausstellten; eine empirische Effektivitäts- und Effizienzüberprüfung dieses Ansatzes steht aber noch aus. Es wird daher in den folgenden Darstellungen der Schwerpunkt auf Vorgehensweisen gelegt, deren Behandlungswirksamkeit bei Zwangsstörungen schon in größerem Umfang nachgewiesen ist.

4.3 Besonderheiten bei ambulanter Behandlung

Die gebräuchlichen Interventionsansätze beim Umgang mit Zwangsstörungen von Kindern und Jugendlichen bestehen - sofern sie pragmatisch auf eine Besserung der Symptomatik innerhalb und außerhalb der Familie ausgerichtet sind - aus den folgenden Elementen:

- Einleitende Beratung
- Intensive Motivierung des Patienten
- Familienzentrierte Interventionen zur Beeinflussung symptomhaltender familiärer Bedingungen
- Expositionsbehandlung und Reaktionsverhinderung
- Interventionen zur Verminderung der Zwangsgedanken (kognitive Therapie)
- Pharmakotherapie.

Die aufgeführten Elemente kommen in ambulanten und stationären Behandlungssettings mit unterschiedlicher Schwerpunktsetzung zur Anwendung.

Einleitende Beratung

Jede Form der Behandlung wird durch die folgenden Beratungsmaßnahmen eingeleitet:

Aufklärung und Beratung der Eltern und Patienten werden immer durchgeführt. Dabei ist neben einer gemeinsamen Aufklärung immer auch eine störungsspezifische Beratung in getrennten Gesprächen mit Eltern und Kind zu empfehlen. Andere wichtige Bezugspersonen, hier vor allem Geschwister, aber auch Großeltern, sollten in die Beratung einbezogen werden, sofern sie von der Symptomatik betroffen sind.

In Fällen, in denen die Symptomatik die schulische Integration des Kindes gefährdet (z.B. chronisches Zuspätkommen; Verlangsamung) oder beeinträchtigt ist auch eine Beratung der wichtigsten Lehrpersonen angezeigt.

Die Aufklärung der Eltern umfasst:

- Informationen hinsichtlich Symptomatik, vermuteter Ätiologie, des anzunehmenden Verlaufs, der Behandlungsmöglichkeiten und Prognose
- Versuche, familiäre Bedingungen, die die Symptomatik aufrechterhalten, herauszuarbeiten
- Beratung hinsichtlich pädagogischer Interventionen zur Bewältigung symptombedingter Konfliktsituationen:
 - Unter Beachtung der eingeschränkten Selbstkontrolle des Patienten sollte die elterliche Anforderung an ihn, die Symptomatik weitestgehend einzugrenzen, aufrechterhalten bleiben.
 - Hinweis darauf, dass Nachgiebigkeit und Entlastungsbemühungen die Symptomatik eher verstärken als abschwächen
 - Suche nach Freiräumen für gemeinsame Aktivitäten abseits der Symptomatik.

Die Aufklärung des Kindes/Jugendlichen umfasst:

- Informationen hinsichtlich Symptomatik, vermuteter Ätiologie, des anzunehmenden Verlaufs, der Behandlungsmöglichkeiten und Prognose in altersentsprechender Form
- Informationen über Hinweise auf erhaltene Selbstkontrolle der Symptomatik und Motivierung, diese zu nutzen und ggf. auszubauen
- Betonung der Notwendigkeit von Selbstbeobachtung.

Motivierung

Der Einsatz der störungsspezifischen Therapieelemente setzt eine intensive Motivierungsphase zu Beginn der Behandlung voraus. Die gerade beim Umgang mit Zwangsstörungen unbestritten herausragende Bedeutung der therapeutischen Beziehung erhält ihre entscheidenden Impulse bereits in den ersten Kontakten. Ziel ist die Etablierung eines Arbeitsbündnisses, in welchem zum einen die Ambivalenz des Patienten gegenüber jeglichem Interventionsversuch aufgegriffen und auf rationalem Wege zugunsten wachsender Kooperation beeinflusst wird, zum anderen die ständige Tendenz zur schamhaften Verheimlichung problematischer Kognitionen und Zwangshandlungen eingegrenzt wird.

