



1 Station Zwang Erw



Je 1 Station Zwang Erw & Jug



1 Station Zwang Jug



1 Station Zwang Erw



1 Station Zwang Erw



Schön Klinik
Roseneck Prien

In Kooperation mit der Klinik
für Psychiatrie und
Psychotherapie des
Universitätsklinikum der LMU
München

Wohin entwickelt sich die Therapie der Zwangsstörungen – ein Update, 26.09.2025

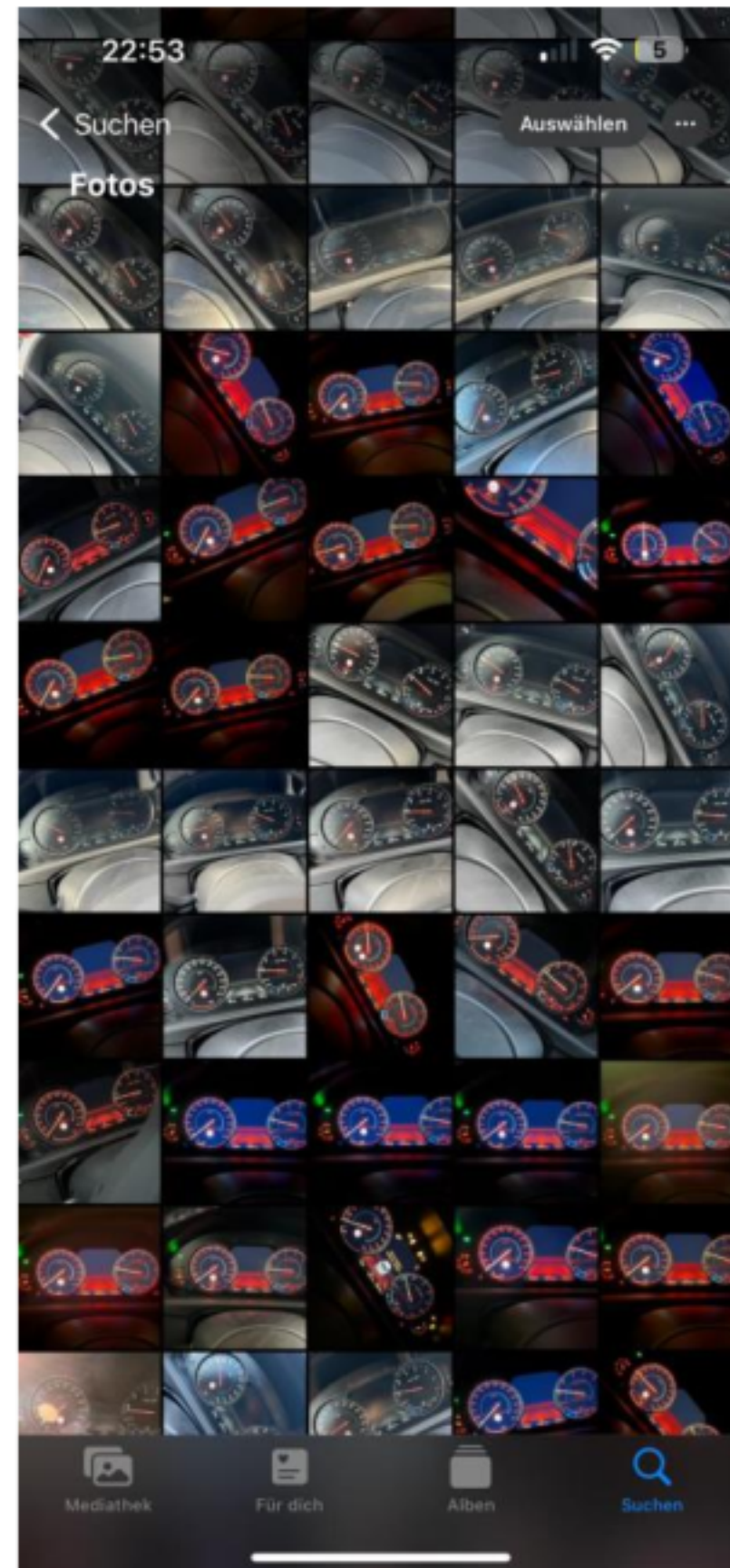
Prof. Dr. Ulrich Voderholzer

Ärztlicher Direktor, Schön Klinik Roseneck, Prien am Chiemsee,
Klinik für Psychiatrie & Psychotherapie, Universitätsklinikum München
Leiter Revisionsprozess S3-Leitlinie Zwangsstörungen
Vorsitzender des wiss. Beirat Deutschen Gesellschaft Zwangserkrankungen e.V. (DGZ)

Zwänge im Wandel der Zeit

Voderholzer et al. (Hrsg.). *Praxishandbuch Zwangsstörungen und verwandte Störungen*. 1. Auflage. Elsevier, 2024. ISBN: 978-3-437-22541-3

Kontrollzwang mit Handy



Wohin entwickelt sich die Therapie von Zwangsstörungen ?

- Was wissen wir über die Wirksamkeit von Therapien ?
- Wohin entwickelt sich die Psychotherapie ?
- Wohin entwickelt sich die Pharmakotherapie ?
- Was entwickelt sich bei den anderen Verfahren ?
- Fazit?



Therapien für Zwangsstörungen

Selbsthilfe
Internet, Bücher, ..

Psycho-
therapie

Medika-
mente

Körperorientierte
Verfahren

Hirnstimulation
(r-TMS, THS)

Hirnopera-
tion



Versorgungsformen

KI Therapeut
?

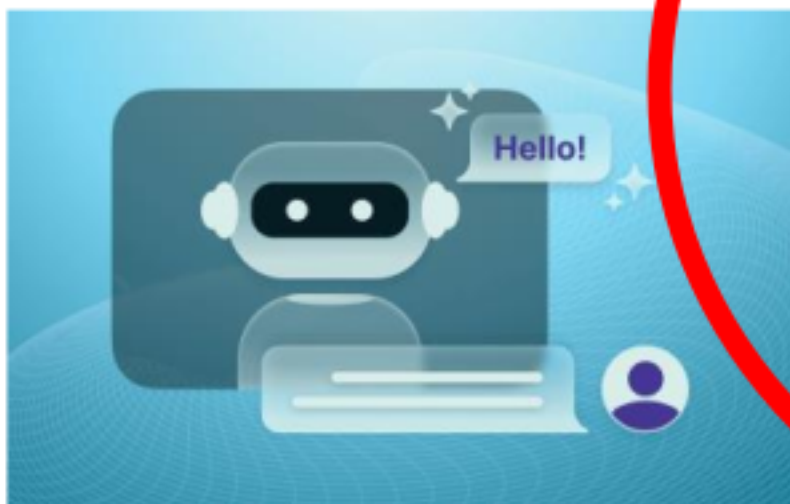
Ambulante
Therapie

Home-
treatment/StäB

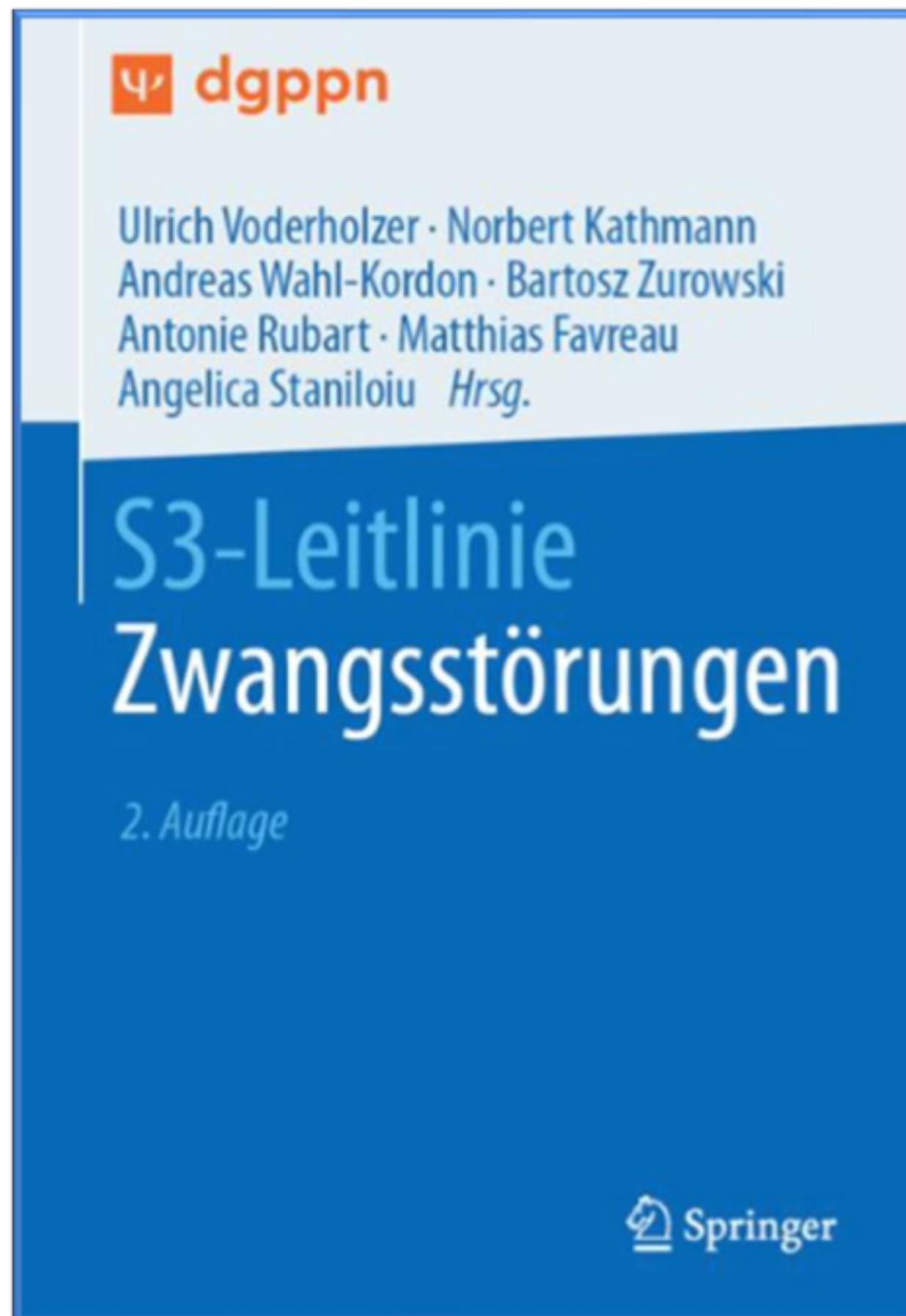
Tagesklinik
B4DT

Stationär akut
Psychiatrie / Psychosomatik

Reha
Wohngruppen



Was wissen wir heute über die Wirksamkeit von Therapien bei Zwangsstörungen ?



Pharmacological and psychotherapeutic interventions for management of obsessive-compulsive disorder in adults: a systematic review and network meta-analysis

Petros Skapinakis, Deborah M Caldwell, William Hollingworth, Peter Bryden, Naomi A Fineberg, Paul Salkovskis, Nicky J Welton, Helen Baxter, David Kessler, Rachel Churchill, Glyn Lewis

Summary

Background Several interventions are available for management of obsessive-compulsive disorder in adults, but few studies have compared their relative efficacy in a single analysis. We aimed to simultaneously compare all available treatments using both direct and indirect data.

Methods In this systematic review and network meta-analysis, we searched the two controlled trials registers maintained by the Cochrane Collaboration Common Mental Disorders group for trials published up to Feb 16, 2016. We selected randomised controlled trials in which an active psychotherapeutic or pharmacological intervention had been used in adults with obsessive-compulsive disorder. We allowed all comorbidities except for schizophrenia or bipolar disorder. We excluded studies that focused exclusively on treatment-resistant patient populations defined within the same study. We extracted data from published reports. The primary outcome was symptom severity as measured by the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. We report mean differences with 95% credible intervals compared with placebo. This study is registered with PROSPERO, number CRD42012002441.

