

Zwangsstörungen

**Hildegard Goletz
Manfred Döpfner
Veit Roessner**

Leitfaden
Kinder- und Jugend-
psychotherapie

 **hogrefe**

Zwangsstörungen

Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie

Band 25

Zwangsstörungen

Dipl.-Psych. Hildegard Goletz, Prof. Dr. Manfred Döpfner,
Prof. Dr. med. Veit Roessner

Herausgeber der Reihe:

Prof. Dr. Manfred Döpfner, Prof. Dr. Dr. Martin Holtmann,
Prof. Dr. Franz Petermann

Begründer der Reihe:

Manfred Döpfner, Gerd Lehmkuhl, Franz Petermann

**Hildegard Goletz
Manfred Döpfner
Veit Roessner**

Zwangsstörungen



Dipl.-Psych. Hildegard Goletz, geb. 1968. Seit 2002 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Klinikum der Universität zu Köln und Leiterin der Schwerpunktambulanz Angst- und Zwangs- (und Tic-) Störungen am Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (akipköl) am Klinikum der Universität zu Köln.

Prof. Dr. Manfred Döpfner, geb. 1955. Seit 1989 Leitender Psychologe an der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Universität zu Köln und dort seit 1999 Professor für Psychotherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Seit 1999 Leiter des Ausbildungsinstituts für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie AKiP an der Universität Köln. Seit 2000 Wissenschaftlicher Leiter des Instituts für Klinische Kinderpsychologie der Christoph-Dornier-Stiftung für Klinische Psychologie an der Universität Köln.

Prof. Dr. med. Veit Roessner, geb. 1973. Seit 2009 Direktor der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden.

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

Copyright-Hinweis:

Das E-Book einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Der Nutzer verpflichtet sich, die Urheberrechte anzuerkennen und einzuhalten.

Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Merkelstraße 3
37085 Göttingen
Deutschland
Tel. +49 551 999 50 0
Fax +49 551 999 50 111
verlag@hogrefe.de
www.hogrefe.de

Satz: Mediengestaltung Meike Cichos, Göttingen
Format: PDF

1. Auflage 2018
© 2018 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen
(E-Book-ISBN [PDF] 978-3-8409-2645-7; E-Book-ISBN [EPUB] 978-3-8444-2645-8)
ISBN 978-3-8017-2645-4
<http://doi.org/10.1026/02645-000>

Nutzungsbedingungen:

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Audiodateien.

Anmerkung:

Sofern der Printausgabe eine CD-ROM beigelegt ist, sind die Materialien/Arbeitsblätter, die sich darauf befinden, bereits Bestandteil dieses E-Books.

Einleitung: Grundlagen und Aufbau des Buches

Zwangssymptome werden schon seit einigen Jahrhunderten berichtet (z.B. im 17. Jahrhundert als religiöse Melancholie; Moore, 1692) und erste psychiatrische Beschreibungen von Zwangsstörungen erfolgten im 19. Jahrhundert (insbesondere Esquirol, 1838; vgl. Alvarenga et al., 2007). Der Diagnostik und Therapie juveniler Zwangsstörungen wird hingegen erst in den letzten Jahrzehnten zunehmendes wissenschaftliches Interesse gewidmet.

Zwangsstörungen bei Kindern und Jugendlichen beinhalten meist multiple Zwangsgedanken und Zwangshandlungen und können sich als sehr komplex erweisen. Für die betroffenen Kinder und Jugendlichen sowie auch für deren Bezugspersonen (insbesondere Eltern, Geschwister) stellt eine Zwangsstörung häufig eine extreme Belastung dar, insbesondere wenn die Zwangssymptomatik täglich sehr zeitintensiv ist oder wenn Familienmitglieder in die Durchführung von Zwangssymptomen eingebunden sind. So kann es zu starker Verzweiflung, aber auch Aggressionen im Familiensystem infolge der Zwangssymptomatik eines Kindes kommen. Neben deutlichen Beeinträchtigungen im Familiensystem ist die Zwangsstörung eines Kindes oder Jugendlichen häufig auch mit Beeinträchtigungen schulischer oder beruflicher Beziehungen, Gleichaltrigen- oder auch Paarbeziehungen verbunden.

