

Zwangsstörungen evidenzbasiert behandeln: Die Revision der deutschen S3-Leitlinie

Norbert Kathmann, Andreas Wahl-Kordon, Angelica Staniloiu, Antonie Rubart, Matthias Favreau,
Bartosz Zurowski & Ulrich Voderholzer

Zusammenfassung: Die aktualisierte Fassung der S3-Leitlinien Zwangsstörungen, die mit hoher Systematik den derzeitigen Forschungsstand zur Diagnostik und Behandlung von Zwangsstörungen zusammenfasst und daraus evidenzbasierte Empfehlungen ableitet, wird hier in Auszügen vorgestellt. Als Therapie der ersten Wahl wird die Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) empfohlen, mit Betonung der Wichtigkeit von Exposition bei gleichzeitiger Unterlassung der Neutralisierungsrituale und Vermeidungsversuche. Intensivformate der KVT und internetbasierte Anwendungen erscheinen vielversprechend. Sogenannte „Dritte Welle“-Verfahren (z. B. ACT) können ebenfalls eingesetzt werden, sind aber nicht durchgängig gleichwertig mit KVT. Tiefenpsychologische Verfahren, Gesprächspsychotherapie und weitere humanistische Verfahren sind zu wenig untersucht, um dazu Empfehlungen zu geben. Psychopharmakotherapie mit Selektiven Serotonin-Reuptake-Inhibitoren (SSRI) oder Clomipramin ist wirksam, aber nur in bestimmten Fällen als Monotherapie zu bevorzugen. Wissenslücken und Ausblicke werden diskutiert.

Zwangsstörungen als klinische Herausforderung

Die Zwangsstörung, im DSM-5 (Falkai et al., 2018) und in der ICD-11 (WHO, 2019) in eigenen Kapiteln jenseits der Angststörungen eingeordnet, ist eine zur Chronifizierung neigende, relativ häufige und schwere psychische Störung (ausführlich in: Voderholzer et al., 2024 a¹). Im Kern stehen wiederkehrende intrusive Gedanken und Vorstellungen, die sich um die Themen Gefahr für Gesundheit und Sicherheit anderer oder der eigenen Person, Schmutz und Ekel, die Korrektheit eigener Handlungen oder moralische Bedenken bzw. mögliche Tabubrüche drehen. Auf die dadurch ausgelösten starken Befürchtungen, Spannungen und andere aversive Gefühle wird häufig mit ritualisierten Gedanken und Handlungen (z. B. Zählen, Handlungen wiederholen, positive Gedanken „dagegen denken“, mehrfaches Waschen und Reinigen, Kontrollieren, Ordnen etc.) reagiert, in der irrationalen Überzeugung, damit die Bedrohungen quasi neutralisieren zu können. Zwangsstörungen werden inzwischen zu den am meisten beeinträchtigenden Störungen gezählt, da sie zu einer erheblich eingeschränkten Lebensqualität führen können, nicht selten auch zu Arbeitsunfähigkeit und schweren Problemen in persönlichen Beziehungen (Ruscio et al., 2010; Macy et al., 2013). Es ist davon auszugehen, dass die Funktionsbeeinträchtigungen im Durchschnitt ähnlich stark sind wie bei depressiven Störungen und Schizophrenien. Zwangsstörungen werden dennoch, selbst im medizinischen Versorgungsbereich, häufig nicht oder erst sehr spät erkannt. Das hat zu tun mit der

großen Scham, die Patient*innen aufgrund ihrer Symptome empfinden, aber auch der Unkenntnis von Betroffenen, die Symptome als solche zu identifizieren und dafür eine Behandlung nachzufragen. Es wird geschätzt, dass in westlichen Ländern maximal 30–40 Prozent der Erkrankten irgendwann wegen dieser Störung in Behandlung sind, in China z. B. gehen Schätzungen von einem Anteil von maximal 10 Prozent aus. Und selbst im psychiatrischen Kontext werden tatsächliche Fälle von Zwangsstörung erstaunlich selten korrekt diagnostiziert, nicht zuletzt, weil nicht spezifisch genug nachgefragt wird (Wahl et al., 2010). Zu diesen Problemen der Versorgungsrealität kommt hinzu, dass selbst bei korrekter Diagnose und daraufhin eingeleiteter Therapie die Wahl des Therapieverfahrens und der wesentlichen Techniken häufig nicht evidenzbasiert erfolgt, sondern Patient*innen je nachdem, zu welchen Behandelnden sie gehen, deren grundsätzlich favorisierte Therapien erhalten. Zwangsstörungen galten lange als schwer zu behandeln, was bis zur Einführung der Kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) mit Exposition und Reaktionsmanagement als psychotherapeutisches Verfahren und von Serotoninwiederaufnahmehemmern (SSRI) als pharmakologische Option wohl auch zutreffend war. Inzwischen muss aber nicht selten von einer schlechten Zuordnung von korrekten Diagnosen und effektiven Behandlungen zu betroffenen Patient*innen ausgegangen werden. Diese unbefriedigende Versorgungssituation, die bei Zwangsstörungen, aber auch bei vielen ande-

¹ Zu den hier kursiv ausgewiesenen Kurztiteln finden Sie ausführliche bibliographische Angaben am Ende des Artikels, das vollständige Literaturverzeichnis auf der Homepage der Zeitschrift unter www.psychotherapeutenjournal.de.

ren psychischen Störungen zu beobachten ist, ist eine wichtige Begründung für die Entwicklung und Implementierung von Leitlinien für die Diagnose und Behandlung bestimmter Störungen.

Was sind Leitlinien, was sollen sie bewirken – und was sind sie nicht?

