

Nervenarzt 2022 · 93:678–687
<https://doi.org/10.1007/s00115-022-01336-9>
 Angenommen: 16. Mai 2022
 Online publiziert: 28. Juni 2022
 © The Author(s), under exclusive licence to
 Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von
 Springer Nature 2022



Therapie der Zwangsstörungen: Empfehlungen der revidierten S3-Leitlinie Zwangsstörungen

Ulrich Voderholzer^{1,2,3} · Matthias Favreau² · Antonie Rubart⁴ · Angelica Staniloiu⁵ · Andreas Wahl-Kordon⁵ · Bartosz Zurowski⁴ · Norbert Kathmann⁶

¹ Schön Klinik Roseneck, Prien am Chiemsee, Deutschland; ² Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum, Ludwig-Maximilians-Universität München, München, Deutschland; ³ Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Freiburg, Medizinische Fakultät, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Freiburg, Deutschland; ⁴ Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Universität zu Lübeck, Lübeck, Deutschland; ⁵ Oberberg Fachklinik Schwarzwald, Hornberg, Deutschland; ⁶ Institut für Psychologie, Humboldt-Universität zu Berlin, Berlin, Deutschland

Zusammenfassung

Unter Federführung der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) erscheint 2022 die erste revidierte Fassung der S3-Leitlinie Zwangsstörungen. Dieser Beitrag enthält eine Zusammenfassung der wichtigsten Empfehlungen zur Therapie in komprimierter Form. Wesentliche Änderungen der zentralen Therapieempfehlungen haben sich im Vergleich mit der ersten Version der Leitlinie nicht ergeben, da sich die Evidenzlage seither nicht grundlegend verändert hat. Kognitive Verhaltenstherapie mit Exposition und Reaktionsmanagement ist die wirksamste Therapieform bei diesem Krankheitsbild und daher die Therapie der ersten Wahl. Bezüglich der Pharmakotherapie sind selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer die Medikamente der ersten Wahl. Sie sind dann indiziert, wenn kognitive Verhaltenstherapie (KVT) mit Exposition nicht verfügbar ist oder nicht wirksam war, wenn KVT vom Patienten abgelehnt wird, bei persönlicher Präferenz des Patienten für Medikamente oder um die Bereitschaft für KVT mit Exposition zu erhöhen. Neue Empfehlungen betreffen u. a. den Einsatz von Internettherapie sowie Empfehlungen zur Anwendung von KVT und Exposition auch im Gruppenformat, gegebenenfalls auch per Videokonferenz, sowie in intensiver Form.

Schlüsselwörter

Psychotherapie · Pharmakotherapie · Kognitive Verhaltenstherapie · Selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer · Internettherapie

In diesem Beitrag

- Revisionsprozess
- Empfehlungen zum Assessment
- Empfehlungen zur Psychotherapie
- Empfehlungen zur Pharmakotherapie
- Empfehlungen zu biologischen, nicht-pharmakologischen Verfahren
 - Nichtinvasive Stimulationsverfahren
 - Invasive (neurochirurgische) Verfahren
- Sonstige Therapieverfahren und spezielle Aspekte der Therapie
- Empfehlungen zur Versorgung
- Ausblick

Hintergrund

Zwangsstörungen zählen zu den häufigen psychischen Erkrankungen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter. In der jüngsten epidemiologischen Studie, die in Deutschland durchgeführt wurde [8], war die Zwangsstörung die vierthäufigste psychische Erkrankung. Die meisten Betroffenen weisen erste Symptome oder Anzeichen der Erkrankung schon im Kindes- und Jugendalter auf, der Hauptmanifestationszeitpunkt liegt jedoch zwischen dem 18. und 25. Lebensjahr [3, 18]. Der Verlauf ist sehr häufig

chronisch fluktuierend, selten auch episodisch. Zwangsstörungen galten früher als schwierig zu behandelnde Störungen, inzwischen stehen jedoch mit der kognitiven Verhaltenstherapie mit Exposition und den Serotoninwiederaufnahmehemmern wirksame Therapiemethoden zur Verfügung. Im deutschsprachigen Raum wurde erstmals 2013 eine S3-Leitlinie Zwangsstörungen zunächst auf der Homepage der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF), dann 2015 auch in Buchform veröffentlicht [7]. 2022 wird jetzt zunächst ebenfalls auf der Homepage



QR-Code scannen & Beitrag online lesen

Hier steht eine Anzeige.



Tab. 1 Empfehlungsgrade	
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 Expertengruppen 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
KKP	(Klinischer Konsenspunkt): 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

der AWMF eine revidierte Fassung dieser S3-Leitlinie veröffentlicht. Im Folgenden sind die wichtigsten Änderungen bei den Empfehlungen in komprimierter Form dargestellt.

Revisionsprozess

Wie bereits bei der ersten Version der Leitlinie erfolgte auch bei der Revision der Auftrag über die DGPPN. Die Entwicklung von S3-Leitlinien basiert auf den Vorgaben und methodischen Empfehlungen der AWMF (AWMF-Regelwerk: <http://www.awmf.org/leitlinien/awmf-regelwerk.html>). Die formale systematische Literaturrecherche für das Update der S3-Leitlinie für Zwangsstörungen wurde im Mai 2019 abgeschlossen. Als eine hinsichtlich Sensitivität und Spezifität optimierte Suchstrategie wurde die in der Leitlinie des National Institute for Health and Care Excellence (NICE) verwendete weitestgehend übernommen [16]. Für das Update der S3-Leitlinie wurde sie dahingehend modifiziert, dass die verwendeten Schlüsselbegriffe bzw. Freitextangaben um Begriffe zu neueren Entwicklungen in Diagnostik, Therapie und Versorgung erweitert wurden. Die systematische elektronische Literatursuche wurde in den Datenbanken COCHRANE, GIN Library (Guidelines International Network), MEDLINE (2008-06/2019-05), PsycINFO (2008-06/2019-05) und PSYINDEX (2008-06/2019-05) durchgeführt.

Mit der beschriebenen Suchstrategie konnten zum Zeitpunkt der Suche in den genannten elektronischen Datenbanken insgesamt 5880 Treffer gefunden werden, die seit 2008 hinzugekommen waren.

Arbeiten, die danach benannt wurden und den Ein- und Ausschlusskriterien entsprachen, wurden ebenfalls diskutiert und in die Bewertung aufgenommen. Die erste Aktualisierung der Recherche (Juni 2008 bis Mai 2019) ergab 5464 Einträge. Die Reaktualisierung der Recherche vom 10.05.2019 bis zum 24.03.2021 ergab 316 zusätzliche Einträge. Insgesamt wurden 2829 Artikel auf Basis von Titel und Abstract gescreent, von denen sich 940 als geeignete Volltextarbeiten für die Berücksichtigung im Leitlinienprozess herausstellten.

