

Versorgung Zwangserkrankter mit kognitiver Verhaltenstherapie als Behandlungsmethode erster Wahl

Ulrich Voderholzer^{a,b} Sandra Schlegl^c Alice Diedrich^c Anne Katrin Külz^b Nicola Thiel^b
Elisabeth Hertenstein^b Caroline Schwartz^c Michael Rufer^d Nirmal Herbst^b
Christoph Nissen^b Thomas Hillebrand^e Bernhard Osen^f Katarina Stengler^g Lena Jelinek^h
Steffen Moritz^h

^aSchön Klinik Roseneck, Prien am Chiemsee, Deutschland;

^bKlinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Freiburg, Freiburg, Deutschland;

^cKlinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums München (LMU), München, Deutschland;

^dKlinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsspitals Zürich, Zürich, Schweiz;

^ePsychotherapeutische Praxis, Münster, Deutschland;

^fSchön Klinik Bad Bramstedt, Bad Bramstedt, Deutschland;

^gKlinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Leipzig, Leipzig, Deutschland;

^hKlinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Deutschland

English Version available at
www.karger.com/doi/10.1159/000438717

Schlüsselwörter

Zwangsstörung · Versorgung · Deutschland · Expositionstherapie · Kognitive Verhaltenstherapie

Keywords

Obsessive-compulsive disorder · Supply and distribution · Germany · Exposure therapy · Cognitive behavioural therapy

Zusammenfassung

Hintergrund: Die kognitive Verhaltenstherapie (KVT) mit Exposition und Reaktionsverhinderung stellt die Behandlungsmethode erster Wahl für Patienten mit Zwangsstörung dar. Ziel der vorliegenden Studie war die Bestimmung des Anteils an Patienten mit einer Zwangsstörung, die in Deutschland eine KVT mit Exposition und Reaktionsverhinderung erhalten. **Methode:** Hierzu wurden die Daten aus einer Befragung zur Behandlungsvorgeschichte einer Stichprobe von 369 Patienten mit einer Zwangsstörung nach ICD-10 analysiert. **Ergebnisse:** Insgesamt berichteten 60% der Patienten, in ihrer Behandlungsvorgeschichte mindestens einmal eine KVT mit Expositionsübungen erhalten zu haben. Bei 37% war dies die erste Behandlung. 46% gaben an, mindestens einmal eine KVT mit therapeutenbegleiteten Expositionsübungen erhalten zu haben. Durchschnittlich vergingen 6 Jahre zwischen Beginn der Zwangsstörung und Beginn der ersten Behandlung. **Schlussfolgerungen:** Zwei Fünftel der Patienten unserer Stichprobe berichteten, dass sie noch nie eine KVT mit Exposition und Reaktionsverhinderung erhalten hatten, obwohl es sich dabei um die Methode erster Wahl bei Zwangsstörungen handelt. Wir diskutieren potenzielle Hürden aufseiten der Patienten, Ärzte und Therapeuten sowie Maßnahmen, die zur Verbesserung der Versorgungssituation beitragen könnten.

© 2015 S. Karger GmbH, Freiburg

Summary

Supply with Cognitive Behaviour Therapy as First-line Therapy in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder

Background: Cognitive behaviour therapy (CBT) with exposure and response prevention represents first-line therapy for patients with obsessive-compulsive disorder (OCD). The aim of this study was to estimate the proportion of OCD patients that receive CBT with exposure and response prevention in Germany. **Methods:** In an observational study, data on treatment history from a sample of 369 patients with OCD (ICD-10 criteria) were analyzed. **Results:** Overall, 60% of the patients reported that they had received CBT with exposure at least once, 37% as their first treatment. 46% of patients indicated having received CBT with exposure accompanied by a mental health professional at least once. The average time between the onset of OCD and the initial treatment was 6 years. **Conclusions:** Two fifths of the patients with OCD in our sample reported that they had never received CBT with exposure and response prevention, the state-of-the-art treatment for OCD. We discuss potential barriers from patients' and mental health professionals' perspective as well as interventions that might help to improve the treatment situation.

Hintergrund

Die Zwangsstörung stellt mit einer Lebenszeitprävalenz von ungefähr 2% eine häufige psychische Erkrankung dar [Ruscio et al., 2010; Voderholzer et al., 2011]. Nach der jüngsten epidemiologischen Studie von Jacobi und Mitarbeitern [2014] ist sogar von 12-Monatsprävalenzen von 3% bei Männern und 4% bei Frauen auszugehen. Zu den Hauptsymptomen zählen wiederkehrende aufdringliche Gedanken oder Impulse (Zwangsgedanken) und/oder repetitive Verhaltensweisen (Zwangsverhalten). Eine unbehandelte Zwangsstörung verläuft oft chronisch oder wiederkehrend [Eisen et al., 2010; Skoog und Skoog, 1999] und geht häufig mit einer deutlichen Verringerung der Lebensqualität einher [Hertenstein et al., 2013; Koran et al., 1996; Moritz et al., 2005]. Die direkten und indirekten Kosten, die durch Zwangsstörungen in den USA entstehen, wurden im Jahr 1990 auf 8,4 Milliarden USD geschätzt [Moritz, 2008].

Zahlreiche Studien konnten zeigen, dass die kognitive Verhaltenstherapie (KVT) mit Exposition und Reaktionsverhinderung, besser Exposition und Reaktionsmanagement (EX/RM), und die pharmakologische Behandlung mit selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (SSRIs) die effektivsten Behandlungsmethoden für Patienten mit Zwangsstörungen darstellen [Eddy et al., 2004; Hohagen et al., 1998; Rosa-Alcázar et al., 2008]. Die KVT mit EX/RM ist laut Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN) die Methode erster Wahl [DGPPN, 2013]. Der Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung, die Erarbeitung von Therapiemotivation, die Entwicklung von Verhaltens- und Funktionsanalysen, die Planung und Durchführung von Expositionen mit Reaktionsmanagement, sowie der Einsatz kognitiver Techniken stellen wesentliche Therapiebausteine der KVT bei Zwangsstörungen dar [Förstner et al., 2011]. Bei Patienten mit vornehmlich Zwangsgedanken oder bei Patienten mit komorbider depressiver Erkrankung werden (zusätzlich) SSRIs empfohlen [Hohagen et al., 1998].

Dennoch ist zum aktuellen Zeitpunkt relativ wenig über die Anwendung von KVT mit EX/RM in der Routineversorgung in Deutschland bekannt. Die Identifizierung möglicher Diskrepanzen zwischen den Empfehlungen der Leitlinien und deren tatsächlicher Umsetzung in Routineeinrichtungen ist jedoch ein entscheidender Schritt, um mögliche Defizite in der Anwendung leitliniengetreuer Interventionen zu reduzieren und hierüber die Versorgungssituation zu verbessern [Garland et al., 2010].