Die in den letzten Jahrzehnten erlangten Erkenntnisse der empirischen Forschung, insbesondere bezüglich Ätiologie, Diagnostik und Behandlung juveniler Zwangsstörungen, haben zu einer Verbesserung der therapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Zwangsstörungen geführt. Einen Beitrag zu einer verbesserten therapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Zwangsstörungen zu leisten, hat sich der vorliegende Leitfaden als Ziel gesetzt. Er stellt das Ergebnis einer langjährigen wissenschaftlichen und klinischen Arbeit der Autoren dar und kann als Grundlage für die Durchführung evaluierter diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen dienen. An dieser Stelle möchten die Autoren nicht versäumen, Frau Dr. Sabine Mogwitz für ihre hervorragende Mitarbeit zu danken. Er basiert auf den national und international anerkannten Leitlinien zur Diagnose und Behandlung von Zwangsstörungen der American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP, 2012), des National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2005); der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, der Bundesarbeitsgemeinschaft Leitender Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie und dem Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (2007) sowie auch der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN, 2013).

Der Leitfaden ist in insgesamt fünf Kapitel gegliedert:

- 1** Im ersten Teil des Buches ist der *Stand der Forschung* bezüglich der Symptomatik, Definition und Klassifikation, der Epidemiologie, der Differenzialdiagnose und Komorbidität, der Pathogenese, des Verlaufs und der Therapie in den für die Formulierung der Leitlinien relevanten Aspekten zusammenfassend beschrieben.
- 2** Im zweiten Teil sind die insgesamt 14 *Leitlinien* zu folgenden Bereichen formuliert und ihre Umsetzung in die Praxis dargestellt:
 - Diagnostik und Verlaufskontrolle,
 - Behandlungsindikationen,
 - Therapie.
- 3** Im dritten Kapitel sind Verfahren kurz und prägnant beschrieben, die für die Diagnostik, die Verlaufskontrolle und die Behandlung angewandt werden können.
- 4** Das vierte Kapitel beinhaltet *Materialien* zur Diagnostik und Verlaufskontrolle sowie zur Therapie und erleichtert damit die Umsetzung der Leitlinien in die konkrete klinische Praxis.
- 5** Im fünften Kapitel ist mittels eines *Fallbeispiels* die Umsetzung der Leitlinien in die klinische Praxis abschließend illustriert. Die Darstellung orientiert sich an den Gliederungspunkten des Antragsverfahrens für Psychotherapie im Rahmen der gesetzlichen Krankenversorgung.

Zur leichteren Lesbarkeit wird im gesamten Leitfaden (außer in der Fallbeschreibung) das generische Maskulinum verwendet.

Dieser Band wird durch einen kompakten Ratgeber Zwangsstörungen (Goletz et al., 2018) ergänzt, der Informationen für Betroffene, Eltern, Erzieher, Lehrer und Ausbilder beinhaltet. Der Ratgeber informiert über die Symptomatik, die Ursachen, den Verlauf und die Behandlungsmöglichkeiten bei Zwangsstörungen. Die Eltern, Lehrer und Erzieher erhalten konkrete Ratschläge und Anleitungen zum Umgang mit der Problematik in der Familie, in der Schule und im Kindergarten. Jugendlichen werden Ratschläge und Anleitungen zur Selbsthilfe gegeben.

Köln und Dresden, Februar 2018

Hildegard Goletz, Manfred Döpfner
und Veit Roessner

Inhaltsverzeichnis

1	Stand der Forschung	1
1.1	Symptomatik, Definition und Klassifikation	1
1.2	Epidemiologie	10
1.3	Komorbide Störungen	11
1.4	Pathogenese	12
1.5	Verlauf	21
1.6	Therapie	22
1.6.1	Kognitive Verhaltenstherapie	23
1.6.2	Pharmakotherapie	30
1.6.3	Alternative Therapieansätze	38
2	Leitlinien	39
2.1	Leitlinien zur Diagnostik und Verlaufskontrolle	39
2.1.1	Exploration des Patienten, seiner Eltern und Erzieher/Lehrer/ Ausbilder, gegebenenfalls auch anderer Familienangehöriger	40
2.1.1.1	Exploration und Beobachtung der aktuellen Zwangssymptomatik ..	43
2.1.1.2	Exploration und Beobachtung komorbider Störungen und differenzialdiagnostische Abgrenzung	49
2.1.1.3	Exploration der Ressourcen, Interessen und Aktivitäten des Kindes/Jugendlichen	56
2.1.1.4	Exploration zum Entwicklungsstand bzw. zu den schulischen Leistungen des Kindes/Jugendlichen	57
2.1.1.5	Exploration des familiären und sozialen Hintergrunds	58
2.1.1.6	Exploration zur störungsspezifischen Entwicklungsgeschichte des Kindes/Jugendlichen	61
2.1.1.7	Exploration der Einstellungen zur Therapie	62
2.1.2	Fragebogen- und Beobachtungsverfahren zur Verhaltens- und Psychodiagnostik	67
2.1.3	Ergänzende psychologische Diagnostik	71
2.1.4	Somatische Diagnostik	73
2.1.5	Bedingungsanalyse	74
2.1.6	Integration der Ergebnisse der multimodalen Diagnostik, Definition der Behandlungsziele und Therapieplanung	78
2.1.7	Verlaufskontrolle und Qualitätssicherung	81