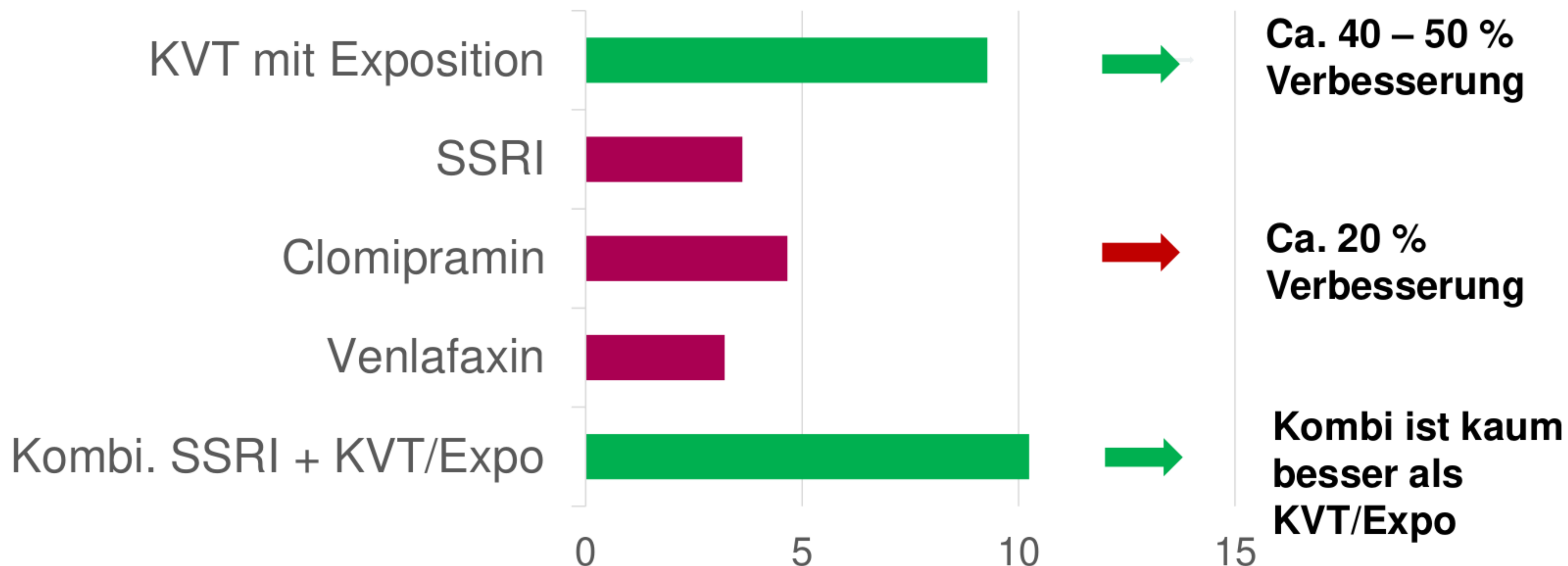
Findings We identified 1480 articles in our search and included 53 articles (54 trials; 6652 participants) in the network meta-analysis. Behavioural therapy (mean difference -14.48 [95% credible interval -18.61 to -10.23]; 11 trials and 287 patients), cognitive therapy (-13.36 [-18.40 to -8.21]; six trials and 172 patients), behavioural therapy and clomipramine (-12.97 [-19.18 to -6.74]; one trial and 31 patients), cognitive behavioural therapy and fluvoxamine (-7.50 [-13.89 to -1.17]; one trial and six patients), cognitive behavioural therapy (-5.37 [-9.10 to -1.63]; nine trials and 231 patients), clomipramine (-4.72 [-6.85 to -2.60]; 13 trials and 831 patients), and all SSRIs (class effect -3.49 [95% credible interval -5.12 to -1.81]; 37 trials and 3158 patients) had greater effects than did drug placebo. Clomipramine was not better than were SSRIs (-1.23 [-3.41 to 0.94]). Psychotherapeutic interventions had a greater effect than did medications, but a serious limitation was that most psychotherapeutic trials included patients who were taking stable doses of antidepressants (12 [80%] of the 15 psychotherapy trials explicitly allowed antidepressants).

Interpretation A range of interventions is effective in the management of obsessive-compulsive disorder, but considerable uncertainty and limitations exist regarding their relative efficacy. Taking all the evidence into account, the combination of psychotherapeutic and psychopharmacological interventions is likely to be more effective than are psychotherapeutic interventions alone, at least in severe obsessive-compulsive disorder.

Metaanalytischer Wirksamkeitsvergleich von KVT mit Exposition und unterschiedlichen Pharmakotherapien

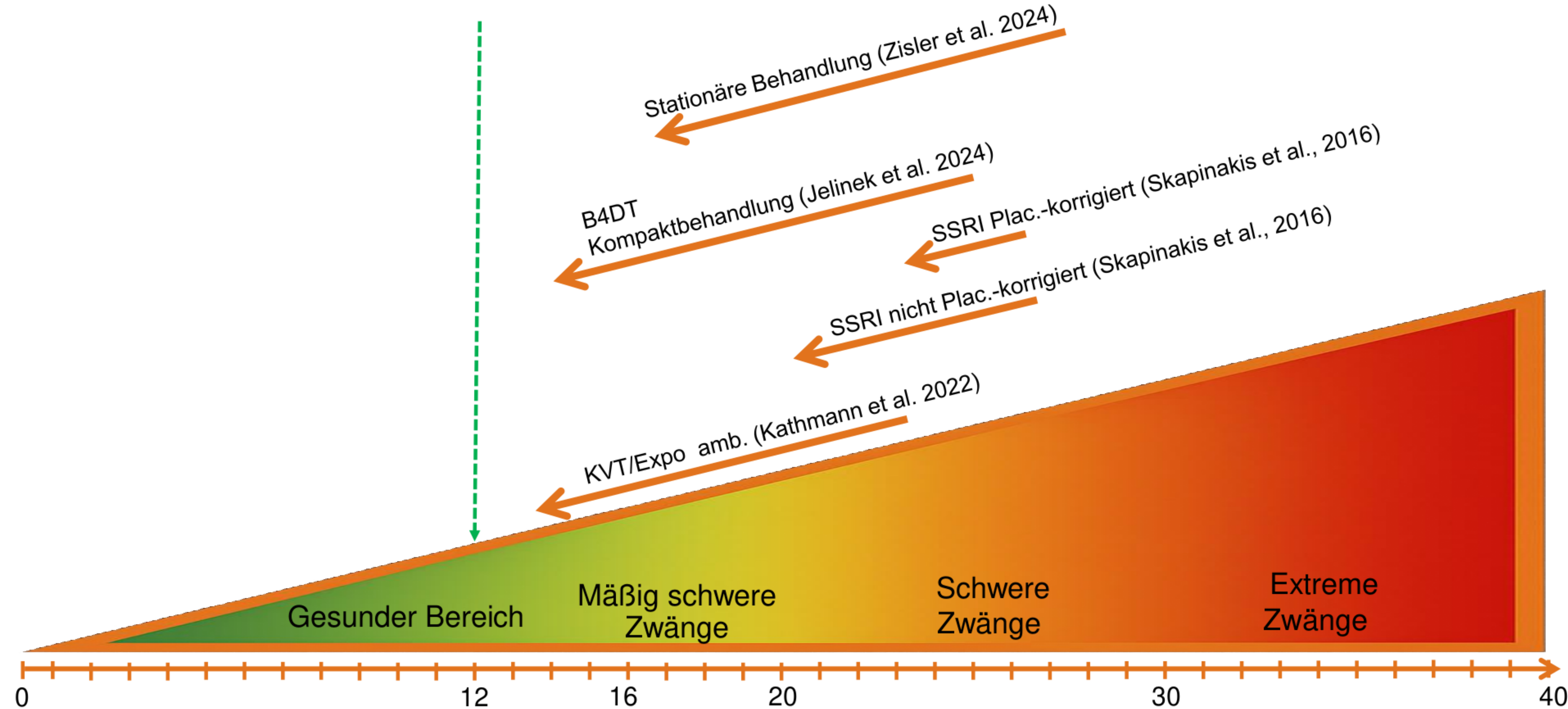
Nach Skapinakis et al., Lancet Psychiatry, 2016;3:730-739.

Mittlere Verbesserung Y-Bocs-Skala (0 – 40 Punkte) vs Kontrollgruppe



Messung des Schweregrads einer Zwangsstörung auf der Y-Bocs-Skala

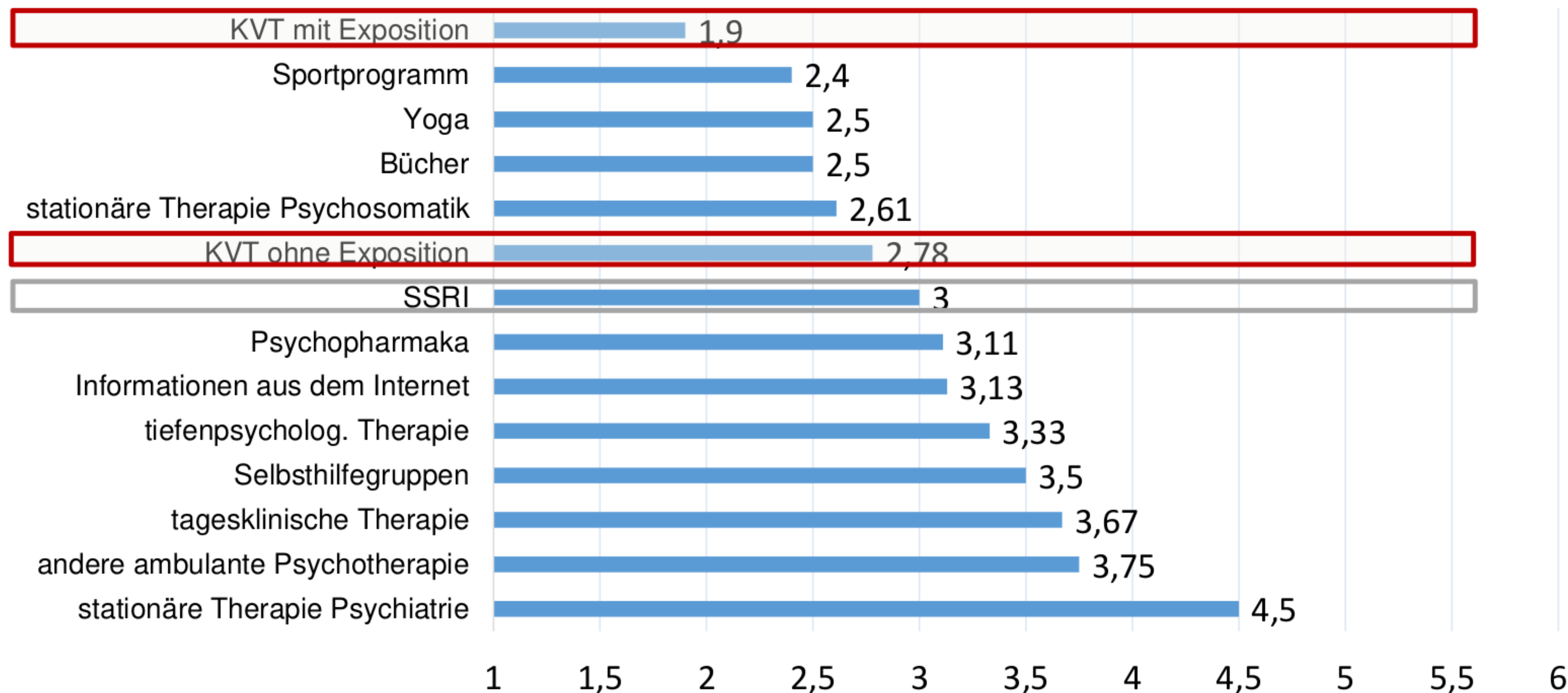
0 = komplett Zwangsfrei , 40 = extremste Ausprägung, Typische Werte von Patienten in Studien ca. 25 Punkte



Wie bewerten Patienten aus
unserer Klinik Therapien, die sie
vor der Klinik erhalten haben?

