

ÜBERSICHTSARBEIT

Zwangsstörung im Kindes- und Jugendalter

Susanne Walitza, Siebke Melfsen, Thomas Jans, Henrike Zellmann,
Christoph Wewetzer, Andreas Warnke

ZUSAMMENFASSUNG

Hintergrund: Zwangsstörungen mit frühem Beginn zählen mit einer Prävalenz von durchschnittlich 1 bis 3 % zu den häufigen psychischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter. Die Symptomatik führt oft zu einer schweren Beeinträchtigung des Patienten und zu familiären Konflikten. Die Arbeit gibt eine Übersicht über Symptomatik, Komorbidität, Erklärungsansätze, Verlauf sowie zu den diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten.

Methode: Selektive Literaturrecherche und Berücksichtigung der deutschsprachigen kinder- und jugendpsychiatrischen Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen.

Ergebnisse: Die Ausformung der Zwangssymptomatik ist vielfältig und beeinträchtigt die Lebensqualität der Betroffenen. Komorbiditäten treten bei bis zu 70 % der Betroffenen auf. Bei mehr als 40 % der Patienten scheint der Verlauf der Erkrankung chronisch zu sein. Kognitiv behaviorale Therapie ist die Therapie der ersten Wahl, gefolgt von einer Kombinationstherapie mit SSRIs und einer alleinigen Therapie mit SSRIs.

Schlussfolgerung: Zwangsstörungen beginnen oft im Kindes- und Jugendalter. Die neurobiologischen und psychogen-kognitiven Modelle, mit denen sich Zwangsstörungen erklären lassen, sind empirisch begründet. Mit Hilfe der multiaxialen Diagnostik ist eine Früherkennung möglich. Trotz der hohen Effektivität verhaltenstherapeutischer und pharmakologischer Behandlungen gestaltet sich der Langzeitverlauf der Störung bei einem bedeutsamen Anteil der Betroffenen chronisch.

► Zitierweise

Walitza S, Melfsen S, Jans T, Zellmann H, Wewetzer C, Warnke A: Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. Dtsch Arztebl Int 2011; 108(11): 173–9. DOI: 10.3238/arztebl.2011.0173

Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Universität Zürich:
Prof. Dr. med. Walitza, Dr. Melfsen

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
der Universität Würzburg: Dr. Dipl.-Psych. Jans, Zellmann, Dr. Melfsen,
Prof. Dr. med. Warnke

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Kinderkrankenhaus (Riehl), Köln:
Prof. Dr. med. Wewetzer

Die Zwangsstörung ist auch im Kindes- und Jugendalter häufig. Als Störungsbild beeinträchtigt sie die Lebensqualität der betroffenen Kinder. Oftmals wird sie jedoch erst spät erkannt. Die vorliegende Übersichtsarbeit stützt sich auf eine selektive Literaturrecherche von Pubmed und berücksichtigt die deutschsprachigen Leitlinien für Diagnostik und Therapie der Zwangsstörung (1). Die Arbeit gibt eine Übersicht über Symptomatik, Komorbidität und den Verlauf von Zwangsstörungen mit frühem Beginn. Erklärungsansätze sowie diagnostische und therapeutische Möglichkeiten werden zusammengefasst.

Definition/Symptomatik

Zwangsstörungen sind komplexe Störungsbilder mit vielfältigen Erscheinungsformen. Entscheidend für die Diagnose ist nach ICD-10 (*Kasten 1*) bei Kindern und Jugendlichen wie auch bei Erwachsenen, dass

- Zwänge als eigene Gedanken oder Impulse für den Patienten erkennbar sein müssen
- wenigstens gegenüber einem dieser Zwänge Widerstand geleistet wird
- die Zwangssymptome nicht an sich als entspannend erlebt werden
- die Zwänge sich in einer unangenehmen Weise wiederholen und die Patienten deutlich beeinträchtigt sind.

Nach dem Statistischen Manual für Psychische Störungen (DSM-IV) kann bei Kindern sowohl die Einsicht in die Unsinnigkeit als auch der Widerstand gegen die Symptomatik fehlen (2). Für DSM-V ist beabsichtigt, eine Einteilung je nach vorhandener Einsicht und wahnhaften Zügen der Zwänge vorzunehmen. Bei Kindern und Jugendlichen treten häufig verschiedene Zwangssymptome gleichzeitig auf. In einer Studie von Geller et al. waren Reinigungszwänge (zwischen 32–87 %) gefolgt von Wiederholungs-, Kontrollzwängen und aggressiven Zwangsgedanken am häufigsten (3). In Studien der Autoren überwogen Reinigungszwänge (60 %) sowie Kontrollzwänge (40 %) (4). Inhaltlich beziehen sich Zwangsgedanken häufig auf Kontaminationen (Schmutz, Krankheitserreger), Aggression, Symmetrie und Genauigkeit, religiöse und sexuelle Themen, wobei Mischformen häufig sind (4). Leckman et al. ermittelten mittels symptomorientierten Checklisten (Y-BOCS) bei Erwachsenen Symptomdimensionen (Reinigen, Kontrollieren, Symmetrie/Ordnen sowie Sammeln/Horten), die mittlerweile von einer Reihe Autoren bestätigt wurden (5–7). Die Stabilität dieser Symptomdimensionen ist groß (8).

KASTEN 1

ICD-10-Kriterien für die Zwangsstörung (altersunabhängig)*

Für eine eindeutige Diagnose sollen wenigstens zwei Wochen lang an den meisten Tagen Zwangsgedanken oder –handlungen oder beides nachweisbar sein; sie müssen quälend sein oder die normalen Aktivitäten stören.