Studien aus den USA [Freiheit et al., 2004; Mancebo et al., 2011; Marques et al., 2010] und Deutschland weisen auf eine Unterversorgung von Patienten mit Zwangsstörungen hin. Da jedoch die Befunde aus den USA und Deutschland aufgrund von gravierenden Unterschieden im Versorgungssystem nur begrenzt vergleichbar sind, wird im Folgenden nur spezifisch auf die Befunde zur Versorgungssituation von Zwangsstörungen in Deutschland eingegangen. Eine bundesweite Umfrage [Wittchen und Jacobi, 2001], die 1998 im Interesse des deutschen Gesundheitsministeriums durchgeführt wurde, zeigte, dass nur 44% der untersuchten Patien-

ten mit einer Angsterkrankung (einschließlich Zwangserkrankungen) innerhalb der vergangenen 12 Monate eine Behandlung erhalten hatten. Dabei beinhaltete die Definition «Behandlung» jeglichen Kontakt mit einem Experten für psychische Krankheiten, ungeachtet der Qualität oder Dauer. Bei einer Befragung von 386 in Deutschland niedergelassenen Psychologen und Psychiatern fanden Külz und Kollegen [2010], dass ungefähr 75% der Antwortenden pro Jahr maximal 3 Patienten mit Zwangsstörung behandelten. Etwa 75% der Verhaltenstherapeuten und 20% der psychodynamisch orientierten Therapeuten gaben an, dass sie EX/RM als effektiv erachteten. Dennoch hielten 25% auch die Gedankenstopp-Technik für hilfreich, obwohl es für diese Methode keine Wirksamkeitsnachweise gibt. Bei einer früheren Befragung von 138 deutschen Therapeuten mit KVT-Ausbildung berichteten 14%, dass sie noch nie Reizkonfrontationstechniken bei der Behandlung von Zwangspatienten eingesetzt hätten [Roth et al., 2004]. 17% dieser Stichprobe nutzten EX/RM für Patienten mit Zwangsstörungen nur gelegentlich, selten oder gar nicht. Jedoch geht aus der Studie nicht eindeutig hervor, ob die Therapeuten in dieser Stichprobe überhaupt alle regelmäßig Zwangspatienten behandelten. Böhm und Kollegen [2008] untersuchten die Vorgeschichte bezüglich Psychotherapien von 57 Patienten mit Zwangsstörungen und fanden heraus, dass bei 83% der vorherigen Behandlungen keine EX/RM durchgeführt wurde.

Eine weitere Untersuchung zur Versorgungssituation bei Patienten mit Zwangsstörungen in der Routineversorgung ist als zeitgemäßer Schritt anzusehen, um auch in Zukunft mögliche Hindernisse in Bezug auf die Umsetzung der leitliniengetreuen Behandlung zu erfassen und die Versorgungssituation hierüber zu verbessern. Folglich war das Ziel der vorliegenden Studie, die Versorgungssituation von Patienten mit Zwangsstörungen in Deutschland weiter zu erforschen. Dabei wurden die folgenden Fragestellungen untersucht: i) Wie viel Zeit vergeht durchschnittlich zwischen dem Beginn der Zwangsstörung und der Aufnahme der ersten Behandlung?; ii) Wie viele Patienten erhalten eine KVT mit EX/RM?; iii) Empfinden Patienten, die EX/RM erhalten, ihre Behandlung als hilfreicher im Vergleich zu Patienten, die andere Behandlungen erhalten?

Methode

Teilnehmer

Insgesamt nahmen 525 Patienten an der Untersuchung teil. Eine Teilstichprobe von 270 Teilnehmern wurde online über die Deutsche Gesellschaft Zwangserkrankungen e.V. rekrutiert und füllte eine Online-Version der Umfrage aus. Eine weitere Teilstichprobe von 255 Teilnehmern wurde zum einen in 3 Kliniken (Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Freiburg, Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychiatrie des Universitätsklinikums Leipzig, Schön Klinik Bad Bramstedt) erhoben (207 Teilnehmer), die eine störungsspezifische Behandlung für Patienten mit Zwangsstörungen anbieten, und zum anderen in ambulanten, auf die Behandlung von Zwangsstörungen spezialisierten Einrichtungen (48 Teilnehmer). Die Befragung bezog sich auf die Erfahrungen mit vorangegangenen Therapien, nicht auf die aktuelle Therapie, während der die Patienten rekrutiert wurden. Von allen Teilnehmern wurde nach einer ausführlichen Aufklärung über die Studie eine schriftliche Einverständniserklärung zur Teilnahme an der Studie eingeholt.

Tab. 1. Demografische Merkmale der Stichprobe

	Gesamt	Einrichtungen	Internet	χ^2/t	p
Geschlecht, % (n)				1,56 ^a	0,21
Männlich	40,1 (148)	43,8 (70)	37,3 (78)		
Weiblich	59,9 (221)	56,2 (90)	62,7 (131)		
Alter					
Mittelwert (SD)	36,3 (10,7)	37,3 (11,1)	35,6 (10,4)	1,58 ^b	0,12
Spannweite	16–70	17–66	16–70		
Beziehungsstatus, % (n)				0,46 ^a	0,50
In einer Beziehung	54 (197)	51,9 (81)	55,5 (116)		
Kein Partner	46 (168)	48,1 (75)	44,5 (93)		
Beschäftigungsstatus, % (n)				116,2 ^a	<0,001 [*]
Student	12,5 (46)	15,8 (25)	10 (21)		
Angestellt	21,8 (80)	43,7 (69)	5,3 (11)		
Arbeitslos	40,6 (149)	18,4 (29)	57,4 (120)		
Hausfrau/-mann	7,1 (26)	8,2 (13)	6,2 (13)		
Im Ruhestand	11,7 (43)	13,9 (22)	10 (21)		

n = absolute Häufigkeit, SD = Standardabweichung, t = Testwert des t-Tests für unabhängige Stichproben, p = Signifikanzniveau. Alle Prozentwerte sind als valide Prozentwerte angegeben.
^{*}Signifikante Unterschiede.
^a χ^2 .
^bt-Wert.

Die Analysen wurden letztlich mit den 369 Patienten, die an einer Zwangsstörung litten, durchgeführt. Bei den Teilnehmern, die in einer der zuvor geschilderten Institutionen behandelt worden waren, wurden die Diagnosen von erfahrenen Mitarbeitern selbiger Institutionen gestellt. Bei den Teilnehmern der Online-Befragung mussten die Teilnehmer selbst angeben, ob ihnen von einem Psychologen, Psychiater oder Neurologen eine Zwangsstörung diagnostiziert worden war. 78 Patienten wurden ausgeschlossen, weil sie von einem Allgemeinarzt oder von sich selbst diagnostiziert worden waren und weitere 78 Patienten wegen fehlender Daten zur Symptomschwere (keine Y-BOCS-Skala). Die Daten wurden im Zeitraum von Oktober 2009 bis August 2010 erhoben.