Die Steuergruppe aus Experten im Bereich Zwangsstörungen überarbeitete die Hintergrundtexte inklusive einer umfangreichen neuen Referenzliste und erarbeitete Vorschläge für neue und zu verändernde Empfehlungen. Vertreter aus insgesamt 31 Fachgesellschaften stimmten in zwei Konsensuskonferenzen unter der Leitung von Frau Dr. Nothacker von der AWMF über die Empfehlungen ab.

Bei der Formulierung der Empfehlungen wurde, wie in anderen Leitlinien, in Abhängigkeit vom Evidenzgrad zwischen drei Modalitäten unterschieden (starke Empfehlung: „soll“, Empfehlung: „sollte“ und Empfehlung offen: „kann“). Eine Erläuterung der Empfehlungsgrade findet sich in **Tab. 1**.

Empfehlungen zum Assessment

Bezüglich der Diagnostik haben sich bei den Empfehlungen keine wesentlichen Änderungen ergeben. Aktuell erwarten wir die Einführung der neuen International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 11 (ICD-

11), die insbesondere bei den Zwangsspektrumsstörungen zu wesentlichen Veränderungen führen wird [23]. Wesentliche Unterschiede der zukünftigen Diagnose der Zwangsstörung im ICD-11 gegenüber der bisherigen ICD-10 sind, dass eine Unterscheidung der Subtypen mit vorwiegend Zwangsgedanken (F42.0) bzw. vorwiegend Zwangshandlungen (F42.1) sowie eine Kombination aus beidem (F42.2) im ICD-11 im Sinne eigener diagnostischer Kategorien aufgehoben ist und dass das Zeitkriterium eines Mindestzeitraums von 2 Wochen nicht mehr aufgeführt wird. Stattdessen wird für die Diagnose gefordert, dass die Zwangssymptome, ähnlich wie im Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5 (DSM-5), täglich mindestens 1 h Zeit einnehmen.

» Als Screeninginstrument für die Praxis empfiehlt die Leitlinie wie bisher den 5-Fragen-Test

Bezüglich einer sorgfältigen Diagnostik werden in der Leitlinie wie bisher verschiedene strukturierte und standardisierte Interviews empfohlen wie z.B. die IDCL (Internationale Diagnosenchecklisten; [6]), das CIDI (Composite International Diagnostic Interview; [22]), das SKID-5-CV (Strukturiertes Interview für DSM-5-Achse-I-Störungen; [1]) sowie das DIPS (Diagnostisches Interview für Psychische Störungen; [12, 13]). Während diese Instrumente sicherlich eher für Forschungszwecke eingesetzt werden, ist jedoch der Hinweis der Anwendung eines Screeninginstruments für die Praxis bedeutsam. Hier empfiehlt die Leitlinie wie bisher den 5-Fragen-Test ([4]; **Tab. 2**).

Als screeningpositiv gilt danach eine Person, die mindestens eine der dort genannten 5 Fragen (z.B. „Waschen und putzen Sie sehr viel?“) mit Ja beantwortet und zudem eine Beeinträchtigung erlebt. Die Anwendung eines solchen Screeninginstruments bei einer psychiatrischen Erstdiagnostik, aber auch bei Routinediagnostiken z.B. im hausärztlichen Bereich ist eine äußerst zeitökonomische Methode, mit der die Entdeckung von Zwangsstörungen verbessert werden kann, zumal sehr viele Patienten aus Scham ihre Symptomatik

Tab. 2 Zohar-Fineberg Obsessive Compulsive Screen (ZF-OCS). (Nach [4])	
(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 Alltagsaktivitäten sehr lange?
(5)	Machen Sie sich Gedanken um Ordnung und Symmetrie?

verheimlichen und dies auch innerhalb von Behandlungssettings.

Weitere Empfehlungen betreffen die Anwendung störungsspezifischer Skalen wie die Y-BOCS-Skala als Fremdrating oder Selbstrating zur Statuserhebung und Verlaufsdagnostik, die Einbindung von Angehörigen in die Diagnostik, die Erfassung der bei Zwangsstörungen sehr häufigen Komorbiditäten und auch eine hirnnorgische Abklärung, wenn die Zwangsstörung erstmalig nach dem 50. Lebensjahr auftritt.

Empfehlungen zur Psychotherapie

Psychotherapie ist in deutschsprachigen Ländern zur Behandlung der Zwangsstörung weit verbreitet. Nach wie vor sind allerdings Evaluationen fast ausschließlich für die kognitive Verhaltenstherapie (KVT) sowie deren Fortentwicklungen verfügbar. Hier hat sich die sehr positive Einschätzung der Wirksamkeit der KVT, v. a. in der Variante mit Exposition und Reaktionsmanagement, nochmals deutlich erhärtet und in Metaanalysen bestätigt [17, 20]. Zudem sind inzwischen auch Effektivitätsstudien unter Routineversorgungsbedingungen publiziert, die eindrucksvoll die Praxistauglichkeit des Verfahrens bestätigen [10]. Daher kann KVT mit Exposition uneingeschränkt und nachhaltig empfohlen werden. Etwa 50 % der mit KVT behandelten Patienten sind nach der Behandlung remittiert, zumindest für ein Jahr sind Besserungen weitgehend stabil. Es spricht einiges dafür, dass für die Stabilität des Erfolgs das Erreichen der Remission zum Therapieende eine wichtige Voraussetzung ist und damit das Therapieziel sein muss. Leider sind Daten zur längerfristigen Stabilität noch immer rar. Die Remissionsraten unter KVT sind als vergleichsweise hoch zu werten, weil Spontanremissionen sowie Erwartungseffekte (Placebowirkung) nur in sehr geringem Umfang vorkommen.

Für den Veränderungsprozess wurde als wichtig erkannt, dass in der Therapie Expositionsübungen unter Therapeutenbegleitung durchgeführt werden und dass die Patienten regelmäßig zu Hause weiterüben (Hausaufgaben mit nachfolgender Besprechung). Das Setting hingegen hat sich als weniger einflussreich erwiesen, da KVT auch im Gruppenformat gute Erfolge zeigt, obwohl die Datenlage dazu schmaler ist [9]. Viele stationäre Programme zur Behandlung der Zwangsstörung enthalten als Kernelement KVT mit Expositionsübungen und sind ebenfalls sehr erfolgreich, sodass auch dieses Setting klar zu empfehlen ist, wenn die sonstigen Indikationskriterien für eine stationäre Aufnahme erfüllt sind.