Leitlinien im Bereich der Medizin und Psychotherapie sollen Entscheidungshilfen für Praktiker*innen erarbeiten und bereitstellen (Lincoln & Härter, 2024). Auf der Basis vorliegender Forschungsergebnisse werden gestufte Empfehlungen ausgegeben für die Auswahl von diagnostischen und therapeutischen Verfahren bei gegebenen Indikationen und spezifischen Situationen. Es werden verschiedene Entwicklungsstufen von Leitlinien unterschieden, die den Grad der Evidenzbasierung und die Systematik der Evidenzaufbereitung widerspiegeln: S1-Leitlinien sind Zusammenstellungen von Expertenmeinungen, ohne systematischen Bezug zur empirischen Literatur. Bei S2-Leitlinien werden empirische Studien zusammengestellt und bewertet, ohne dass eine formale Systematik beim Einbezug und der Auswertung der Literatur verfolgt wird. S3-Leitlinien erheben den höchsten Qualitätsanspruch bei der Ableitung von Empfehlungen, indem sie eine vollständige Sichtung der Literatur vornehmen und diese dann nach festgelegten Kriterien auswerten und zusammenfassen (vgl. Tabelle 1). Jeder als relevant identifizierten Studie wird ein Evidenzgrad zugeordnet, der von 1a (= systematisches Review von randomisierten klinischen Studien mit homogenen Ergebnissen) bis 5 (= Expertenmeinung) reicht. Je nach Vorliegen von Studien und deren Evidenzgraden wird zu jeder vorab formulierten Fragestellung (z. B. „Wirkt Akzeptanz- und Commitment-Therapie, ACT, besser als Kontrollbedingungen bei Patient*innen mit der Diagnose Zwangsstörung?“) eine Zusammenfassung der Evidenzlage und eine daraus abgeleitete Empfehlung erarbeitet. Bei hohen Evidenzgraden wird eine starke Empfehlung (A = Soll), bei mäßigen Evidenzgraden eine Empfehlung (B = Sollte) oder bei schwachen Evidenzgraden eine offene Empfehlung (0 = Kann) ausgesprochen. Die Evidenzgrade aller Empfehlungen werden vor der Verabschiedung von einer Konsensusgruppe, die aus Delegierten möglichst aller relevanten Experten- und Interessengruppen (inklusive Patient*innenvertreter*innen) besteht, diskutiert und bei vorliegenden Zusatzinformationen eventuell auch auf- oder abgewertet. Weiterhin können sogenannte Klinische Konsenspunkte (KKP) formuliert werden, die bei ungenügender formaler Evidenz, aber konsensueller Expertenmeinung Hilfestellung geben sollen. Schließlich werden auch sogenannte Statements konsentiert, die als Darlegungen oder Erläuterungen spezifischer Sachverhalte zu verstehen und plausibel sind, und/oder auf relevanten Forschungsbedarf hinweisen sollen. Der Prozess der Leitlinienerstellung wird meist durch eine Projektgruppe aus Expert*innen auf dem Feld initiiert, dann wird die Expertengruppe erweitert, sodass Expertise für alle Verfahren und Anwendungsbereiche repräsentiert ist.

Leitlinien sollen die in der Versorgung eingesetzten Behandlungen effektiver gestalten und langwierige Fehlbehandlungen vermeiden helfen. In der Aus- und Weiterbildung können sie eine wichtige Rolle spielen, um die bestmögliche Wissensgrundlage zu vermitteln und rationale Entscheidungsfindungen zu fördern. Aufgrund der nicht mehr überschaubaren Menge an verfügbaren Informationen kann es für in der Versorgung Tätige sehr hilfreich sein, die empirische Literatur aufbereitet vorzufinden und begründete Bewertungen von Expert*innen an der Hand zu haben. Leitlinien sind aber keine Vorschriften, d. h., es kann im klinischen Einzelfall davon abgewichen werden, wenn Behandelnde dafür gute Gründe sehen. Sie beeinträchtigen also nicht die klinische Entscheidungsfreiheit.

Empfehlungsgrad	Grundlage
A	„Soll“-Empfehlung: Zumindest eine randomisierte, kontrollierte Studie von insgesamt guter Qualität und Konsistenz, die sich direkt auf die jeweilige Empfehlung bezieht und nicht extrapoliert wurde (Evidenzebenen Ia und Ib).
B	„Sollte“-Empfehlung: Gut durchgeführte klinische Studien, aber keine randomisierten klinischen Studien, mit direktem Bezug zur Empfehlung (Evidenzebenen II und III) oder Extrapolation von Evidenzebene I, falls der Bezug zur spezifischen Fragestellung fehlt.
0	„Kann“-Empfehlung: Bericht von Expertenkreisen oder Expertenmeinungen und/oder klinische Erfahrung anerkannter Autoritäten (Evidenzebene IV) oder Extrapolation von Evidenzebene Ia, Ib oder III. Diese Einstufung zeigt an, dass direkt anwendbare klinische Studien von guter Qualität nicht vorhanden oder nicht verfügbar sind.
Expertenkonsens	Klinischer Konsenspunkt (KKP): Empfohlen als gute klinische Praxis im Konsens und aufgrund der klinischen Erfahrung der Mitglieder der Leitliniengruppe, bei dem keine experimentelle wissenschaftliche Erforschung möglich oder angestrebt ist.
Statement	Keine Evidenz für praktische Behandlungs- oder Vorgehenshinweise vorhanden, aber aus Expertensicht plausibel; oder es soll auf fehlende Evidenz und entsprechenden Forschungsbedarf hingewiesen werden.

Tabelle 1: Empfehlungsgrade in S3-Leitlinien und deren Grundlage (gemäß Oxford Kriterien und GRADE Methodik; siehe Leitlinienreport online)

Leitlinien zur Zwangsstörung

Die ersten deutschsprachigen S3-Leitlinien zur Behandlung von Zwangsstörungen im Erwachsenenalter erschienen online 2013 und in Buchform 2015 (Hohagen et al., 2015). Die Erstellung erfolgte gemäß den Vorgaben und methodischen Empfehlungen der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Als Referenzleitlinien wurden die Guideline des britischen National

Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) „Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: Treatment clinical guideline [CG31]“ (2005) sowie die Guideline der American Psychological Association (APA) (2007) herangezogen. Die NICE-Leitlinie wird durch periodische Updates fortlaufend aktualisiert und erweitert, entsprechend wurde auf die Aktualisierungen Bezug genommen. Da AWMF-Leitlinien nach fünf Jahren überarbeitet werden sollen, wurde 2018 mit der Revision begonnen. Fast 1000 seit der Erstfassung erschienene Forschungsarbeiten wurden als relevant einbezogen und ausgewertet. Die Steuergruppe überarbeitete die Hintergrundtexte und machte Vorschläge für neue und zu verändernde Empfehlungen. In zwei Konsensuskonferenzen unter Moderation der AWMF wurden die Empfehlungen vorgestellt und nach Diskussion und eventuellen Modifikationen wurde über die Aufnahme in den Empfehlungskatalog abgestimmt. An diesen Konsensuskonferenzen nahmen Vertreter*innen aus insgesamt 31 Fachgesellschaften (einschließlich der Deutschen Gesellschaft für Psychologie, DGP) und weitere Interessensvertretungen teil. Die verabschiedete Neufassung wurde am 30. Juni 2022 auf der Homepage der AWMF publiziert und ist dort kostenfrei abrufbar.² Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) hatte die Rolle der federführenden Fachgesellschaft. Die revidierte Version der Langfassung der Leitlinie steht auch in Buchform zur Verfügung (Voderholzer et al., 2024 b), zusammenfassend vorgestellt wurden die Leitlinien bereits in Voderholzer et al. (2022) und Kathmann und Exner (2024).

Kernempfehlungen der aktuellen S3 Leitlinie

Die Leitlinie enthält Empfehlungen zur Diagnostik und Klassifikation, zu psychotherapeutischen Verfahren, ergänzenden psychosozialen Therapien, Psychopharmakotherapie, zur Kombination von Psychotherapie und Psychopharmakotherapie, biologischen nichtpharmakologischen Verfahren, Behandlungszielen und Einbeziehung von Patient*innen und Angehörigen, speziellen Behandlungsaspekten, Behandlung bei psychischer und körperlicher Komorbidität sowie zur Versorgungskoordination. Im vorliegenden Artikel sollen daraus nur ausgewählte Aspekte dargestellt und erläutert werden.