Fragebogen

Die Daten wurden mithilfe der «Patientenumfrage bei Zwangsstörungen» erhoben, die von den Autoren des vorliegenden Artikels entwickelt worden war und folgende Fragen enthielt:

- (1) Alter (in Jahren)
- (2) Geschlecht (männlich oder weiblich)
- (3) Beschäftigungsstatus (Student, angestellt, arbeitslos, Hausfrau/-mann, im Ruhestand, sonstiges)
- (4) Beziehungsstatus (in einer Partnerschaft, ohne Partner)
- (5) Wie lange leiden Sie bereits an Zwangssymptomen? (in Jahren)
- (6) An welcher Art von Zwangsstörung leiden Sie? (primär Zwangsgedanken, primär Zwangshandlungen, gemischter Typus)
- (7) Falls Sie unter Zwangsgedanken leiden, unter welchem Typus von Zwangsgedanken leiden Sie? (Verschmutzung, somatische, aggressive, sexuelle, Wiederholungszwang, religiöse)
- (8) Falls Sie unter Zwangshandlungen leiden, unter welchem Typus von Zwangshandlungen leiden Sie? (Putzen/Waschen, Kontrollieren, Zählen/Wiederholen, Horten, gedankliche Rituale)
- (9) Leiden Sie an einer anderen psychischen Störung? Falls ja, an welcher psychischen Störung leiden Sie?
- (10) Wie viel Zeit ist zwischen dem Erstauftreten Ihrer Zwangsstörung und Ihrer ersten Behandlung vergangen?
- (11) Falls Sie bereits eine psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung erhalten haben, beantworten Sie bitte die folgenden Fragen hinsichtlich jeder Behandlung, die Sie erhalten haben (aktuell laufende Behandlungen sollten nicht beurteilt werden):
 - Haben Sie eine Verhaltenstherapie gemacht?

- Haben Sie eine Expositionstherapie gemacht? Falls ja, haben Sie therapeutegeleitete Expositionssitzungen durchgeführt?
- Wie hilfreich war diese Behandlung für Sie? (bewertet auf eine Likert-Skala von 1 (sehr hilfreich) bis 6 (überhaupt nicht hilfreich))
- Haben Sie jemals Medikamente zur Behandlung Ihrer Zwangsstörung erhalten? Falls ja, welche Medikamente (Name des Medikaments, Dosierung)?

Zusätzlich wurde die Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS SR) zur Selbsteinschätzung der Symptomschwere angewandt. Die Y-BOCS SR ist eine weit verbreitete Version der ansonsten zur Fremdeinschätzung von Klinikern genutzten Y-BOCS [Goodman et al., 1989]. Das Interview zur Fremdeinschätzung und die Skala zur Selbsteinschätzung weisen eine sehr hohe Korrelation miteinander auf und können als gleichwertig bezüglich der Messung des Schweregrades angesehen werden [Schaible et al., 2001].

Statistische Auswertung

Alle statistischen Analysen wurden mithilfe von SPSS, Version 17.0 durchgeführt. Mittelwerte, Standardabweichungen (SD), absolute Häufigkeiten und Prozentwerte wurden für deskriptive Zwecke berechnet. Zur Testung von Unterschiedshypothesen wurden t-Tests, χ^2 -Tests und ANOVAs berechnet. Das Signifikanzniveau wurde bei allen Analysen auf $p < 0,05$ gesetzt.

Ergebnisse

Demografische und klinische Merkmale der Stichprobe

Die demografischen Merkmale der Stichprobe sind in Tabelle 1 aufgeführt. Die Teilstichproben unterscheiden sich nicht hinsichtlich Geschlecht, Alter und Beziehungsstatus. In Bezug auf den Beschäftigungsstatus konnten signifikante Unterschiede festgestellt werden, und zwar dahingehend, dass der Anteil arbeitsloser Patienten in der Internet-Stichprobe höher war.

Die klinischen Merkmale der Stichprobe sind in Tabelle 2 aufgeführt. Die Teilstichproben unterschieden sich lediglich in Bezug auf den Zeitraum zwischen Erkrankungs- und Behandlungsbeginn

Tab. 2. Klinische Merkmale der Stichprobe

	Gesamt	Einrichtungen	Internet	χ^2/t	p
Y-BOCS Gesamtwert					
Mittelwert (SD)	18,9 (7,4)	19,6 (7,0)	18,3 (7,7)	1,66 ^b	0,10
Spannweite	1–38	2–38	1–37		
Dauer der Zwangsstörung (Jahre)					
Mittelwert (SD)	15,9 (10,9)	16,3 (11,8)	15,7 (10,2)	0,54 ^b	0,59
Spannweite	1–50	0,8–50	0–35		
Jahre zwischen Erstauftreten und Erstbehandlung					
Mittelwert (SD)	5,9 (8,1) [*]	8,6 (9,5) [*]	4,1 (6,4) [*]	5,0 ^{*b}	<0,001 [*]
Subtypus, % (n)				2,56 ^a	0,28
Primär Zwangsgedanken	21,0 (77)	17,1 (27)	23,9 (50)		
Primär Zwangshandlungen	19,6 (72)	20,3 (32)	19,1 (40)		
Beides	59,4 (218)	62,7 (99)	56,9 (119)		
Typen der Zwangsgedanken, % (n)					
Verschmutzung	40,1 (146) [*]	47,7 (74) [*]	34,4 (72) [*]	6,55 ^{*a}	0,01 [*]
Somatische	25,5 (92)	27,0 (41)	24,4 (51)	0,31 ^a	0,58
Aggressive	28,8 (104)	27,0 (41)	30,1 (63)	0,43 ^a	0,51
Sexuelle	18,7 (68)	18,8 (29)	18,7 (39)	0,002 ^a	0,97
Wiederholungszwang	51,2 (187)	51,9 (81)	50,7 (106)	0,05 ^a	0,82
Religiöse	10,2 (37)	11,1 (17)	9,6 (20)	0,23 ^a	0,63
Typen der Zwangshandlungen, % (n)					
Putzen/Waschen	46,3 (169)	50,6 (79)	43,1 (90)	2,06 ^a	0,15
Kontrollieren	60,8 (223)	66,5 (105)	56,5 (118)	3,77 ^a	0,05
Zählen/Wieder-holen	38,4 (140)	38,5 (60)	38,3 (80)	0,001 ^a	0,97
Ordnen	23,4 (85)	24,5 (38)	22,5 (47)	0,21 ^a	0,65
Horten	6,9 (25)	7,3 (11)	6,7 (14)	0,05 ^a	0,83
Gedankliche Rituale	32,0 (116)	31,8 (41)	32,1 (67)	0,002 ^a	0,96
EX/RM mindestens einmal erhalten, % (n)	58 (215)	61 (98)	56 (117)	0,914 ^a	0,34
n = absolute Häufigkeit, M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, Y-BOCS = Yale Brown Obsessive Compulsive Scale (Selbstbeurteilung), EX/RM = Exposition mit Reaktionsmanagement, t = Testwert des t-Tests für unabhängige Stichproben, p = Signifikanzniveau. Alle Prozentwerte sind als valide Prozentwerte angegeben.					
[*] Signifikante Unterschiede.					
^a χ^2 .					
^b t-Wert.					

sowie in Bezug auf den Anteil der Patienten, die unter Kontaminationsängsten litten. Die Ergebnisse zeigen, dass die Dauer zwischen Beginn der Erkrankung und Erstbehandlung sowie der Anteil an Teilnehmern, die unter Kontaminationsängsten litten, in der Einrichtungsstichprobe signifikant größer war als in der Online-Stichprobe.

