***Zwangsstörung***

Die **Zwangsstörung** ([englisch](https://de.wikipedia.org/wiki/Englische_Sprache) *obsessive-compulsive disorder* bzw. **OCD**) gehört zu den [psychischen Störungen](https://de.wikipedia.org/wiki/Psychische_St%C3%B6rung). Es besteht für den Betroffenen ein innerer Drang, bestimmte Dinge zu denken und/oder zu tun. Der Betroffene wehrt sich gegen das Auftreten der Zwänge; er erlebt sie als übertrieben und sinnlos, kann ihnen [willentlich](https://de.wikipedia.org/wiki/Wille) jedoch meist nichts entgegensetzen. Die Störung bringt deutliche Belastungen und Beeinträchtigungen des Alltagslebens mit sich. Ältere Bezeichnungen für Zwangsstörungen sind Zwangserkrankung, Zwangsneurose und anankastische [Neurose](https://de.wikipedia.org/wiki/Neurose). Die Zwangsstörung ist von der [zwanghaften Persönlichkeitsstörung](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwanghafte_Pers%C3%B6nlichkeitsst%C3%B6rung) sowie von Zwangssymptomen im Rahmen anderer psychischer oder neurologischer Erkrankungen zu unterscheiden.

|  |
| --- |
| **Vergleichende Klassifikation nach** |
| [**DSM-IV**](https://de.wikipedia.org/wiki/Diagnostic_and_Statistical_Manual_of_Mental_Disorders) |   | [**ICD-10**](https://de.wikipedia.org/wiki/Internationale_statistische_Klassifikation_der_Krankheiten_und_verwandter_Gesundheitsprobleme) |
| 300.3 | Zwangsstörung |  | F42 | Zwangsstörung |
|  |  |  | F42.0 | vorwiegend Zwangsgedanken oder Grübelzwang |
|  |  |  | F42.1 | vorwiegend Zwangshandlungen (Zwangsrituale) |
|  |  |  | F42.2 | Zwangsgedanken und -handlungen, gemischt |
| [DSM IV online](http://counsellingresource.com/distress/dsm-codes/index.html) |  | [ICD-10 online](http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-who/kodesuche/onlinefassungen/htmlamtl2011/index.htm) |

**Symptome**

Die für die diagnostische Klassifizierung nach der ICD-10 maßgebliche Hauptsymptomatik der Zwangsstörung besteht in [Zwangsgedanken](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsgedanke) und/oder [Zwangshandlungen](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangshandlung). Bei mehr als 90 % der Betroffenen finden sich beide Symptome. Typisch ist auch die große Bandbreite an möglichen Symptomen, so dass fast jeder Betroffene sein eigenes Symptombild aufweist.[[1]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-Castle.2CPhillips-1)[[2]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-2)[[3]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-3)

**Zwangsgedanken**

Zwangsgedanken sind inhaltliche [Denkstörungen](https://de.wikipedia.org/wiki/Denkst%C3%B6rung) im Sinne sich zwanghaft immer wieder aufdrängender, jedoch als unsinnig erkannter Denkinhalte.[[4]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-4)[[5]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-5)[[6]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-6) Einige Betroffene leiden zudem zusätzlich an formalen Denkstörungen, vor allem an [Perseveration](https://de.wikipedia.org/wiki/Perseveration) und Gedankenkreisen/Gedankenarmut, in schweren Fällen auch an [überwertigen Ideen](https://de.wikipedia.org/wiki/Fixe_Idee).[[7]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-7)[[8]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-8)

Zwangsgedanken kann man einteilen in:

* **Zwangsideen und -befürchtungen** (z. B. die Befürchtung, eine Arbeit nicht richtig gemacht zu haben, oder Ängste, dass dem Ehepartner etwas Schlimmes zustoßen könnte)
* **Aggressive Zwangsgedanken** (Befürchtungen, jemandem Schaden zuzufügen, sexuell verwerfliche Dinge zu tun, jemanden zu beleidigen etc.[[9]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-9))
* **Grübelzwang** (bestimmte Themen müssen wieder und wieder durchdacht werden. Es ist nicht möglich, dabei zu einer Entscheidung oder zu einer Lösung zu kommen)
* **Zweifel** (Unsicherheit, Handlungen nicht zufriedenstellend abgeschlossen, etwas falsch verstanden, getan oder unterlassen zu haben)[[10]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-10)
* **Zählzwang** (*Arithmomanie*) (bestimmte Dinge, die im Alltag auftauchen, werden gezählt)
* **Wiederholungen** (bestimmte Gedanken müssen ritualisiert wiederholt werden)

Bei Zwangsgedanken geht es also häufig um angstvolle Gedanken und Überzeugungen, sich selbst oder einer anderen Person zu schaden (z. B. durch Verunreinigung, durch aggressive Handlungen oder durch sogenannte „magische Handlungen“),[[11]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-11)[[12]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-12) in eine peinliche Situation zu geraten, oder durch Unterlassen von Handlungen indirekt bzw. durch eigene Handlungen direkt für ein Unheil/Unglück verantwortlich zu sein. Es können Gedankengänge nicht befriedigend abgeschlossen werden, sodass sie sich ständig wieder aufdrängen und wiederholt werden müssen, ohne zu einem realen Ergebnis zu gelangen. Häufig leiden Betroffene auch an quälendem Zweifel. In Frankreich beschrieb bereits Esquirol 1838 Zwangsstörungen aufgrund dieses Symptoms mit dem Beinamen „Maladie du doute“ (dt.: „Krankheit des Zweifels“),[[13]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-13) während sich im deutschen Sprachraum der vom Wiener Psychiater [Richard von Krafft-Ebing](https://de.wikipedia.org/wiki/Richard_von_Krafft-Ebing) geprägte Begriff „Zwangsvorstellung“ durchsetzte.[[14]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-14) Klinische Erfahrungen zeigen zudem, dass Menschen mit einer Zwangsstörung Eintrittswahrscheinlichkeiten negativer Ereignisse überschätzen.[[15]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-15)[[16]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-16)[[17]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-17) Häufig zeigt sich bei den Betroffenen auch eine [Hypervigilanz](https://de.wikipedia.org/wiki/Hypervigilanz).[[18]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-18)

In einer Untersuchung von Akhtar (1975) wurden die Themen der Zwangsgedanken von Betroffenen erfragt.[[19]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-19) Am häufigsten wurden dabei genannt:[[20]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-20)[[21]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-21)

1. Schmutz oder Verseuchung (menschliche o. a. Exkremente, Schmutz, Staub, Samen, Menstruationsblut, Keime, Infektionen)
2. Gewalt und Aggression (körperlicher oder verbaler Angriff auf sich selbst oder andere Personen; Unfälle, Missgeschick, Krieg, Katastrophen, Tod)
3. Ordnung (Ordentlichkeit, Symmetriebestrebungen in der Ausrichtung von Gegenständen usw.)
4. Religion (Existenz Gottes, religiöse Praktiken und Rituale, Glaubenssätze, moralische Einstellungen) oder Magie
5. Sexualität (sexuelle Handlungen an sich oder anderen, inzestuöse Impulse, sexuelle Leistungsfähigkeit)

Auch wenn dies die statistisch am häufigsten genannten Inhalte von Zwangsgedanken sind, eignet sich jedes Thema als Zwangsgedanke. Die Unterscheidung zwischen Zwangsgedanken und normalen Gedanken hängt daher nicht vom Inhalt des Gedankens ab, sondern von der Art, wie gedacht wird und wie das Gedachte vom Betroffenen erlebt wird.[[1]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-Castle.2CPhillips-1)[[22]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-22)

Zwanghafte Gedanken können sich (als ein Beispiel von vielen denkbaren Varianten) im Fall aggressiver Zwangsgedanken darin äußern, dass eine Mutter befürchtet, Mann und Kinder vergiften zu wollen, oder eine Tochter befürchtet, ihre Mutter die Treppe hinunterzuwerfen.[[23]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-jb264-23)

Der Dokumentarfilm *Wie ich lernte, die Zahlen zu lieben* erklärt das Phänomen Zwangsgedanken anschaulich aus der Perspektive eines Betroffenen.

**Zwangshandlungen**

„Zwanghaft gegen oder ohne den Willen ausgeführte Handlungen. Beim Versuch, die Handlungen zu unterlassen, treten massive innere Anspannung und Angst auf.“[[24]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-24) Zwangshandlungen sind [Stereotypien](https://de.wikipedia.org/wiki/Stereotypie_%28Medizin%29), die ständig wiederholt werden müssen. Die meisten Betroffenen wissen, dass ihr Verhalten übertrieben und unvernünftig ist, und versuchen anfangs, Widerstand zu leisten, geben jedoch auf, wenn die Angst sie überfällt. Danach fühlen sie sich für gewöhnlich für eine kurze Zeitspanne weniger ängstlich. Abgesehen von dieser Spannungsreduktion empfinden die Betroffenen keine Freude am Ausführen der Handlung selbst.

Manche Menschen bauen die zwanghafte Handlung zu einem Zwangsritual aus: Die Zwangshandlung wird in einer bis ins Detail ausgearbeiteten Art und Weise ausgeführt. Die Betroffenen müssen das Ritual jedes Mal in exakt derselben Weise, nach bestimmten, sorgfältig zu beachtenden Regeln durchlaufen. Wenn es nicht gelingt, die Handlung abzuschließen, entsteht weitere Angst, und das Ritual muss häufig von Anfang an wiederholt werden.

Beispiele:

* **Reinlichkeitszwang**: der Zwang, sich z. B. dauernd die Hände zu waschen
* **Kontrollzwang**: ständige Überprüfung von Herdplatten, Türschlössern, Gashähnen, Aschenbechern, wichtigen Papieren etc.
* **Ordnungszwang**: der Zwang, immer Symmetrie, perfekte Ordnung oder ein Gleichgewicht herzustellen, indem Dinge wie Bücher, Kleidung oder Nahrungsmittel nach genauen Regeln präzise angeordnet werden
* **Berührzwang**: der Zwang, bestimmte Dinge anzufassen oder gerade nicht anzufassen, etwa jede Straßenlaterne zu berühren
* **verbale Zwänge**: Ausdrücke, Sätze oder Melodien werden ständig wiederholt

**Diagnose**

Gemäß [ICD-10](https://de.wikipedia.org/wiki/ICD-10), Code F42, gelten folgende diagnostische Leitlinien:

1. Die Zwangsgedanken oder zwanghaften Handlungsimpulse müssen vom Patienten als seine eigenen erkannt werden.
2. Mindestens gegen einen Zwangsgedanken oder gegen eine Zwangshandlung muss der Patient noch Widerstand leisten.
3. Der Zwangsgedanke oder die Zwangshandlung dürfen nicht an sich angenehm sein.
4. Die Zwangssymptome müssen sich in zutiefst unangenehmer Weise wiederholen.
5. Die Symptomatik muss über mindestens 14 Tage an den meisten Tagen bestehen.