Diagnostik

Systematische Studien zur Diagnostik liegen derzeit nicht vor, aber es besteht Expertenkonsens für eine eng an die ICD- oder DSM-Kriterien angelehnte, möglichst strukturierte Datenerhebung, um reliable Diagnosen inklusive bestehender Komorbiditäten zu erhalten. Infrage kommen dafür v. a. die Strukturierten Klinischen Interviews für DSM (SKID bzw. SCID) oder das Diagnostische Interview bei psychischen Störungen (DIPS) oder auch diagnostische Checklisten. Für Schweregradbestimmung und Verlaufsmessung empfiehlt sich in erster Linie die Yale-Brown Obsessive Compulsive

Scale (Y-BOCS) in der Selbstbeurteilungsversion, besser noch in der Fremdbeurteilungsversion durch Kliniker (siehe Fricke, 2016). In der Primärversorgung z. B. durch Hausärzte dürfte der Aufwand dafür zu hoch erscheinen. Deshalb wird dafür das Zohar-Fineberg Obsessive-Compulsive Screen (ZF-OCS) empfohlen (siehe Tabelle 2).

1.	Waschen und putzen Sie sehr viel?
2.	Kontrollieren Sie sehr viel?
3.	Haben Sie quälende Gedanken, die Sie loswerden möchten, aber nicht können?
4.	Brauchen Sie für Alltagstätigkeiten sehr lange?
5.	Machen Sie sich Gedanken um Ordnung und Symmetrie?

Tabelle 2: Ausschnitt aus? Zohar-Fineberg Obsessive-Compulsive Screen (ZF-OCS; Fineberg und Roberts, 2001)

Zur Verbesserung der Genauigkeit wird empfohlen, eine 6. Frage zu stellen, nämlich „Beeinträchtigen Sie diese Probleme?“. Das Screening ist positiv und legt eine vertiefte Diagnostik nahe, wenn wenigstens eines der Items 1–5 und das Item 6 bejaht werden. Es bietet vernünftig hohe Sensitivität und Spezifität (Kühne et al., 2021). Ebenfalls als wichtig erachtet wird die zusätzliche Erfassung von Lebensqualität und der Grad der Teilhabe. Schließlich sollte bei älteren Betroffenen auch eine hirnorganische Diagnostik mittels entsprechender Testverfahren und biologischer Messungen durchgeführt werden.

KVT: Psychotherapie der ersten Wahl

Bereits in der Vorgängerversion der Leitlinie war die KVT als Behandlungsverfahren der ersten Wahl mit der höchsten Empfehlungsstufe A bewertet worden. Seitdem hat weitere Forschung diese Einschätzung erhärtet und in Metaanalysen bestätigt (Öst et al., 2015; Skapinakis et al., 2016). Kritisch wird an den darin eingegangenen randomisierten kontrollierten Studien (RCTs) häufig gesehen, dass sie die Situation in der Praxisrealität schlecht abbilden könnten, einerseits aufgrund restriktiver Einschlusskriterien (z. B. keine Komorbidität, untypische Patient*innen, die sich auf RCTs einlassen), aber auch wegen der Manualisierung und damit verbundenen geringen Individualität des therapeutischen Vorgehens. Daher war es wichtig zu sehen, welche Ergebnisse nichtmanualisierte und nicht der RCT-Logik folgende sogenannte Effektivitätsstudien unter routinenahen Bedingungen erbringen. Die Besserungsraten in solchen, teils großen Studien fielen erfreulicherweise ähnlich hoch aus wie in den RCTs (z. B. Kathmann et al., 2022), sodass die Praxistauglichkeit des KVT-Verfahrens eindrucksvoll bestätigt wurde. Allerdings ist es wichtig, hier darauf hinzuweisen, dass in diesen Studien KVT lege artis, d. h. mit ausführlichen angeleiteten und selbstständigen Expositionsübungen durchgeführt wurde, was in der Routinepraxis

² AWMF Register Nr. 038/017; <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/038-017>

leider häufig nicht geschieht (Schwarz et al., 2013). KVT mit ausreichend und korrekt durchgeführter Exposition ist damit uneingeschränkt und nachhaltig zu empfehlen. Etwa die Hälfte der so behandelten Patient*innen ist nach der Behandlung remittiert, und zumindest für ein Jahr sind die Besserungen weitgehend stabil. Angesichts geringer Placeboeffekte bei Zwangsstörungen und typischerweise eher chronischen Verläufen sind solche Therapieerfolge als sehr hoch zu werten. Es zeigte sich zudem, dass für die Stabilität des Erfolgs das Erreichen der Remission zum Therapieende eine wichtige Voraussetzung ist und daher in jedem Fall das Therapieziel sein sollte (Elsner et al., 2020). Die längerfristige Stabilität ist allerdings weiterhin zu wenig geklärt, was generell für alle Therapieverfahren gilt – nicht zuletzt, weil bei längerfristiger Nachverfolgung der Patient*innen kaum Kontrolle über evtl. zusätzlich in Anspruch genommene Therapien besteht.

Die kognitive Verhaltenstherapie mit Exposition und Reaktionsmanagement (KVT) ist die Therapie der ersten Wahl bei der Zwangsstörung (Empfehlungsgrad A).

Durchführungsmodalitäten von KVT

Es wurde schon erwähnt, dass das Erreichen der Remission unter KVT die Aufrechterhaltung des funktionalen Zustandes unterstützt. Daher sollte (Empfehlungsgrad B) KVT bei grundsätzlichem Ansprechen auf diese Therapie bis zur Remission fortgesetzt werden. Damit sind in der Praxis auch entsprechende Fortsetzungsanträge gut zu begründen. Remission wird gemäß internationalem Konsensus als erreicht betrachtet, wenn die Diagnose nicht mehr zu stellen ist oder wenn der Y-BOCS Gesamtwert bei < 12 liegt und zugleich eine Verbesserung der Lebensqualität eingetreten ist (Mataix-Cols et al., 2016).

Oft wird gefragt, ob man Zwangsstörungen auch im Gruppensetting erfolgreich behandeln könne. Die Evidenzlage spricht dafür, allerdings sind die Effekte weniger gut belegt und in der Tendenz etwas geringer. Daher wird das Gruppensetting mit Empfehlungsgrad B („sollte“) bewertet. Gruppentherapie bei Zwangsstörungen kann eine gute Ergänzung zur Einzeltherapie sein oder sie bei fehlender Verfügbarkeit von Einzeltherapie auch ersetzen. Nicht zuletzt sprechen auch ökonomische Gründe dafür, diese Form häufiger einzusetzen, um bei begrenzten Ressourcen möglichst viele Betroffene effizient behandeln zu können.

