

1 Einleitung

Die Zwangsstörung ist eine komplexe psychische Erkrankung, die weltweit eine Prävalenz von 1–3% aufweist (Fawcett et al. 2020; Kessler et al. 2012; Ruscio et al. 2010). Sie ist durch intrusive, als höchst aversiv erlebte Zwangsgedanken sowie repetitive Zwangshandlungen gekennzeichnet. Die meisten Betroffenen¹ weisen bereits im Kindes- und Jugendalter erste Symptome auf; das mittlere Erkrankungsalter liegt bei etwa 17 Jahren (Brakoulias et al. 2017). Unbehandelt geht die Zwangsstörung zumeist mit ausgeprägten Beeinträchtigungen im Alltag und einem progredienten Verlauf einher. Aus Scham neigen viele Betroffene dazu, die Symptomatik zu verheimlichen, und nehmen die Erkrankung oft erst dann als solche wahr, wenn sie einen deutlichen Belastungsgrad erreicht hat. Entsprechend liegt die Latenz, bis eine zwangserkrankte Person sich an einen Behandelnden wendet, bei durchschnittlich fast acht Jahren (da Conceição Costa et al. 2022). Angesichts der hohen Symptombelastung vieler Zwangserkrankter fühlen sich unerfahrene Ärztinnen und Ärzte sowie Therapeutinnen und Therapeuten oft unsicher im Umgang mit dem Störungsbild. Mitunter wird Betroffenen gar vermittelt, die Zwangsstörung sei grundsätzlich unheilbar. Dabei gilt die Wirksamkeit kognitiv-verhaltenstherapeutischer Behandlungsansätze bei Zwängen als gut belegt – vorausgesetzt, sie werden leitliniengemäß umgesetzt (Voderholzer et al. 2022a). Als Therapie der ersten Wahl gilt die Exposition mit Reaktionsmanagement, in deren Rahmen sich Betroffene ihren Zwangsgedanken und aversiven Gefühlen aktiv stellen, ohne diese durch Zwangshandlungen zu neutralisieren. Die Heterogenität der Zwangsstörung stellt Behandelnde bei der Umsetzung der Expositionstherapie allerdings vor besondere Herausforderungen. Verschiedene Symptomdimensionen foramen unterschiedliche Erscheinungsbilder und machen angepasste Interventionen notwendig. Weitere individuelle Patientenmerkmale wie dysfunktionale Überzeugungen, Motivdimensionen und Funktionalitäten der Zwänge sind ebenfalls zu berücksichtigen, um optimale Behandlungserfolge zu erzielen. Gleichwohl gibt es grundlegende gemeinsame Störungsmechanismen der verschiedenen Erscheinungsformen der Zwangsstörung. Das vorliegende Manual bietet eine Zusammenstellung wesentlicher Therapiemaßnahmen und leitet Behandelnde dazu an, indikationsspezifisch aus globalen Techniken, symptomdimensionsbezogenen Interventionen und individuell-personenorientierten Maßnahmen zur Behandlung

1 In diesem Buch wurde stets versucht, eine geschlechtsneutrale Formulierung zu wählen. Wenn dies jedoch nicht möglich war, wurde aus Gründen der besseren Lesbarkeit das generische Maskulinum verwendet. Hiermit sind selbstverständlich Menschen aller Geschlechtsidentitäten gemeint.

von Zwängen auszuwählen. Insbesondere zielt das Manual darauf ab, Behandelnden mehr Expertise und Selbstsicherheit im Umgang mit der Vielgestaltigkeit der Zwangsstörung zu vermitteln, um langfristig zu einer verbesserten Versorgungssituation und Entstigmatisierung der Erkrankung beizutragen.