Wie bewerten Betroffene Therapien, die sie zuvor erhalten haben (N = 55 Patienten mit Zwangsstörung der Roseneck)

Globale Bewertung verschiedener Therapieverfahren von 1=sehr hilfreich bis 6=gar nicht hilfreich

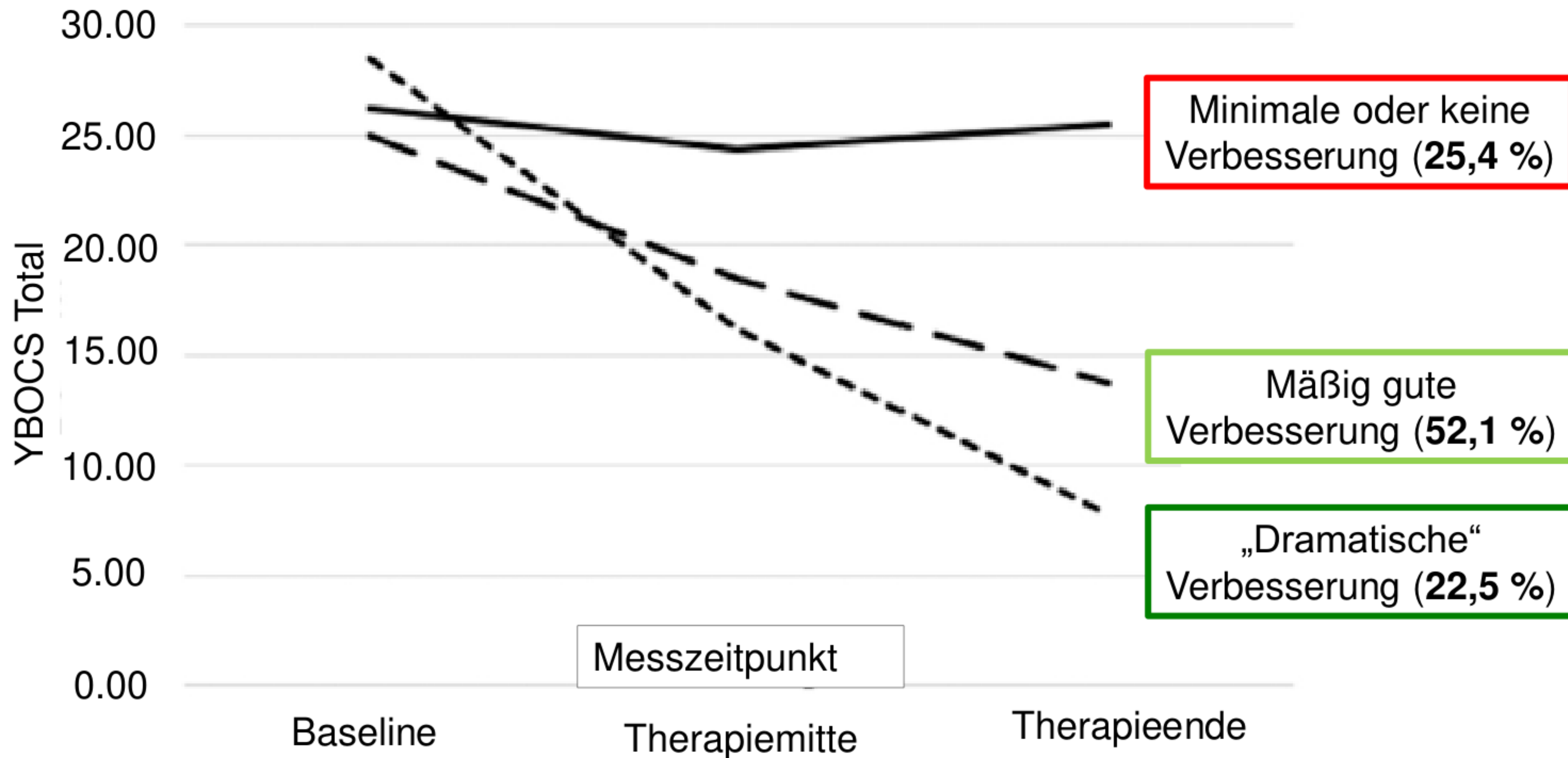


Grenzen von Studienergebnissen
Mittlere Effekte !
Kurze Zeiträume !
Bewertung von Symptomatik!

Es gibt große Unterschiede von Person zu Person, ob Therapien wirken !

Ambulante (lege artis) Psychotherapie (KVT mit Exposition) zeigt unterschiedliche Verläufe (N=334)

Kim et al. Journal of Anxiety Disorders; 2023. 96, 102711.



Warum wirkt KVT/Exposition bei manchen sehr gut, bei anderen nicht ?

Negative Prädiktoren

- Hohes Maß Vermeidung, Schwierigkeiten, sich mit angstausslösenden Situationen zu konfrontieren → erschwert Expositionsübungen und Lernerfahrungen
- Hohes Maß an Angst und Depression hemmt Umsetzung der Therapie im Alltag

Keine klaren Prädiktoren:

- Ausgangsschwere der Zwangssymptomatik OCD (Y-BOCS gesamt)
- Alter, Geschlecht, Erkrankungsbeginn
- Lebensqualität, frühere KVT-Erfahrung
- Art der Zwänge

Kim et al. Journal of Anxiety Disorders; 2023. 96, 102711.

Habe ich durch Therapie auch auf längere Sicht ein besseres Leben ?

Kein Therapeut /
keine Hilfe

Chronische
Depression

Andere psychische
Erkrankungen

Soziale Isolation

Probleme im Leben

Traumatisierungen

Soziale Defizite,
soziale Phobien

**Zwänge,
Vermeidungsverhalten**

Belastende
Lebenserfahrungen

Mangel an
Bewegung

Probleme im Job

Probleme in der
Partnerschaft

Einsamkeit

Finanzielle
Probleme

Körperliche Folgen
von Zwängen

Armut

Arbeitslosigkeit

Persönlichkeitsprobleme

Wohin entwickelt sich die Psychotherapie von Zwangsstörungen ?

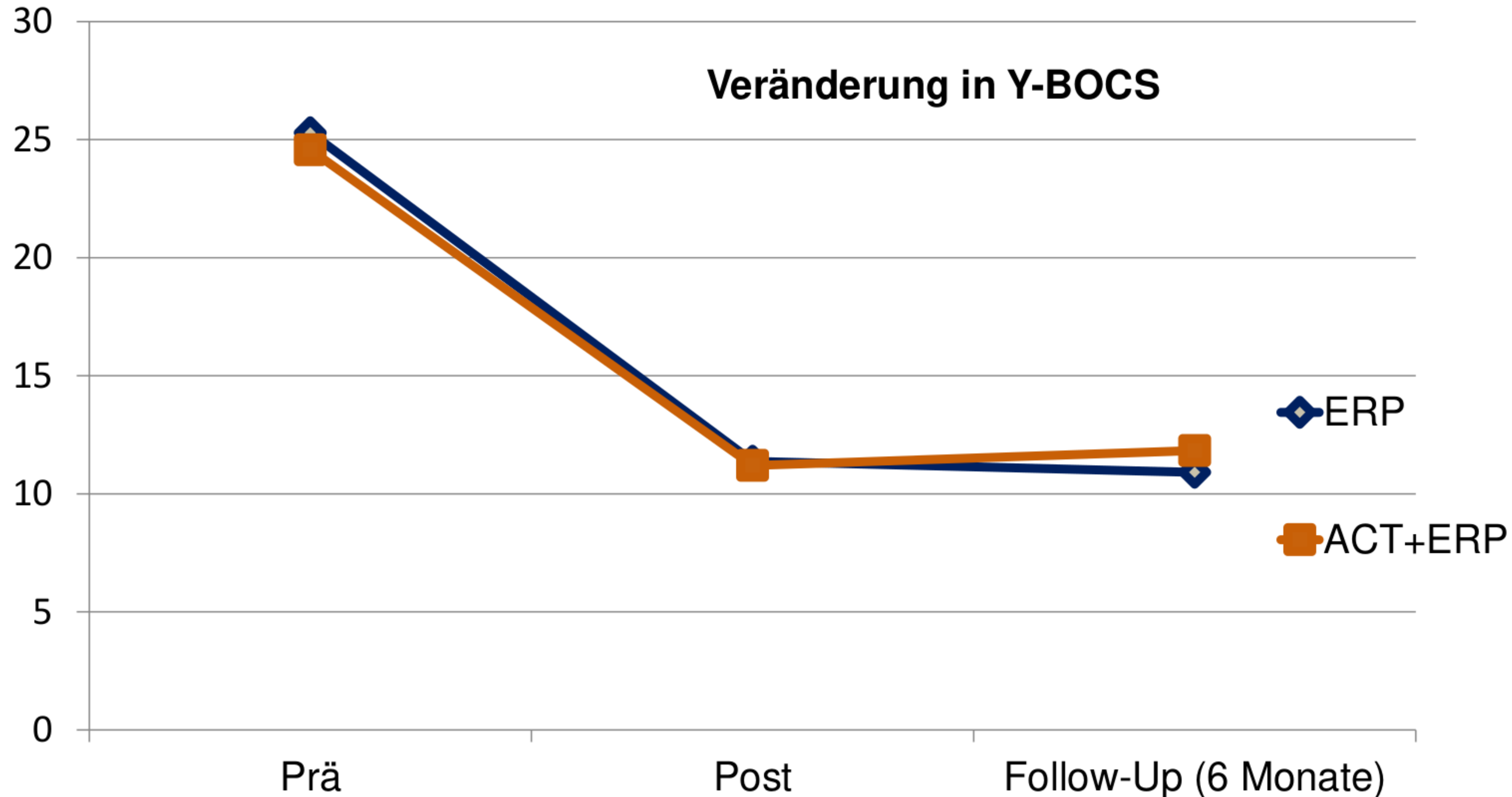
Was ist mit anderen Psychotherapien als Alternative oder zusätzlich?

- Achtsamkeitsbasierte Stressreduktion (MBSR)
- Achtsamkeitsbasierte Kognitive Therapie (MBCT)
- Akzeptanz und Commitment Therapie (ACT)
- Metakognitive Therapie (MKT)
- Inferenzbasierte Therapie
- Schematherapie
- EMDR
- Tiefenpsychologische Therapie
- Hypnose
- YOGA
- ...

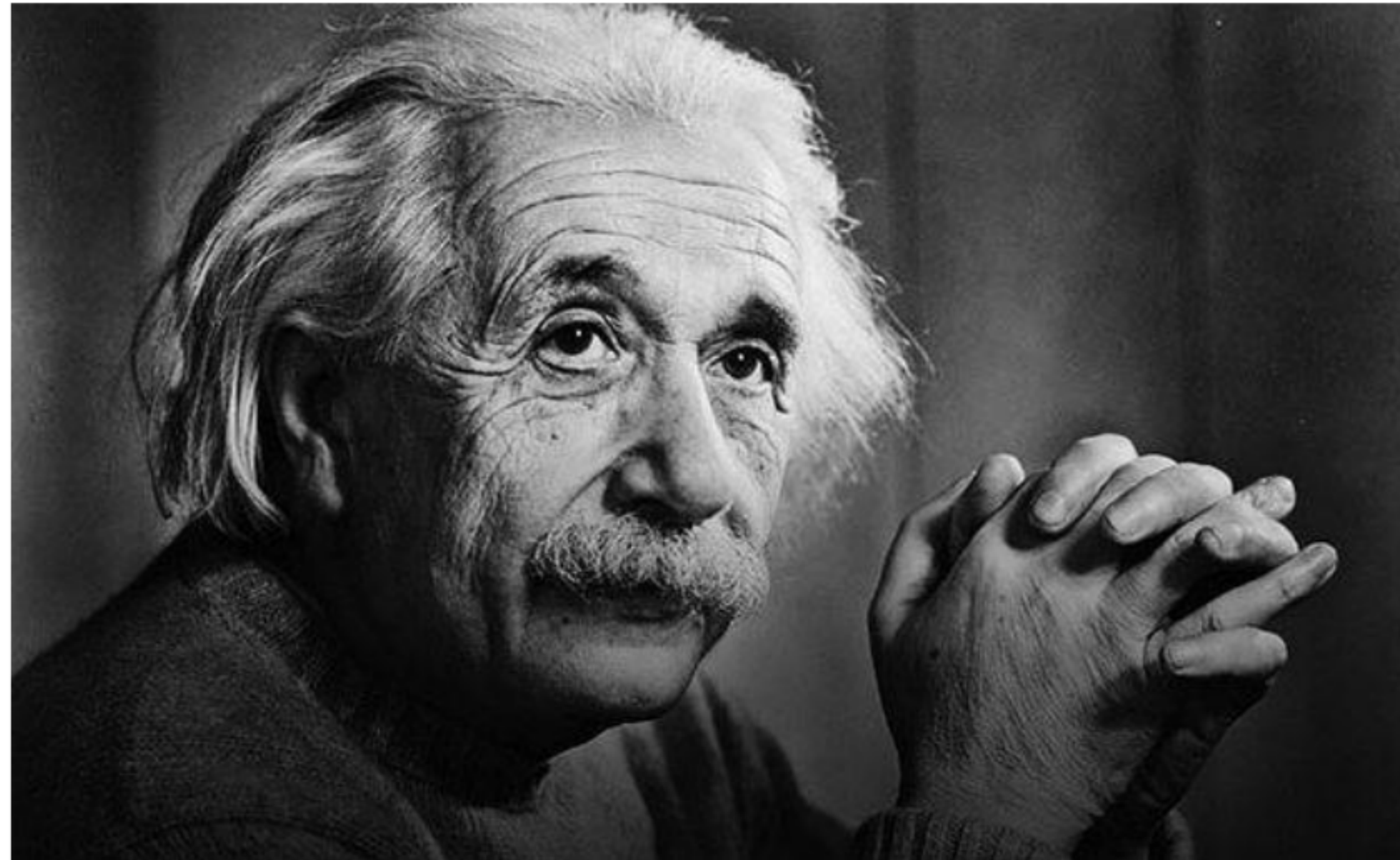


Kein zusätzlicher Effekt von ACT als Add-On zu KVT mit Exposition und Reaktionsmanagement bei Zwängen (N=58)