Ein innovatives und potenziell sehr bedeutendes Forschungsergebnis ist, dass KVT bei hochfrequenter und intensiver Durchführung die höchsten Besserungsraten erzielen kann. Dieses Intensivformat wurde von einer norwegischen Arbeitsgruppe entwickelt und evaluiert und sieht eine über vier ganze Tage andauernde KVT im Gruppen- und Einzelformat

mit enger Begleitung durch Psychotherapeut*innen vor (Launes et al., 2019). Derzeit wird das Format auch an anderen Standorten überprüft. Die Empfehlung (Empfehlungsgrad B) lautet, dass Exposition mit Reaktionsmanagement hochfrequent (Blockexposition an unmittelbar konsekutiven Therapietagen; mindestens aber zwei lange Expositionseinheiten pro Woche) angewendet werden sollte, wenn die organisatorischen Voraussetzungen dazu vorhanden sind oder geschaffen werden können. Allerdings besteht noch ein erhöhter Aufwand für die Genehmigung dieses Intensivformats als Kasernenleistung. Es gibt Forderungen und Bestrebungen, diese Hürden angesichts der Evidenzlage abzubauen.

Gelegentlich ist KVT in Präsenz nicht oder schwer umzusetzen (z. B. Wohnortferne zu nächster Behandlungsmöglichkeit, Pandemie etc.). In solchen Fällen wird empfohlen, die Therapie, zumindest teilweise, in Form von Videosprechstunden/Videobehandlung durchzuführen. Allerdings gibt es dazu bisher keine methodisch hochwertige Forschung, die Praxiserfahrungen der Expert*innen sind allerdings so positiv, dass in der Leitlinie ein Expertenkonsens formuliert wurde.

Ebenfalls ein Expertenkonsens ist, dass in der KVT Expositionen initial in Begleitung von Psychotherapeut*innen angeboten und dann nach und nach in das Selbstmanagement der Patient*innen überführt werden sollen. Zudem sollen Expo-

— Ein innovatives und potenziell sehr bedeutendes Forschungsergebnis: KVT kann bei hochfrequenter und intensiver Durchführung die höchsten Besserungsraten erzielen. —

sitionen, wenn irgendwie möglich, auch außerhalb der Praxis und im häuslichen bzw. alltäglichen Umfeld durchgeführt werden. Dies gilt v. a. für solche Symptome, die innerhalb der Praxis/Klinik gar nicht oder nur schwach aktualisierbar sind. Generell soll damit auch ein besserer Transfer in den Alltag erreicht werden. In der klinischen Routine ist zudem sorgfältig darauf zu achten, dass Expositionsübungen, die als Hausaufgaben durchgeführt werden sollen, auch zielführend umgesetzt werden. Nicht selten benötigen Patient*innen hier weitere Unterstützung, um einen guten Therapieerfolg zu erzielen (Konsens von 100 Prozent der Expert*innen).

Das stationäre Angebot zur Behandlung von Zwangsstörungen ist in Deutschland relativ gut ausgebaut. Die in KVT-orientierten Kliniken angebotenen Therapieprogramme enthalten die auch im ambulanten Setting üblichen Interventionen (also Expositionen und Reaktionsmanagement, kognitive Techniken), darüber hinaus oft noch zusätzliche Bausteine wie indikationsspezifische Gruppen, Selbstsicherheitstraining, körperorientierte Interventionen u. a. (vgl. z. B. Voderholzer et al., 2013). Solche stationären Programme erwiesen sich als erfolgreich, allerdings gibt es wenige hochwertige Studien,

die diese Fragestellung direkt adressieren (Veale et al., 2016). Die klinischen Eindrücke der Expertenkommission wurden in dem Statement zusammengefasst, dass stationäre Therapie, die KVT mit Exposition und Reaktionsmanagement im Rahmen multimodaler, für Zwangsstörungen spezialisierter Therapieprogramme anbietet, bei Zwangsstörungen wirksam ist und hohe Effektstärken erzielt. Wann aber soll eine stationäre Therapie, die höhere Kosten verursacht, einer ambulanten Behandlung vorgezogen werden? Hierzu wurde im Expertenkonsens (97,5 Prozent Zustimmung) festgestellt, dass folgende Kriterien für die Bevorzugung einer stationären Therapie gegeben sein sollen:

- Eine leitliniengerechte störungsspezifische ambulante Therapie ist nicht verfügbar.
- Es besteht aktuell Gefahr für das Leben (Suizidalität).
- Es besteht eine schwerwiegende Vernachlässigung oder Verwahrlosung.
- Das Zwangs- und Vermeidungsverhalten ist so schwerwiegend oder so gewohnheitsmäßig, dass ein normaler Tagesablauf und das Wahrnehmen einer ambulanten Therapie nicht mehr möglich sind.
- Es bestehen starker Leidensdruck und starke Beeinträchtigungen der psychosozialen Funktionsfähigkeit.
- Es liegen psychische oder somatische Komorbiditäten vor, die eine ambulante Behandlung erheblich erschweren.
- Es besteht ein ausgeprägtes krankheitsförderndes häusliches Umfeld.

Eine neuere Entwicklung im Bereich der Behandlungsmöglichkeiten sind digitale Therapieangebote. Es wurde in Studien geprüft, inwieweit internetbasierte Anwendungen ausreichende Therapieeffekte bewirken können (Pearcy et al., 2016; Lundström et al., 2022). Die Angebote reichen von systematischer Informationsvermittlung, die zur Selbsthilfe eingesetzt werden kann, bis hin zu komplex aufgebauten Programmen, die auch den Einbezug von Therapeuten (über Online-Chats oder Telefonrückmeldungen) vorsehen. Es zeigten sich relativ ermutigende Ergebnisse, die umso besser zu sein scheinen, je mehr persönlicher therapeutischer Kontakt zur Unterstützung dabei angeboten wird. Mit Empfehlungsgrad B wurde verabschiedet, dass bei begrenztem Versorgungsangebot bzw. langen Wartezeiten digitale KVT-basierte Therapiemodule inklusive Selbsthilfeformaten angeboten werden sollten. Praktisch begrenzend wirkt aber derzeit noch die Tatsache, dass bisher keines der existierenden digitalen Programme in das Verzeichnis der Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) aufgenommen worden ist, sodass die Angebote nur innerhalb von Studien zur Verfügung stehen.

Angehörige und signifikante Bezugspersonen können eine wichtige Rolle für die erfolgreiche Behandlung von Zwangsstörungen spielen (Thomson-Hollands et al., 2014). Dieser klinische Eindruck verdichtet sich zunehmend und findet auch seinen Niederschlag in der Leitlinie. Allerdings ist die Studienlage noch relativ dünn. Der eindeutige Expertenkonsens geht aber dahin, dass Angehörige (immer das Einverständnis

der Betroffenen vorausgesetzt) in die Befunderhebung eingebunden werden, über die Störung umfassend aufgeklärt und in ihrem Interaktionsverhalten mit Betroffenen angeleitet werden sollen. Letzteres ist deshalb wichtig, weil nicht selten zwar gut gemeintes, aber dysfunktionales und therapiebehinderndes Verhalten von den Bezugspersonen gezeigt wird, wie etwa das Ausführen von Zwangshandlungen für die Betroffenen, das Geben von exzessiven Rückversicherungen etc. Diese abzubauen und damit Therapiefortschritte der Betroffenen zu erleichtern, kann ein integraler Bestandteil der Behandlung sein, was aber häufig einiger Motivationsarbeit bedarf. Für die Versorgung wurde generell empfohlen (B-Empfehlung), dass Bezugspersonen und Angehörige soweit wie möglich in den therapeutischen Prozess einbezogen werden.