Im Vergleich zur Pharmakotherapie hat die KVT mindestens gleichwertige, eher bessere Ergebnisse. Lediglich bei gleichzeitiger mittelgradiger bis schwerer Depression ist eine zusätzliche antidepressive Medikation möglicherweise notwendig. Bisher besteht wenig Wissen zur Frage der Wirksamkeit von Kombinationen von KVT und Pharmakotherapie, was als ein erhebliches Defizit zu sehen ist angesichts der häufigen Verwendung und Bedeutung dieser Kombinationstherapien für die Versorgung im klinischen Routinesetting.

» Eine sehr hohe Wirksamkeit zeigt das intensivierte KVT-Format

Die wichtigsten neuen Erkenntnisse der letzten Jahre betreffen zum einen die in randomisierten Vergleichsstudien mehrfach gezeigte sehr hohe Wirksamkeit eines intensivierten KVT-Formats (d. h. an mehreren Tagen jeweils mehrstündige Sitzungen möglichst in direkter Abfolge), die deutlich höher liegt als im üblichen Format (mit 1 bis 2 Sitzungen pro Woche; [5, 11]). Die Befunde stammen bisher aus nur einer Arbeitsgruppe, sind allerdings methodisch hochwertig. Ergebnisse aus unabhängigen Evaluationen müssten hier

noch folgen. Eine weitere wichtige neue Erkenntnis ist, dass KVT erfolgreich auch über das Internet durchgeführt werden kann. Das betrifft internetbasierte Programme, die relativ selbstständig von Patienten durchgearbeitet werden können, wobei zusätzlicher Onlinekontakt mit Therapeuten (Chat) förderlich, eventuell sogar notwendig zu sein scheint. Die Relevanz ist in der Anwendung bei unzureichender Versorgung mit KVT im Präsenzformat (niedergelassene Psychotherapeut*innen, Ambulanzen, Kliniken) zu sehen sowie in der Überbrückung von Wartezeiten. In letzter Zeit wurde pandemiebedingt teilweise auch die Durchführung von ansonsten regulären Therapien über spezielle Videoprogramme realisiert, statt im üblichen Präsenzsetting. Die klinischen Erfahrungen dazu sind meist sehr positiv, es liegen aber bisher keine hochwertigen Studien dazu vor, die eine evidenzbasierte Empfehlung erlauben würden. Schließlich ist die Wichtigkeit des Einbezugs der unmittelbaren Bezugspersonen der Patient*innen in die Therapie klinisch zunehmend unbestritten, allerdings gibt es auch hier noch wenig Belege aus guten Studien dazu.

Einige psychotherapeutische Weiterentwicklungen, wie die Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT), die achtsamkeitsbasierten sowie die metakognitiven Verfahren, wurden inzwischen auch auf Wirksamkeit untersucht. Es zeigt sich zusammenfassend, dass diese Verfahren wirksam sind und damit Behandlungsalternativen oder -ergänzungen für Patienten darstellen, die KVT nicht akzeptieren oder damit ohne Erfolg blieben. Die Effektgrößen dieser Verfahren kommen im Durchschnitt meist nicht an die der KVT heran, sodass die Verfahren derzeit nicht als Erste-Wahl-Therapien gelten können.

Psychoanalytische und tiefenpsychologisch fundierte Therapieverfahren zur Behandlung der Zwangsstörung sind, obwohl relativ häufig angewendet, bedauerlicherweise nach wie vor nicht adäquat untersucht, sodass ihre Wirksamkeit unklar ist und sie nicht als evidenzbasierte Verfahren empfohlen werden können. Es scheint derzeit ein Umdenken stattzufinden und Ergebnisse laufender Studien sind in den nächsten Jahren zu erwarten. Mangelnde Evidenzbasierung trifft ebenfalls weiterhin

Tab. 3 Empfohlene und nicht empfohlene Psychotherapieverfahren bei Zwangsstörung mit Empfehlungsgraden und Kommentaren		
Psychotherapieverfahren	Empfehlungsgrad	Empfehlungsformulierung, Kommentare, Hinweise, und Spezifikationsempfehlungen
<i>Empfohlene Verfahren</i>		
Kognitive Verhaltenstherapie mit Exposition und Reaktionsmanagement (KVT)	A	Therapie der 1. Wahl und Psychotherapie der Wahl Hinweise und Spezifikationen mit evtl. Empfehlungsgraden: <ul style="list-style-type: none"> – Expositionsübungen sollen begleitet werden und auf Überführung ins Selbstmanagement abzielen (KKP) – Expositionen im häuslichen Umfeld durchführen, falls im Praxis- bzw. Kliniksetting nicht reproduzierbar (KKP) – Sofern nicht im persönlichen Kontakt möglich, gesamte Therapie auch per Video (KKP) – Wenn KVT als Einzeltherapie nicht verfügbar, dann Durchführung evtl. im Gruppensetting (B) – Bevorzugung eines hochfrequenten Formats (z. B. Blockformat), wenn die Möglichkeit besteht (B) – Bei grundsätzlichem Ansprechen sollte KVT bis zur Remission^a fortgeführt werden (B) – Bei begrenztem Angebot von Präsenztherapie oder zur Wartezeitüberbrückung auch als Internettherapie (B) – KVT im Rahmen spezialisierter stationärer Programme ebenfalls sehr wirksam (Statement) – Enge Bezugspersonen sollten einbezogen werden (KKP) – Regelmäßige Überprüfung der Adhärenz wichtig (KKP) – Falls KVT verfügbar und vom Patienten akzeptiert, Bevorzugung von KVT gegenüber Pharmakotherapie (B) – KVT mit Exposition kann mit dem Ziel eines schnelleren Wirkungseintritts und/oder beim Vorliegen einer komorbiden, mindestens mittelgradigen depressiven Episode mit Pharmakotherapie (SSRI oder Clomipramin) ergänzt werden (0)
Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT)	0	Kann in Erwägung gezogen werden <ul style="list-style-type: none"> – Positive Studien nur aus einer Gruppe – Zeigt als Add-on zu KVT keine Wirksamkeitssteigerung
Achtsamkeitsbasierte kognitive Therapie als Gruppenangebot („mindfulness based cognitive therapy“, MBCT)	0	Zu erwägen, wenn zuvor keine ausreichende Response auf KVT
Metakognitive Therapieansätze	0	Können in Erwägung gezogen werden <ul style="list-style-type: none"> – Als metakognitives Training oder als metakognitive Therapie nach Wells
Inferenzbasierter Ansatz	0	Kann bei Patient*innen mit wenig Einsicht in die Irrationalität der Zwangsinhalte eingesetzt werden
<i>Nicht empfohlene Verfahren</i>		
Psychoanalytisch und tiefenpsychologisch begründete Psychotherapieverfahren	Statement	In der Leitlinie erwähnt, da in der Praxis eingesetzt, jedoch keine ausreichenden Wirksamkeitsnachweise (aktuell sind Studien in der Durchführung oder geplant)
Gesprächspsychotherapeutische Verfahren und weitere Verfahren der humanistischen Psychotherapie	Statement	In der Leitlinie erwähnt, da in der Praxis eingesetzt, jedoch keine ausreichenden Wirksamkeitsnachweise
Schematherapie	Statement	In der Leitlinie erwähnt, da in der Praxis eingesetzt, jedoch keine ausreichenden Wirksamkeitsnachweise
Assoziationsspaltung	Statement	In der Leitlinie erwähnt, da in der Praxis eingesetzt, jedoch keine ausreichenden Wirksamkeitsnachweise
„Danger ideation reduction therapy“ (DIRT)	Statement	In der Leitlinie erwähnt, da in der Praxis eingesetzt, jedoch keine ausreichenden Wirksamkeitsnachweise
„Eye movement desensitization and reprocessing“ (EMDR)	Statement	In der Leitlinie erwähnt, da in der Praxis eingesetzt, jedoch keine ausreichenden Wirksamkeitsnachweise
KKP klinischer Konsenspunkt, KVT kognitive Verhaltenstherapie ^a Für den Begriff Remission wurden in den ausgewerteten internationalen Studien unterschiedliche Kriterien verwendet. Wenn die Standardskala zur Messung des Schweregrades, die Yale Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS), verwendet wurde, galt in einigen Studien das Erreichen eines Wertes unter 16 Punkten, in anderen auch ein Wert von 10 oder weniger Punkten als Remission. Wir schließen uns einer neueren Arbeit von Mataix-Cols et al. [14] an, in der ein Wert von ≤ 12 Punkten als Remissionskriterium gilt		