Familienzentrierte Interventionen

Sie haben als dominierende Vorgehensweise eine um so größere Bedeutung, je jünger die Patienten sind. Der Wert dieser Intervention wird auch darin erkennbar, dass nur in einem solchen Setting psychische Erkrankungen anderer Familienmitglieder in ihrer Beziehung zur Zwangsstörung des Indexpatienten reflektiert werden können, da zudem die Funktionsfähigkeit der Familie bei der Symptomkontrolle überprüft werden kann. Hier müssen auch die Grenzen vereinbart werden, innerhalb derer Toleranz gegenüber Teilen der Symptomatik geübt wird bzw. inwieweit Familienmitglieder in die Symptomatik einbezogen werden.

Im Vordergrund stehen zunächst gemeinsame Reflexionen der Auswirkungen der Zwangssymptomatik auf die Familie, Erfahrungen mit bisherigen Bewältigungsversuchen sowie Gespräche über andere Probleme und Konflikte in der Familie. Das so zusammengetragene Material dient der Erarbeitung eines Krankheitskonzeptes, bei welchem die Funktionalität der Angst als Auslöser von Zwangshandlungen sowie der Angstvermeidung durch Rituale herauszuarbeiten ist. Ziel ist ein besseres Verständnis des inneren Zwanges, unter dem ein Patient steht, ein adäquater Umgang mit Symptomschwankungen und -veränderungen sowie ein Wissen um die Möglichkeiten und Grenzen der Selbstkontrolle des Patienten.

Weitere Schwerpunkte sind die kontinuierliche Beobachtung und Aufzeichnung der Symptomatik durch den Patienten, evtl. auch durch einzelne Bezugspersonen, der Aufbau von regelmäßigen, gemeinsamen familiären Aktivitäten, die durch das Auftreten von Zwangssymptomen beendet werden, sowie der direkte Umgang mit den Zwangshandlungen. Eine Unterstützung bei der Durchführung von Zwangshandlungen sowie bei Versuchen des Patienten, symptomauslösende Situationen zu meiden, müssen vermieden werden. Adäquate Bewältigungsbemühungen des Patienten sollen positiv verstärkt werden.

Expositionsbehandlung und Reaktionsverhinderung

Sofern nicht bereits beratende und familienzentrierte Interventionen zu einer deutlichen Besserung der Symptomatik führen, ist mit dem Kernelement der Verhaltenstherapie bei Zwangsstörungen, der Konfrontation des Patienten mit der gefürchteten Situation (Stimulus-Exposition) und der Verhinderung von Vermeidungsreaktionen, zu beginnen. Grundlage der Expositionsbehandlung ist die sorgfältige Erstellung einer Hierarchie angst auslösender Situationen, auf welche üblicherweise vom Patienten mit Zwangsverhalten reagiert wird. Die Exposition selbst kann abgestuft mit zunehmender Angststärke (graduiertere Exposition) oder in Form einer Reizüberflutung (sofortige Konfrontation mit intensivsten Angstauslösern) erfolgen. Aus Gründen der emotionalen Belastung der Patienten ist eine graduiertere Exposition zu empfehlen. Eine Exposition in der Vorstellung (in sensu) ist je nach Art der Symptomatik (insbesondere Zwangsbefürchtungen mit katastrophalem Inhalt) gegenüber einer Exposition in vivo vorzuziehen; andererseits ist auch eine In-vivo-Exposition unverzichtbares Behandlungselement, insbesondere für das Einüben der Reaktionsverhinderung. Die Reaktionsverhinderung gilt den vom Patienten üblicherweise zur Angstreduktion durchgeführten Zwangshandlungen und soll sicherstellen, dass der Patient im Verlauf der massiv belastenden Reizkonfrontation die Situation nicht verlässt. Der Patient wird instruiert, über einen festgelegten Zeitraum Handlungen, die zur Symptomatik gehören, zu unterlassen bzw. - im Falle von täglich notwendigen Verrichtungen - auf ein zeitlich begrenztes Minimum zu reduzieren. Für eine gelungene Reaktionsverhinderung im vereinbarten Rahmen sollte der Patient (insbesondere der kindliche Patient) durch soziale oder Verhaltensverstärkung angemessen belohnt werden.