Twohig et al., Psychology Faculty Publications. 2018; 1755

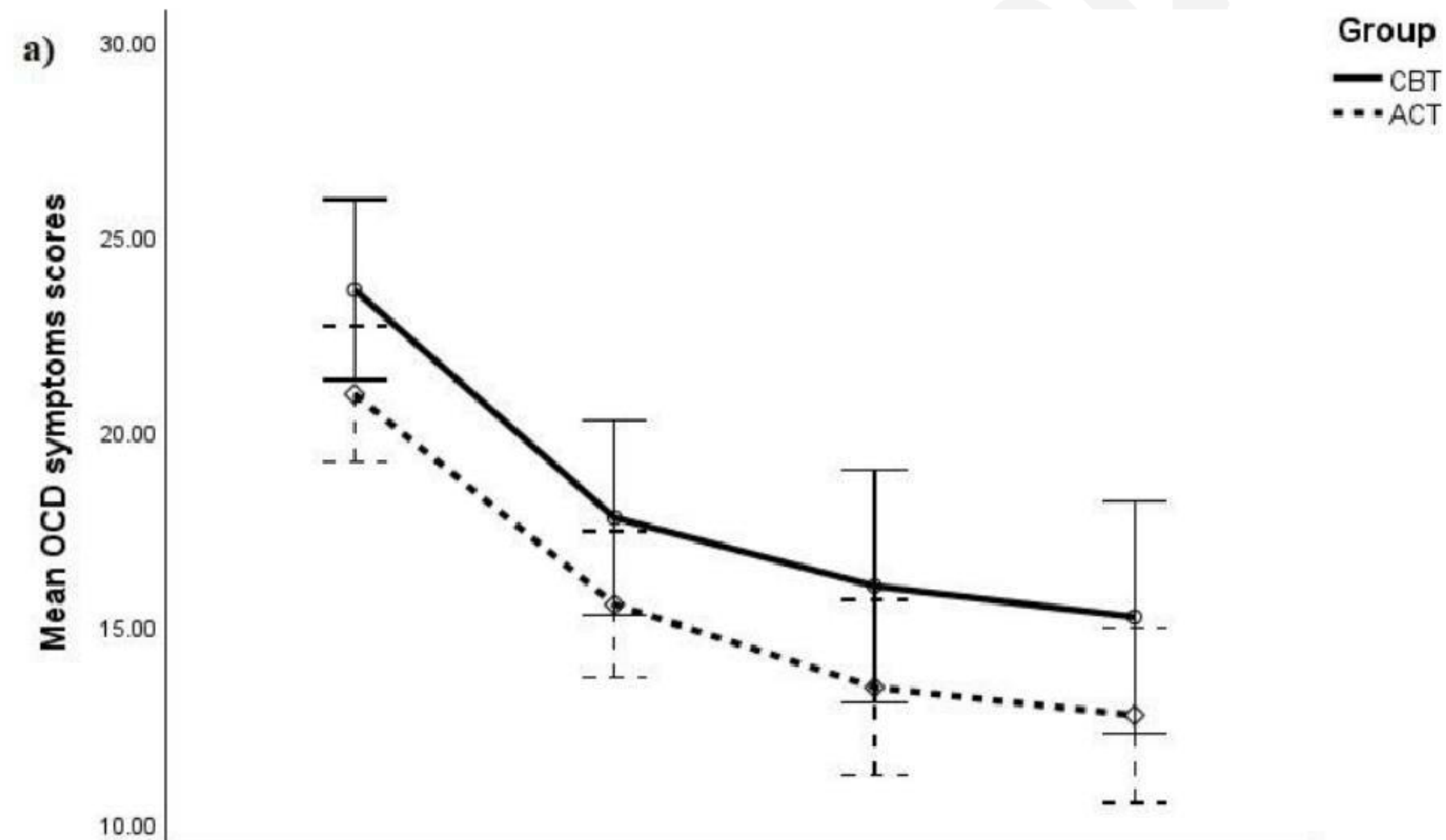


„Wissenschaft ist die Ermordung schöner
Theorien durch hässliche Tatsachen“
Albert Einstein



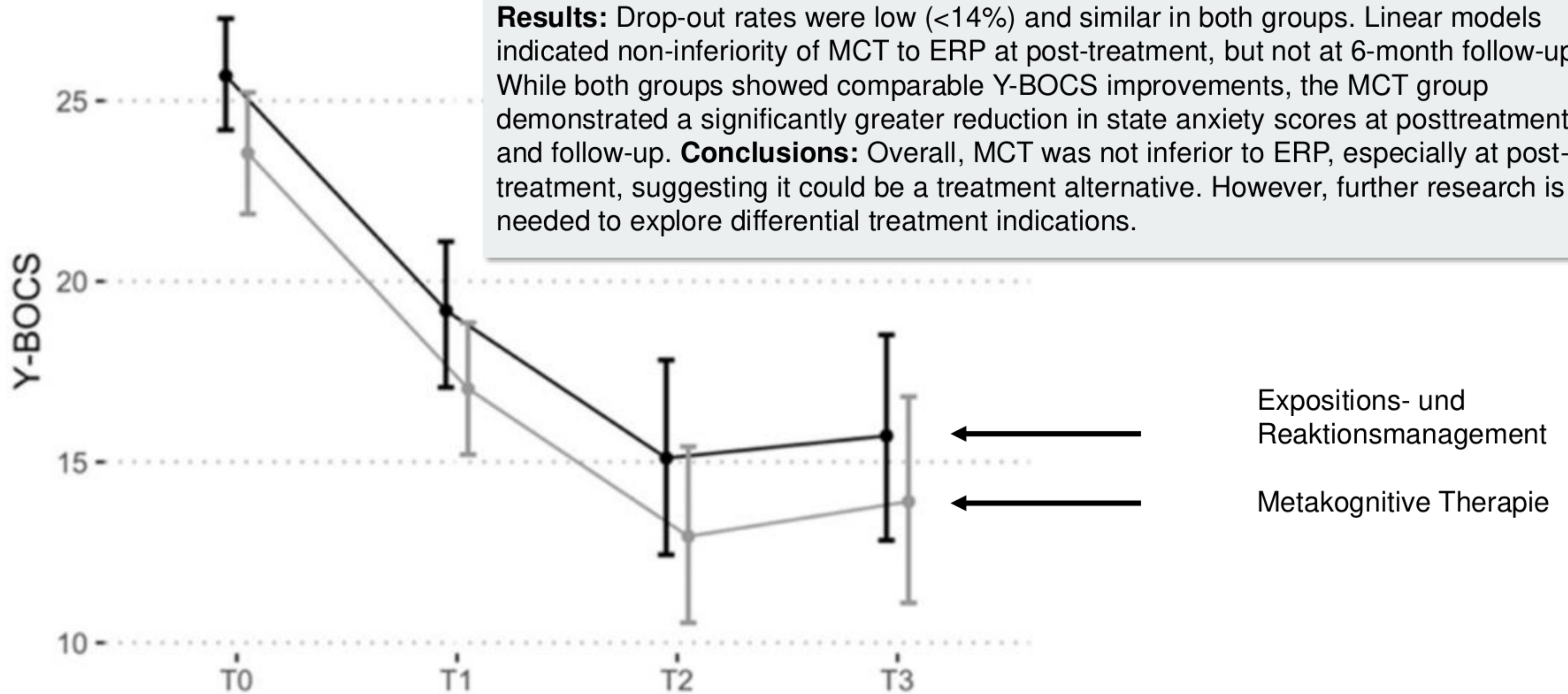
Group Acceptance and Commitment Therapy versus Cognitive Behavioral Therapy/Exposure Response Prevention for Obsessive Compulsive Disorder: A Block Randomized Controlled Trial

Nielsen SKK, Stuart AC, Winding C, Øllgaard M, Wolitzky-Taylor K, Daniel SIF, Vangkilde S, Rosenberg N, Hageman I, Jørgensen MB



Metakognitive Therapie im Vergleich mit Expositions- und Reaktionsverhinderung bei Zwangsstörungen (Exner et al. 2024, J Anxiety Disorders)

sog. „Nicht-Unterlegenheitsstudie“

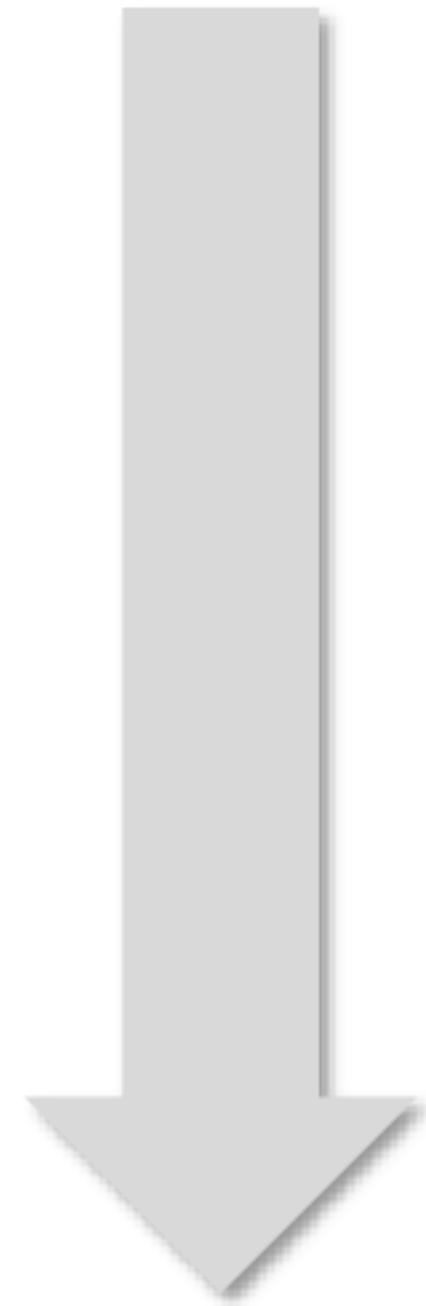


Fazit Weiterentwicklung Psychotherapien bei Zwangsstörungen

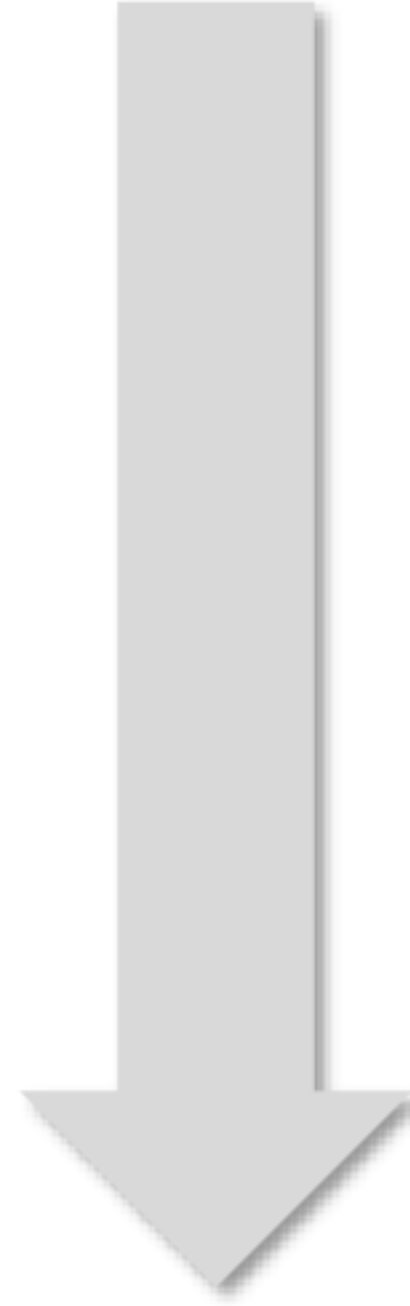
- Andere Psychotherapien, die Angstkonfrontation gezielt adressieren (z.B. ACT) (vermutlich) wirksam, große Studien fehlen, sind **aber nicht wirksamer als KVT/Expo, auch nicht in Kombination mit KVT/Expo.**
- Evidenz, dass andere Verfahren speziell bei Therapieresistenz/Non-Response auf KVT und Exposition wirksamer ist, (als erneute KVT/Expo) liegt ebenfalls nicht vor.
- Einsatz verschiedenster Therapien kann sinnvoll sein, da vielfältige andere Probleme und psychische Erkrankungen, Persönlichkeitsprobleme und Akzeptanz anderer Verfahren oft gut ist → positiver Effekt auf Motivation und Adhärenz.
- **Aber hinsichtlich Wirksamkeit gegen Zwänge: → Expositionsverfahren weiter verbessern, optimieren, intensiver anwenden;**

Weiterentwicklung Psychotherapie von Zwangsstörung

Wie kann die Wirksamkeit von Exposition weiter verbessert werden?