2.2	Leitlinien zu Behandlungsindikationen	82
2.2.1	Indikationen für die Wahl des Interventionssettings	82
2.2.2	Indikationen für eine multimodale Behandlung	85
2.3	Leitlinien zur Therapie	89
2.3.1	Psychoedukation des Kindes/Jugendlichen, der Eltern, der Erzieher/Lehrer/Ausbilder, gegebenenfalls auch anderer Bezugspersonen	90
2.3.2	Familienzentrierte Interventionen	96
2.3.3	Kognitiv-behaviorale Therapie des Kindes/Jugendlichen	99
2.3.3.1	Kognitive Interventionen	102
2.3.3.2	Exposition mit Reaktionsmanagement	106
2.3.3.3	Behandlung ausschließlicher Zwangsgedanken	107
2.3.3.4	Emotionsfokussierende Interventionen	108
2.3.3.5	Training sozialer Kompetenzen	109
2.3.3.6	Interventionen zum Abbau von depressiven Symptomen und von Angstsymptomen	109
2.3.3.7	Interventionen zur Stabilisierung des Behandlungserfolges und zur Rückfallprophylaxe	110
2.3.4	Erzieher-/schul-/ausbildungszentrierte Interventionen, gegebenen- falls auch anderer Bezugspersonen des sozialen Umfeldes	111
2.3.5	Medikamentöse Behandlung	114
3	Verfahren zur Diagnostik und Therapie	121
3.1	Verfahren zur Diagnostik und Verlaufskontrolle bei Zwangsstörungen	121
3.1.1	DCL-ZWA – Diagnose-Checkliste für Zwangs-Spektrum-Störungen	122
3.1.2	CY-BOCS-D – Deutsche Fassung der Children’s Yale Brown Obsessive-Compulsive Scale	123
3.1.3	ZWIK-S/-E – Zwangsinventar für Kinder und Jugendliche	124
3.1.4	FBB-ZWA/SBB-ZWA – Fremdbeurteilungsbogen/ Selbstbeurteilungsbogen für Zwangs-Spektrum-Störungen	126
3.1.5	EAZ-Zwangsstörungen – Allgemeines Explorationsschema für Zwangsstörungen	127
3.1.6	FABS – Familien-Anpassungs-und-Belastungs-Skala – Kind	128
3.1.7	FKAU-Z – Fragebogen zu Kausalattributionen bei Zwangsstörungen	129
3.1.8	FKON-Z – Fragebogen zu Kontrollattributionen bei Zwangsstörungen	130

3.2	Verfahren zur Therapie bei Kindern und Jugendlichen mit Zwangsstörungen	130
3.2.1	Zwangsstörungen. Ein Therapieprogramm für Kinder und Jugendliche mit Angst- und Zwangsstörungen (THAZ – Zwangsstörungen)	130
3.2.2	Zwangsstörungen bei Kindern und Jugendlichen. Ein Therapiemanual	131
3.2.3	Kognitive Verhaltenstherapie bei Zwangsstörungen. Ein Therapiemanual	132
3.2.4	Zwangsstörungen. Kognitiv-verhaltenstherapeutisches Behandlungsmanual	133
4	Materialien	135
M01	Allgemeines Explorationsschema für Zwangsstörungen (EAZ-Zwangsstörungen)	136
M02	Selbstbeobachtungsbogen für Zwangsgedanken und Zwangshandlungen (SBZZ)	147
M03	Problemliste – Zwangssymptomatik	148
5	Fallbeispiel	149
6	Literatur	167