zu für andere verbreitete Verfahren wie die Gesprächspsychotherapie oder weitere humanistische Verfahren, aber auch einige neuere Entwicklungen wie die Schematherapie oder das Eye-movement-desensitization-and-reprocessing (EMDR)-Verfahren. Solange dieser Mangel an Wirksamkeitsbelegen fortbesteht, können diese Verfahren nicht empfohlen werden.

In **Tab. 3** sind alle Empfehlungen zur Psychotherapie in verkürzter Form wiedergegeben.

Empfehlungen zur Pharmakotherapie

Bezüglich der Psychopharmakotherapie gibt es in der revidierten Fassung der Leitlinie keine grundlegenden Veränderungen. Seit der Entdeckung der Wirksamkeit von Clomipramin und der Einführung der SSRI werden diese Substanzen bei Zwangsstörungen eingesetzt und sind durch zahlreiche randomisierte kontrollierte Studien („randomized controlled trials“, RCTs) in ihrer Wirksamkeit belegt [20]. Unverändert gegenüber der 1. Version der Leitlinie bleiben SSRI 1. Wahl, wenn eine medikamentöse Therapie, entweder als alleinige Therapie oder Kombinationstherapie, indiziert ist. Dabei muss betont werden, dass die Evidenz für die Wirksamkeit von SSRI zwar sehr hoch ist und einer A-Empfehlung entspricht, die Wirksamkeit im Durchschnitt jedoch einem nur mäßigen Effekt entspricht. Die Indikation für eine Pharmakotherapie als Monotherapie besteht, wenn KVT abgelehnt, wegen der Schwere der Symptomatik nicht durchgeführt werden kann, nicht verfügbar ist oder um die Bereitschaft für KVT zu erhöhen, d. h. dem Patienten durch eine Besserung unter Medikation die Durchführung einer KVT mit Exposition zu erleichtern. Neu in der Leitlinie ist die Empfehlung für eine Monotherapie mit Medikamenten, wenn dies dem Wunsch oder der Präferenz des Patienten entspricht.

Ein Grund für eine Kombinationstherapie KVT mit Exposition mit Pharmakotherapie kann vorliegen, wenn das Ziel eines schnelleren Wirkungseintritts erreicht werden soll oder wenn eine komorbide, mindestens mittelgradige depressive Episode vorliegt, wobei das Evidenzlevel für diese

Empfehlung gering ist (0 = Kann-Empfehlung).

Clomipramin bleibt 2. Wahl, da kein wesentlicher Vorteil gegenüber SSRI besteht, aber Nachteile wie schlechtere Verträglichkeit und höhere Abbruchquoten der Therapie belegt sind.

Wie bei vielen anderen psychischen Erkrankungen gibt es auch bei Zwangsstörungen in den letzten 10 Jahren kaum praxisrelevante neue Studienergebnisse mit alternativen oder innovativen Pharmakotherapien, obwohl eine große Zahl von Studien z. B. mit glutamatergen Substanzen veröffentlicht wurden. Die Studienergebnisse waren entweder negativ oder die methodische Qualität der Studien so schlecht, dass keine relevanten neuen Empfehlungen formuliert werden konnten.

» Bei SSRI-Nonresponse kann KVT mit Exposition als Augmentation angewendet werden

Auch bei den Empfehlungen zur Therapie bei Nichtansprechen auf SSRI (< 25 % Besserung) haben sich keine wesentlichen Veränderungen ergeben. Die größte Evidenz besteht dafür, KVT mit Exposition als Augmentation nach bereits erfolgter Pharmakotherapie anzuwenden [19]. Ansonsten besteht ausreichend Evidenz für eine Augmentation mit Antipsychotika, insbesondere für Aripiprazol und Risperidon [24]. Die Evidenzlage lässt hier keine gesonderten Empfehlungen für entsprechende Subgruppen zu, die mit ausreichend hoher Evidenz begründet sind. Die alte Einschätzung, dass atypische Neuroleptika besonders bei der Untergruppe der Patienten mit Tic-Störungen wirksam sind, beruhte auf älteren Studien. Die neuere Studienlage, die auch in Metaanalysen aufgearbeitet wurde, lässt keine entsprechende Schlussfolgerung zu.

Weitere medikamentöse Therapiemaßnahmen bei Nichtansprechen haben eine geringere Evidenz und können dann angewendet werden, wenn andere Maßnahmen nicht greifen.