Verbesserung der
Anwendungstechniken
(Optimierung Exposition)



Intensivere Formate
Blockformate, höhere
Dosis (z.B. B4DT)



Biologische oder
körperorientierte Methoden
zur Intensivierung der
Lerneffekte im Gehirn

Integration von Blockexpositionen (in Anlehnung an B4DT) in stationäre Konzepte (Schön Klinik Roseneck)

Blockexposition (angelehnt an das B4DT) Workshop Mark Mühlbacher, Rebecca Schennach)

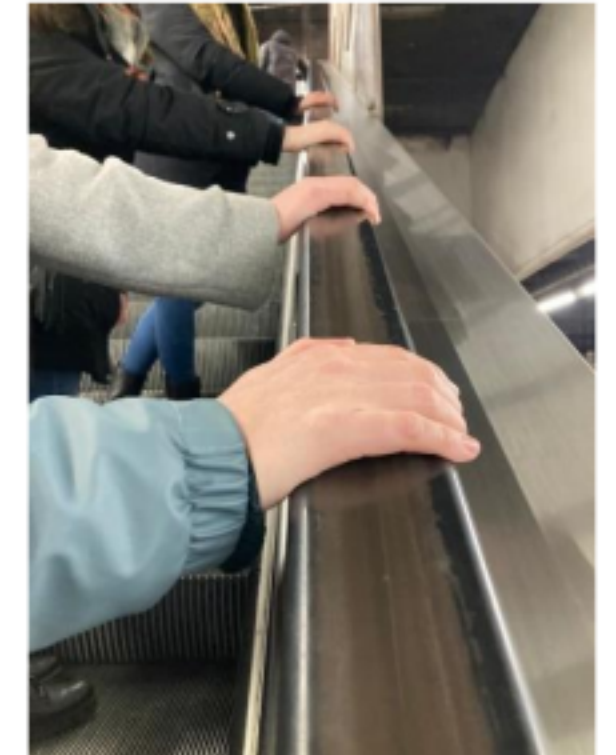


Während des Expotages

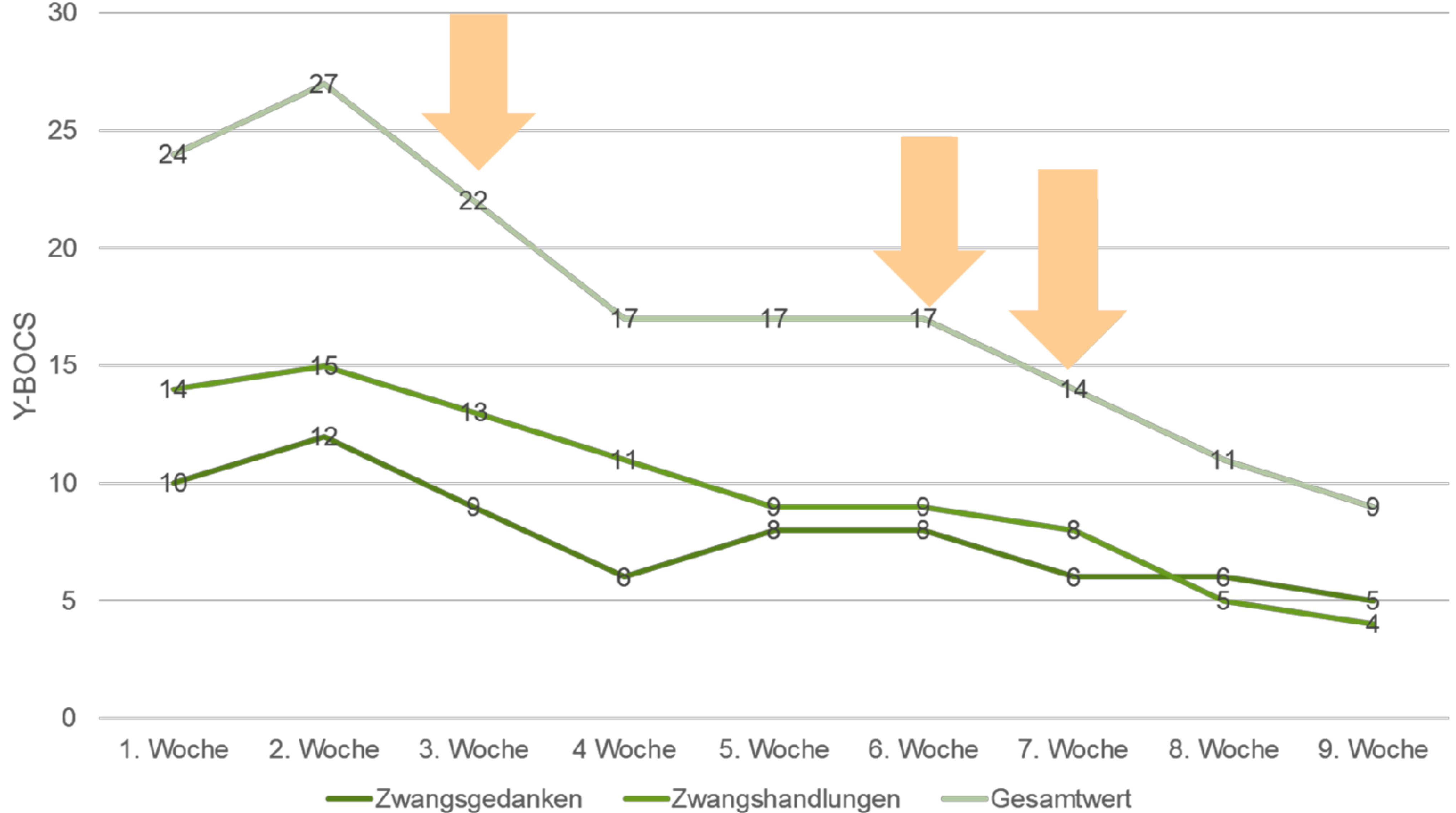
- Smartphone
- Fotoapparat
- Drehbuch bzw. Audiodatei für kombinierte Expositionen (interne und externe Stimuli)
- Bei Bedarf Skills zur Emotionsregulation oder antidissoziative Skills
- Patienten führen Patientenmappe mit sich
- Ausfüllen der Tipp-Top-Reflexion

Am Ende des Expotages

- AB Zertifikate
- AB Stichtagsvertrag



Therapieverlauf bei Blockexposition (angelehnt an das B4DT)



Augmentation von Exposition durch Ausdauersport direkt nach einer Exposition

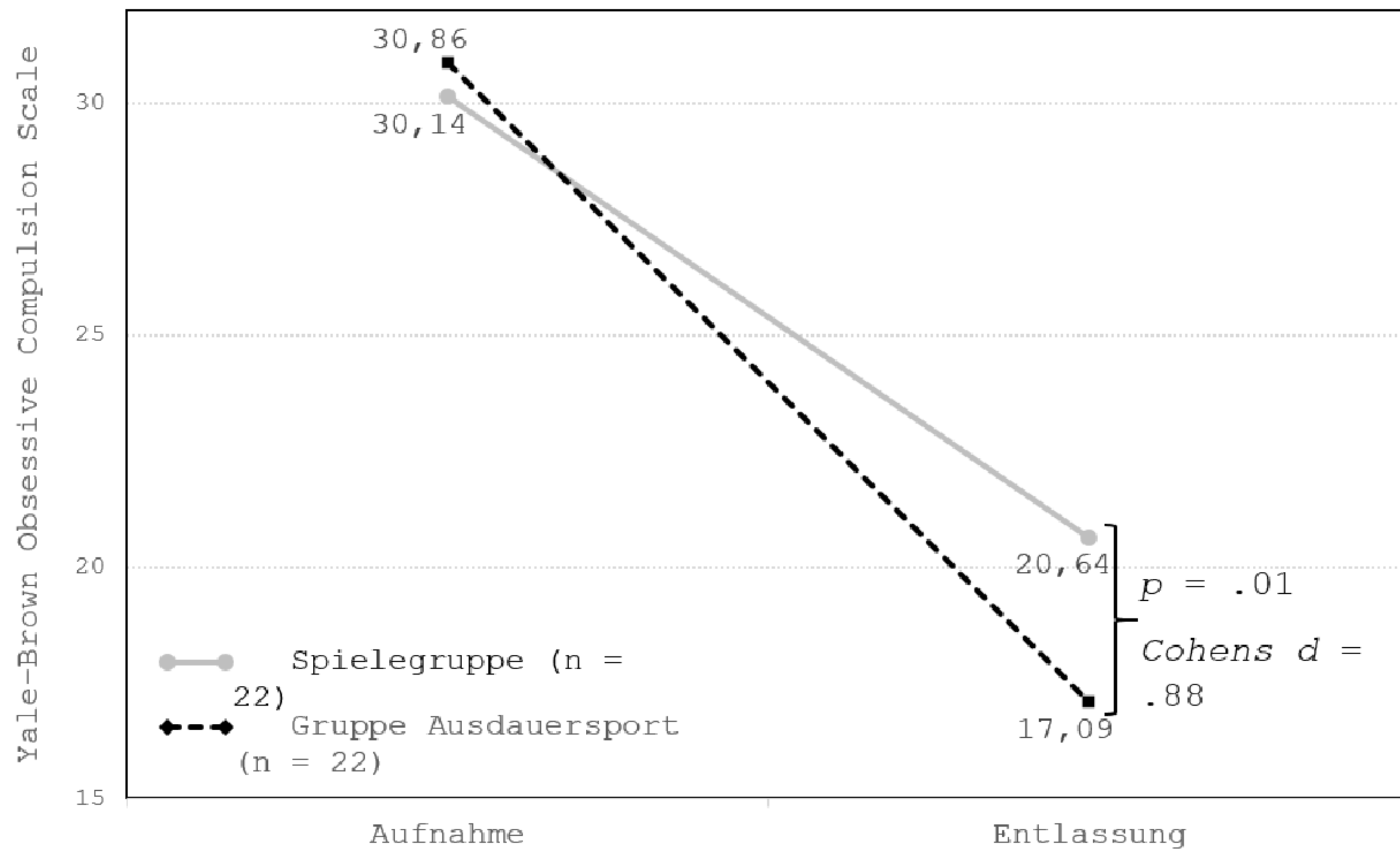
Augmenting trauma-focused psychotherapy for post-traumatic stress disorder with brief aerobic exercise in Australia: a randomised clinical trial

[Prof Richard A Bryant, PhD](#)   • [Katie S Dawson, PhD](#) • [Suzanna Azevedo, MPsy](#) • [Srishti Yadav, MPsy](#) • [Catherine Cahill, MPsy](#) • [Lucy Kenny, PhD](#) • et al. [Show all authors](#)

Published: November 24, 2022 • DOI: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(22\)00368-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(22)00368-6)