Einen Überblick über die Empfehlungen gibt Tabelle 3.

Empfehlungsgrad	Empfehlung
B	KVT sollte bei grundsätzlichem Ansprechen bis zum Erreichen des Remissionsziels fortgesetzt werden.
B	KVT ist auch im Gruppensetting wirksam und sollte auch in diesem Format angeboten werden.
B	Wenn möglich, sollte KVT im hochfrequenten/intensiven Format angeboten werden.
B	Bezugspersonen und Angehörige sollten wenn möglich in den Behandlungsprozess einbezogen werden.
Expertenkonsens	Stationäre Behandlung ist wirksam und dann der ambulanten vorzuziehen, wenn ambulant Behandlung nicht verfügbar oder der Schweregrad sehr hoch und/oder die medizinischen Risiken der Patient*innen hoch sind.
Expertenkonsens	Wenn nötig ist KVT auch im Videoformat durchführbar.
Expertenkonsens	Expositionen sind initial in Begleitung von Behandelnden und danach zunehmend selbständig durchzuführen.
Expertenkonsens	Expositionen sind auch im Alltagskontext der Betroffenen durchzuführen, insbesondere, wenn die Symptome nicht in der Praxis/Klinik aktualisierbar sind.
Expertenkonsens	Die Adhärenz der Patient*innen bei der Behandlung, insbesondere die Umsetzung vereinbarter Expositionsübungen zwischen den Therapiesitzungen als Hausaufgaben soll gefördert und überprüft werden, um ein gutes Therapieergebnis sicherzustellen.
Expertenkonsens	Digitale KVT-basierte Therapiemodule sind zu empfehlen bei Versorgungsengpässen und zur Überbrückung langer Wartezeiten.

Tabelle 3: Empfehlungen zu Durchführungsmodalitäten der Kognitiven Verhaltenstherapie

Neuere Varianten der KVT (sogenannte Dritte-Welle Verfahren)

Weiterentwicklungen der KVT werden oft als Dritte-Welle-Verfahren bezeichnet und sind mit der Hoffnung verbunden, dass sie eine Verbesserung gegenüber der klassischen KVT erbringen, zumindest bei bestimmten Indikationen. In der Behandlung von Patient*innen mit Zwangsstörungen werden diese Verfahren eingesetzt und sind auch in Studien evaluiert worden. Zusammenfassend kann man sagen, dass sie zum Teil ermutigende Ergebnisse zeigen, eine generelle Überlegenheit bisher allerdings nicht erkennbar ist. Da sie wirksam sind, können sie aber für Patient*innen, die auf klassische KVT nicht oder ungenügend ansprechen oder diese ablehnen, eine Behandlungsalternative darstellen. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) (Hayes et al., 1999) betont einen offenen, annehmenden Umgang mit Gedanken und Gefühlen sowie wertegeleitetes Handeln. Erste randomisiert kontrollierte Studien zeigen ihre prinzipielle Wirksamkeit (Twohig et al., 2010), die derjenigen von SSRI überlegen zu sein scheint (Vakili et al., 2015). In der Leitlinie wurde festgestellt, dass ACT in Erwägung gezogen werden kann (Empfehlungsgrad 0). Die Datenbasis ist derzeit noch klein, und es ist nicht belegbar, dass zusätzliche ACT-basierte Interventionen zu einer Steigerung der Wirksamkeit oder der Akzeptanz KVT-basierter Behandlung führen (Twohig et al., 2018). Ähnliches gilt für die achtsamkeitsbasierte kognitive Therapie (Mindfulness-Based Cognitive Therapy, MBCT; Segal, Williams & Teasdale, 2002), die ursprünglich für die Behandlung von Depressionen entwickelt worden ist. Die bisherigen randomisiert kontrollierten Studien der für Zwangsstörungen adaptierten Version der MBCT zeigen eher moderate Symptombesserungen, v. a. im Selbstbericht der Betroffenen (Külz et al., 2019). Gemäß Leitlinien kann sie als ergänzendes Gruppenprogramm für Patient*innen, die bereits mit KVT behandelt wurden, angeboten werden. Das Gruppenkonzept kann durch die kompakte Vermittlung kognitiver Aspekte einerseits und achtsamkeitsorientierter Übungen andererseits eine Option darstellen. Die Inferenzbasierte Therapie (IBT) (O'Connor et al., 2009) erhielt erstmals auch eine „Kann“-Empfehlung. Dieser kognitiv orientierte Ansatz behandelt v. a. anhaltende Zweifel und ungünstige Inferenzen als Auslöser für Zwangssymptome. Die Studien zeigen am ehesten für Patient*innen mit wenig Einsicht eine Überlegenheit. Patient*innen mit wenig Distanz zu ihren Zwangsgedanken haben oft Schwierigkeiten, von der klassischen KVT zu profitieren, sodass diese Option erwägenswert ist. Metakognitive Ansätze haben ebenfalls eine „Kann“-Empfehlung erhalten. Diese Verfahren identifizieren und modifizieren ungünstige Annahmen über mentale Prozesse und zwangstypische Denkverzerrungen. Erste Studien wurden vorgelegt zu Metakognitivem Training bei Zwängen in der Gruppe (Z-MKT) (Miegel et al., 2021) und zu Metakognitiver Therapie (MCT) nach Wells (Papageorgiou et al., 2018). Diese Ansätze haben eine gute Akzeptanz und sind zeitökonomisch einsetzbar. Starke Wirknachweise fehlen allerdings bisher. Dysfunktionale Metakognitionen nehmen nach allgemeiner Auffassung eine wichtige Rolle in der Aufrechterhaltung von Zwängen ein, sodass diese Therapiefor-

men weiterhin verfolgt werden sollten und möglicherweise eine nützliche Erweiterung der KVT-orientierten Behandlung darstellen.

Achtsamkeitsbasierte sowie metakognitive Verfahren sind mögliche Behandlungsalternativen oder -ergänzungen für Patient*innen, die bei KVT nicht kooperieren oder erfolglos bleiben. Die Verfahren sind derzeit aber nicht Erste-Wahl-Therapien.