1.1 Aufbau und Nutzung des Manuals

Gemäß der Intention, ein sowohl evidenzbasiertes als auch benutzerfreundliches Manual zur Therapie der Zwangsstörung zur Verfügung zu stellen, ist das Buch wie folgt aufgebaut: Im ersten Teil werden grundlegende Informationen hinsichtlich Erscheinungsbild, Ätiologie und Störungsmodellen kompakt vermittelt. Anschließend werden diagnostische Maßnahmen sowie evidenzbasierte Behandlungsempfehlungen dargestellt. Im zweiten Teil liegt der Fokus auf der Vermittlung konkreter therapeutischer Strategien. Es werden globale störungsbezogene Interventionen sowie spezifische Behandlungsmethoden und Besonderheiten dargestellt, die im Hinblick auf heterogene Patientenmerkmale, wie z.B. Symptom- und Motivdimensionen, zu berücksichtigen sind. Zur individualisierten Therapieplanung ist eine detaillierte Exploration der Symptomatik essenziell, bezüglich derer an entsprechenden Stellen praktische Hinweise gegeben werden. Patientenbeispiele veranschaulichen die Umsetzung konkreter Interventionen, und Querverweise zwischen den einzelnen Kapiteln ermöglichen ein modulares Lesen sowie zielorientiertes Arbeiten mit dem Manual. Das Gros der dargestellten Inhalte eignet sich sowohl für die Behandlung im Einzel- als auch im Gruppensetting. Anmerkungen im Text geben konkrete Hinweise für die Durchführung im jeweiligen Behandlungskontext. Am Ende ist zudem ein strukturierter Ablaufplan für die Umsetzung einer zwangsstörungsspezifischen Gruppentherapie abgedruckt.

2 Grundlagen der Erkrankung

Nachfolgend wird das klinische Erscheinungsbild der Zwangsstörung anhand der geltenden Diagnosekriterien dargestellt sowie differenzialdiagnostisch abgegrenzt. Eine vertiefende Beschreibung der verschiedenen Erscheinungsformen des Zwangs mit zahlreichen Symptombespielen findet sich in ► Kap. 6.3.1. Anschließend werden ätiologische und aufrechterhaltende Mechanismen der Zwangsstörung erläutert.

2.1 Erscheinungsbild und Diagnosekriterien

Die Diagnosekriterien der Zwangsstörung weisen gemäß ICD-11 (WHO 2019) und DSM-5 (Falkai et al. 2015; First 2013) weitflächige Überschneidungen auf. Beide Diagnosemanuale benennen das Vorhandensein von *Zwangsgedanken* und/oder *Zwangshandlungen* als Kernmerkmale der Störung. Zwangsgedanken werden als wiederkehrende, anhaltende Gedanken, Bilder und Impulse beschrieben, die als aufdringlich sowie unerwünscht (aversiv) empfunden werden und zumeist mit Ängsten und Unterdrückungsversuchen einhergehen. Zwangshandlungen werden definiert als sich wiederholende Verhaltensweisen, einschließlich sich wiederholender geistiger Handlungen, die der Betroffene in Reaktion auf einen Zwangsgedanken nach starren Regeln mit dem Ziel ausführt, das durch die Zwangsgedanken hervorgerufene aversive Gefühl zu neutralisieren. Damit eine Zwangsstörung diagnostiziert werden kann, müssen die Zwänge zeitaufwendig sein (z. B. mehr als eine Stunde pro Tag in Anspruch nehmen), zu erheblichem Leidensdruck oder zu erheblichen Beeinträchtigungen in persönlichen, familiären, sozialen, schulischen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen führen. Im Gegensatz zur ICD-10 wird zur Diagnosestellung kein Mindestzeitraum mehr gefordert, über den die Symptome bestehen müssen.

Während in der ICD-10 noch zwischen Zwangsstörungen mit vorwiegend Zwangsgedanken (F42.0), vorwiegend Zwangshandlungen (F42.1) oder mit einer Kombination aus beidem (F42.2) differenziert wurde, wird in ICD-11 und DSM-5 auf diese Einteilung verzichtet, da bei sorgfältiger Exploration fast immer sowohl Zwangsgedanken als auch -handlungen vorliegen. Neu gegenüber der ICD-10 ist außerdem der Qualifier »Einsichtsfähigkeit«. So wird in der ICD-11 zwischen »Zwangsstörungen mit mittelmäßiger bis guter Krankheitseinsicht« (6B20.0) und

»Zwangsstörungen mit schlechter bis fehlender Krankheitseinsicht« (6B20.1) unterschieden. Das DSM-5 weist eine dreigliedrige Unterteilung von Zwangsstörungen mit »guter oder angemessener Einsicht«, »wenig Einsicht« sowie »fehlender Einsicht/wahnhaften Überzeugungen« auf. Im DSM-5 kann zudem codiert werden, ob die Zwänge Tic-bezogen sind (d.h., der Betroffene weist gegenwärtig oder in der Vorgeschichte eine Ticstörung auf) oder nicht.