Gemäß des Gesamtwerts der Y-BOCS litten aktuell 6,2% der Gesamtstichprobe unter einer subklinischen Zwangsstörung (Y-BOCS 0–7 Punkte), 27,4% unter einer leichten (Y-BOCS 8–15 Punkte), 37,1% unter einer moderaten (Y-BOCS 16–23 Punkte), 26,3% unter einer schweren (Y-BOCS 24–31 Punkte) und 3% unter einer extremen (Y-BOCS 32–40 Punkte).

48% (n = 177) der Gesamtstichprobe gaben an, an einer oder mehreren komorbiden Störungen zu leiden. Die häufigste Komorbidität waren depressive Erkrankungen (31%), gefolgt von Angststörungen (15%), Persönlichkeitsstörungen (5%), Essstörungen (3%), Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (2,4%), Substanzgebrauchsstörungen (1,6%), bipolaren Störungen (0,8%) sowie psychotischen Störungen (0,8%).

Behandlungssituation

Die Zeitspanne zwischen Beginn der Erkrankung und Erstbehandlung betrug in der Gesamtstichprobe 5,9 Jahre (SD = 8,1 Jahre) (Tab. 2). 37% gaben an, eine KVT mit EX/RM als Erstbehandlung in Anspruch genommen zu haben. 24% hatten bei ihrer ersten Behandlung EX/RM in Begleitung eines Therapeuten durchgeführt. 60% berichteten, eine KVT mit EX/RM insgesamt mindestens einmal gemacht zu haben. In 46% der Fälle war diese Exposition auch therapeutenbegleitet. Abbildung 1 veranschaulicht die absoluten Häufigkeiten und Prozentwerte der Patienten mit einer Zwangsstörung, die eine Behandlung mit oder ohne EX/RM erhalten haben. Außerdem wird darin die subjektive Zufriedenheit mit den unterschiedlichen Behandlungen abgebildet. Die kumulierten Häufigkeiten der Patienten, die EX/RM in 4 aufeinanderfolgenden Behandlungen erhalten haben, sind in Abbildung 2 dargestellt.

Die Durchführung von χ^2 -Tests ergab bei keiner der 4 abgefragten Behandlungen signifikante Unterschiede in der Verteilung der Häufigkeiten der Inanspruchnahme von «Behandlungen mit EX/RM», «Behandlungen ohne EX/RM» sowie «keinerlei Behandlungs-

Tab. 3. Verhältnis zwischen Patienten mit schwerer vs. milder Zwangsstörung, die mindestens einmal EX/RM erhalten haben

	Schwere Zwangsstörung (Y-BOCS ≥ 16)	Leichte Zwangsstörung (Y-BOCS < 16)	χ^2	p
Erhielten EX/RM, % (n)	57 (140)	63 (78)	1,13	0,29

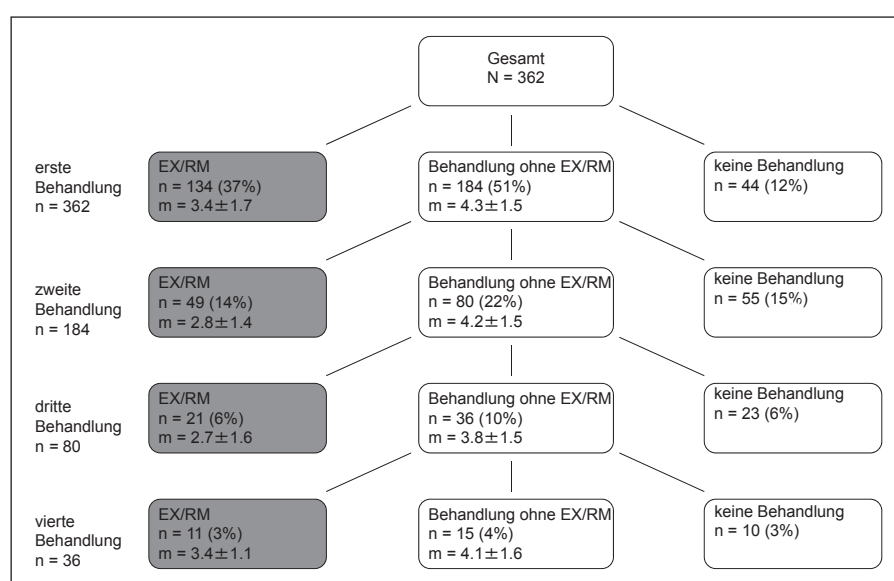
EX/RM = Exposition mit Reaktionsmanagement, Y-BOCS = YaleBrown Obsessive Compulsive Scale, p = Signifikanzniveau.

Tab. 4. Wie hilfreich empfanden Patienten ihre erste Behandlung mit bzw. ohne EX/RM?

	Mit EX/RM	Ohne EX/RM	t	p
Mittelwert \pm SD	3,44	4,22	-4,37	< 0,001

SD = Standardabweichung, EX/RM = Exposition mit Reaktionsmanagement, t = Testwert des t-Tests für unabhängige Stichproben, p = Signifikanzniveau.
Mittelwert = Gruppenmittelwert auf einer Likert-Skala von 1 (sehr hilfreich) bis 6 (überhaupt nicht hilfreich).
Höhere Werte weisen darauf hin, dass die Behandlung als weniger hilfreich bewertet wurde.

Abb. 1. Inanspruchnahme von Behandlungsangeboten von Patienten mit Zwangsstörung in 4 aufeinanderfolgenden Behandlungen. EX/RM = Exposition mit Reaktionsmanagement, n = absolute Häufigkeiten, m = mittlere subjektive Bewertung der Behandlung auf einer Ratingskala von 1 (sehr hilfreich) bis 6 (überhaupt nicht hilfreich), % = Prozentsatz der Stichprobe von N = 362. Absolute Häufigkeiten und Prozentwerte der Patienten mit Zwangsstörung, die die Behandlung erster Wahl (EX/RM) oder eine Behandlung ohne EX/RM als Erstbehandlung erhalten haben, sind in der ersten Zeile dargestellt. Die darauffolgenden Zeilen zeigen Daten der Patienten, die keine EX/RM in ihrer ersten (zweiten, dritten und vierten) Behandlung erhalten haben.



angeboten» in Abhängigkeit der Erhebungsmethode (Einrichtung vs online). Auch hinsichtlich der Art der Expositionsbehandlung (therapeutenbegleitet: ja/nein) ergaben χ^2 -Tests weder für die erste Behandlung noch für alle 4 Behandlungen zusammen signifikante Unterschiede in Abhängigkeit der Erhebungsstichprobe. Deshalb werden hier nur die Ergebnisse für die Gesamtstichprobe berichtet.