1 Stand der Forschung

1.1 Symptomatik, Definition und Klassifikation

„Mama, ich möchte das Buch von gestern wieder lesen.“ Der Wunsch eines Dreijährigen, an mehreren aufeinanderfolgenden Abenden dasselbe Buch vorgelesen zu bekommen, stellt ein Entwicklungsritual des Kindesalters dar. Das Auftreten von Entwicklungsritualen, magischem Denken und abergläubischer Verhaltensweisen („Wenn ich mein Kuschtier zur Klassenarbeit mitnehme, wird alles gut“) charakterisiert eine normale soziale und emotionale kindliche Entwicklung (vgl. Kap. 2.1.1.2). Überdies können Kinder und Jugendliche zwanghafte Tendenzen zeigen, z. B. durch mehrmaliges Ziehen an dem Kettenschloss die wiederholte Kontrolle, ob dieses richtig geschlossen ist. Wenn der Zeitaufwand für die Durchführung gering ist und dadurch keine Funktionseinschränkungen im Alltag und auch kein Leidensdruck beim Kind oder Jugendlichen (oder seiner Bezugspersonen) ausgelöst werden, dann weisen diese zwanghaften Tendenzen aber keinen Krankheitswert auf (vgl. Kap. 2.1.1.2).

Eine Zwangsstörung weist gemäß den Internationalen Klassifikationssystemen ICD-10 (Weltgesundheitsorganisation, Dilling et al., 2016, 2015) und DSM-5 (American Psychiatric Association/Falkai et al., 2015) als wesentliche Kennzeichen wiederkehrende *Zwangsgedanken* und/oder *Zwangshandlungen* auf:

- *Zwangsgedanken (obsessions)* sind Ideen, (bildhafte) Vorstellungen oder Impulse (Gedanken mit starker Handlungsaufforderung), die sich dem Betroffenen aufdrängen (als intrusiv erlebt werden) und ihn immer wieder stereotyp beschäftigen. Sie sind fast immer quälend, weil sie ängstigend, scham- oder ekelbesetzt sind, als ungewollt und sinnlos erlebt werden und weil der Betroffene erfolglos versucht, Widerstand zu leisten, oder weil sie einen gewalttätigen oder obszönen Inhalt haben. Der Betroffene versucht, solche Gedanken zu ignorieren, abzuwehren (z. B. durch Vermeidung potenzieller Trigger), zu unterdrücken oder sie mit Hilfe anderer Gedanken oder Handlungen auszuschalten. Sie werden jedoch als eigene Gedanken erlebt, selbst wenn sie als unwillkürlich, abstoßend oder unannehmbar empfunden werden.
- *Zwangshandlungen (compulsions)* sind wiederholte, zweckmäßige und beabsichtigte beobachtbare Verhaltensweisen oder mentale Handlungen, die häufig auf einen Zwangsgedanken hin nach bestimmten streng zu befolgenden Regeln oder in stereotyper Form ausgeführt werden. Das Verhalten bzw. die mentale Handlung dient meist dazu, Unbehagen zu reduzieren oder schreckliche Ereignisse bzw. Situationen unwirksam zu machen bzw. zu verhindern. Dem Verhalten liegt also eine Furcht vor einer Gefahr zugrunde, die den Betroffenen bedroht oder von ihm ausgeht. Der Betroffene sieht im Allgemeinen ein, dass sein Verhalten bzw. seine mentale Handlung übertrieben oder unvernünftig ist. Der Betrof-

Zwangs-
gedanken

Zwangs-
handlungen

fene hat keine Freude am Ausführen der Handlung, obwohl sie zu einer Spannungsreduktion führt. Kann eine Zwangshandlung nicht adäquat durchgeführt werden, so führt dies zu einem Anstieg von Anspannung, Angst, Scham, Ekel oder Nicht-genau-richtig-Erleben.

Mentale
oder
verdeckte
Zwangshandlungen

Diese Definition beinhaltet, dass ausschließlich wiederkehrende Gedanken, die unangenehme Emotionen auslösen, als Zwangsgedanken bezeichnet werden. Im Gegensatz dazu sind Gedanken, die zur Verminderung dieser unangenehmen Emotionen eingesetzt werden, als mentale oder verdeckte Zwangshandlungen definiert. Die synonymen Bezeichnungen der mentalen Zwangshandlungen als Gedankenzwänge, kognitive Rituale oder neutralisierende Zwangsgedanken bezüglich ihrer diagnostischen Einordnung (als Zwangsgedanken oder Zwangshandlungen) können Unklarheit hervorrufen und spiegeln die Uneinheitlichkeit in der deutschsprachigen Literatur wider. Unabhängig davon werden diese neutralisierenden Gedanken gemäß der S3-Leitlinie Zwangsstörungen der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (2013) den Zwangshandlungen zugeordnet.