2.1.1 Diagnostische Einordnung

In den gängigen Diagnosemanualen wurde die Zwangsstörung lange Zeit den neurotischen bzw. Angststörungen zugeordnet, da Zwangsgedanken oftmals Angst auslösen und Zwangshandlungen zumeist mit dem Ziel ausgeführt werden, die durch die Zwangsgedanken hervorgerufene Angst zu neutralisieren. Eine wachsende Zahl von klinischen Beobachtungen und Forschungsbefunden weist jedoch darauf hin, dass bei vielen Betroffenen andere Empfindungen mit den Zwangssymptomen einhergehen, wie z. B. Anspannung, Ekel oder ein Gefühl von Unvollständigkeit. Zudem unterscheidet sich die für Zwangsstörungen charakteristische aktive und ritualisierte Umgangsform mit den auslösenden Reizen deutlich von den Beruhigungs- und Vermeidungsstrategien, die das Erscheinungsbild klassischer Angsterkrankungen prägen. Vor diesem Hintergrund wurde die Klassifikation der Zwangsstörung als eine Form der Angststörungen zu Recht aufgegeben (Voderholzer et al. 2022a).

Sowohl in der ICD-11 als auch im DSM-5 wird die Zwangsstörung nun dem Kapitel der »Zwangsstörungen und verwandten Störungen« zugeordnet, welches u. a. auch die körperdysmorphe Störung, pathologisches Horten (engl. hoarding) sowie die körperbezogene repetitive Verhaltensstörung (ICD-11) umfasst. Letztere Diagnose gliedert sich im DSM-5 in die beiden Erscheinungsformen Trichotillomanie (pathologisches Haareausreißen) und Dermatillomanie (engl. skin picking; pathologisches Hautzupfen) auf. In der ICD-11 werden darüber hinaus die Hypochondrie sowie der Eigengeruchswahn als zwangsverwandte Störungen gelistet. Hinzu kommen in beiden Manualen noch Diagnosen für substanzinduzierte Zwangs- oder verwandte Störungen sowie für sekundäre Zwangsstörungen (ICD-11) bzw. Zwangsstörung und verwandte Störungen aufgrund eines anderen medizinischen Krankheitsfaktors (DSM-5).

2.1.2 Symptomdimensionen der Zwangsstörung

Die Erscheinungsformen der Zwangsstörung sind äußerst vielfältig. Tatsächlich können sich zwei Patienten, die beide die Diagnose Zwangsstörung erhalten haben, hinsichtlich ihrer Symptome stark voneinander unterscheiden. Während die eine Person beispielweise exzessive Waschroutinen ausführt, um ihre Wohnung frei von Schimmelsporen zu halten, kontrolliert die andere Person minutenlang, ob kein Wasser mehr aus dem Wasserhahn austritt. Trotz der großen Heterogenität der Erkrankung weisen faktorenanalytische Untersuchungen von Symptomlisten darauf hin, dass sich die Symptome der Zwangsstörung relativ reliabel in vier bis sechs