Der Anteil der Patienten, der mindestens einmal mit EX/RM behandelt worden war, war in den Untergruppen der Patienten mit klinisch relevanter vs. weniger schwerer Zwangsstörung vergleichbar (Tab. 3). Patienten, die bei ihrer ersten Therapie EX/RM erhalten hatten, bewerteten ihre Behandlung als signifikant hilfreicher als jene, die keine EX/RM erhalten hatten (Tab. 4). Die Durchführung einer 2-faktoriellen ANOVA ergab keine signifikanten Unterschiede in der Zufriedenheit der Teilnehmer mit Behandlungen mit und ohne EX/RM in Abhängigkeit der Erhebungsmethode (Einrichtung vs online). Deshalb werden hier die Ergebnisse bezüglich der Einschätzung dessen, wie hilfreich eine Behandlung war, nur für die Gesamtstichprobe berichtet.

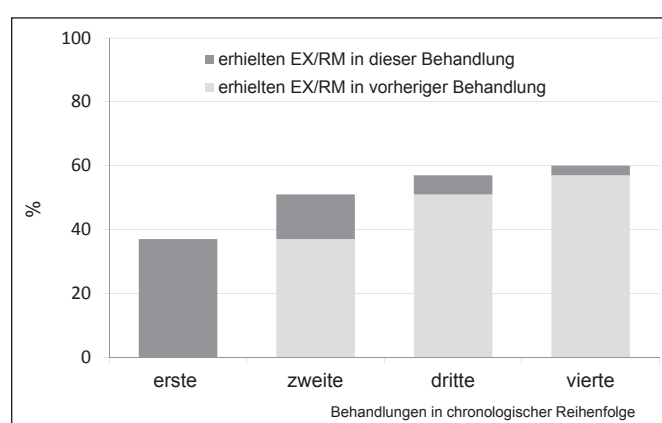


Abb. 2. Kumulierte Häufigkeiten der Patienten mit Zwangsstörung, die die Behandlung erster Wahl in 4 aufeinanderfolgenden Behandlungen erhielten. Kumulierte Häufigkeiten einer Stichprobe von N = 362 Patienten mit Zwangsstörung, die die Behandlung erster Wahl (Exposition mit Reaktionsmanagement, EX/RM) in ihrer ersten Behandlung und den 3 darauffolgenden Behandlungen erhielten.

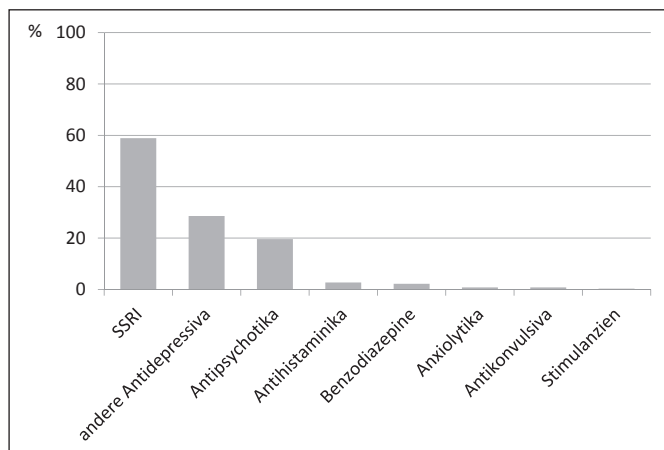


Abb. 3. Einnahme verschiedener Medikamente zur Behandlung der Zwangsstörung in Prozent. SSRI = Selektive Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer.

In Hinsicht auf die pharmakologische Behandlung berichteten 74,3% ($n = 274$) der Gesamtstichprobe, Medikamente zur Behandlung ihrer Zwangsstörung erhalten zu haben. 58,9% ($n = 216$) hatten SSRIs erhalten. Auch hier ergaben 2 χ^2 -Tests keine signifikanten Unterschiede in der Häufigkeit der Einnahme von Medikamenten (ja vs nein) sowie SSRIs (ja vs nein) in Abhängigkeit der Erhebungsstichprobe. Abbildung 3 veranschaulicht die Häufigkeiten der Einnahme verschiedener Medikamente zur Behandlung der Zwangsstörung.

Diskussion

Die Befragung erbrachte 2 wesentliche Ergebnisse: Zum einen fanden wir eine Verzögerung von durchschnittlich 6 Jahren zwischen dem Ausbruch der Erkrankung und dem Beginn der ersten Behandlung. Zum anderen gab ein Großteil der Patienten an, nicht mit KVT mit EX/RM behandelt worden zu sein. Im Spezifischen haben 40% der befragten Patienten, die in Deutschland wegen Zwängen behandelt worden sind, nie eine KVT mit EX/RM erhalten, und 63% haben keine KVT mit EX/RM als Erstbehandlung erhalten. Mehr als die Hälfte hat nach eigenen Angaben trotz Exposition nie eine therapeutenbegleitete Exposition erhalten. Dies erscheint besonders vor dem Hintergrund wichtig, dass leitliniengetreue KVT mit EX/RM von den Probanden als signifikant hilfreicher erlebt wurde als Behandlungen ohne EX/RM.

Die Behandlungslatenz von 6 Jahren zwischen dem Erstauftreten der Zwangsstörung und der ersten Behandlung, die in unserer Stichprobe bestimmt wurde, ist deutlich kürzer als die aus verschiedenen Stichproben in den USA, in denen 10 Jahre [Marques et al., 2010], 14 Jahre [Cullen et al., 2008] und 17 Jahre [Pinto et al., 2006] gefunden wurden. Es macht Sinn, anzunehmen, dass sich, möglicherweise aufgrund von Unterschieden im Gesundheitssystem, zwangserkrankte Patienten in Deutschland früher in Behandlung begeben als Patienten in den USA. Diese Hypothese wird von Ergebnissen von Marques und Kollegen [2010] unterstützt, die zeigen, dass 57% der US-amerikanischen Patienten Sorgen hinsichtlich der Kosten der

Behandlung und 38% Bedenken wegen ihres Versicherungsschutzes berichteten. Allerdings sind möglicherweise auch Unterschiede in Stichprobenmerkmalen, Rekrutierungsmethoden sowie Befragungen für die Diversität der Ergebnisse verantwortlich.

