

# DIAGNOSE, DIFFERENTIALDIAGNOSE, KOMORBIDITÄT UND ANDERE GRUNDLAGEN DER ZWANGSSTÖRUNG

*Michael Zaudig, Nico Niedermeier*

## Zusammenfassung

Die Klassifikationssysteme DSM-IV und ICD-10 erlauben eine sehr detaillierte deskriptive Diagnostik der Zwangsstörung und zugleich auch eine Subtypisierung in ein Störungsbild mit überwiegend Zwangsgedanken oder überwiegend Zwangshandlungen oder einen Mischtyp aus beiden. Zugleich werden Zeitkriterien in beiden Diagnosesystemen gefordert. Im weiteren werden die Differentialdiagnosen der Zwangsstörung diskutiert, insbesondere die Abgrenzung zur zwanghaften Persönlichkeitsstörung, zur Schizophrenie, zur Depression, zu den Angststörungen und anderen verwandten Störungsbildern („OCD-spectrum-disorders“). Mit den affektiven Störungen besteht die höchste Komorbidität, gefolgt von Angststörungen und Persönlichkeitsstörungen.

## Schlüsselwörter

DSM-IV, ICD-10, Subtypen der Zwangsstörung, Differentialdiagnosen der Zwangsstörung, z.B. zwanghafte Persönlichkeitsstörung, Schizophrenie, Depression, Angststörung, „OCD-spectrum-disorders“.

## Summary

Classification systems like DSM-IV and ICD-10 allow a very detailed descriptive diagnostic approach of OCD (Obsessive-Compulsive Disorder). We present an overview concerning differential diagnosis and comorbidity. The highest comorbidity is found with affective disorder followed by anxiety disorders and personality disorders.

## Keywords

DSM-IV, ICD-10, Differential diagnosis of OCD

Ausführliche und im Grunde bis heute gültige Beschreibungen der Psychopathologie und Diagnose der Zwangsstörung finden sich bereits 1838 bei Esquirol, 1877 bei Westphal, 1894 bei Freud und 1913 bei Jaspers (1973). Er schreibt: „Der Zwangskranke wird verfolgt von Vorstellungen, die ihm nicht nur fremd, sondern unsinnig erscheinen und denen er doch folgen muß, als ob sie wahr seien. Tut er es nicht, so befällt ihn grenzenlose Angst. Der Kranke z.B. muß etwas tun, sonst stirbt eine Person, oder es geschieht ein Unheil. Es ist als ob sein Tun und Denken magisch das Geschehen verhindere und/oder bewirke. Er baut seine Gedanken zu einem System von Bedeutungen, seine Handlungen zu einem System von Zeremonien und Riten aus. Aber jede Ausführung hinterläßt den Zweifel, ob er es auch richtig, auch vollständig macht. Der Zweifel zwingt ihn, von vorne anzufangen“. 1980 wurde das Bild der Zwangsstörung operational definiert im Rahmen der Entwicklung des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen, 3. Revision (APA, 1980). Mit der DSM-III-R (Wittchen et al., 1989) und jetzt vorliegenden DSM-IV (Saß et al., 1996) liegt eine sehr detaillierte und explizite Beschreibung der Zwangsstörung vor. Gleiches gilt für die ICD-10-Definition der Zwangsstörung (die in Tabelle 1 dargestellt ist) (Internationale Klassifikation psychischer Störungen, klinisch-diagnostische Leitlinien, Dilling et al., 1991).

Tab. 1: **ICD-10 Diagnose der Zwangsstörung (F42)**  
(verkürzte Darstellung)

- A. Zwangsgedanken** und/oder **Zwangshandlungen** bestehen mindestens zwei Wochen lang.
- B.** Zwangsgedanken/-handlungen erfüllen die Punkte 1-4:
  1. Zwangsgedanken/-handlungen werden als eigene Gedanken/Handlungen angesehen und nicht als von anderen Personen oder Einflüssen eingegeben.
  2. Sie wiederholen sich dauernd, werden als unangenehm empfunden und meist als übertrieben oder unsinnig anerkannt.
  3. Die Betroffenen versuchen Widerstand zu leisten.
  4. Die Ausführung eines Zwangsgedanken/-handlung ist unangenehm.
- C.** Die Zwangsgedanken/-handlungen führen zu einer massiven psychosozialen Beeinträchtigung.
- D.** Häufigstes Ausschlußkriterium stellen die Schizophrenie und die affektiven Störungen dar.