Symptomdimensionen einteilen lassen. In einer Metaanalyse von 21 Primärstudien mit insgesamt 5.124 Patienten ergaben sich die vier Faktoren »Symmetrie« (Zwangsgedanken zu Symmetrie sowie Zwangshandlungen in Form von Wiederholen, Ordnen und Zählen), »Verbotene Gedanken« (sexuelle, aggressive, religiöse und körperbezogene Zwangsgedanken sowie Kontrollzwänge), »Waschen« (Kontaminationsgedanken und Waschzwänge) und »Pathologisches Horten« (Bloch et al. 2008). Eine weitere große Faktorenanalyse über gepoolte Symptomdaten von 1.224 Patienten resultierte in einer Fünffaktorenlösung: »Tabu«, »Kontamination/Waschen«, »Zweifel«, »Aberglaube/Rituale« und »Symmetrie/Pathologisches Horten« (Katerberg et al. 2010). Hingegen berichten Abramowitz et al. (2010) im Kontext der Entwicklung eines dimensionalen Fragebogens zur Erfassung der Zwangssymptomatik, für den sie Primärdaten von 1.557 Patienten auswerteten, die höchste Reliabilität für folgende vier Faktoren: »Kontamination« (kontaminationsbezogene Zwangsgedanken sowie Wasch- und Reinigungszwänge), »Verantwortung« (Zwangsgedanken, für Schäden oder Fehler verantwortlich zu sein, sowie Kontrollzwänge), »Inakzeptable Gedanken« (abstoßende Zwangsgedanken bezogen auf Sex, Religion oder Gewalt mit kognitiven Ritualen) und »Symmetrie« (auf Ordnung und Symmetrie bezogene Zwangsgedanken sowie Ordnungszwänge). Zwar unterscheiden sich die dargestellten Gruppierungen von Zwangssymptomen nur geringfügig, dennoch beeinträchtigt die fehlende methodische Konsistenz die Erforschung der klinischen und biologischen Korrelate einzelner Symptomdimensionen. Patienten mit Symmetrie-, Wiederholungs- und Zählzwängen sind in der Forschung beispielsweise deutlich unterrepräsentiert (Calamari et al. 2004). Gleichwohl weisen einige Befunde darauf hin, dass die verschiedenen Symptomdimensionen mit unterschiedlichen Komorbiditätsmustern, genetischen Faktoren, hirnelektrischen Auffälligkeiten sowie Therapieerfolgsraten assoziiert sind (Mataix-Cols et al. 2005; Thorsen et al. 2018). Dabei ist allerdings zu beachten, dass viele Zwangserkrankte Symptome in mehreren Kategorien berichten. Mit Hinblick auf die therapeutischen Implikationen, die sich aus der Einteilung in verschiedene Symptomdimensionen ergeben, wird im vorliegenden Manual zwischen *Waschzwängen*, *Kontrollzwängen*, *Ordnungs- und Symmetriezwängen*, *tabuisierten Gedanken* sowie *magischem Denken und Handeln* differenziert. Die Dimension »Verantwortung« nach Abramowitz et al. (2010) wird hier aus Gründen der Übersichtlichkeit also in Kontrollzwänge sowie magisches Denken und Handeln gegliedert, was in etwa auch der Faktorisierung nach Katerberg et al. (2010) entspricht. Pathologisches Horten, das ehemals auch als Symptomdimension der Zwangsstörung gewertet wurde, wird in der ICD-11 und im DSM-5 allerdings als gesonderte, zwangsverwandte Diagnose aufgeführt und hier entsprechend nicht näher berücksichtigt.

2.2 Differenzialdiagnostische Abgrenzung

Im Rahmen der Differenzialdiagnostik ist zu entscheiden, ob die geschilderten Symptome aufgrund einer Zwangsstörung oder aufgrund einer anderen Störung bestehen. Unter sorgfältiger Berücksichtigung der ICD-11- und DSM-5-Kriterien ist die Diagnostik der Zwangsstörung in den meisten Fällen unproblematisch. Die Abgrenzung gegenüber einzelnen Störungsbildern mit überlappenden Merkmalen erfordert mitunter jedoch eine genaue Exploration differenzialdiagnostischer Kriterien, die nachfolgend kurz erläutert werden. Eine adäquate Diagnostik bedarf dabei sowohl der Kenntnis der Symptomatik der Zwangsstörung als auch eines hinreichenden Wissens bezüglich der Symptome möglicher Alternativdiagnosen.

2.2.1 Zwanghafte Persönlichkeitsstörung

Patienten mit zwanghafter Persönlichkeitsstörung oder -akzentuierung zeichnen sich in sämtlichen Lebensbereichen durch ein hohes Maß an Rigidität, Perfektionismus und Konformismus hinsichtlich idiosynkratischer Normen aus. Die damit assoziierten Gedanken und Verhaltensweisen werden als ich-synton (d. h. zum eigenen Ich gehörend) erlebt, sodass Betroffene keinen Widerstand dagegen leisten und oftmals kaum veränderungsmotiviert sind. Hingegen zeigen Zwangserkrankte zumeist ein höheres Maß an Einsicht in die Unsinnigkeit ihrer Zwangshandlungen und erleben die zwangsassoziierten Gedanken als intrusiv, unerwünscht und aversiv, was sie dazu veranlasst, Widerstand gegen sie zu leisten. Beide Störungsbilder können jedoch auch komorbid auftreten.

2.2.2 Generalisierte Angststörung

Im Rahmen einer generalisierten Angststörung (GAS) treten generalisierte und frei flottierende Ängste auf, die sich vornehmlich auf zukünftige eigene Unglücke oder die eines Angehörigen beziehen und nicht auf bestimmte Umgebungsbedingungen beschränkt sind. Im Gegensatz zu Zwangserkrankten fühlen sich GAS-Betroffene weniger verantwortlich für die Verhinderung des befürchteten Unglücks und führen entsprechend keine aktiven Neutralisierungsrituale aus. Vermeidungsverhalten spielt hingegen eine größere Rolle, um generalisierte Ängste im Alltag zu reduzieren. Ferner werden die Sorgen im Rahmen einer GAS als weniger intrusiv und stärker ich-synton erlebt.