Zur genaueren Diagnosestellung können Fremdratingskalen (Fragebögen zur Fremdbeurteilung) verwendet werden, z. B.:

* die [Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale](https://de.wikipedia.org/wiki/Yale-Brown_Obsessive_Compulsive_Scale) (Y-BOCS).[[25]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-25) Die Y-BOCS liegt auch als Version für Kinder und als Selbstbeurteilungsfragebogen vor.[[26]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-Amb.C3.BChl_2003-26)

Es gibt mehrere Fragebögen zur Selbstbeurteilung:

* Maudsley Obsessional Compulsive Inventory (MOC)[[26]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-Amb.C3.BChl_2003-26)
* Leyton Obsessional Inventory (LOI) – auch als Version für Kinder[[26]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-Amb.C3.BChl_2003-26)
* [Hamburger Zwangsinventar](https://de.wikipedia.org/wiki/Hamburger_Zwangsinventar) (HZI) – auch in Kurzform[[26]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-Amb.C3.BChl_2003-26)

**Differentialdiagnose**

* Gelegentliche [Panikattacken](https://de.wikipedia.org/wiki/Panikattacke) oder leichte [phobische](https://de.wikipedia.org/wiki/Phobische_St%C3%B6rung) Symptome sind mit der Diagnose vereinbar. Obwohl bei Zwangsstörungen Ängste eine große Rolle spielen und als sogenannte *anxiety disorder* nach amerikanischen Leitlinien (bzw. DSM IV[[27]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-27)) klassifiziert werden, zählen diese im deutschsprachigen Raum nicht zu den Angststörungen im engeren Sinne.
* Abgrenzung zur [Schizophrenie](https://de.wikipedia.org/wiki/Schizophrenie): Früher wurde von [Eugen Bleuler](https://de.wikipedia.org/wiki/Eugen_Bleuler) ein Zusammenhang zwischen Zwang und Schizophrenie postuliert. Mehrere aktuelle Studien deuten darauf hin, dass es keinen solchen direkten Zusammenhang gibt. Patienten mit Zwängen haben kein erhöhtes Risiko gegenüber der Allgemeinbevölkerung, an einer Schizophrenie zu erkranken. Allerdings treten Zwänge auch im Rahmen von Schizophrenien auf. Bei Patienten, die an einer Schizophrenie leiden, scheint das Vorliegen von Zwangssymptomen die Prognose hinsichtlich der Lebensqualität und Arbeitsfähigkeit zu verschlechtern.
* Abgrenzung zur [zwanghaften Persönlichkeitsstörung](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwanghafte_Pers%C3%B6nlichkeitsst%C3%B6rung): Es besteht kein nachweisbarer Zusammenhang zwischen einer symptomatischen Zwangsstörung und einer zwanghaften Persönlichkeitsstörung. Während die Zwanghaftigkeit im Rahmen der zwanghaften/anankastischen Persönlichkeitsstörung vom Betroffenen als „[ich-synton](https://de.wikipedia.org/wiki/Ich-Syntonie)“, also als mit seiner Person vereinbar empfunden wird, wird die symptomatische Zwangsstörung vom Betroffenen als „[ich-dyston](https://de.wikipedia.org/wiki/Ich-Dystonie)“, also als ich-fremd und der Person nicht zugehörig empfunden.
* Zwangssymptome bei einer [Ticstörung](https://de.wikipedia.org/wiki/Tic), beim [Gilles-de-la-Tourette-Syndrom](https://de.wikipedia.org/wiki/Gilles-de-la-Tourette-Syndrom) und bei organischen [psychischen Störungen](https://de.wikipedia.org/wiki/Psychische_St%C3%B6rung) werden *nicht* als Zwangsstörung diagnostiziert, sondern als Teil der entsprechenden Störungsbilder betrachtet. Ebenso führen Tic-Symptome im Rahmen einer Zwangsstörung nicht zwangsläufig zu einer Diagnose des Tourette-Syndroms, da auch im Rahmen einer Zwangsstörung Tic-Symptome auftreten können.[[28]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-28)
* Des Weiteren sind [Stereotypien](https://de.wikipedia.org/wiki/Stereotypie_%28Medizin%29) bei [Autismus](https://de.wikipedia.org/wiki/Autismus) zu unterscheiden.
* Reine Zwangsgedanken können auch in Zusammenhang mit [postpartalen Depressionen](https://de.wikipedia.org/wiki/Postpartale_Stimmungskrisen) und/oder postpartalen Psychosen auftreten. In der Regel fürchtet die Mutter, sie könne das Neugeborene schädigen.

**Komorbiditäten**

Wie auch bei anderen Angststörungen ist bei der Zwangsstörung zu beobachten, dass sie häufig gemeinsam mit anderen affektiven Störungen und Angststörungen auftritt. Die Zwangsstörung tritt am häufigsten in Kombination mit Depression, Panikstörung und [sozialer Phobie](https://de.wikipedia.org/wiki/Soziale_Phobie) auf. Rund 80 Prozent der Betroffenen weisen depressive Symptome auf, die aber nicht immer die Diagnose „Depressionen“ rechtfertigen. Ein gutes Drittel leidet mindestens einmal im Leben an einer [Depression](https://de.wikipedia.org/wiki/Depression). Bei 12 Prozent der Kranken tritt die [körperdysmorphe Störung](https://de.wikipedia.org/wiki/Dysmorphophobie) auf.[[23]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-jb264-23)

Bei 50 Prozent der Betroffenen liegt gleichzeitig eine [Persönlichkeitsstörung](https://de.wikipedia.org/wiki/Pers%C3%B6nlichkeitsst%C3%B6rung) vor. Die unter den Erkrankten am häufigsten auftretenden Persönlichkeitsstörungen sind die [abhängige](https://de.wikipedia.org/wiki/Abh%C3%A4ngige_Pers%C3%B6nlichkeitsst%C3%B6rung) und die [selbstunsicher-vermeidende](https://de.wikipedia.org/wiki/Selbstunsicher-vermeidende_Pers%C3%B6nlichkeitsst%C3%B6rung). Eine komorbide [zwanghafte Persönlichkeitsstörung](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwanghafte_Pers%C3%B6nlichkeitsst%C3%B6rung) liegt dagegen deutlich seltener vor. Generell weisen Zwangskranke häufig problematische Interaktionsmuster bzw. Persönlichkeitszüge auf.[[29]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-29)

[Tic](https://de.wikipedia.org/wiki/Tic)-Symptome treten auch im Rahmen von Zwangsstörungen bisweilen auf. Diese können je nach Art und Ausprägung der Zwangsstörung selber zugeordnet oder als separate [Ticstörung](https://de.wikipedia.org/wiki/Ticst%C3%B6rung) bzw. als [Tourette-Syndrom](https://de.wikipedia.org/wiki/Tourette-Syndrom) diagnostiziert werden.[[30]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-30)

Vor allem im angelsächsischen Wissenschaftsbetrieb wird zudem seit einigen Jahren das Konzept des „Zwangsspektrums“ diskutiert. Dabei wird postuliert, dass gewisse Erkrankungen, die sowohl in der DSM-IV als auch in der ICD-10 zumeist anderen Kategorien zugeordnet werden, aufgrund ihrer Charakteristika auch als Ausprägungen eines Spektrums von zwangsähnlichen Erkrankungen angesehen werden können. Hierzu zählen insbesondere: bestimmte Formen der [Hypochondrie](https://de.wikipedia.org/wiki/Hypochondrie), die körperdysmorphe Störung, [Anorexia nervosa](https://de.wikipedia.org/wiki/Anorexia_nervosa), [Depersonalisationsstörung](https://de.wikipedia.org/wiki/Depersonalisation), [Tourette-Syndrom](https://de.wikipedia.org/wiki/Tourette-Syndrom), [Trichotillomanie](https://de.wikipedia.org/wiki/Trichotillomanie), Hoarding ([Tierhortung](https://de.wikipedia.org/wiki/Tierhortung), [Messie-Syndrom](https://de.wikipedia.org/wiki/Messie-Syndrom)) und pathologisches Spielen.[[31]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-31)[[32]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-32)[[33]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-33)

**Zwänge als Symptom anderer Erkrankungen**

Das Vorhandensein von Zwangssymptomen muss nicht gleich das Vorhandensein einer Zwangsstörung bedeuten. Zwangsgedanken und Zwangshandlungen können unabhängig von der klassischen Zwangsstörung auch als Symptome im Rahmen anderer neurologischer und psychiatrischer Erkrankungen vorkommen. In der englischsprachigen Wissenschaftsliteratur ist in diesem Fall von „Obsessive Compulsive Symptoms“ bzw. „OCS“ die Rede. Unter anderem ist dies der Fall im Rahmen des Tourette-Syndroms,[[34]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-34) des Autismus,[[35]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-35) bei Hirnschäden,[[36]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-36) Schizophrenie[[37]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-37) sowie bei neuropsychiatrischen Symptomen wie [PANS](https://de.wikipedia.org/wiki/Pediatric_Acute-onset_Neuropsychiatric_Syndrome)/[PANDAS](https://de.wikipedia.org/wiki/PANDAS). In der Regel sprechen die Zwangssymptome in diesen Fällen auf eine Behandlung der verursachenden Grunderkrankung an.

**Verbreitung und Verlauf**

Bis Mitte der 1990er Jahre war die Zwangserkrankung in der Bevölkerung noch relativ unbekannt. Dadurch entstand bei den Betroffenen das Gefühl, isoliert mit dieser Erkrankung zu sein, was die Suizidgefahr erhöhte und die Chance minimierte, sich in therapeutische Behandlung zu begeben. Heute geht man davon aus, dass ca. 2 % der Bevölkerung einmal im Leben an einer Zwangsstörung leidet (Lebenszeitprävalenz). In Deutschland weisen pro Jahr 3,8 % der erwachsenen Bevölkerung eine Zwangsstörung auf (Ein-Jahresprävalenz).[[38]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-38) Weil die Krankheit in der Bevölkerung wenig bekannt ist, wird sie oft nicht richtig erkannt und behandelt: Oft dauert es sieben bis zehn Jahre, bis die Betroffenen zielführend behandelt werden können.[[39]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-39) Es scheint keine geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Häufigkeit der betroffenen Personen zu geben.

Die Erkrankung beginnt meist im Jugend- oder frühen Erwachsenenalter vor dem 30. Lebensjahr. Jungen und Männer erkranken im Durchschnitt früher als Frauen. Die Erkrankung verläuft meist langsam zunehmend und verschlimmert sich ohne wirksame [Therapie](https://de.wikipedia.org/wiki/Therapie) stetig, zu zwei Dritteln chronisch, zu einem Drittel schubweise mit akuten Verschlechterungen unter besonderen Belastungen.

Der Ausbruch in Kindheit oder frühem Erwachsenenalter kommt bei Jungen häufiger vor als bei Mädchen. Je früher mit der Behandlung begonnen wird, desto besser sind die Prognosen. Durch die Behandlung mit psychotherapeutischen Methoden und/oder geeigneten Medikamenten ist die Prognose deutlich zu verbessern, auch wenn eine vollkommene Symptomfreiheit selten erreicht wird.

Getrennt lebende oder [geschiedene](https://de.wikipedia.org/wiki/Scheidung) Personen und [Arbeitslose](https://de.wikipedia.org/wiki/Arbeitslosigkeit) sind unter den Personen mit Zwangsstörung in der Regel leicht überrepräsentiert. Dies überrascht nicht, wenn man bedenkt, welche Schwierigkeiten die Störung in Beruf und Beziehungen hervorrufen kann.[[40]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-40)

Das Risiko einer Verschlimmerung der Zwangssymptome während Schwangerschaft und Stillzeit liegt bei 60–70 %. Auch haben Patientinnen mit einer Zwangsstörung ein erhöhtes Risiko für eine [Wochenbettdepression](https://de.wikipedia.org/wiki/Postnatale_Depression).[[41]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-41)

**Ursachen**

Bis in die 1960er Jahre beherrschten psychoanalytische Erklärungsmodelle das Bild der Zwangsstörung. Nach der Entwicklung verhaltenstherapeutischer Entstehungstheorien in der zweiten Hälfte des zurückliegenden Jahrhunderts stehen, einhergehend mit der medizintechnischen Entwicklung, in den letzten Jahren vor allem die genetischen und neurophysiologischen Zusammenhänge ([Physiologische Grundlagen der Zwangsstörung](https://de.wikipedia.org/wiki/Physiologische_Grundlagen_der_Zwangsst%C3%B6rung)) im Fokus der Forschung.[[42]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-42)[[43]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-43)[[44]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-44)[[45]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-45) Der aktuelle Forschungsstand legt nahe, dass ein individuell unterschiedliches Zusammenwirken[[46]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-46)[[47]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-47)[[48]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-48) aus genetischer Veranlagung, Hirnstoffwechselstörung[[49]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-49)[[50]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-50)[[51]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-51)[[52]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-52) und psychischen Ursachen (z. B. biographische Faktoren oder Stress)[[53]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-53) der Grund für die Entwicklung einer Zwangserkrankung ist. Eine einzige isolierte Ursache kennt man bis heute nicht.

**Psychologische Erklärungsmodelle**

Die unterschiedlichen psychologischen Forschungs- und Arbeitsrichtungen (z. B. [Psychoanalyse](https://de.wikipedia.org/wiki/Psychoanalyse), [Verhaltenstherapie](https://de.wikipedia.org/wiki/Verhaltenstherapie)) haben verschiedene Erklärungsmuster für das Entstehen und die Erhaltung einer Zwangsstörung.