Das Ergebnis der vorliegenden Studie, demzufolge ein großer Anteil an Patienten keine KVT mit EX/RM erhielt, stimmt mit vorangegangenen Studien überein, die auf eine potenzielle Unterversorgung von Zwangspatienten mit KVT mit EX/RM in Deutschland [Böhm et al., 2008; Külz et al., 2010; Roth et al., 2004] und in den USA hinweisen [z.B. Marques et al., 2010]. Die Bewertung der KVT mit EX/RM als signifikant hilfreicher im Vergleich zu Behandlungen ohne EX/RM entspricht den Ergebnissen umfangreicher Forschungsarbeiten, die die Wirksamkeit dieser Behandlungsmethode bei der Reduktion von Zwangssymptomen und die damit verbundene Verbesserung der Lebensqualität unterstützen [z.B. Foa et al., 2005; Moritz et al., 2005; Rosa-Alcázar et al., 2008]. In diesem Zusammenhang muss jedoch auch darauf hingewiesen werden, dass trotz der Bewertung von Behandlungen ohne EX/RM als signifikant weniger hilfreich auch die Behandlungen mit EX/RM als nur mittelmäßig hilfreich bewertet wurden. In der Teilstichprobe, die EX/RM als Erstbehandlung erhalten hatte, war die Größe der Patientengruppe, die diese Therapie als gut oder sehr gut bewertete, sogar mit dem Anteil der Patienten, der diese als unbefriedigend oder als überhaupt nicht hilfreich beurteilte, vergleichbar. Möglicherweise ist die geringe Behandlungszufriedenheit in unserer Stichprobe auf die retrospektive Datenerhebung zurückzuführen, denn es ist hypothetisch möglich, dass der Großteil der Patienten zwar anfänglich, jedoch nicht langfristig von EX/RM profitierte, was zu einer negativeren Bewertung im Nachhinein geführt haben könnte. Unterstützt wird diese Hypothese durch Eisen und Kollegen [1999], die bei Patienten mit Zwangsstörung eine Rückfallwahrscheinlichkeit von 48% in einem Zeitraum von 2 Jahren nach Remission nachweisen konnten (für gegenteilige Ergebnisse siehe Rufer et al. [2005]). Eine weitere mögliche Erklärung für die geringe Behandlungszufriedenheit ist, dass einige Patienten in unserer Stichprobe zwar EX/RM erhielten, diese jedoch möglicherweise nicht immer den Leitlinien entsprechend durchgeführt worden ist. Mögliche Fehler bei der Expositionsbehandlung von Patienten mit Zwangsstörungen bestehen beispielsweise in der fehlenden Vorbereitung der Patienten auf die Exposition, in einer Durchführung von Expositionen über kurze Zeitintervalle hinweg sowie in der fehlenden Thematisierung kognitiver Vermeidung während alleiniger oder therapeutengeleiteter Exposition [Gillihan et al., 2012; Hand, 2011; 2013].

Unsere Untersuchung beschäftigte sich nicht mit den Ursachen für die fehlende Inanspruchnahme von KVT mit EX/RM einiger Patienten unserer Stichprobe. Deshalb können wir über potenzielle Gründe hierfür lediglich spekulieren. Külz und Kollegen [2010] stellten jedoch fest, dass die überwiegende Mehrheit der Therapeuten in ihrer Studie angab, selten oder niemals Patienten mit einer Zwangsstörung behandelt zu haben. Darüber hinaus wird vermutet, dass manche der Therapeuten, die Zwangspatienten mit KVT behandeln, keine EX/RM durchführen [Hillebrand und Niedermeier, 2014], oftmals aufgrund von Schwierigkeiten der Therapeuten in der Integration von Expositionsbehandlungen in den Routinealltag

einer psychologischen Bestellpraxis sowie aufgrund finanzieller Einbußen (z.B. aufgrund unzureichend honorierter Fahrtzeiten zu den Expositionsbehandlungen) [Hillebrand und Niedermeier, 2014; Külz et al., 2010]. Aufgrund der eben genannten Aspekte ist es also möglich, dass zumindest manche Patienten Schwierigkeiten haben, einen Therapeuten zu finden, der KVT mit EX/RM anbietet. Mancebo und Kollegen [2011] stellten darüber hinaus jedoch fest, dass ein Viertel der Patienten, die eine Empfehlung für die Durchführung einer KVT erhalten hatten, die Behandlung nicht aufnahmen und dass 31% derjenigen, die eine KVT begonnen hatten, die Behandlung vorzeitig beendeten. Diese Ergebnisse lenken die Aufmerksamkeit auf die Barrieren aufseiten der Patienten. Der temporär angstfördernde Charakter der EX/RM ist wahrscheinlich einer der Gründe, weshalb Patienten an dieser Behandlung nicht teilnehmen möchten oder sie frühzeitig abbrechen. Weitere mögliche Hindernisse bei der Aufnahme einer Behandlung sind Terminfindungsschwierigkeiten und finanzielle Bedenken, Stigmata und Scham sowie die Auffassung, die Behandlung könnte nicht hilfreich sein [Mancebo et al., 2011; Marques et al., 2010].

Die vorliegende Studie weist einige Limitationen auf. Zuerst ist einzuräumen, dass das genaue Ausmaß der Unterversorgung von zwangserkrankten Patienten mit KVT mit EX/RM aufgrund des retrospektiven Einsatzes von Selbstbeurteilungsinstrumenten nur annähernd bestimmt werden konnte. Denn der retrospektive Einsatz von Selbstbeurteilungsinstrumenten hat möglicherweise dazu geführt, dass wir nur eingeschränkt valide Aussagen darüber erhalten haben, (1) ob eine KVT angewendet wurde, (2) ob Expositionsübungen durchgeführt wurden und (3), ob diese therapeutengeleitet waren, da sich die Befragten eventuell manchmal nicht mehr daran erinnern konnten oder aber ihnen von Anfang an gar nicht bekannt war, welche Art der psychotherapeutischen Behandlung sie in Anspruch genommen hatten [Stobie et al., 2007]. Zudem kann nicht genau bestimmt werden, ob EX/RM im Allgemeinen und EX/RM mit Therapeutenbegleitung im Speziellen (als Erstbehandlung) im Falle jedes einzelnen Patienten unserer Studie überhaupt sinnvoll war. Wie in der S3-Leitlinie Zwangsstörungen [DGPPN, 2013] ausgeführt wird, sind Expositionen (mit Therapeutenbegleitung) die Therapiemethode der Wahl. Dennoch mag es Einzelfälle gegeben haben, bei denen andere Vorgehensweisen angezeigt waren. Beispielsweise ist es möglich, dass die Behandlung einer schweren komorbiden Erkrankung gegenüber der Zwangsstörung Vorrang hatte oder aber mit der Durchführung von EX/RM unvereinbar erschien. Schwere Komorbiditäten, wie beispielsweise eine Substanzabhängigkeit, bipolare Störung oder Psychose, wurden jedoch nur von einem geringen Prozentsatz unserer Stichprobe angegeben. Deshalb gehen wir davon aus, dass unsere Ergebnisse tatsächlich als Hinweis auf eine Unterversorgung, zumindest hinsichtlich der EX/RM, interpretiert werden können.