Zwangshandlungen haben entweder überhaupt keinen inhaltlichen Bezug zu den Befürchtungen und den diesen häufig vorausgehenden Zwangsgedanken (z. B. „Ich muss meine Schulsachen kontrollieren, damit meiner Mutter nichts Schlimmes passiert“) oder sie sind deutlich übertrieben (z. B. 60-minütiges Duschen bei Kontaminationsängsten). Dieser Zusammenhang von Zwangsgedanken und Zwangshandlungen kann jedoch im Verlauf einer Zwangsstörung schwinden, so dass die betroffenen Kinder und Jugendlichen dann keine Zwangsgedanken mehr benennen können und die Durchführung der Zwangshandlungen automatisiert erfolgt. Überdies ist auch ein Verlust der spannungsreduzierenden Funktion der Zwangshandlungen möglich (Niedermeier & Zaudig, 2002).

Vielgestaltigkeit der
Zwangssymptomatik

Zwangsstörungen erweisen sich als äußerst vielgestaltig. Am häufigsten werden bei Kindern und Jugendlichen multiple Zwangsgedanken und Zwangshandlungen beschrieben, während ausschließliche Zwangsgedanken oder ausschließliche Zwangshandlungen seltener auftreten (z. B. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP), 2012; Jans et al., 2007). Alleinige Zwangshandlungen werden häufiger von Kindern als von Jugendlichen benannt (Geller et al., 1998b). Tabelle 1 gibt eine Übersicht über die häufigsten *Zwangshandlungen* und *Zwangsgedanken*. Beispiele für typische Inhalte von Zwangsgedanken im Kindes- und Jugendalter sind in Tabelle 2 aufgeführt. Geller und Kollegen (2001a) zeigten eine höhere Anzahl aggressiver Zwangsgedanken (einschließlich befürchteter katastrophaler Ereignisse, wie Tod oder Krankheit bezüglich sich selbst oder einer Bezugsperson) bei Kindern (63 %) und Jugendlichen (69 %) mit Zwangsstörungen als bei erwachsenen Zwangspatienten (31 %) auf. Demgegenüber gaben die Jugendlichen (36 %) im Vergleich zu den Kindern (15 %) und Erwachsenen (10 %) häufiger religiöse Zwangsgedanken an. Überdies wiesen die Kinder (18 %) gegenüber den

Jugendlichen (6%) und Erwachsenen (6%) weniger Einsicht in ihre Zwangssymptomatik auf.

Tabelle 1: Häufigkeit verschiedener Formen juveniler Zwangsstörungen (Geller et al., 1998b)

Zwangs-gedanken	Kontamination	32–87 %
	Sich selbst oder anderen Schaden zufügen	12,5–81 %
	Körperbezogene Inhalte	3–38 %
	Horten/Sammeln	10–36 %
	Religiöse Inhalte	4,2–29 %
	Sexuelle Inhalte	4–27 %
	Andere Gedanken	10–55 %
Zwangs-handlungen	Waschen/Reinigen	38–85 %
	Wiederholen	5–76 %
	Kontrollieren	20–73 %
	Ordnen/Arrangieren	17–62 %
	Zählen	14–42 %
	Horten/Sammeln	3–42 %
	Andere Handlungen	26–53 %

Tabelle 2: Typische Inhalte von Zwangsgedanken bei Kindern und Jugendlichen

Inhalt des Zwangsgedankens	Beispiel(e)
Kontamination	<ul style="list-style-type: none"> – „Ich könnte schmutzig sein und mein Bett schmutzig machen.“ – „Die war bestimmt dreckig, wer weiß, was da alles dran ist.“ – „Jetzt ist meine Hand von dem dreckigen Stift auch dreckig geworden.“ – „Vielleicht habe ich etwas Dreckiges angefasst und dies gelangt jetzt in meinen Körper und ich könnte daran erkranken.“ – „Wenn ich den jetzt anziehe, werde ich auch ekelig und mein Bakterienschleier wird dicker.“
Sich selbst oder anderen Schaden zufügen	<ul style="list-style-type: none"> – „Ich könnte mich oder andere Personen verletzen.“ – „Ich darf dem Tisch nicht den Atem stehlen, sonst stirbt der Tisch und ich bin Schuld.“