Zwangssymptome müssen folgende Merkmale aufweisen:

- Sie müssen als eigene Gedanken oder Impulse für den Patienten erkennbar sein.
- Wenigstens einem dieser Gedanken oder einer Handlung muss noch, wenn auch erfolglos, Widerstand geleistet werden, selbst wenn sich der Patient gegen andere nicht länger wehrt.
- Der Gedanke oder die Handlungsausführung dürfen nicht an sich angenehm sein (einfache Erleichterung von Spannung und Angst wird nicht als angenehm in diesem Sinn betrachtet).
- Die Gedanken, Vorstellungen oder Impulse müssen sich in unangenehmer Weise wiederholen.

* nach ICD-10 (WHO Internationale Klassifikation psychischer Störungen. Dilling H, Mombour W, Schmidt MH; 2010)

KASTEN 2

Beispiele für diagnostische Verfahren zur Erfassung der Zwangsstörung im Kindes- und Jugendalter

- klinisches Interview als Basisdiagnostik
- Hamburger Zwangsinventar (HZI). Der HZI ist ein Selbstbeurteilungsverfahren, das bei Jugendlichen anwendbar ist (e7, e18).
- Hamburger Zwangsinventar – Kurzform (HZI-K), (e19).
- Leyton Obsessional Inventory (das Selbstbeurteilungsverfahren liegt auch in einer Version für Kinder vor) (e20).
- Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (CY-BOCS); Die CY-BOCS ist ein halbstrukturiertes Interview für Kinder und Jugendliche und liegt als Y-BOCS auch im Erwachsenenalter vor (e21).

Epidemiologie

Die Prävalenz beträgt im Kindes- und Jugendalter etwa 1–3 % (9, 10). Nach der „Comorbidity Survey Replication“ von Kessler und Kollegen hatten etwa 20 % aller Betroffenen die Zwangsstörungen schon bis zum Alter von 10 Jahren entwickelt (11, 12). Delorme et al. gehen von einer bimodalen Verteilung aus, mit einem Gipfel im 11. Lebensjahr und einem zweiten Maximum im frühen Erwachsenenalter (13). Es gibt Hinweise darauf, dass im Kindesalter Jungen etwas häufiger betroffen sind als Mädchen (3:2), wobei dies nicht in allen Untersuchungskollektiven der Fall war (14, 15). Ab dem Jugendalter finden sich keine bedeutsamen Geschlechtsunterschiede mehr.

Diagnose/Differenzialdiagnose

Zwangsstörungen können auch im Kindes- und Jugendalter häufig längere Zeit übersehen oder auch verheimlicht werden. In unseren eigenen Untersuchungen erfolgte die erste Behandlung mit durchschnittlich 13 Jahren und somit im Mittel zwei Jahre nach Beginn der Symptomatik (16). Anamnestisch und exploratorisch sind die Kernsymptome, Komorbiditäten und psychosozialen Beeinträchtigungen im Lebens- und Krankheitsverlauf zu eruieren. Im Rahmen der allgemein notwendigen multiaxialen psychiatrischen Diagnostik stehen für die zwangsspezifische Symptomerfassung standardisierte psychodiagnostische Verfahren zur Verfügung (1) (Kasten 2).

Die Verhaltensanalyse zur Therapieplanung und -durchführung umfasst:

- Erscheinungsbild des Zwangs und Schweregrad
- interne und externe Auslöser
- Befürchtungen, Erwartungen, was passieren würde, wenn die Zwangsrituale nicht ausgeführt würden
- Möglichkeiten der Abwehr (mit welchen Verhaltensweisen kann sich der Patient bereits selbst helfen?)
- Reaktionsweisen der (familiären) Bezugspersonen (Involvierung; protektive Ressourcen und verstärkende Einflüsse).

Differenzialdiagnostisch sind verschiedene Abgrenzungen vorzunehmen (Kasten 3).

Komorbidität

Angaben zur Komorbidität schwanken zwischen 68 % bis 100 %, damit sind komorbide Störungen nicht die Ausnahme, sondern die Regel (4). Im Vordergrund stehen Angststörungen, depressive Störungen, Ticstörungen, Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung (ADHS), mit zunehmendem Alter auch Persönlichkeitsstörungen. Neuere Studien berichten höhere Raten an externalisierenden Verhaltensstörungen (ADHS, Störungen des Sozialverhaltens) (17, 18). Je schwergradiger die Zwangserkrankung, umso wahrscheinlicher sind Komorbiditäten (4, 19, 20).

Verlauf von Zwangsstörungen mit frühem Beginn

Verlaufsstudien belegen eine häufige Chronifizierung. Stewart et al. beschrieben in einer Metaanalyse zum Langzeitverlauf von Zwangsstörungen im Kindes- und Jugendalter (N = 521 Patienten) eine mittlere Persistenzrate von 41 % für das Vollbild und von 60 % bei Berücksichtigung subklinisch ausgeprägter Zwangsstörungen (21). In diese Metaanalyse wurden vor allem amerikanische Studien eingeschlossen. Bislang liegen aus Europa eine dänische retrospektive Verlaufsstudie von Thomsen et al. und eine Würzburger Studie von Wewetzer et al. vor (22, 23). In der dänischen Studie waren von 47 Patienten nach durchschnittlich 15 Jahren nur 27,7 % der Teilnehmer bezüglich der Zwangssymptomatik remittiert (22). Die Studie von Wewetzer et al. fand vergleichbare Ergeb-