**Verhaltenstherapeutisch**

Die [Zwei-Faktoren-Theorie](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwei-Faktoren-Theorie_%28Lerntheorie%29) von Mowrer[[54]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung%22%20%5Cl%20%22cite_note-54)[[55]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-55) erklärt die Entstehung und Aufrechterhaltung von Zwängen und [Ängsten](https://de.wikipedia.org/wiki/Angstst%C3%B6rung) – die Entstehung von Zwangs-Symptomen über das lerntheoretische Modell der [klassischen Konditionierung](https://de.wikipedia.org/wiki/Klassische_Konditionierung) und die Aufrechterhaltung über die [operante Konditionierung](https://de.wikipedia.org/wiki/Instrumentelle_und_operante_Konditionierung):

* Klassische Konditionierung: Ein ursprünglich neutraler [Reiz](https://de.wikipedia.org/wiki/Reiz) (neutraler Stimulus, kurz NS), z. B. Schmutz, wird durch Kopplung an einen unkonditionierten Stimulus (UCS), der von Natur aus bereits angstbesetzt ist, zu einem stellvertretenden Auslöser (CS) für die Empfindung von Angst oder Abneigung (CR). Ein solcher unkonditionierter Stimulus, der von Natur aus die Anspannung auslöst, könnte beispielsweise eine emotionale Belastung in der Familie sein.[[56]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-Niedermeier_2002-56)
* Operante Konditionierung: Als Folge treten Zwangshandlungen (oder auch Zwangsgedanken) auf (R), um die Angst oder Anspannung zu neutralisieren, das bedeutet zu reduzieren. Gelingt es, die Angst zu reduzieren, wirkt das als [negative Verstärkung](https://de.wikipedia.org/wiki/Verst%C3%A4rkung_%28Psychologie%29) (C-/) der Zwangshandlungen (R), was bedeutet, dass sie in Zukunft häufiger auftreten.

Eine kognitiv-verhaltenstherapeutische, von Salkovskis vorgeschlagene Theorie[[57]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-57)[[58]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-58) zur Entstehung von Zwangsstörungen geht davon aus, dass Zwangsstörungen durch die negative Bewertung von sich aufdrängenden Gedanken, die auch bei gesunden Menschen von Zeit zu Zeit auftreten, und deren (anschließende) Vermeidung entstehen. Die Vermeidung der auftretenden Gedanken kann kognitiv oder auf Verhaltensebene geschehen: Entweder wird versucht, die Gedanken zu unterdrücken oder sie durch Handlungen zu „neutralisieren“ (bspw. bei Angst vor Kontaminationen durch Händewaschen). Beide [Vermeidungsreaktionen](https://de.wikipedia.org/wiki/Vermeidungsverhalten) führen jedoch nicht zu den erwünschten Effekten: Die Neutralisierungshandlung führt nur kurzfristig zu einer Erleichterung, da sich die Gedanken, die das Verhalten ausgelöst haben, weiterhin aufdrängen. Jedoch hat die Person gelernt, dass sie sich durch die Handlung, wenn auch nur kurzfristig, Erleichterung verschaffen kann. Das Verhalten wird somit negativ verstärkt (C-/). Gedankliches Unterdrücken hat andererseits einen paradoxen Effekt: Durch das aktive Unterdrücken verstärken sich die Gedanken noch („rebound effect“).[[59]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-59)[[60]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-60)

Die kognitionspsychologische Forschung identifizierte mehrere Faktoren, warum „normale“ Gedanken von Menschen mit Zwangsstörungen als so störend empfunden werden:[[61]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-Kinzel_2012-61)

* *Depressive Stimmung*: Stärkere depressive Stimmung bei diesen Menschen führt zu einer Erhöhung in der Anzahl und Stärke von unerwünschten Gedanken.
* „*Strenger Verhaltenskodex*: Außerordentlich hohe Moralmaßstäbe tragen dazu bei, dass insbesondere sexuelle und aggressive Gedanken viel weniger akzeptiert werden können.“[[61]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-Kinzel_2012-61)
* „ *Dysfunktionale Überzeugungen von Verantwortlichkeit und Schaden*: Menschen mit Zwangsstörungen glauben, dass ihre störenden negativen – vollkommen normalen – Gedanken sie selbst oder andere schädigen könnten.“[[61]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-Kinzel_2012-61)
* „*Dysfunktionale Überzeugungen und Gedankenmuster*: Menschen mit Zwangsstörungen haben fehlangepasste Vorstellungen darüber, wie das menschliche Denken funktioniert, da sie annehmen, sie könnten unangenehme Gedanken *kontrollieren*.“[[61]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-Kinzel_2012-61)

**Psychoanalytisch**

Psychoanalytiker gehen davon aus, dass sich Zwangsstörungen dann entwickeln, wenn Kinder ihre eigenen Es-Impulse zu fürchten beginnen und Abwehrmechanismen einsetzen, um die resultierende Angst zu verringern. Der Kampf zwischen Es-Impulsen und Angst wird auf bewusster Ebene ausgetragen. Die Es-Impulse erscheinen gewöhnlich als Zwangsgedanken, die [Abwehrmechanismen](https://de.wikipedia.org/wiki/Abwehrmechanismen) als Gegengedanken oder Zwangshandlungen.

[Sigmund Freud](https://de.wikipedia.org/wiki/Sigmund_Freud) postulierte, dass manche Kinder in der sogenannten [analen Phase](https://de.wikipedia.org/wiki/Anale_Phase) (mit etwa zwei Jahren) intensive Wut und Scham empfinden. Diese Gefühle heizen den Kampf zwischen [Es](https://de.wikipedia.org/wiki/Es_%28Psychoanalyse%29) und [Ich](https://de.wikipedia.org/wiki/Ich) an und stellen die Weichen für Zwangsstörungen. In diesem Lebensabschnitt ist Freud zufolge die psychosexuelle Lust der Kinder an die Ausscheidungsfunktion gebunden, während zugleich die Eltern mit der Sauberkeitserziehung beginnen und von den Kindern analen Befriedigungsaufschub fordern. Wenn die [Sauberkeitserziehung](https://de.wikipedia.org/wiki/Sauberkeitserziehung) zu früh einsetzt oder zu streng ist, kann dies bei den Kindern Wut auslösen und zur Entwicklung *aggressiver Es-Impulse* führen – antisozialer Impulse, die immer wieder nach Ausdruck drängen. Die Kinder beschmutzen vielleicht ihre Kleidung erst recht und werden allgemein destruktiver, schlampig oder dickköpfig. Wenn die Eltern diese Aggressivität unterdrücken, kann das Kind auch Scham- und Schuldgefühle sowie das Gefühl, schmutzig zu sein, entwickeln. Gegen die aggressiven Impulse des Kindes stellt sich jetzt ein starker Wunsch, diese Impulse zu beherrschen. Dieser heftige Konflikt zwischen Es und Ich kann sich das ganze Leben lang fortsetzen und sich schließlich zu einer Zwangsstörung auswachsen.

Zahlreiche Ich-Psychologen wandten sich von Freud ab und führten die aggressiven Impulse nicht auf die strenge Sauberkeitserziehung zurück, sondern auf ein unbefriedigtes Verlangen nach Ausdruck des eigenen Selbst oder auf Versuche, Gefühle wie Angst vor Verwundbarkeit oder Unsicherheit zu überwinden. Sie stimmen mit Freud aber darin überein, dass Menschen mit einer Zwangsstörung starke aggressive Impulse sowie ein konkurrierendes Kontrollbedürfnis gegenüber diesen Impulsen besitzen.[[62]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-62)

**Biologische Erklärungsmodelle**

Es gibt mehrere biologische Erklärungsansätze:

* **Serotonin-Hypothese**: Verschiedene neurochemische Untersuchungen sowie die guten Erfolge mit serotonergen Medikamenten verweisen auf einen Zusammenhang zwischen dem Serotonin-Stoffwechsel des Hirns und dem Auftreten von Zwangsstörungen. Durch Gabe von SSRI kann die Symptomatik reduziert werden. Das Beheben des Serotoninmangels bzw. die Homogenisierung der Serotoninverteilung im Hirn ist zwar therapeutisch-medikamentös zugänglich, die eigentliche Störung liegt aber innerhalb des orbitofronto/zingulostriatalen Projektionssystems, weshalb die Medikamentengabe nur symptomatisch wirkt und nicht heilend ist. Nach dem Absetzen der Medikation kommt es zu einem Rückfall in die Zwangs-Symptomatik.
* **Dopamin-Hypothese**: Vor allem bei den Zwangsstörungen der an [Tic](https://de.wikipedia.org/wiki/Tic)-Syndromen oder am [Gilles-de-la-Tourette-Syndrom](https://de.wikipedia.org/wiki/Gilles-de-la-Tourette-Syndrom) erkrankten Patienten spielt wahrscheinlich auch das [Dopamin](https://de.wikipedia.org/wiki/Dopamin) bzw. das dopaminerge Transmitter-System eine bedeutsame Rolle. Es gibt Hinweise darauf, dass die Transmitterstörungen nicht Ursache der Zwangserkrankung sind, sondern Begleiterscheinungen „primärer Störungen im orbitofronto/zingulostriatalen Projektionssystem, welches das Verhalten an eine sich verändernde äußere Umwelt und innere emotionale Zustände anpasst und auf die monoaminergen Kerne des Mittelhirns zurückwirft“.[[63]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-63)
* **Basalganglien-Hypothese**: Es liegen Funktionsstörungen in bestimmten Hirnregionen vor, nämlich im [*Cortex orbitofrontalis*](https://de.wikipedia.org/wiki/Cortex_orbitofrontalis) und im [*Nucleus caudatus*](https://de.wikipedia.org/wiki/Nucleus_caudatus) (Teil der Basalganglien). Diese Befunde werden von der Positronenemissionstomographie (PET) gestützt. In Positronen-Emissions-computertomographischen Studien fand sich sowohl im Bereich des Cortex orbitofrontalis, der beiden Nuclei caudati sowie des [Gyrus cinguli](https://de.wikipedia.org/wiki/Gyrus_cinguli) ein erhöhter Glucoseumsatz („erhöhte Glucoseutilisation“). Gleichzeitig war in diesen Hirnarealen die Durchblutung reduziert.

**Immunologische Erklärungsansätze**

Eine weitere Entdeckung der vergangenen Jahrzehnte war die Auslösung von Zwangssymptomen durch [infektiöse bzw. immunologische Faktoren](https://de.wikipedia.org/wiki/Physiologische_Grundlagen_der_Zwangsst%C3%B6rung) wie Streptokokkeninfektionen im Kindesalter ([PANDA-Syndrom](https://de.wikipedia.org/wiki/PANDAS)) bzw. durch andere Erreger (PANS/PITAND Syndrom).[[64]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-64)[[65]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-65) In eine neue Richtung weisen Forschungen, die die Frage aufwerfen, ob auch Tic- und Zwangsstörungen des Erwachsenenalters durch Reaktionen auf körpereigene Antikörper ausgelöst werden können.[[66]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-66) Entsprechende erste Hinweise geben eine Studie des „Dipartimento di Scienze Psichiatiche e Medicina Psicologica“ der Sapienza Universität in Rom[[67]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-67) sowie weitere immunologische Studien.[[68]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-68)[[69]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-69)[[70]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-70)[[71]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-71) Eine Reihe von Untersuchungen verweist auf die Wirksamkeit immunmodulatorischer Therapieansätze mittels Plasmapherese oder i. v.-[Immunglobulinen](https://de.wikipedia.org/wiki/Immunglobulin). Langzeituntersuchungen wiesen eine anhaltende und langfristige Besserung des klinischen Bildes durch die antibiotische [Prophylaxe](https://de.wikipedia.org/wiki/Krankheitspr%C3%A4vention) und durch die Prävention von Streptokokkeninfektionen nach. Gegenwärtig gibt es jedoch noch keine Empfehlung zur immunmodulatorischen Therapie bei Zwangserkrankungen. Es gelang in den 1990er Jahren auch der Nachweis, dass das B-Lymphozytenantigen D8/17 bei Patienten mit Erkrankungen aus dem Zwangsspektrum erhöht ist. Zum Standardtest wurde dieser Marker jedoch nicht, da dieser Fund nicht sicher genug repliziert werden konnte, dies mutmaßlich aufgrund der Instabilität des D8/17-bindenden Antikörpers, also aufgrund der Unzuverlässigkeit des Testverfahrens. Zusätzlich wurden bei Zwangspatienten verschiedene autoimmunologische Parameter, z. B. pathologische [Autoantikörper](https://de.wikipedia.org/wiki/Autoantik%C3%B6rper), nachgewiesen. In einer Untersuchung fand sich bei Patienten mit Zwangsstörung, vergleichbar zur [Chorea Sydenham](https://de.wikipedia.org/wiki/Chorea_minor), eine erhöhte Inzidenz von Anti-Basalganglien-Antikörpern. Dies spricht für die Hypothese der Zwangsspektrumserkrankungen als Folge einer autoimmunen Erkrankung, zumindest bei einer Subgruppe von Patienten.[[72]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-72)[[73]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-73)[[74]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-74)[[75]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-75)[[76]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-76)[[77]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-77)