Kognitive Therapieverfahren

Von kognitiven Therapieverfahren profitieren in besonderer Weise Patienten, die neben ihrer Zwangsstörung schwere Depressionssymptome und "überwertige Ideen" aufweisen. Kognitive Techniken zielen in Kombination mit Expositionsbehandlungen auf die Milderung der Angst induzierenden Gedanken und auf die kognitive Bewertung derselben.

Häufige kognitive Verzerrungen bei Kindern und Jugendlichen sind:

- Polarisiertes Denken (Schwarz-Weiß-Denken, Alles-oder-Nichts-Denken)
- Übergeneralisierung (ist immer so, alle sind so)
- Arbitäre Schlussfolgerung (negative Interpretationen ohne Datenbasis)
- Selektiver Filter (Betonung negativer Ereignisse, Negation positiver Erfahrungen)
- Katastrophisieren (Übertreibung negativer Ereignisse)

Folgende Techniken können angewandt werden:

- Selbstinstruktionstraining, um die Entstehung von Zwangsgedanken zu verhindern
- Bei adoleszenten Patienten mit einem Überwiegen von Zwangsgedanken gegenüber Zwangshandlungen ist zudem das Einüben von "Gedankenstopp" zur Vermeidung kognitiver Rituale, insbesondere als Prophylaxe in Stresssituationen, möglich.
- Ein drittes Verfahren ist die kognitive Umstrukturierung der Bewertungsmuster und der gedanklichen Schlussfolgerungen des Patienten.

Zu kognitiv-behavioralen Verfahren in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Zwangsstörungen gibt es wenige kontrollierte Interventionsstudien mit unterschiedlichen Behandlungselementen, sowie Studien, die als nicht systematisch und kontrolliert anzusehen sind. Der Forschungsstand weist hier einen Evidenzgrad von II-III auf.

Pharmakotherapie zur Verminderung von Zwangssymptomen

Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer sind im Allgemeinen die Mittel der Wahl.

Die längsten Erfahrungen liegen für das trizyklische Antidepressivum Clomipramin vor. Die Dosierung sollte bei 3 mg/kg KG und Tag liegen, höchstens jedoch bei ca. 200 mg Tagesdosis. Im Nebenwirkungsspektrum der vegetativen Störungen nimmt die Mundtrockenheit eine zentrale Stelle ein.

Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) haben sich inzwischen als vergleichbar effektiv herausgestellt und gelten aufgrund ihrer heterogeneren und oft geringeren Nebenwirkungen als Präparate der ersten Wahl. Die Dosierung beträgt für Fluoxetin im Mittel 20-60 mg/d, bei Fluvoxamin und Sertralin bis ca 200 mg/d. Für das im Erwachsenenbereich angewandte Paroxetin liegen noch keine vergleichbaren Erfahrungen an Kindern und Jugendlichen vor. Von den für die Pharmakotherapie der Zwangsstörungen verwendeten Präparaten ist in Deutschland Fluvoxamin im Kinder- und Jugendbereich (ab dem achten Lebensjahr) zugelassen.

Nebenwirkungen treten besonders zu Beginn der Behandlung auf und sind dosisabhängig und subjektiv störend. Daher

wird mit niedriger Dosierung begonnen und schrittweise erhöht. Der Wirkungseintritt muss mindestens 4-6 Wochen abgewartet werden. Sollte nach 10-12 Wochen keine Veränderung zu erkennen sein, können ein Wechsel des Medikamentes oder eine Kombinationsbehandlung angezeigt sein. Bei sehr schweren Zwangserkrankungen, besonders in der Kombination mit Ticstörungen, kann eine zusätzliche Gabe eines Neuroleptikums hilfreich sein. Die Medikamente müssen langfristig eingenommen werden und bei Absetzwunsch langsam über Monate reduziert werden. Eine Rückfallgefährdung ist hoch. Die notwendigen Begleituntersuchungen (z.B. Labor und EKG) sind sicherzustellen. Zur Effektivität der Pharmakotherapie von Zwangsstörungen bei Kindern und Jugendlichen liegen zu den erwähnten Substanzen gut kontrollierte randomisierte Studien vor, sodass von einem Evidenzgrad von I auszugehen ist. In einer aktuellen kontrollierten Studie wurde der Behandlungserfolg von Sertralin, einer kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlung und einer Kombinationsbehandlung von beiden gegenüber einem Placebo überprüft. Dabei erwies sich die Kombinationsbehandlung als die wirksamste.