KASTEN 3

Abgrenzungen sollten erfolgen

- zur subklinischen Ausprägung von Zwangsverhalten. Dies sind im Bereich der Norm liegende Handlungen, die die Entwicklung des Kindes nicht einschränken.
- zum Ritual, das dem Kind hilft, Erfahrungen zu verarbeiten und Sicherheit zu erlangen: das sind stabilisierende, nicht belastende Handlungen.
- zu Zwängen aufgrund eines medizinischen Krankheitsfaktors: zwanghafte Verhaltensweisen nicht im Sinne einer funktionalen Handlung
- von zwanghafter Beschäftigung mit gedanklichen Inhalten, die im Rahmen einer anderen Achse-I-Störung auftreten, zum Beispiel Phobien, Essstörungen, Depressionen: Der Inhalt der Gedanken bezieht sich ausschließlich auf zentrale Aspekte dieser anderen Achse-I-Störung; depressive Grübeleien sind zum Beispiel Ich-synton
- zur zwanghaften Persönlichkeitsstörung. Diese wird als Ich-synton erlebt, charakteristische Zwangshandlungen und -gedanken fehlen.
- zu schizophrenen oder wahnhaften Störungen: Merkmal der Zwangsstörung ist die Ich-Dystonie und Fähigkeit zu Realitätsprüfung.
- zu autistischen Störungen: Zwangssymptome bei autistischen Störungen werden zumeist als Ich-synton erlebt und sind nicht mit Unbehagen assoziiert.
- zu Störungen des Zwangsspektrums: Die Grenze zwischen Zwang und Hypochondrie beziehungsweise Zwang und Dismorphophobie sowie Störungen der Impulskontrolle ist nur sehr schwer zu ziehen.
- zu zwanghaft wirkenden Tics (zum Beispiel komplex motorische Tic-Störungen). Diese sind teilweise kaum voneinander zu unterscheiden, bei Tics steht körperliche Anspannung im Vordergrund, die Handlungen sind nicht zweckgerichtet, nicht mit Befürchtungen verbunden und lassen sich kaum willentlich unterdrücken.
- Stereotypien, zum Beispiel bei autistischen Störungen oder geistiger Behinderung, werden für den Betroffenen als angenehm erlebt, um sich bei Reizmangel zu stimulieren oder bei Überlastung abzulenken.
- Rigidität bei ADHS: Rigidität bei ADHS ist als Versuch anzusehen, eine Kontrolle über das innere Chaos der eigenen Gedankenwelt zu erreichen.

nisse nach einer Nachuntersuchung von mehr als 11 Jahren (23). Hier litten noch 70 % der ehemaligen Patienten an psychiatrischen Störungen, davon etwa 36 % an persistierenden Zwangsstörungen. Eine aktuelle Würzburger Studie, die erstmals prospektiv den Verlauf von Zwangsstörungen (Beginn mit durchschnittlich 11,3 Jahren) nach knapp sechs Jahren untersuchen konnte, ergab nahezu identische Ergebnisse (24, 25). In beiden Würzburger Untersuchungen hatte sich jedoch der Schweregrad (ermittelt mit der Y-BOCS) direkt nach der Therapie sowie zum Follow-up-Zeitpunkt jeweils signifikant reduziert (23, 24).

In einer aktuellen prospektiven Studie führte ein komorbid vorhandenes ADHS zu einer stärkeren Ausprägung der Zwangsstörung und einem ungünstigeren Verlauf (20). Die wenigen Verlaufsanalysen zu Zwangsstörungen mit Beginn im Kindes- und Jugendalter zeigen, dass die schwerwiegendsten Anpassungsprobleme vor allem in Bereichen der sozialen Integration, der altersgemäßen Verselbstständigung von der Herkunftsfamilie und der Partnerschaft auftraten (25, e1, e2). Prognostisch günstig erwiesen sich ein früher Behandlungsbeginn und die Fortsetzung einer begonnenen Therapie (20, 25). Der Früherkennung einer Zwangsstörung kommt daher eine besondere Bedeutung zu, da sie den aktuellen Leidensdruck reduzieren, aber auch die Prognose verbessern kann (Kasten 3).

Ätiologie

Hinsichtlich der Ursachen des Störungsbildes existieren sowohl neurobiologische wie auch metakognitiv-behaviorale Befunde und Modelle.

Neurobiologische Ansätze

Das Erkrankungsrisiko für erstgradig Verwandte von Kindern und Jugendlichen mit Zwangsstörungen ist 3- bis 12-mal höher als in der Allgemeinbevölkerung. Je früher der Erkrankungsbeginn ist, desto häufiger sind auch erstgradig Verwandte betroffen (e3). Auch Zwillingsstudien zeigen eine relativ hohe Heritabilität für Zwangssymptome bei Kindern (0,45 bis 0,65 %) im Vergleich zu Erwachsenen (0,27 bis 0,47 %) (e4). Studien verweisen demnach auf einen starken Einfluss genetischer Faktoren bei Zwangsstörungen mit frühem Beginn (e3). Je später der Erkrankungsbeginn, umso mehr Gewicht erhalten hingegen Umweltbedingungen und Traumata. Gemeinsam mit neuropsychologischen Befunden, die auf exekutive Dysfunktionen hinweisen (zum Beispiel Defizite bei Reaktionsunterdrückung und Planungsaufgaben), sprechen die bildgebenden Befunde für eine Dysfunktion in der Informationsverarbeitung innerhalb kortiko-striato-thalamo-kortikaler Kreisläufe. Auch Befunde der tiefen Hirnstimulation („deep brain stimulation“, [DBS]) bestärken diese Annahme (e5).