**Genetische Faktoren**

Zahlreiche Studien konnten inzwischen zeigen, dass die Zwangsstörung moderat erblich ist bzw. dass bestimmte genetische Konstellationen die Entstehung der Erkrankung wahrscheinlicher machen. Dies erklärt auch ein bisweilen zu beobachtendes familiär gehäuftes Auftreten von Erkrankungen aus dem Zwangsspektrum. Allerdings konnten die relevanten Genabschnitte bisher nicht zweifelsfrei identifiziert werden.[[78]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-78)[[79]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-79)[[80]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-80)[[81]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-81)

**Behandlung**

Die aktuelle deutsche [S3-Leitlinie](https://de.wikipedia.org/wiki/Medizinische_Leitlinie) zur Zwangsstörung empfiehlt Patienten mit einer Zwangsstörung eine „störungsspezifische Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) einschließlich Exposition und Reaktionsmanagement als Psychotherapie der ersten Wahl anzubieten“. Sie besagt zudem, dass eine „medikamentöse Therapie einer Zwangsstörung mit einer Kognitiven Verhaltenstherapie mit Expositionen und Reaktionsmanagement kombiniert werden soll“. Eine Monotherapie mit Medikamenten (ausschließlich Medikamente ohne begleitende Psychotherapie) sei nur indiziert, wenn „Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) abgelehnt wird oder wegen der Schwere der Symptomatik keine KVT durchgeführt werden kann“. Sowie, wenn „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.“[[82]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-82) Der Hauptnachteil einer rein medikamentösen Behandlung von Zwangsstörungen ist, dass die Rückfallraten nach dem Absetzen der Medikamente sehr hoch sind und bis zu 90 Prozent betragen können.[[83]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-83)[[84]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-84)[[85]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-85)[[86]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-86)[[87]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-87) Allerdings weisen auch ca. 20 % der Patienten nach Verhaltenstherapien Rückfälle auf.[[88]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-88) Bei schweren Verlaufsformen wird eine Kombination von Medikamenten und Expositionstherapie empfohlen.[[89]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-89)[[90]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-90) Patienten mit Zwangsstörung mit einer komorbiden Tic-Störung sollten gemäß der aktuell gültigen Leitlinie „mit einem SSRI und ggf. bei fehlender Therapieresponse zusätzlich mit [Antipsychotika](https://de.wikipedia.org/wiki/Antipsychotikum) wie Risperidon oder Haloperidol behandelt werden“.[[91]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-S3-Leitlinie.038.2F017-91) Im Bereich der operativen Verfahren kommt die tiefe Hirnstimulation unter kritischer Nutzen-/Risikoabwägung bei schwerstbetroffenen Patienten mit therapierefraktärer Zwangsstörung in Frage.[[91]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-S3-Leitlinie.038.2F017-91)

Bei optimaler Therapie ist eine Besserung der Beschwerden und des Verlaufs in den meisten Fällen zu erwarten. Eine vollständige [Heilung](https://de.wikipedia.org/wiki/Heilung) ist nur in Ausnahmefällen zu erreichen, eine Remission ist jedoch bei konsequenter Behandlung möglich.[[92]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-92) Besonders bei abruptem Absetzen der [Medikation](https://de.wikipedia.org/wiki/Medikation) und ungenügender [verhaltenstherapeutischer Begleitung](https://de.wikipedia.org/wiki/Verhaltenstherapie) ist eine Verschlechterung der [Symptomatik](https://de.wikipedia.org/wiki/Symptomatik) wahrscheinlich.

**Psychotherapie**

Es gibt verschiedene psychotherapeutische Verfahren, die zum Einsatz kommen können. Diese unterscheiden sich in Theorie und Methodik deutlich voneinander. Die unterschiedlichen Strategien der verschiedenen Therapieformen sind Gegenstand der Forschung sowie einer weitreichenden Theoriedebatte.[[93]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-93) Die aktuelle deutsche [S3-Leitlinie](https://de.wikipedia.org/wiki/Medizinische_Leitlinie) zur Zwangsstörung benennt verhaltenstherapeutische Verfahren als Mittel der ersten Wahl. Psychoanalytisch begründete Psychotherapieverfahren werden zur Therapie von Patienten mit Zwangsstörungen ebenfalls eingesetzt. Für diese Verfahren liegt jedoch keine Evidenz aus randomisierten kontrollierten Studien vor.[[91]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-S3-Leitlinie.038.2F017-91)

**Verhaltenstherapie**

Mit der [Verhaltenstherapie](https://de.wikipedia.org/wiki/Verhaltenstherapie) steht ein effektives [psychotherapeutisches](https://de.wikipedia.org/wiki/Psychotherapie) Behandlungsverfahren zur Verfügung. Eine frühe verhaltenstherapeutische Behandlung sollte nicht verzögert werden, weil eine Behandlung zu Beginn der Störung erfolgversprechender ist. Für Verhaltenstherapie (VT), Kognitive Therapie (KT) und Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) haben sich weder in der Wirksamkeit noch in der praktischen Durchführung Unterschiede ergeben.[[91]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-S3-Leitlinie.038.2F017-91)

* **Konfrontation mit Reaktionsverhinderung**. Bei dieser inzwischen gut erforschten Methode[[94]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-94)[[95]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-95)[[96]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-96) werden Patienten wiederholt mit Gegenständen oder Situationen konfrontiert, die normalerweise Angst, zwanghafte Befürchtungen und Zwangshandlungen auslösten. Dabei sollen die Zwangspatienten jedoch keine der Zwangshandlungen ausführen. Weil dies den Klienten sehr schwer fällt, führt der Therapeut das Verhalten ggf. anfangs modellhaft vor ([Modelllernen](https://de.wikipedia.org/wiki/Lernen_am_Modell)). Während man bei dieser Behandlungsmethode früher von einer „Reaktionsverhinderung“ sprach, wird heute üblicherweise von einem „Reaktionsmanagement“ gesprochen, denn die Reaktionen sollen während der Konfrontation nicht gänzlich verhindert werden, sondern lediglich die Vermeidungsreaktionen (siehe auch [Konfrontationstherapie](https://de.wikipedia.org/wiki/Konfrontationstherapie)).[[97]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-97) Weil es fast unmöglich ist, gedankliche (kognitive) Vermeidung zu beobachten, soll der Patient dazu angeleitet werden, sich auch inhaltlich mit den zentralen Themen seiner Befürchtungen zu beschäftigen und sich auf die emotionale Qualität der Situation einzulassen, was kurz als **emotional processing** bezeichnet wird.[[98]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-Reinecker_2009-98) Es geht in diesem Sinne nur um die Reaktionsverhinderung von Vermeidungsverhalten, während die emotionale Reaktion gefördert wird.[[98]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-Reinecker_2009-98) Konfrontation und Reaktionsverhinderung wird sowohl in Einzel- als auch in Gruppentherapie durchgeführt. Bei 60 bis 90 % der Zwangspatienten, die mit diesem Verfahren behandelt werden, tritt eine Besserung ein in Form einer Reduzierung der Zwangshandlungen und darauf folgenden Angsterlebnissen. Die Therapieerfolge lassen sich noch Jahre später beobachten. Diese Therapieform ist eine der wirksamsten. Über drei Viertel der Patienten profitieren von dieser Methode.[[99]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-99)
* [**Habituationstraining**](https://de.wikipedia.org/wiki/Habituation): Diese Technik wird bei isolierten Zwangsgedanken eingesetzt. Die Klienten erhalten die Anweisung, sich den Zwangsgedanken oder die Zwangsvorstellung ins Bewusstsein zu rufen und eine längere Zeit gegenwärtig zu halten. Bei einer anderen Form konfrontieren sich die Patienten mit den belastenden Zwangsgedanken durch das Anhören entsprechender sich wiederholender Sprachaufnahmen.[[100]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-100)
* [**Assoziationsspaltung**](https://de.wikipedia.org/wiki/Assoziationsspaltung) ist ein derzeit in der Entwicklung befindliches Modell für Betroffene, die unter Zwangsgedanken leiden, welche sie in Worte fassen können. Die Methode baut parallel zu den negativen, quälenden Assoziationen neue neutrale oder positive Verknüpfungen auf. Dadurch werden auf physiologischer Ebene alternative neuronale Bahnungen (Assoziationen) belebt. Die Methode ist als Selbsthilfetechnik anwendbar.[[101]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-101)[[102]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-102)

**Psychodynamische Verfahren**

Neben der Verhaltenstherapie kommen auch heute noch psychodynamische Therapien wie die [Psychoanalyse](https://de.wikipedia.org/wiki/Psychoanalyse) zum Einsatz. Eine psychodynamische Psychotherapie hat das Ziel, gehemmte Impulse bewusst zu machen und etwaige Konfliktspannungen als unbewusste Inszenierung auf Grundlage daraus abgeleiteter Konflikte aufzuarbeiten (z. B. zwischen Abhängigkeit und Autonomie, Unterordnung und Aufsässigkeit, Gehorsam und Sich-Auflehnen).[[103]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-103)

**Behandlung mit Medikamenten**

Zur Behandlung der Zwangsstörung kommen primär Arzneistoffe aus dem Bereich der Psychopharmaka zum Einsatz. Häufig werden mehrere Medikamente kombiniert und es kann einige Zeit in Anspruch nehmen, bis ein Patient wirksam eingestellt ist.

**Antidepressiva**

Als wirksam zur Behandlung der Zwangsstörung haben sich in mehreren kontrollierten Studien diejenigen Antidepressiva erwiesen, die überwiegend oder selektiv eine Hemmung der Wiederaufnahme des Botenstoffs [Serotonin](https://de.wikipedia.org/wiki/Serotonin) bewirken, z. B. [selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer](https://de.wikipedia.org/wiki/Serotonin-Wiederaufnahmehemmer) (SSRI), zum Beispiel [Citalopram](https://de.wikipedia.org/wiki/Citalopram), [Escitalopram](https://de.wikipedia.org/wiki/Escitalopram), [Fluoxetin](https://de.wikipedia.org/wiki/Fluoxetin), [Fluvoxamin](https://de.wikipedia.org/wiki/Fluvoxamin), [Paroxetin](https://de.wikipedia.org/wiki/Paroxetin), [Sertralin](https://de.wikipedia.org/wiki/Sertralin) oder das trizyklische [Antidepressivum](https://de.wikipedia.org/wiki/Antidepressivum) [Clomipramin](https://de.wikipedia.org/wiki/Clomipramin); in einer Studie hat sich auch [Venlafaxin](https://de.wikipedia.org/wiki/Venlafaxin) als wirksam bei Zwangsstörungen erwiesen.[[104]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-benkert-hippius-104) In Deutschland sind zur Behandlung der Zwangsstörung Clomipramin, Escitalopram, Fluoxetin, Fluvoxamin, Paroxetin und Sertralin zugelassen.[[104]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-benkert-hippius-104) Da kein Wirksamkeitsunterschied zwischen den SSRI und Clomipramin besteht, gelten die SSRI aufgrund der besseren Verträglichkeit als Mittel der 1. Wahl.[[104]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-benkert-hippius-104) Für die medikamentöse Therapie der Zwangsstörung gelten einige Besonderheiten: Es sind meist höhere Dosen als in der Behandlung einer Depression notwendig; ein Therapieerfolg stellt sich oft erst nach einer Latenzzeit von zwei bis drei Monaten ein. Meist werden nur Besserungen um 40–50 % erreicht; es ist eine längerfristige medikamentöse Erhaltungstherapie (mindestens 12–24 Monate) erforderlich.[[104]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-benkert-hippius-104) Bei Behandlungsresistenz kann der Wechsel auf einen anderen SSRI-Wirkstoff oder Clomipramin[[105]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung%22%20%5Cl%20%22cite_note-105) oder Venlafaxin versucht werden.[[104]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-benkert-hippius-104)