Andere Richtlinienverfahren und weit verbreitete Psychotherapieverfahren

Hier muss mit Bedauern und auch Überraschung festgestellt werden, dass die seit Langem beklagte schlechte bis nicht vorhandene Evidenzbasierung für andere Verfahren weiterhin besteht. Dies ist besonders eklatant bei den psychoanalytischen und den tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapieverfahren, die relativ häufig auch bei Zwangsstörungen zum Einsatz kommen. Es existieren weiterhin keine randomisiert kontrollierten Studien, die belegen könnten, dass diese Verfahren bei Zwangsstörungen überhaupt besser wirken als Placebo, und ebenso wenig gibt es valide Vergleichsstudien, die einen relativ stärkeren oder zumindest gleichwertigen Nutzen dieser Verfahren gegenüber der etablierten KVT oder der Pharmakotherapie gezeigt haben. Die Stichproben vorhandener Studien umfassen zumeist gemischte Diagnosen und es werden nur selten etablierte Outcomemaße wie die Y-BOCS verwendet. Die einzige kontrollierte Studie mit Zwangserkrankten verglich psychodynamische Kurzzeittherapie in Kombination mit Pharmakotherapie mit psychopharmakologischer Monotherapie und konnte keine Überlegenheit der Kombinationsbehandlung zeigen. Für die Gesprächspsychotherapie und die systemische Therapie gibt es ebenfalls keine Vergleichsstudien, die deren Nutzen bei der Behandlung der Zwangsstörung belegen. Somit verabschiedete die Leitlinienkommission ein Statement mit 97,2 Prozent Zustimmung und 2,8 Prozent Enthaltungen, dass für die vorgenannten Verfahren keine Evidenz für ihre Wirksamkeit aus randomisierten kontrollierten Studien vorliegt. Eine Empfehlung zum Einsatz der Verfahren kann demgemäß nicht ausgesprochen werden. Es besteht Hoffnung, dass sich die Evidenzlage mittelfristig verbessern könnte, da derzeit an Therapievergleichsstudien, zumindest für tiefenpsychologisch fundierte Verfahren, gearbeitet wird. Ganz ähnlich ist die Lage bei weiteren humanistisch orientierten Verfahren wie etwa der Gestalttherapie. Auch diese können derzeit nicht zur Behandlung empfohlen werden. Das gilt analog auch für die Schematherapie und das Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR).

Angesichts der Verfügbarkeit evidenzbasierter Therapieverfahren ist anzuraten, auf nicht in ihrer Wirksamkeit belegte Verfahren in der Behandlung von Zwangsstörungen zu verzichten.

Zusammenfassung zur Psychotherapie

Die Empfehlungen betonen mit besonderem Nachdruck die Wichtigkeit aktiver, neuer Lernerfahrungen durch Expositionen und Reaktionsmanagement, die in kritischen, d.h. symptomauslösenden Situationen stattfinden sollen, dabei anfänglich eine kompetente Unterstützung durch Psychotherapeut*innen benötigen und in wiederholten Hausaufgaben eigenständig konsolidiert werden sollen. Die Empfehlungen sind deshalb von hoher Relevanz, weil gemäß einiger Patient*innen- und Therapeutenbefragungen auch in der KVT nicht immer ausreichend auf diese Kernerfordernisse geachtet wird.

Pharmakotherapie

Zur psychopharmakologischen Behandlung der Zwangsstörung werden wie in der 1. Auflage SSRI (in Deutschland zugelassen sind: Citalopram, Escitalopram, Fluoxetin, Fluvoxamin, Paroxetin, Sertralin) mit Empfehlungsgrad A empfohlen. Die Wirksamkeit dieser Substanzen gegenüber Placebo ist eindeutig nachgewiesen (*Skapinakis et al., 2016*). Allerdings wird in der Leitlinie gemäß Expertenkonsens aufgrund der besseren Wirkung von KVT eingeschränkt, dass eine Pharmakotherapie als Monotherapie nur dann indiziert ist, wenn KVT abgelehnt wird, aufgrund der Schwere der Symptomatik nicht durchgeführt werden kann, wegen langer Wartezeiten oder mangelnder Ressourcen nicht zur Verfügung steht oder wenn damit die Bereitschaft der Patient*innen, sich auf weitere Therapiemaßnahmen (insbesondere KVT) einzulassen, erhöht werden kann. Ferner sind sich die Expert*innen einig, dass eine Monotherapie mit SSRI auf Wunsch/Präferenz der Patient*innen und/oder bei positiver Erfahrung der Patient*innen mit gutem Ansprechen auf eine frühere medikamentöse Therapie angeboten werden kann. Es sollte bedacht werden, dass die Wirkung von SSRI in der Regel unter der Wirkung leitliniengerecht durchgeführter KVT liegt. Individuell kann sie deutlich stärker sein oder auch völlig fehlen, weswegen eine Evaluation der Wirkung nach drei Monaten sinnvoll ist. Clomipramin, ein schon früh eingesetztes Pharmakon gegen Zwangsstörungen, das nicht nur die Wiederaufnahme von Serotonin, sondern auch die von Noradrenalin hemmt, ist ähnlich wirksam wie die SSRI, wegen der stärker ausgeprägten Nebenwirkungen aber zweite Wahl in der Pharmakotherapie. Empfehlungen zur korrekten Anwendung und Dosierung der SSRI und von Clomipramin werden in der Leitlinie gegeben und begründet. Eine wichtige Empfehlung ist, dass bei Ansprechen auf einen SSRI die Behandlung für ein bis zwei Jahre fortgeführt werden sollte. Ein Absetzen einer wirksamen SSRI-Therapie sollte langsam und über mehrere Monate unter kontinuierlicher Symptombeobachtung erfolgen. Als medikamentöse Augmentation bei unbefriedigender Wirkung der SSRI sollten (Empfehlungsgrad B) die Antipsychotika Aripiprazol und Risperidon eingesetzt werden (*Zhou et al., 2019*), ohne dass aber bisher geklärt werden konnte, für welche spezifischen Untergruppen dies besonders effektiv sein könnte. Tritt keine Wirkung dieser Augmentation

auf, so sollten die Antipsychotika nach sechs Wochen wieder abgesetzt werden. Erwähnenswert ist zudem, dass gemäß Expertenkonsens eine Monotherapie mit Antipsychotika nicht empfohlen werden kann.

Andere Psychopharmaka bzw. Substanzklassen haben sich bisher nicht als wirksam erwiesen bzw. sind nicht genügend untersucht. Für die Klasse der Benzodiazepine wird sogar mit hoher Empfehlungsstärke (A) vom Einsatz bei Zwangsstörungen wegen ungenügender Wirksamkeit und einem erhöhten Risiko einer Abhängigkeitsentwicklung abgeraten.

Weitere Details zur Psychopharmakotherapie finden sich in der Langfassung der Leitlinie.