DIE KASUISTIK

Die 10-jährige Patientin wurde auf Wunsch der Eltern stationär in die Kinder- und Jugendpsychiatrie aufgenommen. Sie berichtete, dass sie nach dem Tod ihres Großvaters begann, in die Luft zu pusten: Sie habe außerhalb des familiären Grundstücks nicht an ihn denken dürfen. Alle Gedanken an ihre Familie in einer außerfamiliären Umgebung würden „weggepustet“ werden. Später habe sie sich immer die Hände waschen müssen, wenn sie fremde Personen oder Gegenstände von fremden Personen, die ihr unsympathisch waren, berührt habe. Inzwischen müsste sie sich nicht mehr waschen, sondern lediglich trocken abstreifen. Später erklärte die Patientin, dass es beim „Abstreifen“ nicht der Schmutz sei, der sie belaste, es sei „Schmutz, den man nicht sähe“, nämlich das Fremde, das sie „verekeln“ würde. Nach Angaben der Eltern habe die Patientin durch ihr Verhalten zunehmend Freunde verloren. Durch ihre Rituale sei auch ihre Schulleistung schlechter geworden.

Therapie:

Es wurde ein Behandlungsplan aufgestellt, der Folgendes beinhaltet:

- Informationen über die Zwangserkrankung zu vermitteln
- Konfrontationsübungen mit Reaktionsverhinderung durchzuführen, zum Beispiel „verekelte“ Gegenstände anzufassen, ohne die Möglichkeit zum Abstreifen zu haben
- Elterngespräche zu führen, um den Autonomieprozess ihrer Tochter zu unterstützen
- soziale Kompetenzübungen durchzuführen, um der Patientin einen situativ angemessenen Ausdruck von Wünschen, Aggressionen etc. zu vermitteln

Verlauf:

Es wurde in der Therapie eine deutliche Verbesserung, aber keine vollständige Remission ihrer Symptome erreicht. Prognostisch ungünstig war die lange Erkrankungsdauer vor Diagnosestellung sowie die initiale Symptomschwere.

Zwangssymptome durch Infektionen

Zwangssymptome, die in engem Zusammenhang mit Infektionen durch beta-hämolisierende Streptokokken auftreten, werden unter der Gruppe PANDAS (pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections) beschrieben. Die Ursache scheint eine Kreuzreaktion von primär gegen beta-hämolisierende Streptokokken der Gruppe A gerichteten Antikörper gegen Basalganglien zu sein. Die Prävalenz ist unbekannt (e6). Die Symptome beginnen plötzlich, oft sehr ausgeprägt und bilden sich zwischen den Episoden wieder zurück. Snider und Kollegen zeigten erstmals die Wirksamkeit einer antibiotischen Prophylaxe (e7, e8), die jedoch im klinischen Alltag keinen Einzug gefunden hat.

Ursache dysfunktionaler Interpretationsmuster

Entsprechend metakognitiv-behavioraler Befunde und Modelle liegen den Zwangsstörungen dysfunktionale Interpretationsmuster zugrunde, die Patienten als Reaktion auf eigentlich normale aufdringliche negative Gedanken zeigen (e9). Dysfunktionale Interpretationsmuster (e9, e10) führen zum Beispiel zu einer ver-

stärkten Wahrnehmung von Gefahr und persönlicher Verantwortung und zu dem Drang, die als quälend erlebten Gedanken durch Vermeidungsverhalten zu beenden. Der Versuch, die aufdringlichen Gedanken nicht zu denken oder zu unterdrücken, hat aber einen gegenteiligen Effekt, er erhöht die Beschäftigung mit den aufdringlichen Gedanken. Kurzfristig erlebte Erleichterung verstärkt das Verhalten, die Gedanken werden als noch wichtiger angesehen, was zu einer weiteren Stabilisierung der ständigen Beschäftigung mit dem Gedanken führt. Der Betroffene ist in einem Teufelskreis aus aufdringlichen Gedanken und Widerstandsversuchen (auch sogenanntes Neutralisieren zum Beispiel mit Zwangshandlungen) gefangen. Das kognitive Modell ist bei Minderjährigen weniger differenziert untersucht als bei Erwachsenen.

In das Zwangsverhalten betroffener Kinder sind Bezugspersonen, meist insbesondere die Eltern, sehr oft einbezogen, zum Beispiel indem sie Fragen bei einem Frage- und Kontrollzwang beantworten, Waschzwingen unbegrenzt Raum geben, auch um aggressiven Reaktionen des Kindes, die bei erzieherischem Versuch der Unterbindung der Zwangshandlung aufbrechen, aus dem Weg zu gehen. Ungewollt erhalten sie damit den Teufelskreis aufrecht.

Psychotherapie

Ergebnisse einer Metaanalyse, in die alle bisherigen „randomized controlled trials“ (RCTs) und auch offene Studien zu CBT einbezogen wurden (e11), verweisen auf eine hohe Effektivität kognitiv-behavioraler Interventionen (mittlere Effektstärke: 1,55). Die mittlere Effektstärke individueller CBT lag dabei ähnlich hoch wie diejenige von CBT mit stärkerem Einbezug der Familie (1,77 und 1,88). Eine besondere Bedeutung kommt der Exposition mit Reaktionsverhinderung (Behavioral Therapy, BT) zu, die sich als sehr wirksam erwiesen hat. Hierbei setzt sich der Patient Angst auslösenden Situationen und Zwangsgedanken aus. Ein Ausweichen oder aktives Vermeiden durch neutralisierende Zwangshandlungen wird verhindert. Der Patient lernt, dass die ausgelösten unangenehmen emotionalen Reaktionen zunehmend schwächer werden und auch ohne Zwangshandlungen bewältigt werden können. Zu bevorzugen ist die Exposition in der Realität, bei einigen Zwangsformen sind zusätzliche Imaginationsübungen erforderlich. Begonnen werden sollte in der Regel mit einer mittelschweren Situation, damit Vermeidungsverhalten nicht gefördert wird. Bei der Auswahl der Anfangssituation ist es wichtig, darauf zu achten, dass sie gut kontrollierbar und im bereits vertrauten und damit Sicherheit bietendem Therapieraum durchführbar ist. Ein weiteres Kriterium bei der Auswahl einer Situation ist die praktische Relevanz, die sie für den Patienten besitzt. Ein vorsichtiges stufenweises Vorgehen ist genau so wirksam wie ein rasch konfrontatives Vorgehen. Kinder und Jugendliche entscheiden sich in der Regel für das weniger belastende, etwas länger dauernde graduierte Vorgehen, bei dem der