Bei alleiniger medikamentöser Therapie ist nach dem Absetzen des Antidepressivums in etwa 90 % der Fälle mit einem Rückfall zu rechnen. Absetzen der Medikamente sollte daher langsam ausschleichend und möglichst nur nach einer parallel durchgeführten Verhaltenstherapie erfolgen.[[104]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-benkert-hippius-104) Eine alleinige medikamentöse Therapie ist indiziert, wenn eine geeignete Verhaltenstherapie nicht zur Verfügung steht bzw. eine lange Wartezeit erfordert oder wenn eine Motivation für eine Verhaltenstherapie nicht vorhanden ist.[[104]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-benkert-hippius-104)

**Neuroleptika**

Bei ausbleibendem oder unzureichendem Ansprechen auf SSRI und Clomipramin und insbesondere bei gleichzeitigem Vorliegen von Tic-Störungen, kann als Ergänzung eine zusätzliche Therapie mit den Antipsychotika [Risperidon](https://de.wikipedia.org/wiki/Risperidon), [Haloperidol](https://de.wikipedia.org/wiki/Haloperidol) oder, mit Einschränkung, auch [Quetiapin](https://de.wikipedia.org/wiki/Quetiapin) versucht werden.[[106]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-106) Bei der Behandlung mit [Neuroleptika](https://de.wikipedia.org/wiki/Neuroleptika) können Nebenwirkungen auftreten wie Müdigkeit, Benommenheit, Störungen von Konzentration und Reaktionsfähigkeit zu Beginn der Behandlung, langfristig Appetitsteigerung und Gewichtszunahme, hormonelle Störungen, sehr selten und nur in höherer Dosierung Bewegungsunruhe und motorische Eingebundenheit. Neuroleptika werden von manchen Autoren besonders dann empfohlen, wenn die Zwangsgedanken [magischen Charakter](https://de.wikipedia.org/wiki/Magisches_Denken) haben, eine unzureichende Distanz zu den Zwangsinhalten besteht oder die Zwänge bizarr wirken.[[107]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-107) In einer randomisierten klinischen Studie der Columbia University in New York ergaben sich jedoch im Rahmen des Untersuchungsdesigns Zweifel am Nutzen einer Augmentation von SSRI mit Neuroleptika.[[108]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-108)

**Behandlung mit sonstigen Arzneistoffen**

Es gibt Hinweise darauf, dass der Wirkstoff [Acetylcystein](https://de.wikipedia.org/wiki/Acetylcystein) ebenso wie andere Medikamente, die auf die [glutaminergen](https://de.wikipedia.org/wiki/Glutamin) Synapsen des Gehirns einwirken, zu einer Besserung von Zwangssymptomatiken führen kann.[[109]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-109)[[110]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-110)[[111]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-111) Gleiches gilt für einige H1-Antihistaminika wie [Diphenhydramin](https://de.wikipedia.org/wiki/Diphenhydramin)[[112]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-112)[[113]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-113)[[114]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-114) und insbesondere [Hydroxyzin](https://de.wikipedia.org/wiki/Hydroxyzin), das auch ein starker [Dopamin](https://de.wikipedia.org/wiki/Dopaminagonist)- und [Serotonin 5-HT2 Antagonist](https://de.wikipedia.org/wiki/Serotoninagonist) ist.[[115]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-115)[[116]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-116)[[117]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-117)[[118]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-118)[[119]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-ISBN_1-58562-254-0-119)[[120]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-pmid15388291-120) Daneben gibt es sporadische Studien über diverse andere Wirkstoffe, die auf das serotinerge System (z. B. [Inositol](https://de.wikipedia.org/wiki/Inositol))[[121]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-121)[[122]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-122) sowie die [Acetylcholinrezeptoren](https://de.wikipedia.org/wiki/Acetylcholinrezeptoren) ([Anticholinergika](https://de.wikipedia.org/wiki/Anticholinergika%22%20%5Co%20%22Anticholinergika)) einwirken.[[123]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-123)[[124]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-124)[[125]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-125)[[126]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-126)

Im Rahmen von Anwendungsbeobachtungen zeigte sich unter Einnahme von μ-[Opioiden](https://de.wikipedia.org/wiki/Opioide) wie [Hydrocodon](https://de.wikipedia.org/wiki/Hydrocodon) oder [Tramadol](https://de.wikipedia.org/wiki/Tramadol) eine spontane Reduktion von Zwangssymptomen bei ansonsten behandlungsresistenten Patienten.[[127]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-Davidson.2003-127)[[128]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-Goldsmith-128) Breit angelegte Studien hierzu liegen allerdings nicht vor und Grund sowie Wirkungsweise für den beobachteten Effekt sind bis dato unklar.[[129]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-129) Der Einsatz von Opiaten bei Zwangssymptomen ist somit rein experimentell und zudem streng kontraindiziert bei gleichzeitiger Einnahme von [CYP2D6](https://de.wikipedia.org/wiki/Cytochrom_P450)-Inhibitoren wie [Fluoxetin](https://de.wikipedia.org/wiki/Fluoxetin) oder [Paroxetin](https://de.wikipedia.org/wiki/Paroxetin). Zudem besitzen [Opiate](https://de.wikipedia.org/wiki/Opiat) ein erhebliches [Suchtpotential](https://de.wikipedia.org/wiki/Suchtpotential).[[130]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-Focus_07-130)

**Chirurgische Eingriffe**

In jüngerer Zeit mehren sich Hinweise darauf, dass auch ein operatives Verfahren lindernde Effekte bei Zwangsstörungen haben kann. Bei der „Tiefen Hirnstimulation“ (Deep Brain Stimulation) werden dauerhaft Elektroden in das Hirn eingepflanzt, die elektrische Impulse eines an der Brust implantierten Schrittmachers in für die Entstehung von Zwangssymptomen entscheidende Hirnareale leiten. In den USA ist dieses Verfahren bereits seit 2009 von der Kontrollbehörde FDA für die Behandlung von Zwangsstörungen zugelassen.[[131]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-131)[[132]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-132)[[133]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-133)[[134]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-134)[[135]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-135)

**Unterstützende Maßnahmen**

Neben der direkten Behandlung einer Zwangsstörung kann es sich als hilfreich erweisen, wenn begleitende Hilfsmaßnahmen z. B. das nähere soziale Umfeld einbinden. Dies kann durch eine [Familientherapie](https://de.wikipedia.org/wiki/Familientherapie), [Eheberatung](https://de.wikipedia.org/wiki/Eheberatung) oder Maßnahmen der [sozialen Arbeit](https://de.wikipedia.org/wiki/Soziale_Arbeit) geschehen. Von besonderer Bedeutung sind zudem folgende Interventionen:

[Psychoedukation](https://de.wikipedia.org/wiki/Psychoedukation): Darunter versteht man die Schulung und Unterweisung von Erkrankten und/oder ihren Angehörigen bzw. Bezugspersonen, um besser mit den Konsequenzen einer Zwangserkrankung umgehen zu können. Das Verständnis für die Ursachen und Auswirkungen der Krankheit kann sich auf die Behandlung des Erkrankten ebenso positiv auswirken wie auf seine sozialen Beziehungen. Auch der im Falle einer Zwangserkrankung bestehenden Gefahr einer sozialen Stigmatisierung kann mit psychoedukativen Verfahren begegnet werden.[[136]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-136)[[137]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-137)[[138]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-138)

[Selbsthilfe](https://de.wikipedia.org/wiki/Selbsthilfegruppe): Angesichts der großen Behandlungslücke bei Zwang gewinnt die effektive Selbsthilfe zunehmend an Bedeutung: Nur 40 % bis 60 % der Betroffenen suchen therapeutische Hilfe auf.[[139]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-139)[[140]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-140) Die wenigen bisher durchgeführten Effektivitätsstudien sprechen für den Nutzen von Selbsthilfe bei Zwang.[[141]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-Mataix-141) In einer Studie von Tolin und Kollegen[[142]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-142) erwies sich ein Selbsthilfeansatz (Exposition mit Reaktionsverhinderung) als effektiv, wenngleich die therapeutengeleitete Intervention etwas bessere Ergebnisse erzielte. In allen bisherigen Studien zu Selbsthilfe bei Zwang war jedoch wenigstens ein marginaler direkter Therapeutenkontakt vorgesehen,[[141]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung%22%20%5Cl%20%22cite_note-Mataix-141) was die Übertragbarkeit der erzielten Ergebnisse auf reine Selbstanwendung einschränkt. Im deutschen Sprachraum liegen eine Reihe von Selbsthilfebüchern vor (siehe Literatur). Eine kürzlich abgeschlossene Untersuchung[[143]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-143) an 86 Teilnehmern mit Zwang ergab eine überzufällige (signifikante) Überlegenheit eines integrativen metakognitiven Ansatzes.

**Behinderung durch eine Zwangserkrankung**

An einer schweren chronischen Zwangsstörung leidende Patienten, bei denen die Funktionsfähigkeit in Beruf und Sozialleben beeinträchtigt ist, haben die Möglichkeit, ihren Grad der Schwerbehinderung gutachterlich feststellen zu lassen und durch die entsprechenden gesetzlichen Schutzregelungen für Behinderte Erleichterungen in verschiedenen Lebensbereichen zu erfahren. Der [Grad der Schwerbehinderung](https://de.wikipedia.org/wiki/Grad_der_Behinderung) bei einer schweren Zwangsstörung kann bis zu 100 betragen.[[144]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-144)

**Literatur**

**Leitlinien**

* S3-[Leitlinie](https://de.wikipedia.org/wiki/Medizinische_Leitlinie) [*Zwangsstörungen*](http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/038-017.html) der Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN). In: [AWMF online](https://de.wikipedia.org/wiki/Arbeitsgemeinschaft_der_Wissenschaftlichen_Medizinischen_Fachgesellschaften) (Stand 2013)
* S3-[Leitlinie](https://de.wikipedia.org/wiki/Medizinische_Leitlinie) [*Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen*](http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/038-020.html) der Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN). In: [AWMF online](https://de.wikipedia.org/wiki/Arbeitsgemeinschaft_der_Wissenschaftlichen_Medizinischen_Fachgesellschaften) (Stand 2012)