Weitere Empfehlungen betreffen Details der Anwendung von Pharmakotherapie. Zum Beispiel wird bei der Gabe von SSRI empfohlen, spätestens ab Woche 6 bis 8 die maximal zugelassene therapeutische Dosierung zu verwenden, mindestens

12 Wochen zu behandeln, bei Ansprechen eine ein- bis zweijährige Erhaltungstherapie fortzuführen und dann die Medikation auszuschleichen. Ein neuer Aspekt ist der ausdrückliche Hinweis, bei Initiierung einer Pharmakotherapie auf unerwünschte Wirkungen der Pharmakotherapie hinzuweisen, auch auf solche, die bei langfristiger Behandlung die Lebensqualität beeinträchtigen können (z. B. Gewichtszunahme und sexuelle Funktionsstörungen) sowie insbesondere auch auf Absetzschwierigkeiten.

In **Tab. 4** sind alle Empfehlungen zur Pharmakotherapie in verkürzter Form wiedergegeben.

Empfehlungen zu biologischen, nichtpharmakologischen Verfahren

Bei Zwangsstörungen besteht bereits eine lange Tradition des Einsatzes nichtinvasiver und invasiver Hirnstimulationsverfahren, sodass die Evidenz für den Einsatz dieser Verfahren erneut im Rahmen des Revisionsprozesses geprüft wurde.

Nichtinvasive Stimulationsverfahren

Während die Elektrokrampftherapie seit Jahrzehnten in Form von Fallberichten und retrospektiven Fallserien, jedoch nie in einer RCT bei der Zwangsstörung geprüft wurde, existieren zahlreiche RCTs zu den neueren nichtinvasiven Stimulationsverfahren transkranielle Magnetstimulation (TMS) und transkranielle Gleichstromstimulation (tDCS).

Ganz im Gegensatz zur Anwendung bei Major Depression stellt die EKT aufgrund unzureichender, methodisch schwacher und vielfach widersprüchlicher Evidenz mit anzunehmend ausgeprägtem Positivbias keine Alternative oder Augmentationsoption bei der Zwangsstörung dar.

Demgegenüber wurde die TMS in über 20 zumeist kleinen RCTs bei über 700 Patienten untersucht und führte zumindest über eine Beobachtungszeit von Wochen bis wenigen Monaten zu moderaten Symptomreduktionen von im Mittel ca. 20% (gegenüber ca. 10% bei Scheinstimulation). Die Verträglichkeit der mehrfach wöchentlich bis täglich durchzuführenden Behandlung ist gut. Zu be-

Tab. 4 Empfohlene und nicht empfohlene Medikamente bei Zwangsstörungen mit Empfehlungsgraden		
Substanz und Substanzklasse	Empfehlungsgrad	Wichtige Hinweise und Empfehlungen zur Anwendung (verkürzte Darstellung)
<i>Empfohlene Medikamente</i>		
SSRI – Citalopram ^a – Escitalopram – Fluoxetin – Fluvoxamin – Paroxetin – Sertralin	A	Als Monotherapie indiziert, wenn KVT abgelehnt wird, wegen Schwere der Symptomatik nicht durchführbar oder nicht verfügbar oder um Bereitschaft für KVT zu erhöhen (KKP)
		Monotherapie auch bei Wunsch/Präferenz oder positiver Erfahrung der Patient*innen in der Vergangenheit (KKP)
		Citalopram ^a , Fluoxetin, Escitalopram, Paroxetin, Sertralin in Abhängigkeit vom Verlauf und unerwünschten Wirkungen bis zu den maximal zugelassenen therapeutischen Dosierungen einsetzen, da stärkere Wirksamkeit zu erwarten (B)
		Partizipative Entscheidungsfindung (KKP)
		Da alle SSRI vergleichbar wirksam, Auswahl des SSRI anhand unerwünschter Wirkungen und möglicher Wechselwirkungen (KKP)
		Patient*innen sollen auf die Möglichkeit unerwünschter Wirkungen zu Beginn der medikamentösen Behandlung hingewiesen werden (KKP)
		Behandlungsdauer mind. 12 Wochen, spätestens ab Woche 6–8, falls nicht bereits Remission, maximal zugelassene Dosis erreichen (KKP)
		Therapie mit SSRI soll mit KVT mit Expositionen kombiniert werden (A)
		Falls SSRI wirksam, Erhaltungstherapie mit zuletzt wirksamer Dosis (B)
		Bei Ansprechen auf Therapie mit SSRI zur Vermeidung von Rückfällen für 1–2 Jahre fortführen, Absetzen über einen Zeitraum von mehreren Monaten unter kontinuierlicher Symptombeobachtung (KKP)
		Bei geringerer als 25 % Verbesserung Ursachen eruieren (KKP)
Clomipramin	A	Nicht als 1. Wahl (A)
		i.v. Gabe nicht wirksamer als oral, daher nicht primär einsetzen (B)
		Soll mit KVT mit Expositionen kombiniert werden (A)
Venlafaxin	B	Nicht als 1. Wahl (B)
<i>Medikamente (und andere Maßnahmen) bei Nichtansprechen (Therapieresistenz) ≤ 25 % Besserung</i>		
SSRI auch in höherer als zugelassener Dosis ^b	0	Engmaschige ärztliche Betreuung mit Überprüfung möglicher unerwünschter Wirkungen erforderlich
Umstellung auf anderes SSRI oder Clomipramin	0	Bei unzureichender Wirksamkeit einer Therapie mit SSRI/Clomipramin
Clomipramin	0	Bei 2 oder mehr erfolglosen Versuchen mit SSRI
SSRI + Clomipramin-Kombination	0	Bei 2 oder mehr erfolglosen Versuchen mit SSRI/Clomipramin Cave: serotonerges Syndrom
Augmentation mit Antipsychotika Aripiprazol, Risperidon	B	Für 6 Wochen, dann evaluieren Niedrigere Dosis als in der Psychotherapie
KVT mit Exposition	A	Bei nicht ausreichender Therapieresponse auf Psychopharmaka oder noch klinisch relevanter Zwangssymptomatik
<i>Nicht empfohlene Medikamente</i>		
Trizyklische Antidepressiva (außer Clomipramin)	A (für Nichtempfehlung)	Evidenz für Nichtwirksamkeit bei Zwangsstörung
Mirtazapin ^c als Monotherapie	0	Unzureichender Wirksamkeitsnachweis
Buspiron ^c	A (für Nichtempfehlung)	Evidenz für Nichtwirksamkeit bei Zwangsstörung
Clonazepam und andere Benzodiazepine ^c	A (für Nichtempfehlung)	Evidenz für Nichtwirksamkeit bei Zwangsstörung
Augmentation ^d mit glutamaterg modulierenden Substanzen	A (für Nichtempfehlung)	Evidenz für Nichtwirksamkeit bei Zwangsstörung
Augmentation ^d mit Lithium	A (für Nichtempfehlung)	Evidenz für Nichtwirksamkeit bei Zwangsstörung