Kombination von Psychotherapie und Pharmakotherapie

Es wurde bereits erwähnt, dass bei entsprechendem Angebot eine KVT gegenüber der medikamentösen Therapie aufgrund der tendenziell besseren Wirksamkeit vorzuziehen ist (Empfehlungsgrad B). Oftmals besteht aber die Ansicht, dass die Kombination beider Therapieansätze die besten Ergebnisse erbringen müsste. Bisher ist die Evidenzlage dazu recht lückenhaft, was angesichts der häufigen Verwendung dieser Kombinationstherapien in der klinischen Routineversorgung als sehr unbefriedigend angesehen werden muss. Am besten belegt ist, dass eine medikamentöse Therapie mit SSRI/Clomipramin bei zusätzlicher KVT zu besseren Ergebnissen als die Monotherapie mit SSRI führt (*Skapinakis et al., 2016*). Daher sollte eine zusätzliche KVT, wenn möglich, stets parallel angeboten werden (Empfehlungsgrad A). Insbesondere aber soll KVT zusätzlich (auch nachfolgend) angeboten werden, wenn sich die Reaktion auf die Psychopharmaka im Verlauf als nicht ausreichend darstellt (*Simpson et al., 2008*). Ist von Beginn an eine leitliniengerechte KVT möglich, so wirkt sich die Hinzunahme von Pharmakotherapie nicht generell positiver aus (*Foa et al., 2005; Öst et al., 2015*). Am ehesten kann das der Fall sein, wenn Patient*innen mittelgradig bis schwer depressiv sind oder ein schnellerer initialer Therapiefortschritt angestrebt wird (0, Kann-Empfehlung). Für den letztgenannten Effekt gibt es aber nur relativ schwache Belege. Einen Überblick über die Empfehlungen zur Kombinationstherapie gibt Tabelle 4.

■ Wenn sowohl KVT als auch Pharmakotherapie verfügbar und akzeptiert sind, ist KVT der Pharmakotherapie vorzuziehen.
■ Eine zusätzliche Medikation bei durchgeführter KVT ist nicht sinnvoll bzw. notwendig, außer in Fällen schwerer Depressivität.
■ Eine zusätzliche KVT bei laufender Pharmakotherapie ist zu empfehlen zur Verbesserung des Therapieerfolges und dessen Stabilität.
■ Erzielt Pharmakotherapie nur ungenügende Besserung, kann eine nachfolgende KVT noch weitere deutliche Symptomreduktionen erreichen.

Tabelle 4: KVT und Pharmakotherapie

Somatische nichtpharmakologische Verfahren

Hier sind die Hirnstimulationsverfahren zu nennen, die entweder als Elektrokonvulsionstherapie (EKT), Repetitive Transkranielle Magnetstimulation (rTMS), Transkranielle Gleichstromstimulation (tDCS) oder Tiefenhirnstimulation (DBS) etabliert sind. Es kann an dieser Stelle nicht auf Details dieser Verfahren eingegangen werden. Zum Teil haben sie sich in anderen Indikationen als wirksam erwiesen. Bei Zwangsstörungen sind sie derzeit allenfalls als ergänzende oder alternative Therapieansätze in der Diskussion.

Als Empfehlungen wurden festgehalten, dass:

- rTMS bei Patient*innen mit Zwangsstörung mit unzureichendem Ansprechen auf Verfahren der ersten Wahl mit dem Ziel einer kurzfristigen Symptomlinderung angewendet werden können (Empfehlungsgrad 0). Anzumerken ist, dass es keine klaren Belege für eine längerfristige Wirksamkeit gibt.
- tDCS wegen unzureichender Wirksamkeitsnachweise bei Patient*innen mit Zwangsstörung nicht durchgeführt werden sollte (Empfehlungsgrad B).
- EKT zur Behandlung von Patient*innen mit therapieresistenter Zwangsstörung nicht angewendet werden sollte (Empfehlungsgrad B).
- Die beidseitige DBS unter kritischer Nutzen-/Risikoabwägung bei schwerstbetroffenen Patient*innen mit Zwangsstörung mit fehlendem Ansprechen auf mehrere leitliniengerechte Therapien durchgeführt werden kann (Empfehlungsgrad 0), wobei die Indikation dazu nur psychiatrische Zentren mit Expertise stellen sollten und die Behandlung nur an spezialisierten neurochirurgischen Zentren erfolgen sollte.

Des Weiteren gibt es noch ablative neurochirurgische Verfahren, diese sollten aber wegen schwerer und teilweise irreversibler Nebenwirkungen bei Patient*innen mit therapieresistenter Zwangsstörung nicht durchgeführt werden (Empfehlungsgrad B).

Resümee und Ausblick

Die aktualisierten S3-Leitlinien Zwangsstörungen haben den derzeitigen Wissensstand zur Diagnostik und Behandlung anhand einer sorgfältigen und systematischen Auswertung der Forschungsliteratur zusammengefasst und daraus praxisrelevante Empfehlungen abgeleitet.³

Die Therapie der ersten Wahl bei der Behandlung von Zwangsstörungen ist weiterhin die KVT. Integraler Bestandteil dieses Verfahrens ist die Exposition gegenüber den befürchteten

Gedanken und Vorstellungen bei gleichzeitiger Unterlassung der Neutralisierungsrituale und Vermeidungsversuche. Psychopharmakotherapie (SSRI, Clomipramin) ist ebenfalls wirksam, schneidet aber im direkten Vergleich eher schwächer ab und ist nur in bestimmten Fällen als Monotherapie zu bevorzugen.

Wesentlich ist letztlich, dass in der Versorgung evidenzbasierte Behandlung als die bestmögliche akzeptiert und implementiert wird.

Andere psychotherapeutische Verfahren (darunter tiefenpsychologisch fundierte Verfahren, Gesprächspsychotherapie und systemische Therapie) sind entweder zu wenig untersucht, um eine Empfehlung aussprechen zu können, oder die existierenden Studien liefern keine Evidenz dafür, dass sie bei Patient*innen mit Zwangsstörungen einen Zugewinn oder zumindest Gleichwertigkeit hinsichtlich des therapeutischen Effekts gegenüber der klassischen KVT mit Exposition erbringen. Bei therapieresistenten Fällen trotz leitliniengerechter Therapien der ersten und zweiten Wahl sind bestimmte Antipsychotika sowie Stimulationsverfahren erwägenswert, unter strenger Abwägung der Nebenwirkungen.

Unsicherheiten bleiben, weil einige sehr wichtige Aspekte noch unzureichend erforscht sind, wie etwa Langzeitwirkungen und Rückfallursachen sowie das Zusammenwirken von Psychotherapie und Medikation. Prinzipiell wirksame Therapien wie die KVT können wahrscheinlich durch Feinanpassungen der Indikation und der Durchführungsmodalitäten noch optimiert werden. Bisher unzureichend beforschte Verfahren müssten ihre Wirksamkeit erst noch belegen, bevor sie in der Versorgung angewendet werden. Letztlich ist wesentlich, dass in der Versorgung der Patient*innen evidenzbasierte Behandlung als die bestmögliche akzeptiert und implementiert wird.

Die Umsetzung des wissenschaftlichen Erkenntnisstandes und die fachgerechte Anwendung evidenzbasierter Therapieverfahren hat das Potenzial, die Versorgung von Betroffenen mit Zwangsstörungen erheblich zu verbessern.