**Sonstiges**

* David Althaus, Nico Niedermeier, Svenja Niescken: *Zwangsstörungen. Wenn die Sucht nach Sicherheit zur Krankheit wird*. Beck, München 2008, [ISBN 978-3-406-57235-7](https://de.wikipedia.org/wiki/Spezial%3AISBN-Suche/9783406572357).
* Lee Baer: *Der Kobold im Kopf. Die Zähmung der Zwangsgedanken*. Huber, Bern 2003, [ISBN 3-456-83962-6](https://de.wikipedia.org/wiki/Spezial%3AISBN-Suche/3456839626).
* Otto Benkert: *Zwangskrankheiten. Ursachen – Symptome – Therapien*. Beck, München 2004, [ISBN 3-406-41866-X](https://de.wikipedia.org/wiki/Spezial%3AISBN-Suche/340641866X).
* Willi Ecker: *Die Krankheit des Zweifelns. Wege zur Überwindung von Zwangsgedanken und Zwangshandlungen*. CIP-Medien, München 1999, [ISBN 3-932096-13-4](https://de.wikipedia.org/wiki/Spezial%3AISBN-Suche/3932096134).
* [Sigmund Freud](https://de.wikipedia.org/wiki/Sigmund_Freud) (1908): *Charakter und Analerotik*. Bd. 7 der Gesammelten Werke. Fischer, Frankfurt 1966 ff.
* Susanne Fricke, Iver Hand: *Zwangsstörungen verstehen und bewältigen. Hilfe zur Selbsthilfe*. Balance, Bonn 2007, [ISBN 978-3-86739-001-9](https://de.wikipedia.org/wiki/Spezial%3AISBN-Suche/9783867390019).
* Terry Spencer Hesser: *Tyrannen im Kopf*. Sauerländer, Mannheim 2001, [ISBN 3-7941-4782-0](https://de.wikipedia.org/wiki/Spezial%3AISBN-Suche/3794147820).
* Nicolas Hoffmann, Birgit Hofmann: *Expositionen bei Ängsten und Zwängen. Praxishandbuch*. Beltz, Weinheim/Basel/Berlin 2004, [ISBN 3-621-27535-5](https://de.wikipedia.org/wiki/Spezial%3AISBN-Suche/3621275355).
* Nicolas Hoffmann: *Wenn Zwänge das Leben einengen*. Pal, Mannheim, 2004, [ISBN 3-923614-37-3](https://de.wikipedia.org/wiki/Spezial%3AISBN-Suche/3923614373).
* Angelika Lakatos, Hans Reinecker: *Kognitive Verhaltenstherapie bei Zwangsstörungen. Ein Therapiemanual*. Hogrefe, Göttingen, 3. Auflage. 2007, [ISBN 978-3-8017-2064-3](https://de.wikipedia.org/wiki/Spezial%3AISBN-Suche/9783801720643).
* Steffen Moritz: *Erfolgreich gegen Zwangsstörungen. Metakognitives Training. Denkfallen erkennen und entschärfen.* Springer, Heidelberg 2010, [ISBN 978-3-642-11307-9](https://de.wikipedia.org/wiki/Spezial%3AISBN-Suche/9783642113079).
* Lukas Nock: *Das Krankheitsbild der Zwangsstörung aus Sicht der Klinischen Sozialarbeit*. Logos, Berlin 2008, [ISBN 978-3-8325-2066-3](https://de.wikipedia.org/wiki/Spezial%3AISBN-Suche/9783832520663).
* Carmen Oelkers, Martin Hautzinger, Miriam Bleibel: *Zwangsstörungen. Ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Behandlungsmanual.* BeltzPVU, Weinheim / Basel 2007, [ISBN 978-3-621-27521-7](https://de.wikipedia.org/wiki/Spezial%3AISBN-Suche/9783621275217).
* Hans Reinecker: *Zwangshandlungen und Zwangsgedanken*. Hogrefe, Göttingen 2009, [ISBN 978-3-8017-2055-1](https://de.wikipedia.org/wiki/Spezial%3AISBN-Suche/9783801720551).
* Jeffrey M. Schwartz: *Zwangshandlungen und wie man sich davon befreit*. Krüger, Frankfurt am Main 1997, [ISBN 3-8105-1883-2](https://de.wikipedia.org/wiki/Spezial%3AISBN-Suche/3810518832).
* Christoph Wewetzer:
	+ *Zwänge bei Kindern und Jugendlichen*. Hogrefe, Göttingen 2004, [ISBN 3-8017-1739-9](https://de.wikipedia.org/wiki/Spezial%3AISBN-Suche/3801717399).
	+ *Ratgeber Zwangsstörungen bei Kindern und Jugendlichen: Informationen für Kinder, Jugendliche und Eltern*, Hogrefe, 1. Auflage. 2014, [ISBN 978-3-8017-2547-1](https://de.wikipedia.org/wiki/Spezial%3AISBN-Suche/9783801725471)[[145]](https://de.wikipedia.org/wiki/Zwangsst%C3%B6rung#cite_note-145)

**Weblinks**

* [*Homepage.*](http://www.zwaenge.de/) [Deutsche Gesellschaft Zwangserkrankungen](https://de.wikipedia.org/wiki/Deutsche_Gesellschaft_Zwangserkrankungen) e. V., abgerufen am 19. Januar 2011.
* [*Homepage.*](http://www.zwaenge.ch/) Schweizerische Gesellschaft für Zwangsstörungen, abgerufen am 19. Januar 2011.

**Einzelnachweise**

 D. J. Castle, K. A. Phillips: *Obsessive-compulsive spectrum of disorders: a defensible construct?* In: *Aust N Z J Psychiatry.* Feb 2006, 40(2), S. 114–120, [PMC 1613830](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1613830/) (freier Volltext)

 William M Greenberg: *Obsessive-Compulsive Disorder*. [emedicine.medscape.com](http://emedicine.medscape.com/article/1934139-overview#a0104)

 *What is OCD?* [anxiety.stjoes.ca](http://anxiety.stjoes.ca/obsessive.htm) Abgerufen am 17. Mai 2013.

 Hoffmann, Hochapfel: *Neurotische Störungen und psychosomatische Medizin.* 8. Auflage. 2009, S. 164 f.

 Theo R. Payk: *Psychopathologie. Vom Symptom zur Diagnose.* 3. Auflage. 2010, S. 254ff.

 Volker Arolt, Christian Reimer, Horst Dilling: *Basiswissen Psychiatrie und Psychotherapie.* 7. Auflage. 2011, S. 45 ff.

 [Denkstörungen](http://www.krankheiten.de/Psychiatrie/denkstoerung.php) krankheiten.de

 Christian Scharfetter: *Allgemeine Psychopathologie: Eine Einführung*. Thieme, Stuttgart 2004, S. 149 ff.

 [psychosoziale-gesundheit.net](http://www.psychosoziale-gesundheit.net/psychiatrie/zwangsstoerung.html)

 [Skript der Vorlesung „Zwangserkrankung“.](http://www.medunigraz.at/psychiatrie/Skripten/Vorlesung_Zwang_kP_2011.pdf) (PDF; 353 kB) Universität Graz, Fakultät für Medizin, Bereich Psychiatrie, 2011.

 [c-d-k.de](http://www.c-d-k.de/psychotherapie-klinik/Stoerungen/zwangserkrankungen_merkmale.html) Dornier-Klinik-Webseite

 [*Zwangsstörung*.](http://www.medizin-im-text.de/blog/23/zwangsstorung-oder-ist-der-herd-aus/) medizin-im-text.de Blog

 [Hans Morschitzky](https://de.wikipedia.org/wiki/Hans_Morschitzky): *Angststörungen: Diagnostik, Erklärungsmodelle, Therapie und Selbsthilfe bei krankhafter Angst*. Springer-Verlag, 2013, [ISBN 978-3-7091-3729-1](https://de.wikipedia.org/wiki/Spezial%3AISBN-Suche/9783709137291), S. 78 ([eingeschränkte Vorschau](https://books.google.de/books?id=HUrMBgAAQBAJ&pg=PA78#v=onepage) in der Google-Buchsuche).

 Theo R. Payk: *Psychopathologie: vom Symptom zur Diagnose.* S. 262 ff.

 C. Exner, U. Zetsche, W. Rief: *Umgang mit probabilistischen Informationen bei Patienten mit Zwangsstörungen*.

 Cornelia Exner, Andreas Jansen, U. Zetsche u. a.: *Lern- und Gedächtnisprozesse bei Menschen mit einer Zwangserkrankung – eine fMRT-Studie*.

 M. Backenstraß, J. Köhling: *Kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlung bei Zwangsstörungen. Zwangsstörungen: Diagnose, Ätiologie, Behandlung*. 9. Januar 2006.

 C. L. Wiggs u. a.: *Hypervigilance in patients with obsessive-compulsive disorder.* In: *Anxiety.* 1996;2(3), S. 123–129.

 Akhtar u. a., 1975.

 Rainer Schwund: *Die Zwangsneurose: Psychoanalytische Topographie Psychiatrischer Anosognomien*. BoD – Books on Demand, 2008, [ISBN 978-3-8370-5354-8](https://de.wikipedia.org/wiki/Spezial%3AISBN-Suche/9783837053548), S. 115 ([eingeschränkte Vorschau](https://books.google.de/books?id=3d-imR0AsGAC&pg=PA115#v=onepage) in der Google-Buchsuche).

 Hartmut Heller: *Wiederholungen: von Wellengängen und Reprisen der Kulturentwicklung*. gewidmet Herrn Prof. Dr. Alfred K. Treml zum 65. Geburtstag. LIT Verlag Münster, 2009, [ISBN 978-3-643-50080-9](https://de.wikipedia.org/wiki/Spezial%3AISBN-Suche/9783643500809), S. 287 ([eingeschränkte Vorschau](https://books.google.de/books?id=hOqr6tI4tmcC&pg=PA287#v=onepage) in der Google-Buchsuche).

 NHS Guidelines OCD Langversion [nice.org.uk](http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/10976/29947/29947.pdf) (PDF; 254 kB)

 James N. Butcher, Susan Mineka, Jill M. Hooley: *Klinische Psychologie*. Pearson Studium, 2009, S. 264. Deister, 2001, S. 127f.

 Goodman u. a.: [*Yale-Brown Obsessive-Compulsive Rating Scale (Y-BOCS)*.](http://dr-elze.com/yale-brown-obsessive-compulsive-scale) 1989.

 Hansruedi Ambühl, Barbara Meier: *Zwang verstehen und behandeln. Ein kognitiv-verhaltenstherapeutischer Zugang*. Klett-Cotta, Stuttgart 2003, [ISBN 3-608-89711-9](https://de.wikipedia.org/wiki/Spezial%3AISBN-Suche/3608897119), S. 144 ([eingeschränkte Vorschau](https://books.google.de/books?id=r9UL_opnBlkC&pg=PA144#v=onepage) in der Google-Buchsuche). [books.google.de](https://books.google.de/books?id=e0lR31t9hU4C&pg=PA721&dq=zwangsst%C3%B6rung+dsm+angst&hl=de&sa=X&ei=CPVUVe-QF4uAU6PygegE&ved=0CCoQ6AEwAA#v=onepage&q=zwangsst%C3%B6rung%20dsm%20angst&f=false)

 Bunmi O. Olatunji u. a.: *Tic-related Obsessive Compulsive Disorder.* In: *Obsessive-Compulsive Disorder: Subtypes and Spectrum Disorders.* New York 2008.

 Lakatos, Reinecker, 2007, S. 23.

 Kieron O’ Conner, Julie Leclerc: *Tic Disorders and Tourette Syndrome.* In: *Obsessive-Compulsive Disorder: Subtypes and Spectrum Disorders.* New York 2008.

 Michele Fornaro, Filippo Gabrielli, Claudio Albano u. a.: *Obsessive-compulsive disorder and related disorders: a comprehensive survey.* In: *Annals of General Psychiatry.* 2009, 8, S. 13. [annals-general-psychiatry.com](http://www.annals-general-psychiatry.com/content/8/1/13)

 N. Niedermeier u. a.: *Zwangs-Spektrum Erkrankungen.* In: *Psychotherapie.* 3. Jg. 1998, Band 3, Heft 2.

 Bernd Leplow: *Neuropsychologie psychischer Störungen.* 2010, S. 219–240.

 Julia Behrendt: *Zusammenhänge zwischen Zwangsstörungen und Ticstörungen in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Inanspruchnahmepopulation*. [Inaugural-Dissertation](https://de.wikipedia.org/wiki/Inaugural-Dissertation). Philipps-Universität, Marburg 2008.

 Christian Fischer, Paul Probst: *Zwangsphänomene bei Asperger-Syndrom und High-functioning-Autismus.* In: *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie.* 54 (4), 2006, S. 277–292.

 Marcelo L. Berthier, Jaime Kulisevsky, Alexandre Gironell, Oscar L. López: *Obsessive-Compulsive Disorder and Traumatic Brain Injury: Behavioral, Cognitive, and Neuroimaging Findings.* In: *Neuropsychiatry, Neuropsychology, and Behavioral Neurology.* Vol. 14, No. 1, S. 23–31.

 Atul Khullar, Pierre Chue, Phillip Tibbo: *Quetiapine and obsessive-compulsive symptoms (OCS).* In: *J PsychiatryNeurosci.* 2001, 26(I), S. 55–59.

 [S3-Leitlinie Zwangsstörungen.](https://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/kurzversion-leitlinien/S3-Leitlinie_Zwangsst%C3%B6rungen_lang.pdf) (PDF) Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), AWMF-Register Nr. 038/017. S. 7; abgerufen am 30. Juni 2015. [idw-online.de](http://idw-online.de/pages/de/news72008)

 James N. Butcher, Susan Mineka, Jill M. Hooley: *Klinische Psychologie*. Pearson Studium, 2009, S. 263, 264.