Unterscheidungsbeispiel

- GAS: Frau S. hat große Angst, dass ihrem Mann ein Autounfall widerfahren könnte. Während er unterwegs ist, verstrickt sie sich in Sorgen, blickt ununterbrochen auf ihr Handy und wartet gebannt darauf, dass er ihr schreibt, sicher am Zielort angekommen zu sein.

- Zwangsstörung: Herr W. hat ebenfalls große Angst, dass seinem Partner bei einer Autofahrt etwas Schlimmes zustoßen könnte. Um einen möglichen Unfall zu verhindern, küsst er ihn bei der Verabschiedung dreimal und darf dabei nur positive Gedanken im Kopf haben. Ansonsten muss er das Kussritual wiederholen.

2.2.3 Depression

Depressive Erkrankungen zählen zu den häufigsten Komorbiditäten der Zwangsstörung. Im Hinblick auf die Behandlungsplanung ist zu klären, ob die Depression der Zwangssymptomatik vorausging oder aber aus der Belastung durch die Zwänge resultierte (► Kap. 6.7.1). Zudem stellt die Abgrenzung intensiver Grübelgedanken im Rahmen einer Depression von Zwangsgedanken eine wichtige differenzialdiagnostische Fragestellung dar. Während Zwangsgedanken zumeist auf potenzielle Bedrohungen in der Zukunft gerichtet sind, kreisen die Grübelgedanken und Schuldgefühle eines depressiv Erkrankten vornehmlich um die Vergangenheit. Zwangsgedanken werden zudem als intrusiv erlebt und mit (teils gedanklichen) Neutralisierungsversuchen beantwortet. Verglichen mit dem aktiven Denken von Gegengedanken sind Grübelschleifen deutlich weniger zielgerichtet und gehen mit einem geringeren Anspannungsniveau einher.

2.2.4 Anorexia nervosa

Sowohl die Zwangsstörung als auch die Anorexia nervosa sind durch Rigidität und Kontrollverhalten gekennzeichnet. Bei der Anorexie sind die störungsassoziierten Gedanken allerdings eindeutig auf das Körpergewicht und das Aussehen fokussiert. Sie gehen nicht mit Sorgen bzgl. z. B. der Nutzung von Küchengeräten oder einer potenziellen Infektion durch die Nahrungsaufnahme einher. Beide Erkrankungen zeigen allerdings eine hohe genetische Korrelation und treten nicht selten komorbid auf.

Unterscheidungsbeispiel

- Anorexie: Frau D. hat bereits ein sehr geringes Körpergewicht und große Angst davor, zuzunehmen. Trotz ihrer hervorstehenden Beckenknochen empfindet sie ihre Hüften als »speckig«. Von Montag bis Samstag isst sie nur »sichere« Lebensmittel wie Äpfel oder Magerquark. Wenn sie es geschafft hat, die Woche ohne Essanfälle durchzuhalten, gönnt sie sich am Sonntag ein kleines Joghurts mit Erdbeeren aus ihrer Lieblingsesdielen.
- Zwangsstörung: Frau N. ist ebenfalls sehr schlank. Da sie große Angst hat, den Herd nicht richtig ausgeschaltet oder den Kühlschrank nicht korrekt verschlossen zu haben, nutzt sie ihre Küche mittlerweile gar nicht mehr. Ihre Nahrungsaufnahme beschränkt sich auf wenige ausgewählte Lebensmittel, die

nicht gekocht werden müssen und außerhalb des Kühlschranks gelagert werden können, wie z. B. Äpfel. Wenn ihre finanziellen Mittel es erlauben, gönnen sie sich ein Take-Away-Essen.