Schwierigkeitsgrad der Auslöser allmählich gesteigert wird. Ziel ist ein deutliches Nachlassen der Unruhe oder Anspannung auf ein so weit reduziertes Maß, mit dem die Kinder und Jugendlichen zu Recht kommen, sodass der Zwang unterbleiben kann. Eine Generalisierung der Fortschritte auf den Lebensalltag wird im Weiteren angestrebt. Die Einbeziehung der Eltern im Rahmen der Psychoedukation ist grundsätzlich notwendig.

Auch bei reinen Zwangsgedanken ist eine Exposition möglich. Bedeutsam ist hierbei die Unterscheidung zwischen aufdringlichen Zwangsgedanken und den Neutralisierungsgedanken. Ziel der Exposition ist es, die aufdringlichen Zwangsgedanken zu provozieren, etwa durch externe Stimuli, die mit den Gedanken verbunden sind, oder indem sie auf einen Tonträger aufgesprochen und anschließend abgehört werden. Die Neutralisierungsgedanken müssen in der Exposition unterlassen werden, zum Beispiel durch eine konstante Exposition, so dass die Patienten nicht zur „Neutralisierung“ kommen. Der Beziehungsgestaltung, Klärung von Motivation und Therapiezielen sowie der Berücksichtigung der Funktionalität von Zwängen kommt in der kognitiven Verhaltenstherapie (kognitiv behaviorale Methoden, CBT) eine besondere Bedeutung zu. Therapieerfolge der Verhaltenstherapie scheinen auch längerfristig stabil zu sein. Im 3-Jahres Follow-up zeigte sich sogar eine weitere leichte Symptomreduktion (e12).

Pharmakotherapie

Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRIs) sind im Kindes- und Jugendalter aufgrund ihrer hohen Effektivität und guten Verträglichkeit Medikamente der ersten Wahl. In einer Metaanalyse von Geller et al. wurden 12 randomisierte, doppelblinde, placebokontrollierte und substanzvergleichende Studien zur Wirkung von SSRIs und Clomipramin bei 1 044 Kindern und Jugendlichen berücksichtigt (e13). Errechnet wurde eine gepoolte Effektstärke von 0,46 für die Wirkung von SSRIs und Clomipramin (trizyklisches Antidepressivum) im Vergleich zu Placebo. Der Unterschied zu Placebo war damit zwar hochsignifikant, die Effektstärke für die Medikation jedoch durchschnittlich nur mittelgradig und im Vergleich zur Verhaltenstherapie niedriger ausgeprägt. Spätere Studien fanden höhere Effektstärken nicht nur für Verhaltenstherapie, sondern auch für Medikation. Wie bei erwachsenen Patienten mit Zwangsstörungen zeigte sich Clomipramin am effektivsten. Clomipramin ist in Deutschland ab dem Alter von fünf Jahren zur Behandlung der Enuresis, nicht jedoch für Zwangsstörungen, zugelassen. Unter den SSRIs ist Fluvoxamin ab dem Alter von acht Jahren zur Behandlung von Zwangsstörungen zugelassen. Die SSRIs wiesen untereinander keine Unterschiede in ihrer symptomreduzierenden Wirksamkeit auf. Die Dosierungsempfehlungen entsprechen weitgehend denen des Erwachsenenalters, die höher sind als zum Beispiel in der Behandlung von depressiven Störungen (weiterführend Gerlach et al., 2009) (e14). Bei Kin-

dem empfehlen die Autoren des Beitrags jedoch ein therapeutisches Drug monitoring. Obwohl Clomipramin vergleichsweise gut wirksam ist, sollte es aufgrund des Nebenwirkungsspektrums nur als dritte Wahl eingesetzt werden. Mit einem Wirkungseintritt von SSRIs und Clomipramin ist erst nach vier bis zehn Wochen zu rechnen und die Beurteilung des therapeutischen Effekts sollte nicht vor dem Ablauf von acht bis zwölf Wochen erfolgen. Bei fehlendem Ansprechen auf ein SSRI sollte zunächst auf ein anderes SSRI umgestellt werden. Sollte ein zweites SSRI keine Symptomreduktion bewirken, so kommt die zusätzliche Verabreichung eines atypischen Neuroleptikums insbesondere bei komorbider Ticstörung in Frage. Bei dem Wechsel des Wirkstoffes oder auch bei Kombinationstherapien ist zu berücksichtigen, dass sich die verschiedenen SSRIs in Bezug auf die Pharmakokinetik deutlich unterscheiden (e15). Die Dauer der Pharmakotherapie ist längerfristig zu planen. Ein Absetzversuch sollte immer sehr langsam durchgeführt werden und ist auch bei guter Symptomreduktion nicht vor Ablauf von sechs Monaten sinnvoll. Studienvergleiche der Wirkungen von kognitiv-behavioraler Therapie, Medikation und Kombinationstherapie im Vergleich zu Placebo zeigen die Überlegenheit der verhaltenstherapeutischen Maßnahmen, deren Wirkung jedoch durch Medikation noch verbessert werden konnten [zum Beispiel Pediatric OCD Treatment Study, POTS, (2004) (e16)].