Tabelle 2: Fortsetzung

Inhalt des Zwangsgedankens	Beispiel(e)
Aggressive Themen	<ul style="list-style-type: none"> – „Es könnte mich jemand umbringen oder ich könnte meinen Charakter verändern“. – „Meiner Mama könnte etwas Schlimmes passieren.“ – „Hoffentlich passiert uns nicht wieder etwas Schlimmes“. – „Könnte ich mich jetzt mit Fuchsbandwurm angesteckt haben?“; „Was hat die Pflanze alles berührt?“
Körperbezogene Inhalte	– „Ich könnte krank werden.“
Horten/Sammeln	– „Ich kann dies nicht wegwerfen, da dies ein Teil von mir ist.“
Religiöse Inhalte	<ul style="list-style-type: none"> – „Ich habe gesündigt und gehöre dadurch nicht zu den Auserwählten, die zu Gott kommen.“ – „Wenn ich die Akten nicht mehrmals sortiere, komme ich in die Hölle.“
Sexuelle Inhalte	<ul style="list-style-type: none"> – „Ich habe Sex mit meinem Vater.“ – „Hoffentlich habe ich kein sexuelles Gefühl, wenn ich ein Kind sehe oder an eins denke.“
Symmetriedrang (Bedürfnis)	<ul style="list-style-type: none"> – „Die Schuhe müssen genau nebeneinanderstehen.“ – „Liegen meine Schulsachen symmetrisch auf dem Tisch?“
Drang etwas zu sagen, zu fragen oder zu beichten (eingestehen)	<ul style="list-style-type: none"> – „Ich muss auf bestimmte Art ‚Gute Nacht‘ sagen“. – „Ich muss mich für alles, was ich heute falsch gemacht habe, entschuldigen.“

Zwangssymptomdimensionen

In einer Metaanalyse zur Identifikation von Zwangssymptomdimensionen haben Bloch und Kollegen (2008) bei Kindern und Jugendlichen die Symptomdimensionen „Zwangsgedanken zu Symmetrie sowie Kontroll-, Wiederholungs-, Ordnungs- und Zählzwänge“, „Reinigungszwänge und Zwangsgedanken bezüglich Kontamination und somatische Zwangsgedanken“, „Zwangsgedanken zu Horten und Sammelzwänge“ und „Aggressive, sexuelle und religiöse Zwangsgedanken“ herausgearbeitet. Diese Symptomdimensionen wichen nur geringfügig von jenen für das Erwachsenenalter identifizierten Symptomdimensionen ab (z. B. Bloch et al., 2008).

Manifestationsformen bei jüngeren und älteren Kindern

Ein Vergleich der Manifestationsformen zwischen jüngeren und älteren Kindern zeigt in beiden Altersgruppen eine ähnlich hohe allgemeine Schwere der Zwangssymptomatik (z. B. Geller et al., 2001a; Nakatani et al., 2011; Selles et al., 2014). In der Studie von Selles und Kollegen (2014) gaben die älteren Kinder (10- bis 18-Jährige) mehr Zählzwänge und magische kognitive Rituale an, wohingegen jüngere Kinder (3- bis 9-Jährige) häufiger Horten/Sammeln berichteten. Möglicherweise unterscheiden sich jüngere von älteren Kindern mit Zwangsstörungen über-

dies auch hinsichtlich des Auftretens komorbider Störungen (Selles et al., 2014; vgl. auch Kap. 1.2). Des Weiteren gibt es Anhaltspunkte dafür, dass Kinder und Jugendliche mit einem frühen Erstmanifestationsalter der Zwangsstörung (<10 Jahre) von Kindern und Jugendlichen mit einem späteren Erstmanifestationsalter (≥ 10 Jahre) bezüglich Zwangsinhalten und Komorbiditäten differieren (Nakatani, et al., 2011; vgl. auch Kap. 1.2).

Für das Kindes- und Jugendalter sowie für das Erwachsenenalter gelten sowohl gemäß der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10; Weltgesundheitsorganisation, Dilling et al., 2016, 2015) als auch gemäß dem Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen (DSM-5; American Psychiatric Association/Falkai et al., 2015) dieselben Diagnosekriterien. Diese sind in Tabelle 3 dargestellt.

Während in der ICD-10 die Zwangsstörungen in die *neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen* eingruppiert sind, liegt im DSM-5 eine eigene Kategorie *Zwangsstörung und verwandte Störungen* vor. In dieser neuen Kategorie des DSM-5 werden Diagnosen zusammengefasst, die phänomenologisch eine gewisse Nähe zu Zwangsstörungen aufweisen. Diese werden auch als Zwangs-Spektrum-Störungen bezeichnet (z. B. Hartmann & Wilhelm, 2013).