2.2.5 Hypochondrie

Hypochondrische Patienten haben zumeist ein starkes Bedürfnis danach, sich anderen Menschen bezüglich ihres Leidens mitzuteilen. Krankheitsbezogene Zwangsgedanken sind hingegen oft schambehaftet und werden von den Betroffenen verheimlicht. Beide Störungsbilder gehen mit angstreduzierenden Verhaltensweisen einher. Während sich diese bei hypochondrischen Patienten auf Arztbesuche, Selbstbeobachtungen und Recherchetätigkeiten bzgl. der vermeintlichen Erkrankung beschränken, nehmen sie im Rahmen von Zwangsstörungen meist komplexere, ritualisiertere und bizarrere Formen an. Zwangserkrankte versuchen durch neutralisierende Verhaltensweisen zu *verhindern*, selbst eine spezifische Krankheit zu bekommen oder diese an Dritte (oftmals besonders schutzbedürftige Menschen) weiterzugeben; hypochondrische Patienten prüfen durch ihr Verhalten hingegen die Hypothese, dass eine Erkrankung *bereits vorliegt*.

2.2.6 Psychose

Insbesondere bizarre Zwangsgedanken sind für Laien schwer von psychotischem Erleben abzugrenzen. Ein häufig herangezogenes Unterscheidungsmerkmal betrifft die Einsichtsfähigkeit in die Irrationalität der sich aufdrängenden Gedankeninhalte. Tatsächlich kann diese Einsichtsfähigkeit aber auch bei Zwangserkrankten deutlich reduziert sein, was bei der Überarbeitung der Diagnosekriterien in ICD-11 und DSM-5 Berücksichtigung fand. Trennschärfer ist die Frage nach dem wahrgenommenen Urheber der aufdringlichen Gedanken. Während Zwangserkrankte diese als Produkt des eigenen Geistes erkennen, beschreiben psychotische Patienten ihre Gedanken häufig als von außen eingegeben. Darüber hinaus gehen Zwangsgedanken üblicherweise mit Unterdrückungsversuchen bzw. einer ritualisierten Form der Neutralisierung einher, psychotische Kognitionen nicht. Ein nicht selten auftretender Zwangsgedanke ist übrigens »Ich könnte verrückt werden bzw. eine Psychose entwickeln«. Bei Betrachtung der absoluten Risiken findet diese Sorge jedoch kaum Bestätigung. Während 12–14% der an Schizophrenie erkrankten Personen eine komorbide Zwangsstörung aufweisen (Achim et al. 2011; Swets et al. 2014), liegt die Prävalenz von psychotischen Erkrankungen in der Grundgesamtheit aller Menschen mit Zwangserkrankung nur bei ca. 3%. Die komorbiden Zwangssymptome bei Schizophreniepatienten lassen sich entweder als sekundäre, durch bestimmte Antipsychotika induzierte Symptome (Mahendran et al. 2007; Poyurovsky et al. 2004) oder als schwere Verlaufsform der psychotischen Grunderkrankung erklären (Bottas et al. 2005; Reznik et al. 2001). Das Risiko für eine Konversion von Zwang zu Psychose ist zwar durch Fallstudien belegt, insgesamt jedoch äußerst gering.

2.2.7 Spezifische Phobien

Während Zwangserkrankte befürchten, dass durch das eigene Verhalten ein schlimmer Schaden entstehen könnte oder bestimmte Gedanken und Vorstellungen als extrem tabuisiert bzw. Zustände und Handlungen als »nicht genau richtig« erlebt werden, und damit unerträglich sind, empfinden Patienten mit spezifischer Phobie konkrete Situationen oder Objekte für sich genommen als bedrohlich und stark angstauslösend. Vermeidungsverhalten steht bei Angststörungen stärker im Vordergrund, da es oft die einzige Strategie zur Reduktion bzw. Prävention der Angst darstellt. Zwangserkrankte bewältigen die aversiven Gefühle hingegen auch durch Neutralisation mittels ritualisierter Zwangshandlungen.

Unterscheidungsbeispiel

- Arachnophobie: Frau K. hat seit ihrer Kindheit große Angst vor Spinnen, weshalb sie schon seit vielen Jahren nicht mehr auf den Dachboden gestiegen ist. Begegnet sie dennoch einmal einer Spinne, verfällt sie in Panik und ruft laut nach ihrem Mann, damit er die Spinne beseitigt.
- Zwangsstörung: Frau H. empfindet Spinnen ebenfalls als sehr bedrohlich. Für sie stellen sie »Tiere des Todes« dar, die Unglück bringen. Daher hat Frau H. diverse Vorkehrungen getroffen, damit keine Spinne in ihre Wohnung eindringen kann. Wenn ihr auf der Straße eine Spinne über den Weg läuft, muss sie die Kleidung, die sie getragen hat, beim Nachhausekommen umgehend ausziehen und sich heiß duschen, damit sie das »Unglück« nicht in ihrer Wohnung verteilt.