Therapieempfehlung und Ausblick

In der Cochrane-Analyse von acht Studien mit 343 Kindern und Jugendlichen mit Zwangsstörungen wurden behaviorale Therapien (BT mit Exposition) und kognitive behaviorale Therapien (CBT mit Exposition und kognitiven Elementen) zusammengefasst (e17). Eine getrennte Analyse war nicht möglich und beide Therapieformen wurden mit Medikation und Kombinationstherapie verglichen. Die Ergebnisse zeigen, dass Verhaltenstherapie (BT/CBT) genauso effektiv ist wie Medikation mit SSRIs alleine. Es besteht eine limitierte Evidenz, dass die Kombination von BT/CBT und Medikation besser wirkt als Medikation alleine. Die Rate der Therapieaussteiger war bei Verhaltenstherapie geringer als bei Medikation. Nach der Zusammenfassung von Cochrane kann keine Empfehlung für die Reihenfolge der Therapie (BT/CBT oder Medikation) gegeben werden. Aufgrund der guten und langfristigen Wirksamkeit von verhaltenstherapeutischen Methoden empfehlen die Leitlinien den Beginn einer Behandlung von Zwangsstörungen im Kindesalter mit verhaltenstherapeutischen Methoden. Bei sehr chronischen Verläufen mit Therapieresistenz bis in das höhere Erwachsenenalter hat sich in Studien auch die Tiefe Hirnstimulation bei Erwachsenen als wirksam gezeigt. Dies ist für das Kindes- und Jugendalter derzeit kein Thema. Die Langzeitverläufe zeigen jedoch, dass für die besonders lang und schwer erkrankten Patienten weitere Therapieoptionen wünschenswert sind.

Fazit

Zwangsstörungen sind auch bei Kindern und Jugendlichen häufig, werden aber oft spät erkannt. Standardisierte Diagnoseverfahren stehen zur Verfügung. Auf Komorbiditäten ist zu achten. Therapeutisch wirksam sind verhaltenstherapeutische Methoden, zum Beispiel Exposition mit Reaktionsverhinderung oder eine Kombination dieser Methoden mit SSRIs. Die Befunde der Autoren verweisen auf die hohe Bedeutung einer frühen Behandlung der Zwangsstörung. Aufgrund der Chronifizierungsneigung erscheint eine zumindest niederfrequente Psychotherapie oder Kombinationstherapie nach Abschluss der intensiven Behandlungsphase unabhängig vom initialen Therapieerfolg angezeigt.

KERNAUSSAGEN

- Die Zwangsstörung ist bereits im Kindes- und Jugendalter eine relativ häufige, sehr belastende Störung.
- Bei den Ursachen der Zwangsstörung sind psychologische, neurobiologische und genetische Faktoren beteiligt.
- Behandlung der Wahl ist die Exposition mit Reaktionsverhinderung, gegebenenfalls ergänzt durch kognitive Interventionen und Einbindung der Familie.
- Bei der medikamentösen Behandlung sind SSRIs erste Wahl.
- Je früher die Behandlung erfolgt, umso günstiger ist der Verlauf der Störung.

Interessenkonflikt

Prof. Walitza erhielt Honorare für Vortragstätigkeiten von Janssen Cilag und AstraZeneca.

Prof. Warnke unterhält Forschungs- und Vortragskooperation mit Medice, Novartis, Lilly, Janssen-Cilag, AstraZeneca und Shire.

PD Melfsen, Dr. Zellmann, Dr. Jans und Prof. Wewetzer erklären, dass kein Interessenkonflikt im Sinne der Richtlinien des International Committee of Medical Journal Editors besteht.

Manuskriptdaten

eingereicht: 3. 12. 2009, revidierte Fassung angenommen: 16. 6. 2010

LITERATUR

1. Wewetzer C, Walitza S, Reizle K: Zwangsstörungen. In: Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Bundesarbeitsgemeinschaft Leitender Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie und Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie eds.: Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. 3. überarbeitete und erweiterte Auflage. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag 2007: 73–87.
2. Sass H, Wittchen HU, Zaudig M, Houben I: Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV. 4. Auflage. Göttingen: Hogrefe; 2003: 1001.
3. Geller DA, Biederman J, Jones J, Shapiro S, Schwartz S, Park KS: Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: a review. *Harv Rev Psychiatry* 1998; 5: 260–73.