4.4 Besonderheiten bei teilstationärer Behandlung

Hier liegen keine settingspezifischen Konzeptbildungen vor. Anzunehmen ist, dass verhaltenstherapeutische Maßnahmen, die aufgrund der Schwere der Störung ambulant nicht hinreichend strukturiert werden können, durch ein teilstationäres Management leichter durchzuführen sind. Gegenüber der stationären Therapie läge ein vermeintlicher Vorteil in der geringeren Rückfallgefährdung bei Behandlungsende; umgekehrt kann gerade für schwer erkrankte Patienten die vollständige Herausnahme aus dem bestehenden Interaktionsfeld Familie ein wesentlicher Genesungsfaktor sein.

4.5 Besonderheiten bei stationärer Behandlung

Sämtliche der für die ambulant durchgeführten Maßnahmen wichtigen Schritte und Behandlungsprinzipien finden auch im stationären Setting ihre Anwendung.

Die Entscheidung für eine stationäre Behandlung hängt sowohl von klinischen Aspekten, z.B. der Schwere und Dauer der Zwangssymptomatik, als auch von pragmatischen, wie der Entfernung vom Wohnort, ab. Die Vorteile der stationären Therapie sind:

- Möglichkeit zur kurzfristigen Entlastung des Patienten, besonders bei schwerer sekundärer Depression oder Suizidalität
- Trennung von krankheitsaufrechterhaltenden Interaktionssystemen und Entlastung der Umgebung, besonders bei gravierenden Problemen
- Erleichterung der Kontaktaufnahme und Möglichkeit zur kontinuierlichen Verhaltensbeobachtung
- Kontrolle zwangsauslösender Stimuli
- Gewährleistung intensiver Exposition mit Reaktionsmanagement
- Station als Übungsfeld für den Problembereich "soziale Defizite"
- Vorhandensein verschiedener Coping-Modelle
- Breites Spektrum ergänzender Therapieangebote
- Kontrolle der medikamentösen Behandlung und Verbesserung der Medikamentencompliance.

Bezüglich der für das ambulante Setting vorgeschlagenen Interventionselemente sind im Falle der stationären Behandlung keine formalen Veränderungen vorzunehmen (s. Kap. 4.3). Inhaltlich hat insbesondere die einleitende Beratung (vgl. Kap. 4.3) die Gründe einer stationären Behandlungsindikation herauszustellen und die Besonderheiten der Kooperation während der Behandlung zu erarbeiten. Hier sind beispielsweise die Vorteile einer effektiveren Kontingenzmanipulation unter stationären Bedingungen den verstärkten Rückfallgefahren zum Entlassungszeitpunkt gegenüberzustellen. Der - bei stationären Therapien - settingbedingten Neigung zu passiven Veränderungserwartungen ist durch die Betonung der Notwendigkeit aktiver Mitarbeit im Zusammenhang mit Wochenendbeurlaubungen und den hierbei zu treffenden Vereinbarungen zur Kontrolle von Therapieeffekten zu begegnen. Schließlich ist den - bei stationären Therapien oft hohen - Erwartungen an therapeutische Veränderungen eine der Schwere der Störung angemessene realistische Therapieprognose gegenüberzustellen.

4.6 Jugendhilfe- und Rehabilitationsmaßnahmen

Studien aus dem Erwachsenenbereich zeigen, dass - insbesondere bei stationären Therapien - nach Therapiebeendigung die Rückfallgefährdung deutlich anwächst; dies geschieht umso eher, je größer die Defizite der sozialen Fertigkeiten der Patienten sind. Es ist daher bei der Therapie schwerer Zwangsstörungen immer auch die Frage einer geeigneten außerfamiliären Unterbringung zu diskutieren.

4.7 Entbehrliche Therapiemaßnahmen

Keine Angaben.