Neue DSM-5-Kategorie: Zwangsstörung und verwandte Störungen

Diese verwandten Störungen des DSM-5 umfassen

- die Körperdysmorphie Störung,
- das Pathologische Horten,
- die Trichotillomanie (Pathologisches Haarausreißen),
- die Dermatillomanie (Pathologisches Hautzupfen),
- die Substanz-/Medikamenteninduzierte Zwangsstörung und Verwandte Störungen,
- die Zwangsstörung und Verwandte Störungen aufgrund eines Anderen Medizinischen Krankheitsfaktors,
- die Andere Näher Bezeichnete Zwangsstörung und Verwandte Störungen,
- die Nicht Näher Bezeichnete Zwangsstörung und Verwandte Störungen.

In Bezug auf die Zwangsstörungen unterscheiden sich beide Klassifikationssysteme hinsichtlich des Zeitkriteriums. Während in der ICD-10 Zwangssymptome *an den meisten Tagen über einen Zeitraum von mindestens zwei Wochen* vorliegen müssen, gibt das DSM-5 *zeitintensive* Zwangssymptome von beispielsweise täglich mehr als einer Stunde vor. Weitere Divergenzen betreffen *Widerstand* und *Einsichtsfähigkeit*. Das in der ICD-10 für die Diagnose erforderliche Widerstandsbemühen ist im DSM-5 kein Kriterium für eine Diagnose. Die Einsichtsfähigkeit in die Übertriebenheit bzw. Sinnlosigkeit der Zwangssymptomatik ist in der ICD-10 ein notwendiges, im DSM-5 hingegen kein notwendiges Diagnosekriterium. Die im DSM-5 diesbezüglich geforderten Spezifizierungen „mit guter oder angemessener Einsicht“, „mit wenig Einsicht“ oder

Divergenzen von ICD-10 und DSM-5

Tabelle 3: Diagnostische Kriterien einer Zwangsstörung nach ICD-10 (Weltgesundheitsorganisation, Dilling et al., 2016, 2015) und DSM-5 (American Psychiatric Association/Falkai et al., 2015¹)

	ICD-10 (F42)	DSM-5
Symptomatologie	<p>A. Entweder Zwangsgedanken oder Zwangshandlungen (oder beides) an den meisten Tagen über einen Zeitraum von mindestens zwei Wochen.</p> <p>B. Die Zwangsgedanken (Ideen oder Vorstellungen) und Zwangshandlungen zeigen sämtliche folgenden Merkmale:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. sie werden als eigene Gedanken/Handlungen von den Betroffenen angesehen und nicht als von anderen Personen oder Einflüssen eingegeben; 2. sie wiederholen sich dauernd und werden als unangenehm empfunden, und mindestens ein Zwangsgedanke oder eine Zwangshandlung werden als übertrieben und unsinnig anerkannt; 3. die Betroffenen versuchen, Widerstand zu leisten (bei lange bestehenden Zwangsgedanken und Zwangshandlungen kann der Widerstand allerdings sehr gering sein). Gegen mindestens einen Zwangsgedanken oder eine Zwangshandlung wird gegenwärtig erfolglos Widerstand geleistet; 4. die Ausführung eines Zwangsgedankens oder einer Zwangshandlung ist für sich genommen nicht angenehm (dies sollte von einer vorübergehenden Erleichterung von Spannung und Angst unterschieden werden). 	<p>A. Entweder Zwangsgedanken, Zwangshandlungen oder beides: Zwangsgedanken, wie durch (1) und (2) definiert:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Immer wiederkehrende und anhaltende Gedanken, Impulse oder Vorstellungen, die im Krankheitsverlauf mindestens zeitweilig als aufdringlich und ungewollt empfunden werden, und die meist ausgeprägte Angst und großes Unbehagen hervorrufen. 2. Die Person versucht, diese Gedanken, Impulse oder Vorstellungen zu ignorieren oder zu unterdrücken oder sie mithilfe anderer Gedanken oder Tätigkeiten zu neutralisieren (z. B. durch die Ausführung einer Zwangshandlung). <p>Zwangshandlungen sind durch (1) und (2) definiert:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Wiederholte Verhaltensweisen (z. B. Händewaschen, Ordnen, Kontrollieren) oder mentale Handlungen (z. B. Beten, Zählen, Wörter lautlos wiederholen), zu denen sich die Person als Reaktion auf einen Zwangsgedanken oder aufgrund von streng zu befolgenden Regeln gezwungen fühlt. 2. Die Verhaltensweisen oder die mentalen Handlungen dienen dazu, Angst oder Unbehagen zu verhindern oder zu reduzieren oder gefürchteten Ereignissen oder Situationen vorzubeugen; diese Verhaltensweisen oder mentalen Handlungen stehen jedoch in keinem realistischen Bezug zu dem, was sie zu neutralisieren oder zu verhindern versuchen, oder sie sind deutlich übertrieben. <p><i>Beachte:</i> Kleine Kinder könnten noch nicht in der Lage sein, den Zweck dieser Verhaltensweisen oder mentalen Handlungen auszudrücken.</p>