4. Jans T, Wewetzer C, Klampff K, et al: Phänomenologie und Komorbidität der Zwangsstörung bei Kindern und Jugendlichen. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother* 2007; 35: 41–50.
5. Leckman JF, Zhang H, Alsobrook JP, Pauls DL: Symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder: toward quantitative phenotypes. *Am J Med Genet* 2001; 105: 28–30.
6. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, et al.: The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. II. Validity. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46: 1012–6.
7. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, et al: The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. I. Development, use, and reliability. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46: 1006–11.
8. Delorme R, Bille A, Betancur C, et al.: Exploratory analysis of obsessive compulsive symptom dimensions in children and adolescents: a prospective follow-up study. *BMC Psychiatry* 2006; 6: 1.
9. Flament MF, Whitaker A, Rapoport JL, et al.: Obsessive compulsive disorder in adolescence: an epidemiological study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1988; 27: 764–71.
10. Valleni-Basile LA, Garrison CZ, Jackson KL, et al.: Frequency of obsessive-compulsive disorder in a community sample of young adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994; 33: 782–91.
11. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE: Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62: 593–602.
12. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE: Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62: 617–27.
13. Delorme R, Golmard JL, Chabane N, et al.: Admixture analysis of age at onset in obsessive-compulsive disorder. *Psychol Med* 2005; 35: 237–43.
14. Geller D, Biederman J, Jones J, et al.: Is juvenile obsessive-compulsive disorder a developmental subtype of the disorder? A review of the pediatric literature. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998; 37: 420–7.
15. Chabane N, Delorme R, Millet B, Mouren MC, Leboyer M, Pauls D: Early-onset obsessive-compulsive disorder: a subgroup with a specific clinical and familial pattern? *J Child Psychol Psychiatry* 2005; 46: 881–7.
16. Walitza S, Scherag A, Renner TJ, et al.: Transmission disequilibrium studies in early onset of obsessive-compulsive disorder for polymorphisms in genes of the dopaminergic system. *J Neural Transm* 2008; 115: 1071–8.
17. Banaschewski T, Siniatchkin M, Uebel H, Rothenberger A: Zwangsphänomene bei Kindern mit Tic-Störung bzw. Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother* 2003; 31: 203–11.
18. Masi G, Millepiedi S, Mucci M, Bertini N, Pfanner C, Arcangeli F: Comorbidity of obsessive-compulsive disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder in referred children and adolescents. *Compr Psychiatry* 2006; 47: 42–7.
19. Leonard HL, Swedo SE, Lenane MC, et al.: A 2- to 7-year follow-up study of 54 obsessive-compulsive children and adolescents. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50: 429–39.
20. Walitza S, Zellmann H, Irblich B, et al.: Children and adolescents with obsessive-compulsive disorder and comorbid attention-deficit/hyperactivity disorder: preliminary results of a prospective follow-up study. *J Neural Transm* 2008; 115: 187–90.
21. Stewart SE, Geller DA, Jenike M, et al.: Long-term outcome of pediatric obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis and qualitative review of the literature. *Acta Psychiatr Scand* 2004; 110: 4–13.
22. Thomsen PH, Jensen J: Obsessive-compulsive disorder: admission patterns and diagnostic stability. A case-register study. *Acta Psychiatr Scand* 1994; 90: 19–24.
23. Wewetzer C, Jans T, Muller B, et al.: Long-term outcome and prognosis of obsessive-compulsive disorder with onset in childhood or adolescence. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2001; 10: 37–46.

24. Zellmann H, Jans T, Irblich B, et al.: Kinder und Jugendliche mit Zwangsstörungen – eine prospektive Verlaufsstudie / Prospective follow-up study in early onset obsessive-compulsive disorder. Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother 2009; 37: 173–82.
25. Zellmann H, Jans T, Irblich B, et al.: Der mittelfristige Verlauf von Zwangsstörungen mit Beginn im Kindes- und Jugendalter: Aspekte der psychosozialen Anpassung. Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin 2008; 29: 336–51.

Anschrift für die Verfasser

Prof. Dr. med. Dipl. Psych. Susanne Walitza
 Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie
 Universität Zürich
 Neumünsterallee 9
 8032 Zürich, Schweiz
 E-Mail: susanne.walitza@kjpzdzh.ch

SUMMARY

Obsessive-Compulsive Disorder in Children and Adolescents

Background: Early-onset obsessive-compulsive disorder (OCD) is one of the more common mental illnesses of children and adolescents, with prevalence of 1 to 3%. Its manifestations often lead to severe impairment and to conflict in the family. In this review, we summarize the manifestations, comorbidity, pathophysiology, and course of this disease as well as current modes of diagnosis and treatment.

Methods: We selectively review the relevant literature and the German-language guidelines for the diagnosis and treatment of mental illnesses in children and adolescents.

Results: Obsessive-compulsive manifestations are of many types and cause severe impairment. Comorbid mental disturbances are present in as many as 70% of patients. The disease takes a chronic course in more than 40% of patients. Cognitive behavioral therapy is the treatment of first choice, followed by combination pharmacotherapy including selective serotonin reuptake inhibitors (SSRI) and then by SSRI alone.

Conclusion: OCD often begins in childhood or adolescence. There are empirically based neurobiological and cognitive-behavioral models of its pathophysiology. Multiaxial diagnostic evaluation permits early diagnosis. Behavioral therapy and medications are highly effective treatments, but the disorder nonetheless takes a chronic course in a large percentage of patients.

Zitierweise

Walitza S, Melfsen S, Jans T, Zellmann H, Wewetzer C, Warnke A: Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. Dtsch Arztebl Int 2011; 108(11): 173–9. DOI: 10.3238/arztebl.2011.0173



Mit „e“ gekennzeichnete Literatur:
www.aerzteblatt.de/lit1111

The English version of this article is available online:
www.aerzteblatt-international.de

Sechs Gründe für Autorinnen und Autoren, wissenschaftliche Übersichts- und Originalarbeiten in der Rubrik Medizin im Deutschen Ärzteblatt zu publizieren

1. Die Reichweite des Deutschen Ärzteblattes

- Das Deutsche Ärzteblatt ist mit einer Auflage von rund 400 000 Exemplaren nicht nur die mit Abstand größte medizinische Zeitschrift in Deutschland, sondern auch eine der größten Fachzeitschriften der Welt.
- Einen cme-Artikel im Deutschen Ärzteblatt bearbeiten im Durchschnitt mehr als 19 000 Teilnehmer.
- Der wissenschaftliche Teil des Deutschen Ärzteblattes wird mit steigender Tendenz auch in der meinungsführenden Publikumspresse als wichtige Quelle wahrgenommen.

2. Die englische Ausgabe: Deutsches Ärzteblatt International

Alle wissenschaftlichen Artikel des Deutschen Ärzteblattes werden vollständig und kostenfrei übersetzt und in unserer englischen Online-Zeitschrift Deutsches Ärzteblatt International publiziert. Damit sind Artikel im Deutschen Ärzteblatt international zitierfähig.