Tab. 4 (Fortsetzung)		
Substanz und Substanzklasse	Empfehlungsgrad	Wichtige Hinweise und Empfehlungen zur Anwendung (verkürzte Darstellung)
Augmentation ^d mit noradrenergen Antidepressiva	A (für Nichtempfehlung)	Evidenz für Nichtwirksamkeit bei Zwangsstörung
Augmentation ^d mit Buspiron	A (für Nichtempfehlung)	Evidenz für Nichtwirksamkeit bei Zwangsstörung
Antipsychotika als Monotherapie	KKP	Keine Studien bisher
<i>KKP</i> klinischer Konsenspunkt, <i>KVT</i> kognitive Verhaltenstherapie, <i>SSRI</i> selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer ^a In Deutschland nicht zugelassen für Zwangsstörungen ^b Off-label, erstattungsrechtlich in Deutschland § 2 Abs. 1a Sozialgesetzbuch V zu berücksichtigen ^c Nicht für Zwangsstörungen zugelassen ^d Jeweils einer SSRI-/Clomipramin-Therapie		

rücksichtigen sind vielfach inkonsistente Ergebnisse unter Verwendung heterogener Stimulationsprotokolle. Die Stimulation des dorsolateralen Präfrontalkortex (links > rechts) sowie der supplementär-motorischen Area sind am besten untersucht. Gegenwärtig ist die Praxisrelevanz allerdings sehr gering, da außerhalb von Studien kaum ein Behandlungsangebot existiert.

Die transkranielle Gleichstromstimulation (tDCS) ist gegenüber der TMS ungleich einfacher anzuwenden und prinzipiell in verschiedene Behandlungssettings inklusive Psychotherapie integrierbar: Patient*innen tragen eine einfach aufsetzbare Kappe mit Elektroden; die Applikation sehr schwacher Ströme ist nicht wahrnehmbar. Allerdings hat die tDCS bei der Behandlung von Zwangsstörungen in 4 kleinen RCTs (insgesamt $n = 117$) zusammenfassend allenfalls sehr kurzfristige und sich im Verlauf verflüchtigende Effekte gezeigt und kann daher gegenwärtig nicht empfohlen werden, trotz sehr guter Verträglichkeit.

Invasive (neurochirurgische) Verfahren

Chirurgische Eingriffe zur Behandlung therapieresistanter, schwerstbetroffener Patienten mit Zwangsstörungen sind seit gut 20 Jahren wieder in das Interesse der Öffentlichkeit gerückt, insbesondere durch die Entwicklung der tiefen Hirnstimulation (THS) als ein minimal-invasives, weitgehend reversibles Operationsverfahren. Als neue Alternative zu den in Deutschland nicht üblichen und aufgrund schwerwiegender Nebenwirkungen nicht empfohlenen neuroläsionellen (ablativen) Verfahren ist die THS inzwischen in mehreren placebokontrollierten RCTs, z. T. mit Cross-over-

Design, relativ gut untersucht. Langzeitbeobachtungen von bis zu 10 Jahren weisen auf eine anhaltende Wirkung hin.

Zielgebiete der Hirnstimulation sind der vordere Kapselschenkel (Capsula interna), der Nucleus accumbens (NA) und der Nucleus subthalamicus. Nach mehrstündiger Implantation und Tage bis Monate dauernder postoperativer Anpassung der Stimulationsparameter erfolgt die Stimulation dauerhaft und erfordert regelmäßige Kontrollen und Wechsel des unter dem Schlüsselbein implantierten Impulsgebers (ähnlich wie bei einem Herzschrittmacher). Recht konsistent profitiert gut die Hälfte der Patienten von der Therapie, gemessen an einer mindestens 35%igen Symptomreduktion (Y-BOCS). Seltene schwerwiegende operationsbedingte und sehr häufige stimulationsabhängige und damit reversible Nebenwirkungen sind zu berücksichtigen. In **Tab. 5** sind alle Empfehlungen zu biologischen, nichtpharmakologischen Therapien in verkürzter Form wiedergegeben.

Sonstige Therapieverfahren und spezielle Aspekte der Therapie

Weitere Therapieverfahren, wie z. B. Ergotherapie, Gestaltungstherapie, künstlerische Therapien sowie Sport- und Bewegungstherapien werden vor allem im Rahmen stationärer multimodaler Therapiekonzepte bei Zwangsstörungen ergänzend eingesetzt. Für diese Verfahren gibt es bisher keine Evidenz für Wirksamkeit als eigenständige Verfahren auf Basis kontrollierter Studien. Eine Empfehlung für Ergotherapie, die durch konkretes Einüben von Alltagstätigkeiten und Übungen im häuslichen Umfeld eine sinnvolle Ergänzung leitliniengerechter Psychotherapie sein kann, die bereits in der 1. Version der Leitlinie vor-

handen war, wurde auch in der revidierten Fassung als klinische Konsensempfehlung übernommen.

Die Effekte körperlicher Aktivität sind bislang in zwei randomisiert kontrollierten Studien untersucht worden, die allerdings keine hohe methodische Qualität aufweisen. Bei anderen psychischen Erkrankungen wie Angststörungen und Depression gibt es bereits deutlich mehr Studien, die sich mit den Effekten von Ausdauertraining befassen haben. Für die jetzige Revision wurde die Empfehlung neu mit aufgenommen, dass sport- und bewegungstherapeutische Interventionen, wie z. B. Ausdauertraining, eine sinnvolle Ergänzung zur leitliniengerechter Therapie sein können, im Sinne eines klinischen Konsenspunktes (KKP). Die Leitlinie enthält darüber hinaus Kapitel zu speziellen Behandlungsaspekten mit weiteren Empfehlungen, z. B. zur Therapie von Zwangsstörungen in der Schwangerschaft und postpartal sowie ein Kapitel zur Behandlung von Komorbiditäten.

Empfehlungen zur Versorgung

Die Versorgung von Menschen mit Zwangsstörungen stellt in Deutschland wie auch in anderen Ländern immer noch ein Problem dar. Zum einen sind die Behandlungsraten, d. h. der Anteil der Betroffenen, die eine Behandlung aufsuchen, im Vergleich mit anderen psychischen Erkrankungen bei der Zwangsstörung niedriger [8]. Zum anderen haben Studien zur Versorgungssituation wiederholt gezeigt, dass evidenzbasierte Therapieformen in der Praxis häufig nicht zur Anwendung kommen und somit die Leitlinienempfehlungen in der Praxis nicht ausreichend umgesetzt werden [2, 15, 21].