 Christine Huwig-Poppe: [*Medikamentöse Behandlung von Zwangsstörungen*.](http://www.zwaenge.ch/index/80/de/2/) Schweizer Gesellschaft für Zwangsstörungen

 Nic J. van der Wee u. a.: [*Enhanced Dopamine Transporter Density in Psychotropic-Naive Patients With Obsessive-Compulsive Disorder Shown by [123I]ß-CIT SPECT*.](http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/content/full/161/12/2201) ajp.psychiatryonline.org

 W. Goodman: [*What Causes Obsessive-Compulsive Disorder (OCD)?*](http://psychcentral.com/lib/2006/what-causes-obsessive-compulsive-disorder-ocd/) In: *Psych Central.* 2006.

 N. Ozaki, W. H. D Goldman, K. Plotnicov, B. D. Greenberg, G. R. J. Lappalainen, D. L. Murphy: *Serotonin transporter missense mutation associated with a complex neuropsychiatric phenotype.* In: *Molecular Psychiatry.* 2003, Volume 8, S. 933–936 [nature.com](http://www.nature.com/mp/journal/v8/n11/full/4001365a.html)

 JoaquimRadua, David Mataix-Cols: *Voxel-wise meta-analysis of grey matter changes in obsessive–compulsive disorder.* In: *British Journal of Psychiatry.* 195 (5), November 2009, S. 393–402. [doi:10.1192/bjp.bp.108.055046](https://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.108.055046)

 [zwaenge.de](http://www.zwaenge.de/) – Zwänge-Website

 [bbc.co.uk](http://www.bbc.co.uk/science/humanbody/mind/articles/disorders/causesofocd.shtml)

 W. Goodman: *What Causes Obsessive-Compulsive Disorder (OCD)?* In: *Psych Central.* 2006, [psychcentral.com](http://psychcentral.com/lib/2006/what-causes-obsessive-compulsive-disorder-ocd/)

 Bruce M. Heyman, Cherry Pedrick: *The OCD Workbook.* 2. Auflage. 2005.

 B. Kis, M. Gaspar, E. Davids: *Neurobiologie der Zwangsstörung.* In: *Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie.* 2007, 8(1), S. 15–20.

 James N. Butcher, Susan Mineka, Jill M. Hooley: *Klinische Psychologie.* Pearson Studium, 2009, S. 269.

 [aerzteblatt-studieren.de](http://www.aerzteblatt-studieren.de/doc.asp?docId=106238)

 [mpipsykl.mpg.de](http://www.mpipsykl.mpg.de/clinic/erkrankungen/zwang/zwang_04/index.html) Max-Planck-Institut für Psychiatrie

 O. Hobart Mowrer: *Learning theory and behavior.* John Wiley & Sons, Hoboken 1960, S. 555.

 Tiago V. Maia: *Two-factor theory, the actor-critic model, and conditioned avoidance.* In: *Learning & Behavior.* Februar 2010, Volume 38, Issue 1, S. 50–67.

 Nico Niedermeier, Sabine Bossert-Zaudig: *Psychologische Modelle zur Erklärung der Entstehung und Aufrechterhaltung von Zwangsstörungen*. In: Michael Zaudig (Hrsg.): *Die Zwangsstörung. Diagnostik und Therapie*. 2. Auflage. Schattauer, Stuttgart 2002, [ISBN 3-7945-2145-5](https://de.wikipedia.org/wiki/Spezial%3AISBN-Suche/3794521455), S. 66 ([eingeschränkte Vorschau](https://books.google.de/books?id=NGnO5uMnXA4C&pg=PA81#v=onepage) in der Google-Buchsuche).

 P. M. Salkovskis, A. Ertle, J. Kirk: *Zwangsstörungen.* In: J. Margraf (Hrsg.): *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*. Springer, Berlin 2000.

 Psychotherapie-Lehrbuch.de: [*Kognitives Modell nach Paul Salkovskis*](http://psychotherapie-lehrbuch.de/zwangsstoerungen.html#Zwangsstoerungen-Salkovskis)*.*

 D. M. Wegner, D. J. Schneier, S. R. Carter, T. L. White: *Paradoxical effects of thought suppression.* In: *Journal of Personality and Social Psychology.* 1987, 53, S. 5–13. [sjsu.edu](http://www.sjsu.edu/people/steven.macramalla/courses/c1/s1/Wegner___Thougth_suppression_and_white_bears.pdf) (PDF)

 Richard M. Wenzlaff, Daniel M. Wegner: [*Thought suppression*.](http://www.abdn.ac.uk/~psy423/dept/HomePage/Level_3_Social_Psych_files/Wenzlaff%26Wegner.pdf) (PDF; 122 kB) In: *Annual Review of Psychology.* 2000, 51, S. 59–91.

 Johann F. Kinzel: *Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen*. In: Wolfgang Fleischhacker, Hartmann Hinterhuber (Hrsg.): *Lehrbuch Psychiatrie*. Springer, Wien 2012, [ISBN 978-3-211-89864-2](https://de.wikipedia.org/wiki/Spezial%3AISBN-Suche/9783211898642), S. 215 ([eingeschränkte Vorschau](https://books.google.de/books?id=n74dBAAAQBAJ&pg=PA215#v=onepage) in der Google-Buchsuche).

 Ronald J. Comer: *Klinische Psychologie.* Spektrum, Akad. Verlag, 2001.

 Kapfhammer 2000, S. 1233.

 [intramural.nimh.nih.gov](http://intramural.nimh.nih.gov/pdn/web.htm) National Institute of Mental Health, Pediatrics and Developmental Neuroscience Branch, Bethesda MD. 24. February 2009; abgerufen 13. Dezember 2009.

 Susan E. Swedo, James F. Leckman, Noel R. Rose: [*From Research Subgroup to Clinical Syndrome: Modifying the PANDAS Criteria to Describe PANS (Pediatric Acute-onset Neuropsychiatric Syndrome).*](http://intramural.nimh.nih.gov/pdn/PANDAS-to-PANS2012.pdf) (PDF; 1,4 MB) In: *Pediatr Therapeut.* 2012, 2 (2)

 Germana Moretto, Pasquini Massimo u. a.: *What every psychiatrist should know about PANDAS: a review.* In: *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health.* Department of Psychiatric Sciences and Psychological Medicine, „Sapienza“ University of Rome, 2008.

 Pandas Studie [iv-ts.de](http://www.iv-ts.de/translate/Pandas-2010-Zwaenge.htm)

 Sagnik Bhattacharyya, Sumant Khanna, Rita Christopher u. a.: *Anti-Brain Autoantibodies and Altered Excitatory Neurotransmitters in Obsessive–Compulsive Disorder.* In: [*Neuropsychopharmacology*](https://de.wikipedia.org/wiki/Neuropsychopharmacology)*.* 2009, S. 2489–2496. [nature.com](http://www.nature.com/npp/journal/v34/n12/full/npp200977a.html)

 N. Konuk, I. O. Tekın, U. Ozturk u. a.: *Plasma Levels of Tumor Necrosis Factor-Alpha and Interleukin-6 in Obsessive Compulsive Disorder.* In: *Mediators of Inflammation.* Volume 2007, Article ID 65704.

 Hanna Rhee, Daniel J. Cameron: *Lyme disease and pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections (PANDAS): an overview.* In: *International Journal of General Medicine.* Februar 2012.

 A. Dalimi, A. Abdoli: *Latent Toxoplasmosis.* In: *Iranian J Parasitol.* Vol. 7, No.1, 2012.

 Bernhard Kis u. a.: *Neurobiologie der Zwangsstörung.* In: *Journal für Neurologie Neurochirurgie und Psychiatrie.* 2007, 8 (1), S. 15–20.

 S. E. Swedo, H. L. Leonard, M. Garvey, B. Mittleman, A. J. Allen, S. Perlmutter, L. Lougee, S. Dow, J. Zamkoff, B. K. Dubbert: *Pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections: clinical description of the first 50 cases.* In: *Am J Psychiatry.* 1998, 155, S. 264–271.

 P. J. Hoekstra, R. B. Minderaa: *Tic disorders and obsessive-compulsive disorder: is autoimmunity involved?* In: *Int Rev Psychiatry.* 2005, 17, S. 497–502.

 D. J. Stein: *Neurobiology of the obsessive-compulsive spectrum disorders.* In: *Biol Psychiatry.* 2000, 47, S. 296–304.

 R. C. Dale, I. Heyman, G. Giovannoni, A. W. Church: *Incidence of anti-brain antibodies in children with obsessive-compulsive disorder.* In: *Br J Psychiatry.* 2005, 187, S. 314–319.

 Jörg Michael Fegert, Annette Streek-Fischer, Harald J. Freyberger: *Kompendium Adoleszenzpsychiatrie.* S. 62.

 James N. Butcher, Susan Mineka, Jill M. Hooley: *Klinische Psychologie*. Pearson Studium, 2009, S. 269.

 S. Walitza, J. R. Wendland, E. Gruenblatt u. a.: *Genetics of early-onset obsessive-compulsive disorder.* In: *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2010 Mar;19(3), S. 227–235.

 M. Grados, H. C. Wilcox: *Genetics of obsessive-compulsive disorder: a research update.* In: [*Expert Rev Neurother*](https://de.wikipedia.org/wiki/Expert_Rev_Neurother)*.* 2007 Aug, 7(8), S. 967–980.

 S. Walitza, T. J. Renner, C. Wewetzer u. a.: *Genetic findings in obsessive-compulsive disorder in childhood and adolescence and in adulthood.* In: *Z Kinder Jugendpsychiater Psychother.* 2008 Jan, 36(1), S. 45–52.

 Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN): S3-Leitlinie Zwangsstörungen. AWMF-Register Nr. 038/017 Klasse: S3

 NHS Guidelines [nice.org.uk](http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/10976/29947/29947.pdf) (PDF; 254 kB)

 James N. Butcher, Susan Mineka, Jill M. Hooley: *Klinische Psychologie*. Pearson Studium, 2009, S. 271.

 [mayoclinic.com](http://www.mayoclinic.com/health/obsessive-compulsive-disorder/DS00189/DSECTION%3Dtreatments-and-drugs)

 [understanding\_ocd.tripod.com](http://understanding_ocd.tripod.com/ocd_medication.html)

 [*Early identification of childhood OCD*.](http://blogs.babble.com/strollerderby/2011/11/01/early-identification-and-treatment-of-childhood-ocd-is-key/) blogs.babble.com

 E. B. Foa, M. J. Kozak: *Psychological treatment for obsessive-compulsive disorder.* In: M. R. Mavissakalian, R. F. Prien (Hrsg.): *Long-term treatments of anxiety disorders.* American Psychiatric Press, Washington 1996.

 [NHS Guidelines OCD Kursversion](http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/10976/29948/29948.pdf) (PDF; 1,3 MB)

 [NHS Guidelines OCD Langversion](http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/10976/29947/29947.pdf) (PDF; 254 kB)

 *S3-Leitlinie Zwangsstörungen*. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), AWMF-Register Nr. 038/017 Klasse: S3

 [mpipsykl.mpg.de](http://www.mpipsykl.mpg.de/clinic/erkrankungen/zwang/zwang_06/index.html)

 Stefan Kempke, Patrick Luyten: *Psychodynamic and cognitive–behavioral approaches of obsessive–compulsive disorder: Is it time to work through our ambivalence?* In: *Bulletin of the Menninger Clinic.* Vol. 71, December 2007, S. 291–311.

 H. S. Reinecker: *Zwänge – Diagnose, Theorien und Behandlung.* 2. Auflage. Hans Huber, Bern 1994.

 G. S. Steketee: *Treatment of obsessive compulsive disorder.* Guilford Press, New York 1993.

 S. M. Turner, D. C. Beidel: *Treating obsessive-compulsive disorder.* Pergamon Press, New York 1988.

 [*Exposition mit Reaktionsmanagement*.](http://dr-elze.com/zwangsstoerungen-verhaltenstherapie)

 Hans Reinecker: *Zwangshandlungen und Zwangsgedanken* (= *Fortschritte der Psychotherapie*). Hogrefe, Göttingen 2009, [ISBN 978-3-8017-2055-1](https://de.wikipedia.org/wiki/Spezial%3AISBN-Suche/9783801720551), S. 43 ([eingeschränkte Vorschau](https://books.google.de/books?id=0tVFPwU2piMC&pg=PA43#v=onepage) in der Google-Buchsuche).