3. Die Präsenz in allen wichtigen Datenbanken

Alle wissenschaftlichen Artikel im Deutschen Ärzteblatt sind durch ihre Publikation in der englischen Ausgabe Deutsches Ärzteblatt International in Medline gelistet und darüber hinaus in 15 weiteren Datenbanken vertreten.

4. Der Impact-Faktor

Deutsches Ärzteblatt International ist in den Datenbanken Web of Knowledge und Journal Citation Report gelistet. Der aktuelle Impact-Faktor beträgt 1,099 (JCR 2009).

5. Das Autorenhonorar

Das Deutsche Ärzteblatt zahlt allen korrespondenzführenden Autoren von wissenschaftlichen Übersichts- und Originalarbeiten in der Rubrik Medizin ein Honorar von 1 000 Euro nach Publikation.

6. Der freie Zugang zu allen Artikeln

Alle Beiträge im Deutschen Ärzteblatt sind im Internet frei zugänglich (open access). Dies gilt für die deutsche und für die englische Fassung.

Die Redaktion freut sich auch über unverlangt eingereichte Übersichts- und Originalarbeiten. Für interessierte Autoren sind wir jederzeit ansprechbar.

ÜBERSICHTSARBEIT

Zwangsstörung im Kindes- und Jugendalter

Susanne Walitza, Siebke Melfsen, Thomas Jans, Henrike Zellmann,
Christoph Wewetzer, Andreas Warnke

eLITERATUR

- e1. Valderhaug R, Ivarsson T: Functional impairment in clinical samples of Norwegian and Swedish children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2005; 14: 164–73.
- e2. Jans T, Wewetzer C, Muller B, et al.: Der Langzeitverlauf von Zwangsstörungen mit Beginn im Kindes- und Jugendalter: Psychosoziale Adaptation im Erwachsenenalter. *Zeitschrift Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 2001; 29: 25–35.
- e3. Walitza S, Wendland JR, Gruenblatt E, et al.: Genetics of early-onset obsessive-compulsive disorder. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2010; 19: 227–35.
- e4. van Grootheest DS, Cath DC, Beekman AT, Boomsma DI: Twin studies on obsessive-compulsive disorder: a review. *Twin Res Hum Genet* 2005; 8: 450–8.
- e5. Kuhn J, Gründler TO, Lenartz D, Sturm V, Klosterkötter J, Huff W: Deep brain stimulation for psychiatric disorders. *Dtsch Arztebl Int* 2010; 107(7): 105–13.
- e6. Arnold PD, Richter MA: Is obsessive-compulsive disorder an autoimmune disease? *CMAJ* 2001; 165: 1353–8.
- e7. Fogel J: An epidemiological perspective of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Can Child Adolesc Psychiatry Rev* 2003; 12: 33–6.
- e8. Snider LA, Lougee L, Slattery M, Grant P, Swedo SE: Antibiotic prophylaxis with azithromycin or penicillin for childhood-onset neuropsychiatric disorders. *Biol Psychiatry* 2005; 57: 788–92.
- e9. Salkovskis PM: Obsessional-compulsive problems: a cognitive-behavioural analysis. *Behav Res Ther* 1985; 23: 571–83.
- e10. Salkovskis PM: Cognitive-behavioural factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behav Res Ther* 1989; 27: 677–82; discussion 83–4.
- e11. Freeman JB, Choate-Summers ML, Moore PS, et al: Cognitive behavioral treatment for young children with obsessive-compulsive disorder. *Biol Psychiatry* 2007; 61: 337–43.
- e12. Shalev I, Sulkowski ML, Geffken GR, Ricketts EJ, Murphy TK, Storch EA: Long-term durability of cognitive behavioral therapy gains for pediatric obsessive-compulsive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2009; 48: 766–7.
- e13. Geller DA, Biederman J, Stewart SE, et al.: Which SSRI? A meta-analysis of pharmacotherapy trials in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 1919–28.
- e14. Gerlach M, Mehler-Wex C, Walitza S, Wewetzer C: *Neuro-Psychopharmaka im Kindes- und Jugendalter. Grundlagen und Therapie*. 2. Auflage. Wien: Springer 2009; 558.
- e15. Wewetzer C, Walitza S: *Neuro-Psychopharmaka im Kindes- und Jugendalter*. In: Gerlach M, Mehler-Wex C, Walitza S, Warnke A, Wewetzer C ed, *Neuro-Psychopharmaka im Kindes- und Jugendalter*. 2. Auflage. Wien: Springer 2009; 507–12.
- e16. Team-POTS: Cognitive-behavior therapy, sertraline, and their combination for children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: the Pediatric OCD Treatment Study (POTS) randomized controlled trial. *JAMA* 2004; 292: 1969–76.
- e17. O’Kearney RT, Anstey KJ, von Sanden C, Hunt A: Behavioural and cognitive behavioural therapy for obsessive compulsive disorder in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 4: Art. No.: CD004856 DOI: 10.1002/14651858.CD004856.pub2. *The Cochrane Library* 2010, Issue 1. 2006.
- e18. Zaworka W, Hand I, Jauernig G, Luenenschloss K: *Hamburger Zwangsinventar*. Weinheim: Beltz; 1983.
- e19. Klepsch R, Zaworka W, Hand I, Jauernig G: *Hamburger Zwangsinventar*. Weinheim: Beltz; 1993.
- e20. Berg CZ, Rapoport JL, Flament M: The Leyton Obsessional Inventory – Child Version. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1986; 25: 84–91.
- e21. Goodman WK, Rasmussen SA, Riddle MA, Rapoport JL: *CY-BOCS*, dt. Bearbeitung 3. Rev. Steinausen HC. 1993.