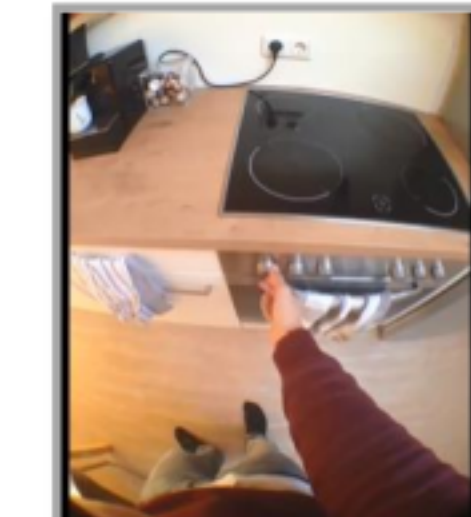
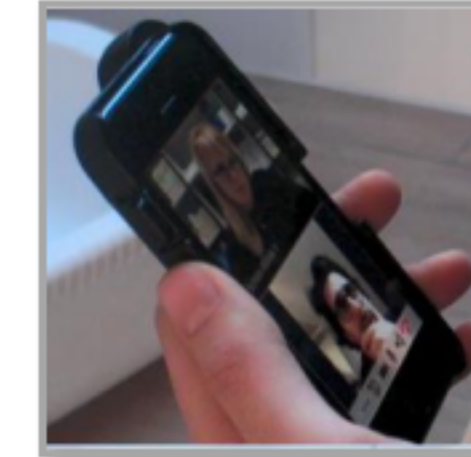
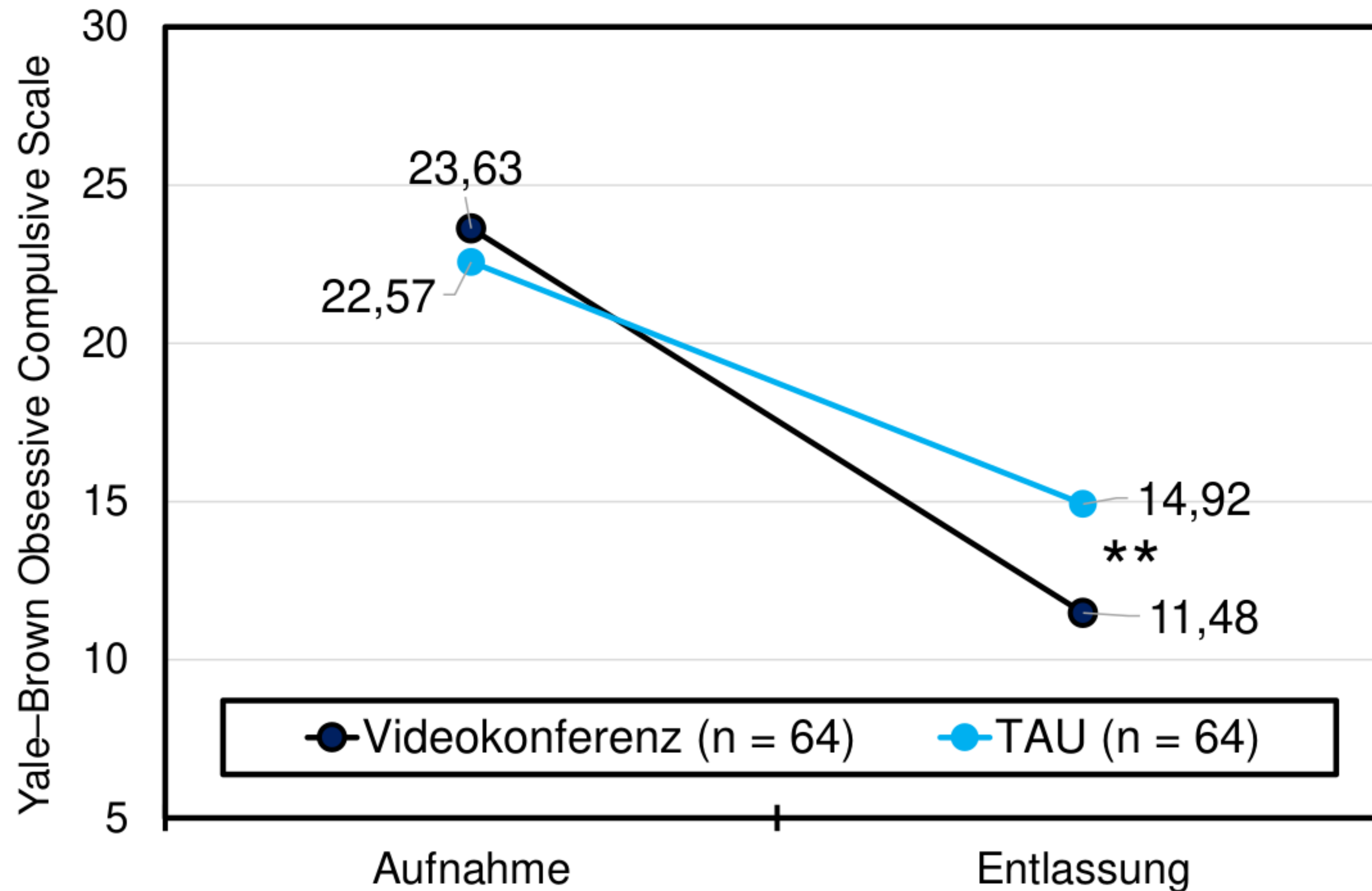
Augmentation von Psychotherapie durch Sport direkt im Anschluss an Exposition: Pilotstudie (Mühlbacher et al., unveröffentlichte Daten)



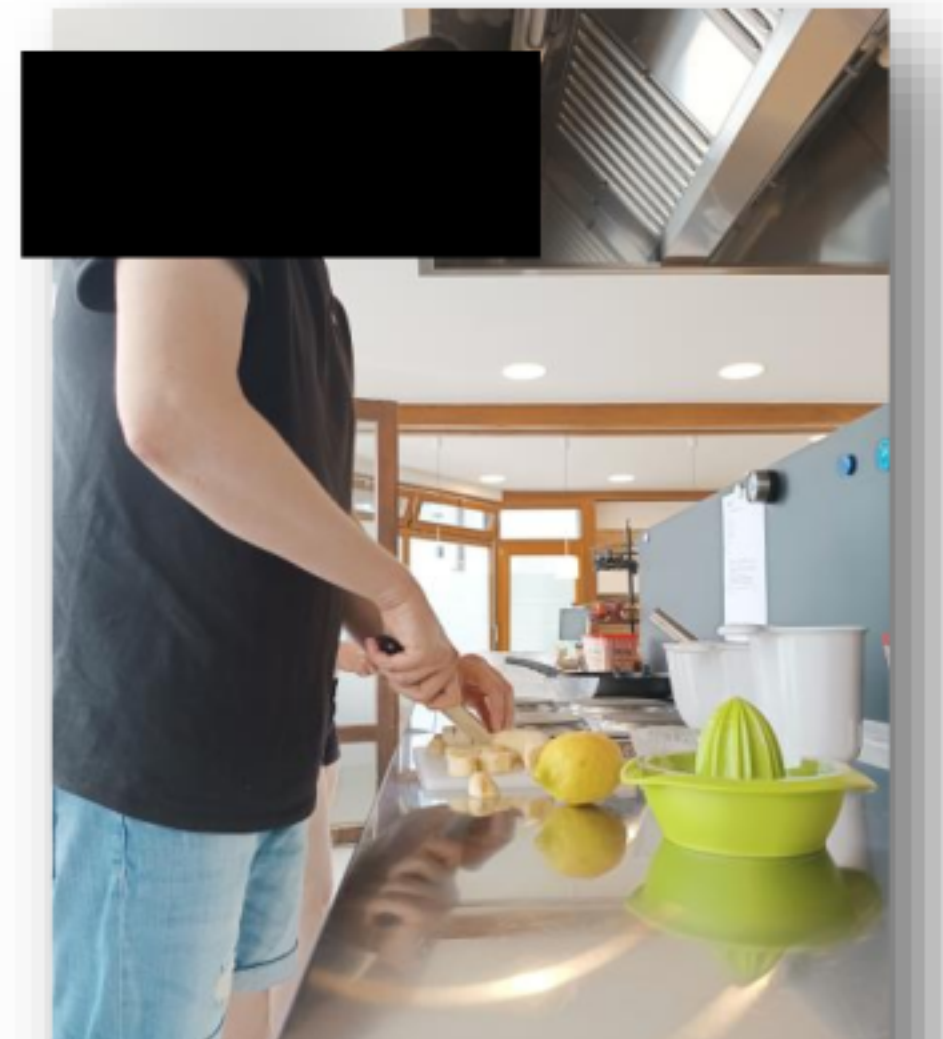
Exposition mehr dort begleiten
unterstützen, wo die Patienten
meist die größten Probleme
haben, d.h. zuhause, im Alltag

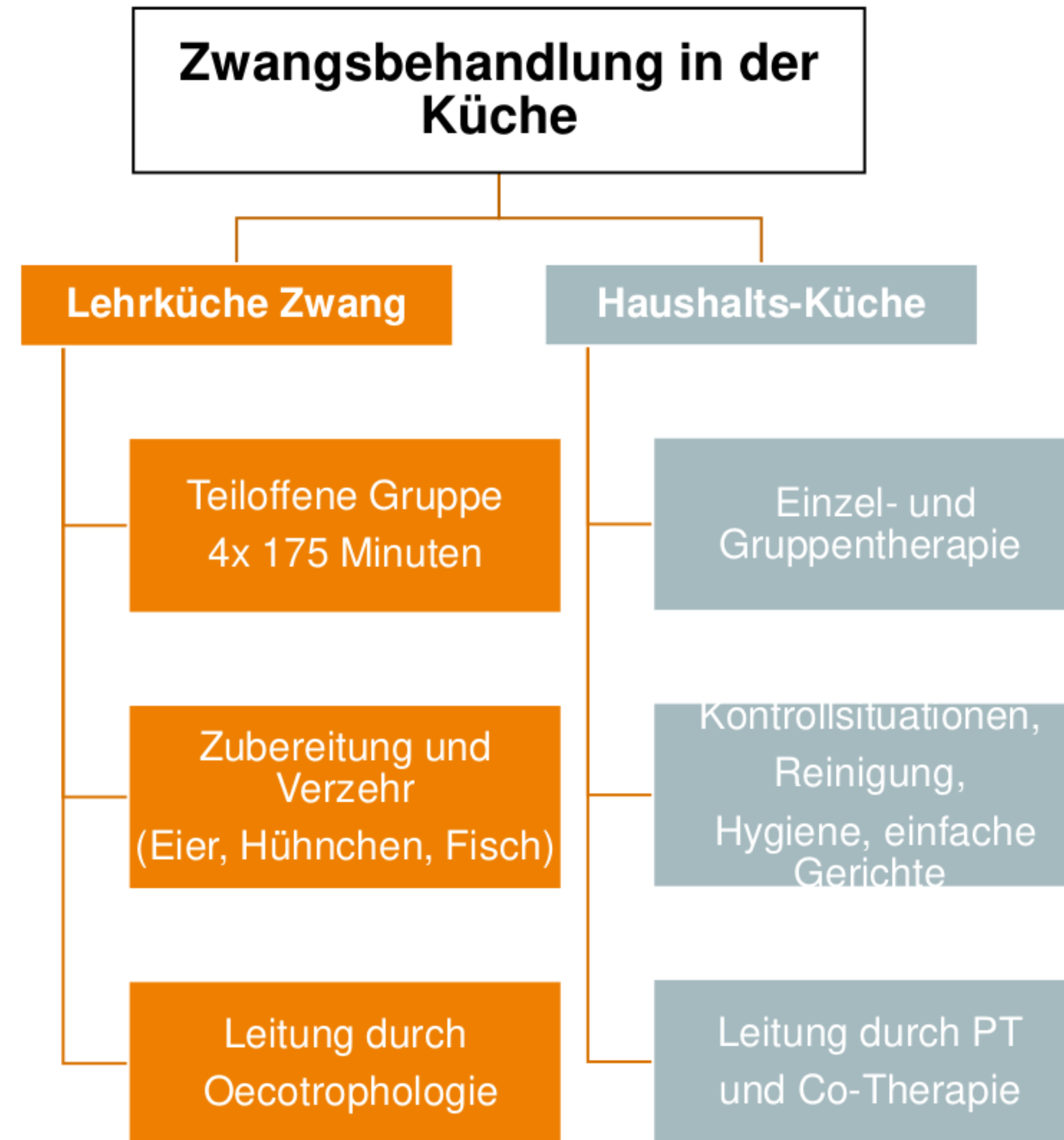
Nur 1 Video-begleitete Expositionssitzung zuhause: besseres Outcome bei stationärer Behandlung

Voderholzer et al. 2024; JMIR Ment Health. 2024; 10.31234/osf.io/wx3f6.



Exposition in der Lehrküche: Kochen, zusammen Essen als alltagsrelevante oft stark von Zwängen besetzte Situationen





Wohin entwickelt sich die Pharmakotherapie von Zwangsstörungen ?

Pharmakotherapie der Zwangsstörung – State of the Art

DGPPN. S3-Leitlinie Zwangsstörungen - Langversion. 2022; Im Internet: <https://register.awmf.org>

Indikation Pharmakotherapie als Monotherapie: KVT wird abgelehnt; KVT wegen Schwere der Symptomatik nicht durchführbar, KVT nicht verfügbar, oder um Bereitschaft für KVT zu erhöhen; bei persönlicher Präferenz