Tab. 5 Empfehlungen zu biologischen, nichtpharmakologischen Therapieformen bei Zwangsstörungen		
Methode	Empfehlungsgrad	Wichtige Hinweise und Empfehlungen zur Anwendung (verkürzte Darstellung)
<i>Positive Empfehlungen</i>		
Repetitive transkranielle Magnetstimulation (rTMS)	0	Bei unzureichendem Ansprechen auf Verfahren der 1. Wahl mit dem Ziel einer kurzfristigen Symptomlinderung
Beidseitige tiefe Hirnstimulation	0	Unter kritischer Nutzen-Risiko-Abwägung bei schwerstbetroffenen Patient*innen mit Zwangsstörung mit fehlendem Ansprechen auf mehrere leitliniengerechte Therapien Indikationsstellung durch psychiatrische Zentren mit Expertise für dieses Verfahren
<i>Nichtempfehlungen</i>		
Transkranielle Gleichstromstimulation (tDCS)	B (für Nichtempfehlung)	Unzureichende Wirksamkeitsnachweise
Elektrokonvulsionstherapie (EKT)	B (für Nichtempfehlung)	Unzureichende Wirksamkeitsnachweise
Ablative neurochirurgische Verfahren	B (für Nichtempfehlung)	Wegen schwerer und teilweise irreversibler Nebenwirkungen

Da das wirksamste Therapieverfahren bei Zwangsstörungen die kognitive Verhaltenstherapie mit Exposition und Reaktionsmanagement darstellt und in der Versorgung grundsätzlich das Prinzip „ambulant vor stationär“ gilt, ist die primäre Therapieform die ambulante KVT mit Exposition. Hier zeigt sich leider ein erheblicher Versorgungsmangel, da diese Therapieform trotz einer großen Zahl zugelassener Psychotherapeuten nicht ausreichend oder nicht rasch genug verfügbar ist, insbesondere aber Exposition zu selten und zu wenig intensiv zur Anwendung kommt. Aktuelle Routinedaten aus einer großen Ambulanz in Berlin konnten belegen, dass diese Therapieform nicht nur in wissenschaftlichen Studien, sondern auch in der Versorgungspraxis mit sehr guten Effektstärken verbunden ist [10].

» Ambulante KVT mit Exposition ist nicht ausreichend verfügbar

Eine stationäre Therapie wird u. a. empfohlen, wenn eine leitliniengerechte störungsspezifische ambulante Therapie nicht verfügbar ist oder nicht wirksam war, wenn die Symptomatik so schwerwiegend ist, dass eine ambulante Therapie nicht mehr möglich ist oder beim Vorliegen psychischer oder somatischer Komorbiditäten, die eine ambulante Behandlung erheblich erschweren. Auch ein ausgeprägtes, krankheitsförderndes häusliches Umfeld kann eine ambulante Behandlung deutlich erschweren und eine stationäre Behandlung erfordern.

Neu gegenüber der alten Leitlinie sind Empfehlungen zu aufsuchender Behand-

lung sowie zu Internettherapien als niedrigschwellige Angebote.

Ausblick

Die revidierte Form der S3-Leitlinie berücksichtigt wie bisher das Krankheitsbild Zwangsstörungen, gibt aber keine Empfehlungen für die verschiedenen, im künftigen ICD-11 neu definierten Zwangsspektrumsstörungen. Zur Behandlung dieser Störungsbilder gibt es bislang deutlich weniger Evidenz aus randomisierten, kontrollierten Studien, sodass noch keine bzw. kaum Empfehlungen formuliert werden könnten, die über den klinischen Konsens hinausgehen. Wegen der Häufigkeit und Bedeutung von Zwangsspektrumsstörungen wäre jedoch die Entwicklung von Leitlinienempfehlungen zu diesen Störungsbildern ein wichtiges Anliegen für die Zukunft.

Weitere Herausforderungen sind eine intensivierte Begleitforschung zur Implementierung und Verbreitung des leitlinienorientierten Wissens. Ein wichtiger Ansatz ist auch die Entwicklung einer Version für Patienten und Angehörige, in der die Leitlinienempfehlungen in laienverständlicher Sprache aufbereitet werden. Diese ist für 2022/2023 geplant und wird als gemeinsame Patientenleitlinie für Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit Zwangsstörungen unter dem Schirm der Fachgesellschaften DGPPN und DGKJP (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie) entwickelt werden.

Fazit für die Praxis

- Neun Jahre nach der ersten Veröffentlichung einer S3-Leitlinie Zwangsstörungen erscheint eine revidierte Fassung der S3-Leitlinie. Trotz einer sehr hohen Zahl ausgewerteter Originalartikel haben sich die zentralen und wesentlichen Empfehlungen zu Psychotherapie und Pharmakotherapie, aber auch zu anderen biologischen Therapieverfahren nur in Details geändert.
- Die wirksamste Therapiemethode bei Zwangsstörungen ist nach wie vor die kognitive Verhaltenstherapie (KVT) mit Exposition und Reaktionsmanagement.
- Bei der medikamentösen Therapie sind selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer (SSRI) die Substanzen der 1. Wahl und indiziert, wenn KVT mit Exposition nicht verfügbar ist oder nicht wirksam war, wenn diese Therapieform abgelehnt wird oder um die Bereitschaft für KVT mit Exposition zu erhöhen.
- Neu sind Empfehlungen zum Einsatz von Internettherapie sowie zur Anwendung von KVT und Exposition, z. B. auch im Gruppenformat, gegebenenfalls per Videokonferenz, sowie in intensiver Form.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Ulrich Voderholzer

Schön Klinik Rosenneck
Am Rosenneck 6, 83209 Prien am Chiemsee,
Deutschland
uvoderholzer@schoen-klinik.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. U. Voderholzer, M. Favreau, A. Rubart, B. Zurowski, A. Staniloiu, A. Wahl-Kordon und N. Kathmann geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden von den Autoren keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