Wesentliche Kennzeichen der Zwangsstörung nach beiden Klassifikationssystemen sind wiederkehrende Zwangsgedanken und/oder Zwangshandlungen, die schwer genug sind um zeitaufwendig zu sein oder ausgeprägtes Leiden oder deutliche Beeinträchtigungen zu verursachen. Der Pa-

tient sieht die Störung als übertrieben und unbegründet an, die Zwangsgedanken/-handlungen stehen im Vordergrund und sind eindeutig von anderen psychischen Störungen und organisch bedingten Störungen abgrenzbar. Eine ausführliche Beschreibung der Zwangsstörung nach DSM-IV und ICD-10 findet sich bei Zaudig und Niedermeier (1998).

## Klinische Symptome

- Unter der Bezeichnung „**Zwangsgedanken**“ werden Gedanken, Vorstellungen und Impulse verstanden, die sich dem Menschen gegen seinen Willen aufdrängen und gegen deren Auftreten er sich vergebens wehrt.
- Durch Zwangsgedanken entstehen Anspannungen, die die Betroffenen über gedankliche (Gedankenzwänge) oder über verhaltensbezogene (**Zwangshandlungen**) Rituale zu neutralisieren versuchen.
- Im Lauf der Zeit verspüren die Patienten einen kaum überwindbaren Zwang, die Handlungen auszuführen.

Zwangshandlungen verlieren über die Zeit meist einen Teil ihrer entlastenden Wirkung, so daß **Handlungsimpulse** und Zwangshandlungen vermehrt auftreten. Zwangsgedanken sind häufig aggressiver Natur, beziehen sich oft auf Verschmutzung oder auf sexuelle Inhalte oder auf das Sammeln und Aufbewahren von Gegenständen, können religiösen Inhalts sein oder sich auf Symmetrie oder Genauigkeit beziehen und haben nicht selten Bezug zum eigenen Körper. Zwangshandlungen beziehen sich sehr häufig auf Waschen oder Reinigen, auf Kontrollieren oder Ordnen, Berühren und Zählen.

## Quantifizierung der Zwangsstörung: Y-BOCS

Für eine zuverlässige Diagnosestellung als auch für eine differenzierte Erfassung und Quantifizierung der Symptomatik ist der Einsatz von Selbst- und Fremdbeurteilungsverfahren hilfreich. Am häufigsten angewandt wird die Yale-Brown-Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS) (Goodman et al., 1989 a, b). Sie gilt international als der Goldstandard zur Einschätzung der Zwangssymptomatik, sie ist auch etabliert im Bereich der Veränderungsmessung. Die Y-BOCS ist ein Fremdrating-Verfahren, inzwischen gibt es auch eine Selbstrating-Version (Baer, 1994). Abzuklärende Charakteristika nach der Y-BOCS sind der Zeitaufwand bei den Zwangshandlungen, die dadurch hervorgerufene Beeinträchtigung, der dadurch entstandene Leidensdruck, die Möglichkeit, gegen Zwänge einen Widerstand zu setzen, und die mögliche Kontrolle über die Zwänge. Die Symptomcheckliste umfaßt 15 Hauptgruppen von Zwangsgedanken und Zwangshandlungen (Bossert-Zaudig und Niedermeier, 1998). Es gibt fünf Schweregradbereiche, wobei Werte von 8 - 15 als leichte Symptomatik gelten und Werte von 32 - 40 als extrem schwer. Grundsätzlich ist zu empfehlen, die Y-BOCS als Verfahren zur Quantifizierung der Zwangsstörung einzusetzen.

## Differentialdiagnose

Differentialdiagnostisch sind die anankastische Persönlichkeitsstörung, die Schizophrenie, depressive Störungen und

Angststörungen auszuschließen (Übersicht: Zaudig und Niedermeier, 1998). Ein besonders großes Problem ist die Abgrenzung der Zwangsstörung von affektiven Störungen. Auch bei schwer depressiven Patienten kommen durchaus Symptome vor wie zwanghaftes Grübeln, Kontrollzwänge und Verlangsamung. Umgekehrt leiden Patienten mit Zwangsstörungen häufig unter gedrückter Stimmung und Schuldgefühlen, Gefühlen der Hoffnungslosigkeit, Antriebslosigkeit, Konzentrationsstörungen und anderen kognitiven Beeinträchtigungen. Hinzu kommt noch Libidoverlust und eine allgemein verminderte Genußfähigkeit. Auf die Abgrenzung zu den sogenannten "OCD-spectrum-disorders" wird in dem Artikel von Niedermeier, Hegerl und Zaudig (dieses Heft) gesondert eingegangen. Nicht selten taucht das Problem der Abgrenzung zur Schizophrenie auf. Manche Wahnidee imponiert als Zwang und auch umgekehrt. Nicht wenige Zwangssyndrome, die bereits im jugendlichen Alter auftreten, entpuppen sich später als Schizophrenie. Entscheidend ist die Differentialdiagnostik bezüglich des Vorliegens eines Wahnes in Abgrenzung zum Zwangsgedanken. Der Wahn impliziert immer die subjektive Gewißheit und ein Evidenzerleben. Ein Zwang kann auch noch hinterfragt werden und wird leidvoller erlebt. Problematisch wird es dann, wenn Patienten ihre Zwangsgedanken oder Zwangshandlungen nicht mehr als unsinnig empfinden, sondern von der Richtigkeit der Zwangsinhalte wie bei den wahren Einfällen überzeugt sind. Die Abgrenzung zur Schizophrenie kann dann nur aufgrund zusätzlicher Symptomatik, die typisch für eine Schizophrenie ist, erfolgen.