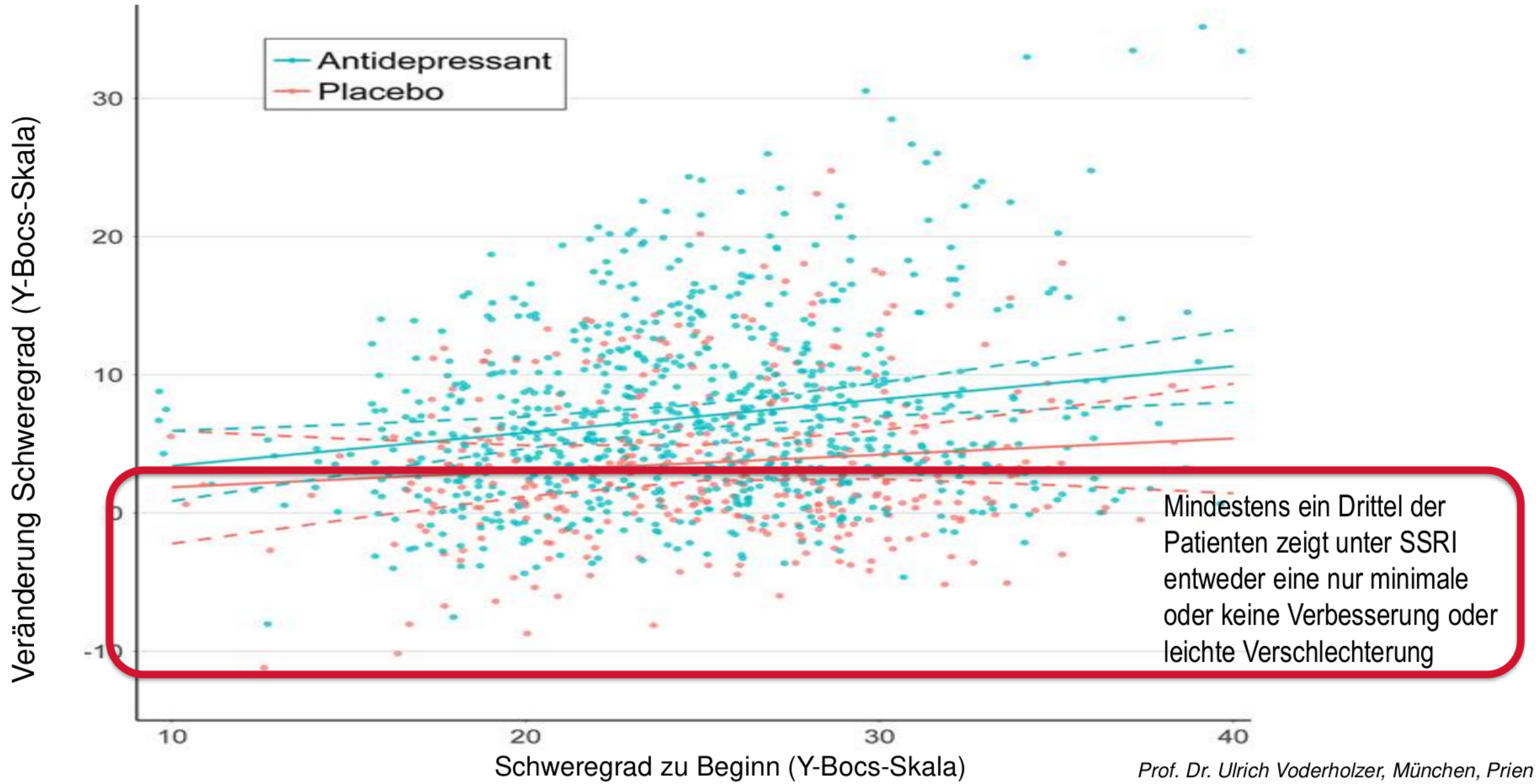
Substanz	Substanzklasse	max. Dosis
1. Wahl		
Fluvoxamin	SSRI	300 mg
Paroxetin	SSRI	60 mg
Fluoxetin	SSRI	80 mg
Sertralin	SSRI	200 mg
Citalopram	SSRI	40 mg
Escitalopram	SSRI	20 mg
2. Wahl		
Clomipramin	TZA	225 mg
Venlafaxin	SNRI	225 mg
Bei Therapieresistenz auf SSRI		
Apripazol	Atypisches Antipsychotikum	2,5-15 mg
Risperidon	Atypisches Antipsychotikum	0,5-3 mg

- Nach 6 – 8 Wochen max. Dosis
- Nach 3 Monaten evaluieren
- Bei Ansprechen 1 – 2 Jahre, dann langsam ausschleichen

Auch bei der Pharmakotherapie
gibt es sehr große Unterschiede
beim Ansprechen?

Auch bei Medikamenten sind die Unterschiede von Mensch zu Mensch sehr groß

Individuelles Outcome und Schweregrad bei 1.132 in 4 Studien, *de Vries et al., Depress Anxiety. 2018; 35:515-522.*



Mind the Gap: die gewaltige Forschungslücke:

**Einfluss von Antidepressiva auf den Langzeitverlauf?
Toleranzeffekte, Reboundeffekte, Abhängigkeit (nicht
im Sinne von Sucht, aber von Entzugsphänomenen
nach dem Absetzen → Bis dato keine kontrollierten
Studien zu dem Thema!**



Contents lists available at [ScienceDirect](#)

European Neuropsychopharmacology

journal homepage: www.sciencedirect.com/journal/european-neuropsychopharmacology

Fifty years of pharmacotherapy for obsessive-compulsive disorder – A short reflection

Sem E. Cohen^{a,b,*} , Damiaan Denys^{a,b}

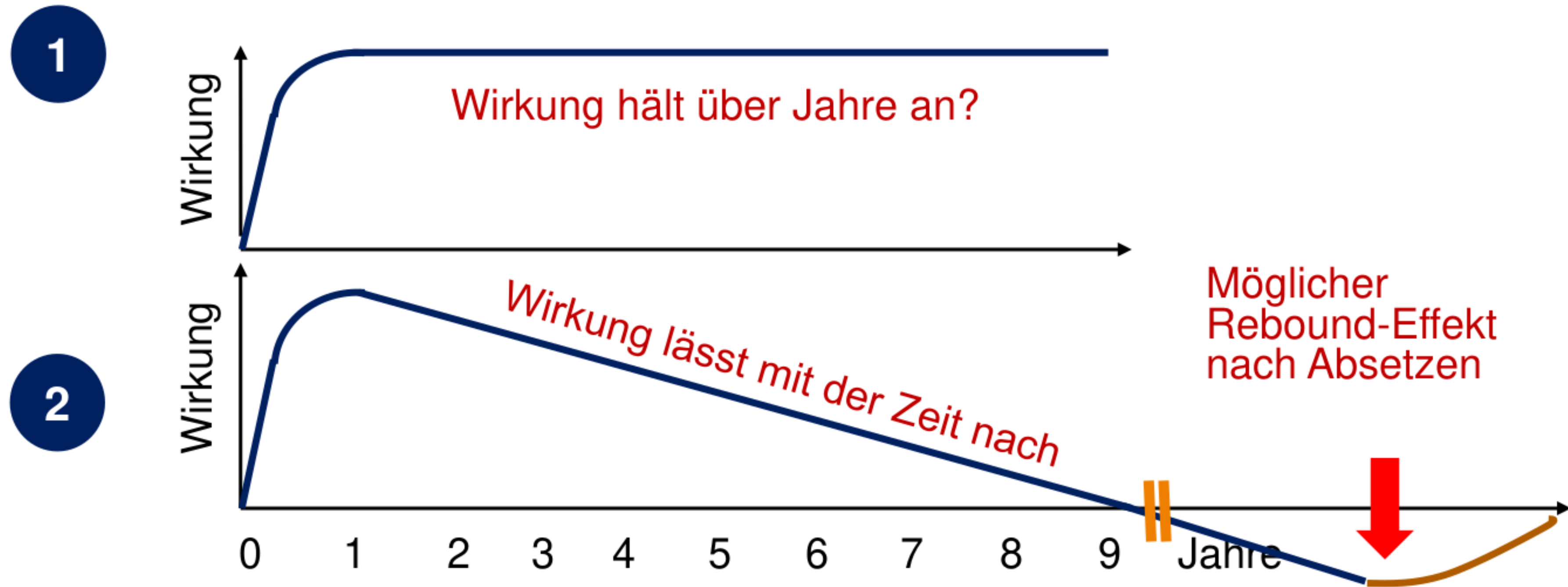
^a *Amsterdam UMC location University of Amsterdam, Department of Psychiatry, Amsterdam, The Netherlands*

^b *Amsterdam Neuroscience, Amsterdam, The Netherlands*

In this short essay we have had to sidestep other important topics, such as long-term treatment and tolerability.

Langzeitwirksamkeit von SSRI nicht in Leitlinien empfohlen - Verlauf der Wirksamkeit unklar ?

Voderholzer et al. (Hrsg.). *Praxishandbuch Zwangsstörungen und verwandte Störungen*. 1. Auflage. Elsevier, 2024.
ISBN: 978-3-437-22541-3



Der SPIEGEL – Ausgabe
24.9.2025



Wenn das Absetzen zum Albtraum wird

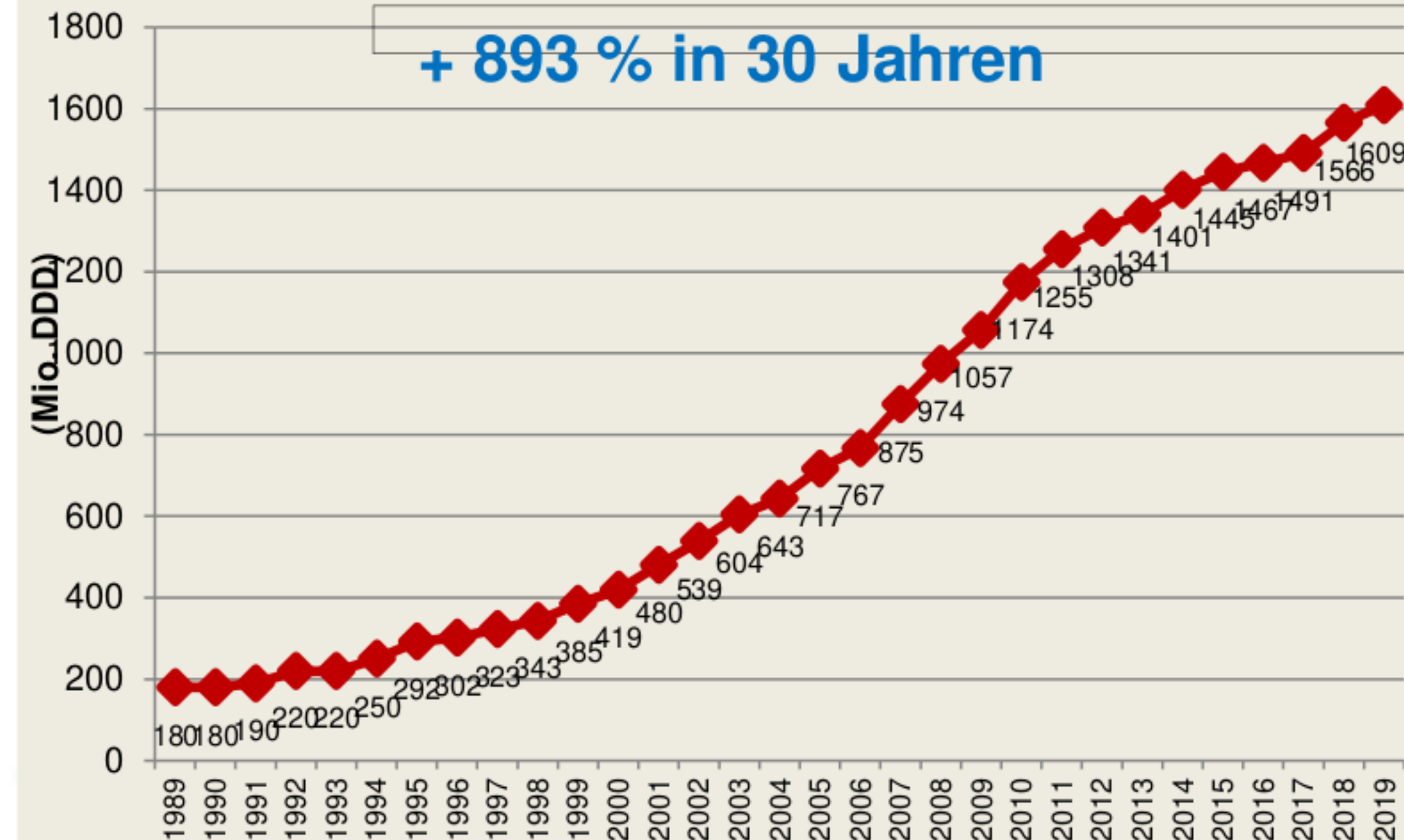
LEIDENSWEGE Antidepressiva sind die am häufigsten verordneten Psychopharmaka. Patienten, die sie weglassen wollen, berichten über Entzugssymptome, die noch immer unterschätzt werden.

P lötzlich kann Thomas Stockmann nicht mehr klar denken. Ihm ist schwindelig, durch Kopf und Arme zucken seltsame Empfindungen, wie Stromschläge fühlen sie sich an. Was ist geschehen? Am Tag zuvor hat Stockmann die Dosis seines Antidepressivums Duloxetin um die Hälfte reduziert. Seit etwa einem Jahr nimmt er das Medikament wegen einer depressiven Phase. Stockmann weiß, was er tut, er hat in Oxford Medizin studiert und ist seit Kurzem selbst Psychiater.

Letztlich beinahe ein Jahr, bis er es schafft, das Medikament komplett abzusetzen. Seine Erfahrungen schildert er später in einer wissenschaftlichen Fachzeitschrift.

So wie Thomas Stockmann dürfte es weltweit Millionen Menschen ergehen. Antidepressiva aus der Gruppe der selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) oder der selektiven Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SNRI) sind die mit Abstand am häufigsten verordneten Psychopharmaka, dazu gehören Arzneimittel wie

Essstörungen helfen, sogar beim Reizdarmsyndrom können sie mitunter hilfreich sein. In den vergangenen 20 Jahren ist die Zahl der Verschreibungen in Deutschland kontinuierlich angestiegen und hat sich nahezu verdreifacht. Statistiken zeigen, dass in Deutschland jeden Tag fast fünf Millionen Tagesdosen an Antidepressiva verbraucht werden. Nimmt



Komplexer Eingriff in die Hirnchemie

Wie die Psychopharmaka exakt wirken, ist nicht vollständig geklärt. Klar ist, dass sie unter anderem die Konzentration des Botenstoffs Serotonin im sogenannten synaptischen Spalt erhöhen – also dort, wo Signale zwischen den Nervenzellen im Gehirn übertragen werden. Der Eingriff in die Hirnchemie hat komplexe Folgen: Unter anderem reagiert der Körper, indem er die Empfindlichkeit und Anzahl der Rezeptoren anpasst.