Literatur

Hinweis: Wir veröffentlichen an dieser Stelle nur eine Auswahl – das vollständige Literaturverzeichnis für diesen Artikel finden Sie auf unserer Homepage unter www.psychotherapeutenjournal.de.

Elsner, B., Wolfsberger, F., Srp, J., Windsheimer, A., Becker, L., Jacobi, T. et al. (2020). Long-term stability of benefits of cognitive behavioral therapy for obsessive compulsive disorder depends on symptom remission during treatment. *Clinical Psychology in Europe*, 2 (1), 1–18.

³ Wir danken Frau Dr. Monika Nothacker und der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF e.V.) für die gemeinsame Arbeit an der revidierten Leitlinie und der DGPPN für ihre Rolle als federführende Fachgesellschaft und für ihre finanzielle Förderung der Erstellung der S3-Leitlinie.

Foa, E. B., Liebowitz, M. R., Kozak, M. J., Davies, S., Campeas, R., Franklin, M. E. et al. (2005). Randomized, placebo-controlled trial of exposure and ritual prevention, clomipramine, and their combination in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 162 (1), 151–161.

Kathmann, N., Jacobi, T., Elsner, B. & Reuter, B. (2022). Effectiveness of individual cognitive-behavioral therapy and predictors of outcome in adult patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 91 (2), 123–135.

Kühne, F., Paunov, T. & Weck, F. (2021). Recognizing obsessive-compulsive disorder: How suitable is the German Zohar-Fineberg obsessive-compulsive screen? *BMC Psychiatry*, 21(1), 450.

Launes, G., Hagen, K., Sunde, T., Öst, L. G., Klovning, I., Laukvik, I. L. et al. (2019). Randomized controlled trial of concentrated ERP, self-help and waiting list for obsessive-compulsive disorder: The Bergen 4-day treatment. *Frontiers in Psychology*, 15 (10), 2500.

Lundström, L., Flygare, O., Andersson, E., Enander, J., Bottai, M., Ivanov, V. Z. et al. (2022). Effect of internet-based vs. face-to-face cognitive behavioral therapy for adults with obsessive-compulsive disorder: A randomized clinical trial. *JAMA Network Open*, 5 (3), e221967.

Mataix-Cols, D., Fernandez de la Cruz, L., Nordsletten, A. E., Lenhard, F., Isomura, K. & Simpson, H. B. (2016). Towards an international expert consensus for defining treatment response, remission, recovery and relapse in obsessive-compulsive disorder. *World Psychiatry*, 15 (1), 80–81.

Öst, L. G., Havnen, A., Hansen, B. & Kvale, G. (2015). Cognitive behavioral treatments of obsessive-compulsive disorder. A systematic review and meta-analysis of studies published 1993–2014. *Clinical Psychology Review*, 40, 156–169.

Ruscio, A., Stein, D., Chiu, W. & Kessler, R. C. (2010). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular Psychiatry*, 15, 53–63.

Simpson, H. B., Foa, E. B., Liebowitz, M. R., Ledley, D. R., Huppert, J. D., Cahill, S. et al. (2008). A randomized, controlled trial of cognitive-behavioral therapy for augmenting pharmacotherapy in obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 165 (5), 621–630.

Skapinakis, P., Caldwell, D. M., Hollingworth, W., Bryden, P., Fineberg, N. A., Salkovskis, P. et al. (2016). Pharmacological and psychotherapeutic interventions for management of obsessive-compulsive disorder in adults: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry*, 3 (8), 730–739.

Twohig, M. P., Hayes, S. C., Plumb, J. C., Pruitt, L. D., Collins, A. B., Hazlett-Stevens, H. et al. (2010). A randomized clinical trial of acceptance and commitment therapy versus progressive relaxation training for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78 (5), 705–716.

Voderholzer, U., Kathmann, N. & Reuter, B. (2024 a). *Praxishandbuch Zwangsstörungen und verwandte Störungen* (1. Aufl.). München: Elsevier.

Voderholzer, U., Kathmann, N., Wahl-Kordon, A., Zurowski, B., Rubart, A. & Staniloiu, A. (2024 b). *S3-Leitlinie Zwangsstörungen* (2. Aufl.). Berlin/Heidelberg: Springer.



Prof. Dr. Norbert Kathmann

Korrespondenzadresse:

Humboldt-Universität zu Berlin
Institut für Psychologie
Rudower Chaussee 18
12489 Berlin
kathmann@hu-berlin.de

Prof. Dr. phil. Norbert Kathmann ist langjähriger Leiter der Spezialambulanz für Zwangsstörungen der Humboldt-Universität zu Berlin und war dort Lehrstuhlinhaber für Klinische Psychologie. Er forscht zu den psychologischen und biologischen Grundlagen von Zwangsstörungen und der Verbesserung von deren psychotherapeutischer Behandlung.

Dr. Andreas Wahl-Kordon

Privatdozent Dr. Andreas Wahl-Kordon ist als Ärztlicher Direktor der Oberberg Fachklinik Schwarzwald, Medical Lead der Oberbergkliniken im Südwesten und als Dozent an der Universität Freiburg tätig. Er war Projektleiter der 1. Auflage der Leitlinie Zwangsstörungen.

Dr. Angelica Staniloiu

Privatdozentin Dr. med. Angelica Staniloiu ist Oberärztin an der Oberberg Fachklinik Schwarzwald und Dozentin an der Universität Bielefeld. Wissenschaftlich beschäftigt sie sich vor allem mit funktionellen Gedächtnisstörungen.

Antonie Rubart

Antonie Rubart, M. Sc., ist als Psychologische Psychotherapeutin in Hamburg in eigener Praxis tätig. Im Rahmen ihrer Tätigkeit am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein hat sie im Bereich Angst-, Zwangsstörungen und Depression geforscht und an der Revision der S3-Leitlinie Zwangsstörungen mitgewirkt.

Matthias Favreau

Matthias Favreau, M. Sc., ist als Psychologe in klinischer Tätigkeit in den kbo Lech-Mangfall-Kliniken am Standort Landsberg am Lech beschäftigt. Die Schwerpunkte seiner Tätigkeit im allgemeinpsychiatrischen Bereich liegen in der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlung von Angst- und Zwangserkrankungen sowie Persönlichkeitsstörungen.

Dr. Bartosz Zurowski

Dr. med. Bartosz Zurowski leitet am Zentrum für Integrative Psychiatrie der Universität Lübeck den Behandlungsbereich Affektive Störungen, Angststörungen und Zwangsstörungen und forscht insbesondere zu Zwangsstörungen.

Prof. Dr. Ulrich Voderholzer

Prof. Dr. med. Ulrich Voderholzer leitete die Kommission für die Revision der S3 Leitlinie Zwangsstörungen. Er forscht seit Langem zur Versorgungslage und deren Verbesserung von Patient*innen mit psychischen Störungen, insbesondere Zwangsstörungen.