## Epidemiologie

Die Zwangsstörung ist die vierthäufigste psychiatrische Erkrankung nach den Phobien, den depressiven Störungen und dem Substanzmißbrauch.

Derzeit geht man von einer Verbreitung der Zwangsstörung in der Gesamtbevölkerung von 2 - 3 % aus. Bisher vorliegende kulturvergleichende Studien zeigen, daß die Häufigkeit in den verschiedenen Kulturen ähnlich hoch ist, die Themen und Ausgestaltung der Zwänge jedoch sehr unterschiedlich sein können (Reinecker, 1994). Die Geschlechterverteilung bei der Zwangsstörung ist ungefähr gleich mit einem leichten, nicht signifikanten Überwiegen von Frauen (Erlbeck und Gokeler, 1993; Reinecker und Zaudig, 1995). Die Zwangsstörung beginnt meist im frühen Erwachsenenalter. Das durchschnittliche Alter bei Beginn der Zwangsstörung beträgt 22 Jahre (Reinecker, 1994).

Neuerdings werden diese hohen Prävalenzzahlen (2 - 3 %) allerdings wieder in Frage gestellt (Stein et al., 1997). Die Autoren gehen davon aus, daß sie durch die Anwendung voll standardisierter Interviewverfahren durch Laien zu hoch eingeschätzt wurden. Nachuntersuchungen durch Kliniker ergaben deutliche geringere Prävalenzzahlen.

## Komorbidität

Das Komorbiditätsproblem ist in den letzten Jahren zu einem

zentralen Forschungsfeld im Bereich psychischer Störungen geworden. Denn das Vorliegen einer Komorbidität ist von beträchtlicher Bedeutung für das jeweilige Verständnis, die Behandlung und den Verlauf der psychischen Gestörtheit eines Menschen. Im Bereich der Zwangsstörung hat sicherlich eine besondere Bedeutung die Komorbidität hinsichtlich der Zwangs-Spektrum-Erkrankungen: körperdysmorphe Störungen, Hypochondrie, Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, Tic-Störungen, Depersonalisationssyndrom, Störung der Impulskontrolle, Tourette-Syndrom, Trichotillomanie, Kleptomanie und Borderline-Störung (Niedermeier, Hegerl und Zaudig, dieses Heft). Zum anderen ist gerade die Komorbidität mit anderen psychischen Störungen wie den affektiven Störungen, der Schizophrenie, den Persönlichkeitsstörungen, Angststörungen usw. natürlich auch für die Therapie von besonderer Bedeutung. Unter Zugrundelegung der DSM- oder ICD-10-Diagnostik ergibt sich bezüglich der affektiven Störung eine sehr hohe Komorbidität mit einer Häufigkeit von 30 - 50 %, je nach Studie (Milanfranchi et al., 1995, Reinecker und Zaudig, 1995, Crino und Andrews, 1996, Zaudig, 1998). Die Komorbiditäts-raten für Angststörungen liegen ähnlich hoch (Crino und Andrews, 1996). Bezüglich der Komorbidität mit Persönlichkeitsstörungen ergeben sich je nach Studie Werte von 15 % (Ecker und Dehmlow, 1994, 1996) bis hin zu Werten von 49 % (Mavissakalian et al., 1990).

Die Daten zur Komorbidität gemahnen noch zur Vorsicht, da kaum eine Studie in der Methodik direkt vergleichbar ist und es eine große Rolle spielt, ob ein strukturiertes oder voll standardisiertes Interviewverfahren eingesetzt wurde oder ob es sich nur um eine rein klinische Diagnostik handelt.

Abschließend bleibt zu bemerken, daß die Zwangsstörung trotz aller Fortschritte immer noch eine schwierig zu diagnostizierende und therapierende Störung ist. Nur durch das Zusammenspiel von neurobiologischer Forschung mit den Entwicklungen in der Verhaltenstherapie und Psychopharmakotherapie wird ein weiterer Fortschritt in der Forschung zu erwarten sein.