¹ Reprinted in German with permission from Hogrefe Verlag GmbH & Co.KG: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, (Copyright 2013). American Psychiatric Association

Tabelle 3: Fortsetzung

	ICD-10 (F42)	DSM-5
Symptomatologie	C. Die Betroffenen leiden unter den Zwangsgedanken und Zwangshandlungen oder werden in ihrer sozialen oder individuellen Leistungsfähigkeit behindert, meist durch den besonderen Zeitaufwand.	B. Die Zwangsgedanken oder Zwangshandlungen sind zeitintensiv (sie beanspruchen z. B. mehr als 1 Stunde pro Tag) oder verursachen in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.
	D. Häufigstes Ausschlusskriterium: Die Störung ist nicht bedingt durch eine andere psychische Störung, wie Schizophrenie und verwandte Störungen (F20-F29) oder affektive Störungen (F30-F39).	C. Die Symptome der Zwangsstörungen sind nicht Folge der physiologischen Wirkung einer Substanz (z. B. Substanz mit Missbrauchspotenzial, Medikament) oder eines medizinischen Krankheitsfaktors.
		D. Die Symptome werden nicht besser durch das Vorliegen einer anderen psychischen Störung erklärt (z. B. exzessive Sorgen, wie bei der Generalisierten Angststörung; übermäßige Beschäftigung mit dem äußeren Erscheinungsbild, wie bei der Körperdysmorphen Störung; Schwierigkeiten, Gegenstände auszusondern oder sich von diesen zu trennen, wie beim Pathologischen Horten; Haarausreißen, wie bei der Trichotillomanie [Pathologisches Haarausreißen]; Hautzupfen/-quetschen, wie bei der Dermatillomanie; Stereotypien, wie bei der Stereotypen Bewegungsstörung; ritualisiertes Essverhalten, wie bei Essstörungen; übermäßige Beschäftigung mit Substanzen oder Glücksspielen, wie bei den Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen und abhängigen Verhaltensweisen; übermäßige Beschäftigung, eine Krankheit zu haben, wie bei der Krankheitsangststörung; sexuelle dringhafte Bedürfnisse und Fantasien, wie bei der Paraphilie; Impulsdurchbrüche, wie bei den disruptiven, Impulskontroll- und Sozialverhaltensstörungen; Grübeln über Schuld, wie bei einer Major Depression; Gedankeneingebung oder Wahn, wie bei einer Störung aus dem Schizophrenie-Spektrum oder anderen psychotischen Störungen; oder stereotyp wiederholten Verhaltensmustern, wie bei der Autismus-Spektrum-Störung).

Tabelle 3: Fortsetzung

	ICD-10 (F42)	DSM-5
Subformen	<p>Die Diagnose kann mit der folgenden vierten Stelle differenziert werden: F42.0 vorwiegend Zwangsgedanken und Grübelzwang F42.1 vorwiegend Zwangshandlungen (Zwangsrituale) F42.2 Zwangsgedanken und –handlungen, gemischt F42.8 sonstige Zwangsstörungen F42.9 nicht näher bezeichnete Zwangsstörung</p>	
Spezifizierung		<p>Bestimme, ob: <i>Mit Guter oder Angemessener Einsicht:</i> Die Person erkennt, dass die zwangsbezogenen Überzeugungen definitiv nicht, wahrscheinlich nicht oder möglicherweise nicht zutreffen. <i>Mit Wenig Einsicht:</i> Die Person denkt, dass die zwangsbezogenen Überzeugungen wahrscheinlich zutreffen. <i>Mit Fehlender Einsicht/Wahnhafte Überzeugungen:</i> Die Person ist vollkommen davon überzeugt, dass die zwangsbezogenen Überzeugungen zutreffen.</p> <p>Bestimme, ob: <i>Tic-Bezogen:</i> Die Person weist gegenwärtig oder in der Vorgeschichte eine Tic-Störung auf.</p>