2.2.8 Impulskontrollstörungen

Sowohl die Zwangsstörung als auch Impulskontrollstörungen wie z. B. die Kleptomanie oder pathologisches Spielen sind durch ein subjektives Dranggefühl und ein kurzzeitiges Erleichterungserleben nach Handlungsausführung gekennzeichnet. Im Gegensatz zu Zwängen werden die Handlungen bei Impulskontrollstörungen jedoch als per se befriedigend erlebt. Zumindest initial handelt es sich also um einen positiven Verstärkungsmechanismus (Evozieren eines angenehmen Gefühls), während bei der Ausführung von Zwangshandlungen lerntheoretisch eine negative Verstärkung (Reduktion eines aversiven Gefühls) vorliegt.

2.2.9 Ticstörungen und Tourette-Syndrom

Wie die Zwangsstörung können auch Ticstörungen mit stereotypen Verhaltensweisen einhergehen. Bei Tics fehlt jedoch die Intentionalität des Verhaltens: Im Gegensatz zu Zwangshandlungen werden sie nicht ausgeführt, um ein aversives Gefühl zu neutralisieren. Bei sorgfältiger Exploration ist die diagnostische Abgren-

zung daher meist unproblematisch. Allerdings treten Zwänge und Tics nicht selten komorbide auf.

2.2.10 Autismusspektrumsstörung

Autismusspektrumsstörungen gehen mit stereotypen Verhaltensmustern und einem hohen Bedürfnis nach Struktur einher. Im Vergleich zur Zwangsstörung liegen zusätzlich tiefgreifende Defizite in der Interaktions- und Kommunikationsfähigkeit vor, die seit der Kindheit bestehen. Bei Autisten stellen Zwangssymptome jedoch eine häufige Komorbidität dar.

2.3 Ätiologie

Das ätiologische Modell der Zwangsstörung umfasst sowohl genetische als auch neurobiologische und umweltbezogene Faktoren, die interaktiv zusammenwirken. Der Beitrag der verschiedenen Faktoren wird nachfolgend auf mittlerem Komplexitätsniveau erläutert. Patientengerechte Zusammenfassungen, die für die Psychoedukation genutzt werden können, finden sich in ► Handout 1 und 2.

2.3.1 Genetik

Wie die meisten psychischen Erkrankungen weist auch die Zwangsstörung eine signifikante genetische Komponente auf. Familienstudien zeigen, dass das Risiko, an einer Zwangsstörung zu erkranken, für erstgradig Verwandte von Zwangserkrankten, d. h. Kinder, Eltern oder Geschwister, im Vergleich zu Personen aus der Allgemeinbevölkerung etwa 5-fach erhöht ist (Grabe et al. 2006; Nestadt et al. 2000). Auf Basis von Zwillingsstudien lässt sich eine Erblichkeit von ca. 40% berechnen (van Grootheest et al. 2005). Welche konkreten Gene einen Beitrag zur Entstehung der Zwangsstörung leisten, ist jedoch noch weitgehend unbekannt. Als sicher gilt nur, dass es sich nicht um eine einzige Risikogenvariante handelt, sondern dass eine Vielzahl von häufig vorkommenden Variationen im Erbgut das Erkrankungsrisiko kumulativ erhöht. Die bisher einzige Genvariante, für die mit hoher statistischer Sicherheit ein Zusammenhang mit der Zwangsstörung gezeigt werden konnte, ist auf Chromosom 3 lokalisiert und wurde zuvor bereits mit verschiedenen anderen psychischen Erkrankungen sowie einer Subfacette der Persönlichkeitseigenschaft Neurotizismus (► Kap. 2.3.2) in Verbindung gebracht (Strom et al. 2021). Wichtig bleibt dabei zu betonen, dass eine genetische Vorbelastung das Risiko für die Entstehung einer Zwangsstörung zwar erhöht, jedoch keinesfalls deterministisch bedingt. Sind hinreichend viele protektive Umweltfaktoren vorhanden, kommt die genetische Belastung nicht zwingend zum Tragen. Dies lässt sich unter anderem durch die sogenannte *Epigenetik* erklären. Wengleich unser Erbgut von der Zeu-