## Literatur

- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3. Edition (DSM-III). Washington D.C., American Psychiatric Association, 1980.
- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3. Edition revised (DSM-III-R). Washington D.C., American Psychiatric Association, 1987.
- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4. Edition (DSM-IV). Washington D.C., American Psychiatric Press, 1994
- Baer L: Alles unter Kontrolle - Zwangsgedanken und Zwangshandlungen überwinden. Bern, Göttingen, Huber Verlag, 1994.
- Bossert-Zaudig S, Niedermeier N: Therapiebegleitende Diagnostik und Meßinstrumente bei Zwangsstörungen. In: Zaudig M, Hauke W, Hegerl U (Hrsg.): Diagnose und Therapie der Zwangsstörung. Stuttgart, Schattauer Verlag, 1998.
- Crino R D und Andrews G: Obsessive-compulsive disorder and axis I, comorbidity. *Anx Disord* 1996; 10 (1): 37-46.
- Dilling H, Mombour W, Schmidt MH, Schulte-Markword E: Weltgesundheitsorganisation. Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10, Kap. IV (F), Forschungskriterien. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle, Huber, 1994.
- Ecker W, Dehmlow A: Der Einfluß von Persönlichkeitsstörungen auf die Verhaltenstherapie von Zwängen. *Prax Klin Verhaltensmed Rehab* 1994; 25: 23-31.
- Ecker W, Dehmlow A: Zur prognostischen Bedeutung comorbider Persönlichkeitsstörungen i. d. stationären Verhaltenstherapie von Zwängen. *Verhaltensther Verhaltensmod* 1996; 17 (1): 9-23.
- Erlbeck R, Gokeler R: Zwangsstörungen. Eine empirische Studie an einer klinischen Stichprobe. Bamberg: Diplomarbeit, 1993.
- Esquirol JED: Des Maladies Mentales. Paris, Lafayette, 1834.
- Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Fleischmann RL, Hill CL, Heninger GR, Charney DS: The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. I. Development, use, and reliability. *Arch Gen Psychiatry* 1989 a; 46: 1006-11.
- Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Delgado P, Heninger GR, Charney DS: The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. II. Validity. *Arch Gen Psychiatry* 1989 b; 46: 1012-16.
- Hand I, Büttner-Westphal H: Die Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS): Ein halbstrukturiertes Interview zur Beurteilung des Schweregrades von Denk- und Handlungszwängen. *Verhaltensther* 1991; 1: 223-5.
- Jaspers K: Allgemeine Psychopathologie. 1. Auflage 1912. 9. Unveränderte Aufl. Berlin, Heidelberg, New York. Springer, 1973.
- Mavissakalian N, Hamann MS, Jones B: A comparison of DSM-III, personality disorders in panic/agoraphobia and obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiat* 1990; 31 (3): 238-44.
- Milanfranchi A, Marazziti D, Pfanner C, Presta S, Lensi P, Ravagli S, Cassano GB: Comorbidity in obsessive-compulsive disorder: Focus on depression. *Europ Psychiat* 1995; 10: 379-82.
- Reinecker HS, Zaudig M: Langzeiteffekte bei der Behandlung von Zwangsstörungen. Lengerich, Berlin, Scottsdale, Wien, Zagreb, Pabst, 1995.
- Reinecker HS, Zaudig M, Erlbeck R, Gokeler I, Hauke W: Die Langzeit-Follow-up-Studie Windach. *Prax klin Verhaltensmed Rehab* 1994; 26: 77-82.
- Robins LN, Locke BZ, Regier DA: An overview of psychiatric disorders in America. In: Psychiatric disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area Study. Robins LN and Regier DA. New York, The Free Press, 1991.
- Saß H, Wittchen H-U, Zaudig M: Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen - DSM-IV. Übersetzung und Bearbeitung der 4. Aufl. des DSM-IV. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle, Hogrefe, 1996.
- Westphal C: Über Zwangsvorstellungen. *Arch Psychiat Nerven* 1878; 8: 734-50.
- Wittchen, H-U, Saß H, Zaudig M, Koehler K: Deutsche Bearbeitung und Einführung des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen. DSM-III-R. 3. rev. Aufl. Weinheim, Basel, Beltz. 1989.
- World Health Organization (WHO): ICD-10. Chapter V. Mental and Behavioral Disorders. Diagnostic Guidelines. Geneva, 1992.
- World Health Organization (WHO): ICD-10. Chapter V. Mental and Behavioral Disorders. Diagnostic Criteria for Research. Geneva, 1993.
- Zaudig M, Hauke W, Hegerl U: Diagnose und Therapie der Zwangsstörung. Stuttgart, Schattauer Verlag, 1998.
- Zaudig M: Diagnose und Differentialdiagnose der Zwangsstörung. In: Zaudig M, Hauke W, Hegerl U: Diagnose und Therapie der Zwangsstörung. Stuttgart, Schattauer Verlag, 1998.

**Priv.-Doz. Dr. Michael Zaudig**  
 Psychosomatische Klinik  
 Schützenstraße 16  
 86949 Windach