Dabei handelt es sich um die »Empfangsstellen« für Stoffe wie Serotonin, das unter anderem Stimmungen, Emotionen und die Gedächtnisfunktion reguliert. Letztlich soll so etwa die Neuroplastizität steigen, also die Fähigkeit des Gehirns, sich zu verändern und anzupassen. Dieser Effekt könnte auch er

Welche Entwicklung gibt es anderen Therapieverfahren?

Hirnstimulationsverfahren und Psychochirurgie bei Zwangsstörungen

Transkranielle
Magnetstimulation

Tiefe
Hirnstimulation

Frühere
Hirnchirurgische
Verfahren

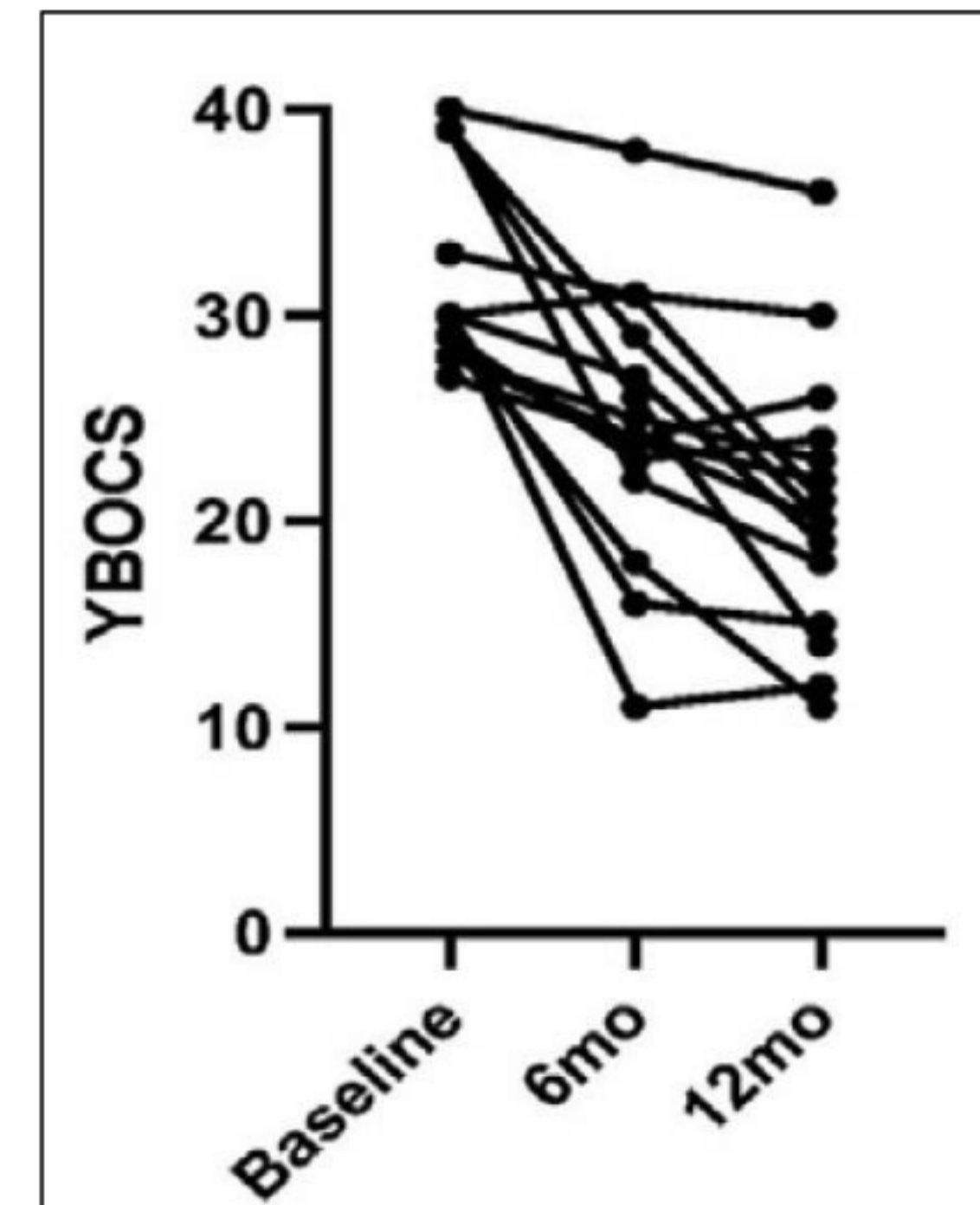
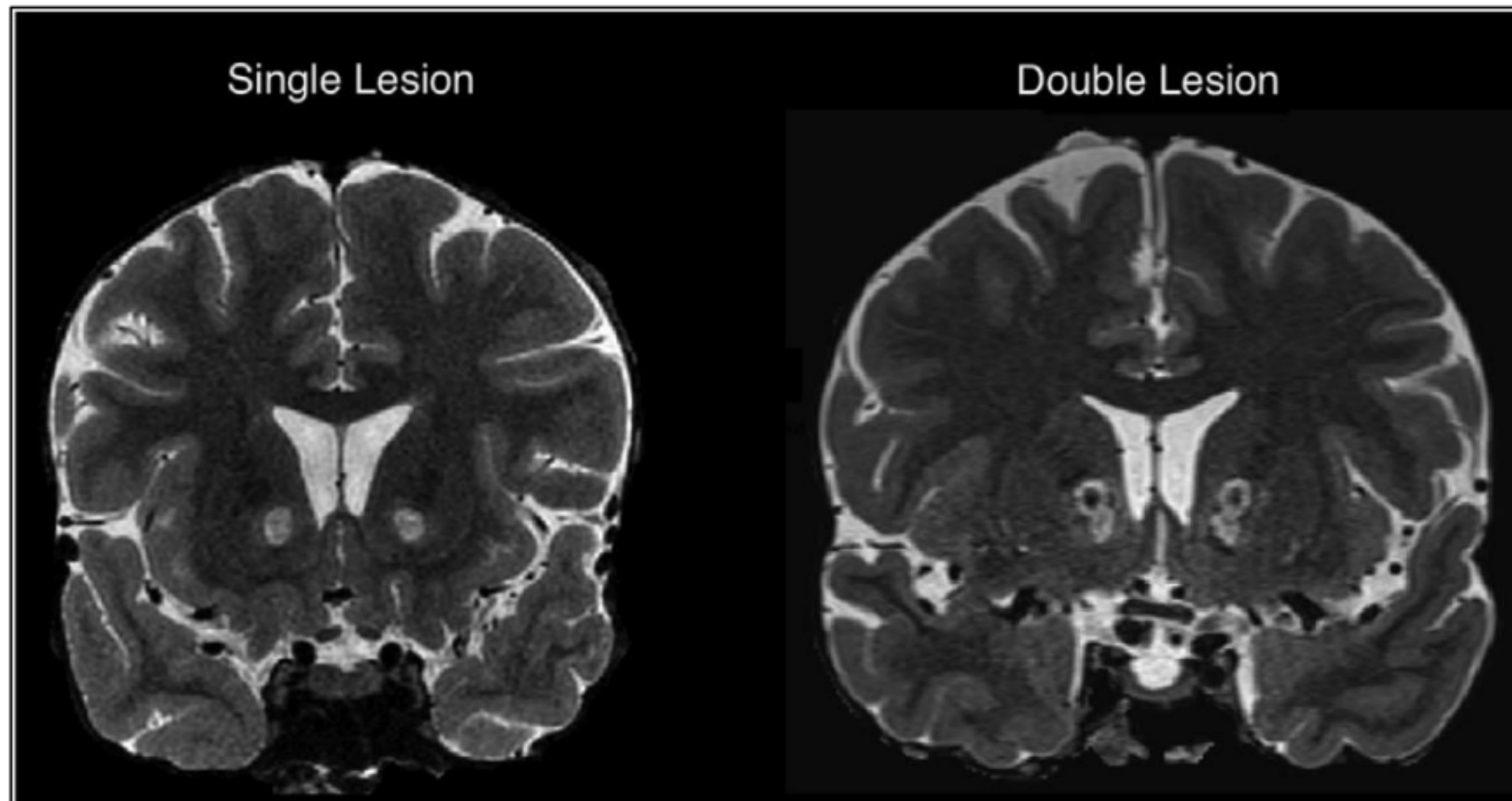
High Dosis
Ultrasound

Langzeit-Sicherheit und Wirksamkeit fokussierter Ultraschall Kapsulotomie bei Zwangsstörung und Depression

Hamani et al., Biological Psychiatry. 2024; 97(7), 698-706.

RESULTS: No serious adverse effects were registered. In patients with OCD ($n = 15$), baseline Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale scores (31.9 ± 1.2) were significantly reduced by 23% ($p = .01$) at 6 months and 35% ($p = .0001$) at 12 months. In patients with MDD ($n = 12$), a 26% and 25% nonsignificant reduction in Hamilton Depression Rating Scale scores (baseline 24.3 ± 1.2) was observed at 6 months and 12 months, respectively. Neuropsychological testing revealed no negative effects of capsulotomy. In the OCD and MDD cohorts, we found a correlation between clinical outcome and lesion laterality, with more medial left-placed lesions (OCD, $p = .08$) and more lateral right-placed lesions (MDD, $p = .05$) being respectively associated with a stronger response. In the MDD cohort, more ventral tracts appeared to be associated with a poorer response.

CONCLUSIONS: MRgFUS capsulotomy is safe in patients with OCD and MDD and particularly effective in the former population.



Fazit: Quo vadis Therapie der Zwangsstörungen

- **Psychotherapie:** Implementierung der wirksamsten Therapie in die Versorgung (zum Beispiel Einbezug auch anderer Berufsgruppen, Begleitung von Exposition zuhause durch Videotherapie besser möglich); Optimierung von Exposition und vor allem intensivere Formate, wie Kompaktbehandlung
- **Medikamentöse Therapie:** sollte mehr nach Leitlinien anwenden ! Langfristiges Koste/Nutzenverhältnis muss wiss. erforscht werden; neue Wirkprinzipien/Neue Medikamente sind nicht in Sicht!
- **Hirnstimulationsverfahren** (Tiefe Hirnstimulation): bleiben einzelnen chronisch Schwersterkrankten vorbehalten, bei denen jegliche empfohlene wirksame Therapien auch wirklich mehrfach ohne Erfolg zur Anwendung kamen
- **Betroffene / Peers** können eventuell in Zukunft noch mehr beitragen, die langen Behandlungslatenzen zu überbrücken

Ein Dankeschön an die Teams mit ihren Teamleitern der Stationen A1, G2, V2, A8, C5, R2 für Zwangsstörungen an der Schön Klinik Roseneck und allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für Ihr Engagement für die Patienten



Ulrich Voderholzer
Ärztlicher Direktor



Rebecca Schennach
Leitende Oberärztin



Stefan Koch
Ltd. Psychologe



Simone Pfeuffer
Chefärztin



Christian Grosche
Ltd. Psychologe



Sina Fritzsche
Oberärztin



Martin Lieb
Oberarzt



Schön
Klinik
Roseneck
Prien



Schön Klinik
Roseneck
Standort
Rosenheim

+ Runder Tisch Zwangsstörungen
+ Best Practice Zwangsstörungen

Warum haben wir in Leitlinien hirneirurgische Operationen nicht empfohlen?

- Der Nachweis der Wirksamkeit ist nicht ausreichend
- Kleine Studien haben – wissenschaftlich gesehen – ein hohes Risiko der Verzerrung (Bias)
- Das Verhältnis zwischen Nutzen und Risiken ist unklar
- Hirneirurgische Interventionen zerstören Teile des Gehirns und sind nicht mehr rückgängig zu machen

Tiefe Hirnstimulation

- Wurde in Leitlinien als Therapiemöglichkeit nach Ausschöpfung sämtlicher als wirksam belegter Therapien und bei schwerer Erkrankung als Möglichkeit empfohlen
- Nur in Zentren, die spezialisiert sind und mit Psych-Fachleuten eng zusammenarbeiten
- Tiefe Hirnstimulation ist reversibel, es wird weniger Hirngewebe zerstört, die wissenschaftliche Fundierung ist mittlerweile sehr viel höher als bei hirnochirurgischen Operationen

Wohin entwickelt sich die Therapie von Zwangsstörungen ?

- Was wissen wir über die Wirksamkeit von Therapien ?
- Wohin entwickelt sich die Psychotherapie ?
- Wohin entwickelt sich die Pharmakotherapie ?
- Was entwickelt sich bei den anderen Verfahren ?
- Fazit?