 Ronald J. Comer: *Klinische Psychologie.* Spektrum, Akad. Verlag, 2001.

 H. S. Reinecker: *Zwänge - Diagnose, Theorien und Behandlung.* 2. Auflage. Hans Huber, Bern 1994.

 Steffen Moritz: [*Assoziationsspaltung korrigiert*.](http://www.uke.de/kliniken/psychiatrie/downloads/klinik-psychiatrie-psychotherapie/Manual_Assoziationsspaltung_korrigiert_070824.pdf) (PDF; 809 kB) Umi-Klinik Hamburg-Eppendorf, August 2009.

 [*Ein Netz gegen Zwänge*.](http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?id=65623) In: *Deutsches Ärzteblatt.* August 2009.

 [psychosomatik-ukd.de](http://www.psychosomatik-ukd.de/?page_id=259) Abgerufen am 17. Mai 2013.

 O. Benkert, H. Hippius: *Kompendium der psychiatrischen Pharmakotherapie.* 8. Auflage. Springer, Berlin 2011, S. 31–33.

 G O’Sullivan, H Noshirvani, I Marks, W Monteiro, P. Lelliott: *Six-year follow-up after exposure and clomipramine therapy for obsessive compulsive disorder.* In: *J Clin Psychiatry.* 1991, 52, S. 150–155.

 S3-Leitlinie Zwangsstörungen im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN). Stand 14. Mai 2013.

 [zwaenge.ch](http://www.zwaenge.ch/index/80/de/2/) Schweizer Gesellschaft für Zwangserkrankungen

 Cognitive-Behavioral Therapy vs Risperidone for Augmenting Serotonin Reuptake Inhibitors in Obsessive-Compulsive Disorder, [*JAMA Psychiatry*](https://de.wikipedia.org/wiki/JAMA_Psychiatry) (2013; [doi:10.1001/jamapsychiatry.2013.1932](https://dx.doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.1932)).

 D. L. Lafleur u. a.: *N-acetylcysteine augmentation in serotonin reuptake inhibitor refractory obsessive-compulsive disorder.* In: *Psychopharmacology.* Band 184, Nummer 2, Januar 2006, S. 254–256, [doi:10.1007/s00213-005-0246-6](https://dx.doi.org/10.1007/s00213-005-0246-6). [PMID 16374600](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16374600?dopt=Abstract).

 Olivia Dean u. a.: *N-acetylcysteine in psychiatry: current therapeutic evidence and potential mechanisms of action.* In: *J Psychiatry Neurosci.* 2011 March, 36(2), S. 78–86.

 Michael H. Bloch, Vladimir Coric, Christopher Pittenger: [*New Horizons in OCD Research and the Potential Importance of Glutamate: Can We Develop Treatments That Work Better and Faster?*](http://www.ocfoundation.org/glutamate.aspx) International OCD Foundation, 2010.

 Richard P. Swinson u. a.: *Obsessive Compulsive Disorder*. New York 1998, S. 315f.

 W. A. Hewlett, S. Vinogradov, W. S. Agras: *Clomipramine, clonazepam, and clonidine treatment of obsessive-compulsive disorder.* In: [*J Clin Psychopharmacol*](https://de.wikipedia.org/wiki/J_Clin_Psychopharmacol)*.* 1992 Dec, 12(6), S. 420–430.

 José A. Yaryura-Tobias, Fugen A. Neziroglu: *Obsessive-Compulsive Disorder Spectrum: Pathogenesis, Diagnosis, and Treatment*. Washington 1997, S. 40f.

 Kaori Haraguchi u. a.: *Prediction of drug-induced catalepsy (…)*. The American Society for Pharmacology and Experimental Therapeutics, 1997.

 A. M. Snowman, S. H. Snyder: *Cetirizine: actions on neurotransmitter receptors.* In: *The Journal of Allergy and Clinical Immunology.* 86 (6 Pt 2), December 1990, S. 1025–1028.

 R. P. White, L. D. Boyajy: *Neuropharmacological comparison of atropine, scopolamine, banactyzine, diphenhydramine and hydroxyzine.* In: *Archives Internationales De Pharmacodynamie et De Thérapie.* 127, September 1960, S. 260–273.

 N. Kubo, O. Shirakawa, T. Kuno, C. Tanaka: *Antimuscarinic effects of antihistamines: quantitative evaluation by receptor-binding assay.* In: *Japanese Journal of Pharmacology.* 43 (3), March 1987, S. 277–282.

 Barbara Olasov Rothbaum, Dan J. Stein, Eric Hollander: [*Textbook of Anxiety Disorders*](http://books.google.com/?id=quQY1R8vsZcC&lpg=PA196&dq=hydroxyzine%20serotonin&pg=PA196#v=onepage&q). American Psychiatric Publishing, 2009, [ISBN 1-58562-254-0](https://de.wikipedia.org/wiki/Spezial%3AISBN-Suche/1585622540).

 Y. Lamberty, A. J. Gower: *Hydroxyzine prevents isolation-induced vocalization in guinea pig pups: comparison with chlorpheniramine and immepip*. In: [*Pharmacology, Biochemistry and Behavior*](https://de.wikipedia.org/wiki/Pharmacology%2C_Biochemistry_and_Behavior). 79, Nr. 1, September 2004, S. 119–124, [doi](https://de.wikipedia.org/wiki/Digital_Object_Identifier):[10.1016/j.pbb.2004.06.015](https://dx.doi.org/10.1016/j.pbb.2004.06.015), [PMID 15388291](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15388291?dopt=Abstract).

 J. Levine: *Controlled trials of inositol in psychiatry.* In: [*Eur Neuropsychopharmacol*](https://de.wikipedia.org/wiki/Eur_Neuropsychopharmacol)*.* 1997 May, 7(2), S. 147–155, [PMID 9169302](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9169302?dopt=Abstract).

 M. Fux, J. Levine, A. Aviv, R. H. Belmaker: *Inositol treatment of obsessive-compulsive disorder.* In: *Am J Psychiatry.* 1996 Sep, 153(9), S. 1219–1221, [PMID 8780431](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8780431?dopt=Abstract).

 Donatella Marazziti, Francesco Mungai, Bernardo Dell’Osso: *State of the art and future directions in the pathophysiology of Obsessive-Compulsive Disorder.* In: *Obsessive-Compulsive Disorder ad Comorbidity.* New York 2006, [ISBN 1-59454-884-6](https://de.wikipedia.org/wiki/Spezial%3AISBN-Suche/1594548846).

 E. Hollander: *Muscarinic targets for cognition in Schizophrenia; ADHD comorbidity; perinatal risks, treatment resistance and SRIs; and brain lesions presenting as psychiatric illness.* In: *CNS Spectr.* 2008 Nov, 13(11), S. 938–939.

 S. Lundberg, A. Carlsson, P. Norfeldt, M. L. Carlsson: *Nicotine treatment of obsessive-compulsive disorder.* In: [*Prog Neuro-Psychopharmacol Biol Psychiatry*](https://de.wikipedia.org/wiki/Prog_Neuro-Psychopharmacol_Biol_Psychiatry). 2004 Nov, 28(7), S. 1195–1199.

 M. Pasquini, A. Garavini, M. Biondi: *Nicotine augmentation for refractory obsessive-compulsive disorder. A case report.* In: *Prog Neuro-Psychopharmacol Biol Psychiatry.* 2005 Jan, 29(1), S. 157–159.

 Joyce Davidson, Throstur Bjorgvinsson: *Current and potential pharmacological treatments for obsessive-compulsive disorder*. In: [*Expert Opinion on Investigational Drugs*](https://de.wikipedia.org/wiki/Expert_Opinion_on_Investigational_Drugs). 12, Nr. 6, June 2003, S. 993–1001, [doi](https://de.wikipedia.org/wiki/Digital_Object_Identifier):[10.1517/13543784.12.6.993](https://dx.doi.org/10.1517/13543784.12.6.993), [PMID 12783603](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12783603?dopt=Abstract).

 T. B. Goldsmith, N. A. Shapira, P. E. Keck: [*Rapid remission of OCD with tramadol hydrochloride*](http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/content/full/156/4/660a). In: *The American Journal of Psychiatry*. 156, Nr. 4, 1999, S. 660–661, [PMID 10200754](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10200754?dopt=Abstract).

 L. M. Koran, E. Aboujaoude, K. D. Bullock, B. Franz, N. Gamel, M. Elliott: *Double-blind treatment with oral morphine in treatment-resistant obsessive-compulsive disorder*. In: *The journal of clinical psychiatry*. 66, Nr. 3, 2005, S. 353–359, [doi](https://de.wikipedia.org/wiki/Digital_Object_Identifier):[10.4088/JCP.v66n0312](https://dx.doi.org/10.4088/JCP.v66n0312), [PMID 15766302](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15766302?dopt=Abstract).

 Lorrin M. Koran: *Obsessive-Compulsive Disorder: An Update for the Clinician*. In: *Focus*. Nr. 5, 2007, S. 3.

 N. Lipsman, J. Neimat, A. M. Lozano: *Deep Brain Stimulation for Treatment-Refractory Obsessive-Compulsive Disorder: The Search for a Valid Target.* In: *Neurosurgery.* 2007, 61, S. 1–11.

 [*Deep brain stimulation approved for obsessive-compulsive disorder*.](http://newsblogs.chicagotribune.com/triage/2009/02/deep-brain-stimulation-approved-for-obsessivecompulsive-disorder.html) In: *Chicago Tribune.* 19. Februar 2009.

 M. Jahn, M. Williams: [*BrainPhysics OCD Resource*.](http://www.brainphysics.com/surgery.php)

 S. Barlas: *FDA Approves Pioneering Treatment for Obsessive-Compulsive Disorder.* In: *Psychiatric Times.* 26, 8. April 2009.

 D. H. Barlow, V. M. Durand: *Essentials of Abnormal Psychology.* Thomson Wadsworth, California 2006.

 K. Stengler-Wenzke, J. Trosbach, S. Dietrich, M. C. Angermeyer: *Experience of stigmatization by relatives of patients with obsessive compulsive disorder.* In: *Arch Psychiatr Nur.* 2004, 18, S. 88–96.

 B. Behrendt, A. Schaub. (Hrsg.): *Handbuch Psychoedukation und Selbstmanagement. Verhaltenstherapeutische Ansätze für die klinische Praxis.* DGVT-Verlag, Tübingen 2005.

 H. Berger, J. Friedrich, H. Gunia: *Psychoedukative Familienintervention (PEFI).* Schattauer, Stuttgart 2004.

 R. Kohn, S. Saxena, I. Levav, B. Saraceno: *The treatment gap in mental health care.* In: *Bulletin of the World Health Organisation*. 82, 2004, S. 858–866.

 L. Marques, N. J. LeBlanc, H. M. Weingarden, K. R. Timpano, M. Jenike, S. Wilhelm: *Barriers to treatment and service utilization in an internet sample of individuals with obsessive-compulsive symptoms.* In: *Depression & Anxiety.* 27, 2010, S. 470–475.

\* D. Mataix-Cols, I. M. Marks: *Self-help with minimal therapist contact for obsessive-compulsive disorder: a review.* In:*European Psychiatry.* 21, 2006, S. 75–80.

 D.F. Tolin, S. Hannan, N. Maltby, G.J. Diefenbach, P. Worhunsky, R.E. Brady: *A randomized controlled trial of self-directed versus therapist-directed cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder patients with prior medication trials.* In: *Behavior Therapy.* 38, 2007, S. 179–191.

 S. Moritz, L. Jelinek, M. Hauschildt, D. Naber: *Preliminary evidence for the effectiveness of a self-help Metacognitive Training program (myMCT) for obsessive-compulsive disorder (OCD).* In: *Dialogues in Clinical Neuroscience.* 12, 2010, S. 77–100.

 [Anhaltspunkte zur Beurteilung von Behinderungen.](http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/entschaedigung-gutachten-anhaltspunkte.pdf?__blob=publicationFile) (PDF) BMAS