Literatur:

1. Barrett P, Healy-Farell L, March J, Cognitive-behavioral family treatment of childhood obsessive-compulsive disorder: a controlled trial. J of American Academy Child and Adolescent Psychiatry (2004), 43 (1), 46-62
2. Döpfner M (1993) Zwangsstörungen. In: Steinhausen HC, von Aster M (Hrg.), Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin bei Kindern und Jugendlichen, 2. Aufl., 271-313. Psychologie Verlags Union, Weinheim
3. Jans T et al., Der Langzeitverlauf von Zwangsstörungen mit Beginn im Kindes- und Jugendalter: Psychosoziale Adaptation im Erwachsenenalter. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie (2001), 29, 25-35
4. Knölker U (1987) Zwangssyndrome im Kindes- und Jugendalter. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
5. Piccinelli M et al., Efficacy of drug treatment in obsessive-compulsive disorder. A meta-analytic review. British Journal of

- Psychiatry (1995), 166, 424-443
6. Rapoport J, Inoff-Germain G: Practitioner Review: Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder in Children and Adolescents. Journal of Child Psychology and Psychiatry (2000), 41, 419-431
 7. Reinecker HS (1994) Zwänge - Diagnose, Theorien und Behandlung. Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle
 8. Riddle M: Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. British Journal of Psychiatry (1998), 173 (Suppl. 35), 91-96
 9. Simons M., Herpertz-Dahlmann, Psychotherapie der Zwangsstörung bei Kindern und Jugendlichen - eine Übersicht. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (2003), 31 (3), 3-12
 10. The Pediatric OCD Treatment Study (POTS) Team, Cognitive-behavior therapie, Sertraline, and their combination for children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. JAMA (2004), 27, 1969-1976
 11. Wewetzer C (2004) Zwangsstörungen bei Kindern und Jugendlichen. Hogrefe, Göttingen
 12. Wewetzer C et al., Interaktion, Familienklima, Erziehungsziele und Erziehungspraktiken in Familien mit einem zwangskranken Kind. Verhaltenstherapie (2003), 13, 10-18
 13. Wewetzer C, Mehler-Wex C, Warnke A, Pharmakotherapie von Zwangsstörungen im Kindes- und Jugendalter. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie (2003), 3, 223-230
 14. Winkelmann G, Hohagen F, Zwangsstörungen - stationäre Verhaltenstherapie. Fortschritte Neurologie und Psychiatrie (1995), 63 (Sonderheft 1), 19-22 Zaworka W et al., Hamburger Zwangsinventar, HZI. Beltz Test Gesellschaft, Weinheim

Verfahren zur Konsensbildung:

Frühere Bearbeiter

G. Schütze, G. Hinrichs, A. Aldenhoff-Zöllner, R. Arndt, C. Haase, B. Hobrucker, R. Kühl, G. Schmitz

Autoren dieser Leitlinien:

C. Wewetzer, S. Walitza, K. Reitzle

Korrespondenz an:

Prof. Dr. med. Christoph Wewetzer
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Städtischen Klinike Köln gGmbH
Florentine-Eichler-Straße 1
51067 Köln

Redaktionskomitee:

federführend

Martin H. Schmidt, Mannheim
Fritz Poustka, Frankfurt/Main

Bernhard Blanz, Jena
Joachim Jungmann, Weinsberg
Gerhard Lehmkuhl, Köln
Helmut Remschmidt, Marburg
Franz Resch, Heidelberg
Christa Schaff, Weil der Stadt
Andreas Warnke, Würzburg

Erstellungsdatum:

01/1999

Letzte Überarbeitung:

11/2006

Nächste Überprüfung geplant:

k. A.

[Zurück zum Index Leitlinien Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie](#)

[Zurück zur Liste der Leitlinien](#)

[Zurück zur AWMF-Leitseite](#)

Die "Leitlinien" der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sind systematisch entwickelte Hilfen für Ärzte zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren und sorgen für mehr Sicherheit in der Medizin, sollen aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen. Die "Leitlinien" sind für Ärzte rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung.

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit - insbesondere von Dosierungsangaben - keine Verantwortung übernehmen.

Gültigkeit abgelaufen, LL wird z.Zt. überprüft