Literatur

1. Beesdo-Baum K, Zaudig M, Wittchen H-U (2019) SCID-5-CV komplett. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-5®-Störungen – Klinische Version für Erwachsene ab 18 Jahre. Hogrefe, Göttingen
2. Böhm K, Förstner U, Külz AK, Voderholzer U (2008) Versorgungsrealität der Zwangsstörungen: Werden Expositionsverfahren eingesetzt? Verhaltenstherapie 18:18–24
3. Brakoulias V, Starcevic V, Belloc A, Brown C, Ferrao YA, Fontenelle LF, Lochner C, Marazziti D, Matsunaga H, Miguel EC (2017) Comorbidity, age of onset and suicidality in obsessive-compulsive disorder (OCD): an international collaboration. Compr Psychiatry 76:79–86. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.04.002>
4. Fineberg NA, Roberts A (2001) Obsessive compulsive disorder: a twenty-first century perspective. In: Fineberg NA, Marazziti D, Stein D (Hrsg) Obsessive compulsive disorder: a practical guide. Martin Dunitz, London, S1–13
5. Hansen B, Kvale G, Hagen K, Havnén A, Öst LG (2019) The Bergen 4-day treatment for OCD: four years follow-up of concentrated ERP in a clinical mental health setting. Cogn Behav Ther 48(2):89–105. <https://doi.org/10.1080/16506073.2018.1478447>
6. Hiller W, Zaudig M, Mombour W (1995) IDCL – Internationale Diagnosen Checklisten für ICD-10 und DSM-IV. Huber, Bern
7. Hohagen F, Wahl-Kordon A, Lotz-Rambaldi W (2015) S3-Leitlinie Zwangsstörungen, 1. Aufl. Springer, Berlin
8. Jacobi F, Höfler M, Strehle J, Mack S, Gerschler A, Scholl L, Busch MA, Maske U, Hapke U, Gaebel W, Maier W, Wagner M, Zielasek J, Wittchen HU (2014) Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). Nervenarzt 85:77–87
9. Jönsson H, Hougaard E (2009) Group cognitive behavioural therapy for obsessive-compulsive disorder: a systematic review and meta-analysis. Acta Psychiatr Scand 119(2):98–106. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2008.01270.x>
10. 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. Psychother Psychosom 91(2):123–135. <https://doi.org/10.1159/000520454>
11. Launes G, Hagen K, Sunde T, Öst LG, Klovning I, Laukvik IL, Himle JA, Solem S, Hystad SW, Hansen B, Kvale GA (2019) Randomized controlled trial of concentrated ERP, self-help and waiting list for obsessive-compulsive disorder: the Bergen 4-day treatment. Front Psychol 10:2500. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02500>
12. Margraf J, Cwik JC, Pflug V, Schneider S (2017) Strukturierte klinische Interviews zur Erfassung psychischer Störungen über die Lebensspanne: Gütekriterien und Weiterentwicklungen der DIPS-Verfahren. Z Klin Psychol Psychother 46(3):176–186
13. Margraf J, Cwik JC, von Brachel R, Suppiger A, Schneider S (2021) DIPS Open Access 1.2: Diag-

Treatment of obsessive-compulsive disorders: recommendations of the revised S3 guidelines on obsessive-compulsive disorders

In 2022, the first revised version of the S3 guidelines on obsessive-compulsive disorder will be published under the auspices of the German Society for Psychiatry, Psychotherapy and Psychosomatics (DGPPN). This article contains a summary of the most important recommendations for therapy in a condensed form. There were no major changes in the central basic therapy recommendations compared with the first version of the guidelines, as the evidence base has not fundamentally changed since then. Cognitive behavioral therapy (CBT) with exposure and response management is the most effective form of therapy for this clinical picture and therefore the therapy of first choice. Regarding pharmacotherapy, selective serotonin reuptake inhibitors are the first-line medications. They are indicated when CBT with exposure is not available or has not been effective, when CBT is rejected by the patient and in the patient's personal preference for medication, or to increase the readiness for CBT with exposure. New recommendations include, e.g., the use of Internet therapy, and recommendations for the use of CBT and exposure, e.g., also in group format, including video conferencing if appropriate as well as in intensive format.

Keywords

Psychotherapy · Pharmacotherapy · Cognitive behavioral therapy · Selective serotonin reuptake inhibitor · Internet therapy

- nostisches Interview bei psychischen Störungen. Mental Health Research and Treatment Center, Ruhr-Universität Bochum, Bochum <https://doi.org/10.46586/rub.172.149>
14. Mataix-Cols D, Fernández de la Cruz L, Nordsletten AE, Lenhard F, Isomura K, Simpson HB (2016) Towards an international expert consensus for defining treatment response, remission, recovery and relapse in obsessive-compulsive disorder. World Psychiatry 15(1):80–81
 15. Moritz S, Kuelz A, Voderholzer U, Hillebrand T, McKay D, Jelinek L (2018) "Phobie à deux" and other reasons why clinicians do not apply exposure with response prevention in patients with obsessive-compulsive disorder. Cogn Behav Ther 48(2):162–176
 16. NICE (2013) Obsessive compulsive disorder. NICE evidence update 47
 17. Öst LG, Havnén A, Hansen B, Kvale G (2015) Cognitive behavioral treatments of obsessive-compulsive disorder. A systematic review and meta-analysis of studies published 1993–2014. Clin Psychol Rev 40:156–169. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.06.003>
 18. Ruscio AM, Stein DJ, Chiu WT, Kessler RC (2010) The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. Mol Psychiatry 15(1):53–63. <https://doi.org/10.1038/mp.2008.94>
 19. Simpson HB, Foa EB, Liebowitz MR, Huppert JD, Cahill S, Maher MJ, McLean CP, Bender J Jr, Marcus SM, Williams MT, Weaver J, Vermes D, Van Meter PE, Rodriguez CI, Powers M, Pinto A, Imms P, Hahn CG, Campeas R (2013) Cognitive-behavioral therapy vs risperidone for augmenting serotonin reuptake inhibitors in obsessive-compulsive disorder: a randomized clinical trial. JAMA Psychiatry 70(11):1190–1199. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.1932>
 20. Skapinakis P, Caldwell DM, Hollingworth W, Bryden P, Fineberg NA, Salkovskis P, Welton NJ, Baxter H, Kessler D, Churchill R, Lewis G (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. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30069-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30069-4)
 21. Voderholzer U, Schlegl S, Diedrich A, Külz AK, Thiel N, Hertenstein E, Schwartz C, Rufer M, Herbst N, Nissen C, Hillebrand T, Osen B, Stengler K, Jelinek L, Moritz S (2015) Versorgung Zwangserkrankter mit kognitiver Verhaltenstherapie als Behandlungsmethode erster Wahl. Verhaltenstherapie 25:183–190
 22. Wittchen HU, Semmler G (1990) Composite international diagnostic interview (CIDI, version 1.0). Beltz, Weinheim
 23. Zaudig M (2022) Zwangsspektrumsstörungen*/ „Zwangsstörung und verwandte Störungen“ nach ICD-11 und DSM-5. Nervenarzt. <https://doi.org/10.1007/s00115-022-01341-y>
 24. Zhou DD, Zhou XX, Lv Z, Chen XR, Wang W, Wang GM, Liu C, Li DQ, Kuang L (2019) Comparative efficacy and tolerability of antipsychotics as augmentations in adults with treatment-resistant obsessive-compulsive disorder: a network meta-analysis. J Psychiatr Res 111:51–58. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2019.01.014>