Eine weitere Einschränkung der vorliegenden Studie besteht darin, dass kein strukturiertes Diagnoseinstrument verwendet wurde. Allerdings bezogen wir lediglich Patienten in die Studie mit ein, die die Diagnose einer Zwangsstörung in einer spezialisierten Einrichtung oder von einem Psychologen, Psychiater oder Neurologen erhalten hatten. Im Gegensatz zur Studie von Marques und Kollegen

[2010] wurden Teilnehmer in unserer Studie mit einem subklinischen Wert im Y-BOCS nicht ausgeschlossen, da wir auch Patienten, die von der Behandlung profitiert hatten, miteinbeziehen wollten.

Die eingeschränkte Repräsentativität der Stichprobe stellt eine zusätzliche Limitation der vorliegenden Studie dar. Obwohl die vorliegende Stichprobe verhältnismäßig groß ist ($N = 369$), entspricht sie dennoch nur ungefähr 1% der jährlich tatsächlich betroffenen 60 000 bis zu 310 000 Zwangserkrankten in Deutschland (0,7–3,8% [Adam et al., 2012; Wittchen und Jacobi, 2012]). Dies deutet neben der eingeschränkten Generalisierbarkeit der Ergebnisse auch auf die geringe Veränderungsmotivation der Betroffenen hin. Darüber hinaus wird die Generalisierbarkeit unserer Befunde dadurch eingeschränkt, dass wir ausschließlich Patienten miteingeschlossen haben, die alle Messungen durchlaufen und eine Diagnose von einem Experten erhalten hatten. Abschließend hat unser Vorgehen bei der Rekrutierung möglicherweise zu einer weniger repräsentativen Stichprobe von Patienten mit Zwangserkrankungen in Deutschland geführt. Beispielsweise ist davon auszugehen, dass Patienten aus verhaltenstherapeutischen Einrichtungen KVT (mit EX/RM) insgesamt häufiger in Anspruch genommen haben und diese anders bewertet haben als Teilnehmer aus Bevölkerungsstichproben.

Mehrere Fragestellungen wurden in unserem Fragebogen nicht behandelt und stellen möglicherweise Themen für die weitere Forschung dar. Von Interesse wären z.B. die Bestimmung des Zeitraums zwischen Diagnosestellung und Erstbehandlung, die Frage nach einer angemessenen Dosis an Psychopharmaka, das Eruiere von Gründen, aus denen eine evidenzbasierte Behandlung nicht initiiert wurde, sowie die Untersuchung der Häufigkeit und subjektiv erlebten Effektivität der mit der EX/RM eng verknüpften Behandlungsbausteine «Erarbeitung eines Störungsmodells» sowie «kognitive Umstrukturierung». Darüber hinaus wären die Erhebung qualitativer Aspekte der EX/RM (z.B. Durchführung von Motivationsarbeit, Häufigkeit und Dauer der Expositionssitzungen) sowie deren Bewertung interessant. Dies würde zum einen ein noch genaueres Bild der Versorgungssituation bei Zwangserkrankungen in Deutschland ergeben und zum anderen vermutlich auch einen maßgeblichen Einfluss auf die Bewertung der EX/RM sowie die Behandlung insgesamt nehmen.

Schlussfolgerungen

Trotz der Existenz wirksamer Behandlungen wird eine Vielzahl von Zwangspatienten nicht entsprechend den aktuellen Leitlinien [DGPPN, 2013] behandelt. Auch wenn das genaue Ausmaß der Unterversorgung aufgrund methodischer Limitationen unserer Studie nicht exakt bestimmbar ist, so verweisen unsere Ergebnisse doch auf Hemmnisse vonseiten mancher Therapeuten sowie Patienten in der Inanspruchnahme von KVT mit EX/RM. Potenzielle Maßnahmen zur Reduktion der Hemmungen aufseiten der Patienten umfassen Informationsvermittlung zu Zwangsstörungen und deren Behandlung in den Medien, Interventionen zum Abbau von Stigmatisierung sowie die Implementierung niederschwelliger Behandlungsan-

gebote wie evidenzbasierter Selbsthilfe und internetgestützter Therapie. Mögliche Maßnahmen zur Reduktion von Vorbehalten der Therapeuten gegenüber KVT mit EX/RM beinhalten die Verbesserung der finanziellen Bedingungen der praktizierenden Psychiater und Psychotherapeuten (z.B. in Form einer Erhöhung der Honorierung der Fahrtzeit) sowie die Vermittlung von Ideen zur verbesserten Integration von Expositionsbehandlungen in den Routinealltag von niedergelassenen Therapeuten und Psychiatern ohne finanzielle Einbußen [Hillebrand und Niedermeier, 2014]. Die Durchführung dieser Maßnahmen könnte zu einem verstärkten Einsatz von KVT mit EX/RM führen und so die Versorgung von Patienten mit Zwangserkrankungen möglicherweise noch weiter verbessern.

Literatur

Adam Y, Meinschmidt G, Gloster AT, Lieb R: Obsessive-compulsive disorder in the community: 12-month prevalence, comorbidity and impairment. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2012;47:339–349.

Böhm K, Förstner U, Külz A, Voderholzer U: Versorgungsrealität der Zwangsstörungen: Werden Expositionsverfahren eingesetzt? *Verhaltenstherapie* 2008;18:18–24.

Cullen B, Samuels JF, Pinto A, Fyer AJ, McCracken JT, Rauch SL, Murphy DL, Greenberg BD, Knowles JA, Piacentini J, Bienvenu OJ, III, Grados MA, Riddle MA, Rasmussen SA, Pauls DL, Willour VL, Shugart YY, Liang K-Y, Hoehn-Saric R, Nestadt G: Demographic and clinical characteristics associated with treatment status in family members with obsessive-compulsive disorder. *Depress Anxiety* 2008;25:218–224.

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN): S3-Leitlinie Zwangsstörungen 2013. www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/kurzversion-leitlinien/S3-Leitlinie_Zwangsst%C3%B6rungen_lang.pdf (Zugriff 16.07.2015).

Eddy KT, Dutra L, Bradley R, Westen D: A multidimensional meta-analysis of psychotherapy and pharmacotherapy for obsessive-compulsive disorder. *Clin Psychol Rev* 2004;24:1011–1030.

Eisen JL, Goodman WK, Keller MB, Warshaw MG, DeMarco LM, Luce DD, Rasmussen SA: Patterns of remission and relapse in obsessive-compulsive disorder: a 2-year prospective study. *J Clin Psychiatry* 1999;60:346–351.

Eisen JL, Pinto A, Mancebo MC, Dyck IR, Orlando ME, Rasmussen SA: A 2-year prospective follow-up study of the course of obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 2010;71:1033–1039.

Foa EB, Liebowitz MR, Kozak MJ, Davies S, Campeas R, Franklin ME, Huppert JD, Kjnisted K, Rowan V, Schmidt AB, Simpson HB, Tu X: Randomized, placebo-controlled trial of exposure and ritual prevention, clomipramine, and their combination in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 2005;162:151–161.

Förstner U, Külz AK, Voderholzer U: Störungsspezifische Behandlung der Zwangsstörungen – ein Therapiemanual. Stuttgart, Kohlhammer, 2011.

Freiheit SR, Vye C, Swan R, Cady M: Cognitive-behavioral therapy for anxiety: is dissemination working? *Behavior Therapist* 2004;27:25–32.

Garland AF, Hurlburt MS, Brookman-Frazee L, Taylor RM, Accurso EC: Methodological challenges of characterizing usual care psychotherapeutic practice. *Adm Policy Ment Health* 2010;37:208–220.

Gillihan SJ, Williams MT, Malcoun E, Yadin E, Foa EB: Common pitfalls in exposure and response prevention (EX/RP) for OCD. *J Obsessive Compuls Relat Disord* 2012;1:251–257.

Beiträge der Autoren

UV, AKK, MR, TH, BO, KS, LJ und SM haben wesentlich zur Konzeption und zum Design der Studie sowie zur Datenerhebung beigetragen. SS, AKK, NT, EH, CS, NH und CN haben die Datenanalyse durchgeführt. Alle Autoren waren an der Interpretation der Daten beteiligt. SS, AKK, NT, EH und CS waren bei der Erstellung der ersten Version dieses Manuskripts involviert. AD hat die Revision des Manuskripts übernommen. Alle Autoren haben ihre abschließende Einwilligung zur Veröffentlichung dieser Version gegeben.

Disclosure Statement

Es liegt kein Interessenkonflikt vor.

Goodman WK, Prince LH, Rasmussen SA, Mazure C, Delgado P, Heninger GR, Charney DS: The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. I. Development, use, and reliability. *Arch Gen Psychiatry* 1989;46:1006–1016.

Hand I: Exposition und Konfrontation; in Linden M, Hautzinger M (eds): *Verhaltenstherapiemanual*. Berlin, Springer, 2011, pp 139–147.

Hand I: Expositionstraining (Konfrontationstraining): Techniken der Psychotherapie; in Senf W, Broda M, Wilms B (eds): *Techniken der Psychotherapie*. Stuttgart, Thieme, 2013, pp 164–171.

Hertenstein E, Thiel N, Herbst N, Freyer T, Nissen C, Külz AK, Voderholzer U: Quality of life changes following inpatient and outpatient treatment in obsessive-compulsive disorder: a study with 12 months follow-up. *Ann Gen Psychiatry* 2013;12:4.

Hillebrand T, Niedermeier N: Intensive ambulante Expositionsbehandlung bei schweren Zwängen – zwei Modelle aus der Praxis für die Praxis. *Verhaltenstherapie* 2014;24:201–210.

Hohagen F, Winkelmann G, Rasche-Räuchle H, Hand I, König A, Münchau N, Hiss H, Geiger-Kabisch C, Käppler C, Schramm P, Rey E, Aldenhoff J, Berger M: Combination of behaviour therapy with fluvoxamine in comparison with behaviour therapy and placebo: results of a multicentre study. *Br J Psychiatry* 1998;173:71–78.

Jacobi F, Höfler M, Strehle J, Mack S, Gerschler A, Scholl L, Busch MA, Maske U, Hapke U, Gaebel W, Maier W, Wagner M, Zielask J, Wittchen HU: Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH) (Originalien). *Nervenarzt* 2014;85:77–87.

Koran LM, Thienemann ML, Davenport R: Quality of life for patients with obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 1996;153:783–788.

Külz AK, Hassenpflug K, Riemann D, Linster HW, Dornberg M, Voderholzer U: Ambulante psychotherapeutische Versorgung bei Zwangserkrankungen – Ergebnisse einer anonymen Therapeutenbefragung. *Psychother Psych Med* 2010;60:194–201.

Mancebo MC, Eisen JL, Sibrava NJ, Dyck IR, Rasmussen SA: Patient utilization of cognitive-behavioral therapy for OCD. *Behav Ther* 2011;42:399–412.

Marques L, LeBlanc NJ, Weingarden HM, Timpano KR, Jenike M, Wilhelm S: Barriers to treatment and service utilization in an Internet sample of individuals with obsessive-compulsive symptoms. *Depress Anxiety* 2010;27:470–475.

Moritz S: A review on quality of life and depression in obsessive-compulsive disorder. *CNS Spectr* 2008;13:16–22.

Moritz S, Rufer M, Fricke S, Karow A, Morfeld M, Jelinek L, Jacobsen D: Quality of life in obsessive-compulsive disorder before and after treatment. *Compr Psychiatry* 2005;46:453–459.

Pinto A, Mancebo MC, Eisen JL, Pagano ME, Rasmussen SA: The Brown Longitudinal Obsessive Compulsive Study: clinical features and symptoms of the sample at intake. *J Clin Psychiatry* 2006;67:703–711.

Rosa-Alcázar AI, Sánchez-Meca J, Gómez-Conesa A, Marín-Martínez F: Psychological treatment of obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2008;28:1310–1325.

Roth C, Siegl J, Aufdermauer N, Reinecker H: Therapie von Angst- und Zwangspatienten in der verhaltenstherapeutischen Praxis. *Verhaltenstherapie* 2004;14:16–21.

Rufer M, Hand I, Alsleben H, Braatz A, Ortmann J, Katenkamp B, Fricke S, Peter H: Long-term course and outcome of obsessive-compulsive patients after cognitive-behavioral therapy in combination with either fluvoxamine or placebo: A 7-year follow-up of a randomized double-blind trial. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2005;255:121–128.

Ruscio AM, Stein DJ, Chiu WT, Kessler RC: The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Mol Psychiatry* 2010;15:53–63.

Schaible R, Armbrust M, Nutzinger DO: Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: Sind Selbst- und Fremdraughting äquivalent? *Verhaltenstherapie* 2001;11:298–303.

Skoog G, Skoog I: A 40-year follow-up of patients with obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56:121–127.

Stobie B, Taylor T, Quigley A, Ewing S, Salkovskis PM: 'Contents may vary': a pilot study of treatment histories of OCD patients. *Behav Cogn Psychoth* 2007;35:273–282.

Voderholzer U, Schlegl S, Külz AK: Epidemiologie und Versorgungssituation von Zwangsstörungen. *Nervenarzt* 2011;82:273–280.

Wittchen HU, Jacobi F: Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland – eine klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundesgesundheits surveys '98. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* 2001;44:993–1000.

Wittchen HU, Jacobi F: Was sind die häufigsten psychischen Störungen in Deutschland? Ergebnisse der DEGS – Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland. Robert Koch-Institut, DEGS Symposium 2012. www.psychotherapie-roland-hartmann.de/honorar_2012/degs_psychische_stoerungen.pdf (Zugriff 17.07.15).