

Bei vitalen Depressionen ist ein Versuch mit einem *fraktionierten Schlafentzug*, namentlich bei jugendlichen Patienten, sinnvoll. Man weckt die Patienten um 01.00 Uhr nachts auf und hält sie die restliche Nacht und den folgenden Tag wach. Man wiederholt diese Prozedur dreimal mit eintägigen Pausen, in denen die Patienten wieder schlafen dürfen. Obwohl der Mechanismus nicht genau geklärt ist, zeigt diese Therapieform, besonders in Kombination mit Antidepressiva, befriedigende bis gute Erfolge. Inwieweit die in der Erwachsenenpsychiatrie neuerdings propagierte Lichttherapie auch auf Kinder und Jugendliche anzuwenden ist, ist angesichts fehlender empirischer Ergebnisse noch offen.

*Verlaufsuntersuchungen* über depressive Syndrome im Kindes- und Jugendalter sind rar und dementsprechend sind Aussagen über mittel- und langfristige Verläufe derzeit noch unbefriedigend. Soweit es gelingt, bei reaktiven und Anpassungsstörungen die belastenden Faktoren zu reduzieren oder zu eliminieren, ist ein eher günstiger Verlauf anzunehmen. Neuere Untersuchungen haben ergeben, dass in einem hohen Prozentsatz unabhängig von Geschlecht, Alter und Erstmanifestation eine hohe Persistenz bis in das Erwachsenenalter besteht. Dem Kinder- und Jugendpsychiater kommt somit eine besondere Bedeutung in der Prävention und Prophylaxe depressiver Störungen zu, so dass er gefordert ist, sein Augenmerk auf die frühzeitige Diagnostik und Therapie depressiver Störungen im Kindes- und Jugendalter in besonderem Maße zu richten.

### ■ Hinweise für die Elternberatung

- Den Eltern sollte vermittelt werden, dass es sich um eine behandlungsbedürftige, psychische Erkrankung handelt, und nicht um eine erzieherisch beeinflussbare Verhaltensanomalie
- Die Eltern sollten sich diffamierender Äußerungen und Kritik, Bestrafungen ebenso wie auch gutgemeinter Ermutigungen und Tröstungen enthalten
- Bei schweren depressiven Syndromen und vor allem bei Suizidalität müssen die Eltern von der Notwendigkeit einer stationären Behandlung überzeugt werden
- Die Notwendigkeit einer psychopharmakologischen Behandlung muss mit dem Patienten und seinen Eltern ausführlich erörtert werden

### ■ Fehlerquellen in Diagnostik und Therapie

- Verknennung der depressiven Symptomatik bei vorherrschenden Grunderkrankungen
- Bagatellisierungstendenzen bei larvierten Depressionen
- pädagogische Konsequenzen bei vermeintlich faulen, trägen, lustlosen und antriebsgestörten Kindern und Jugendlichen
- unkritischer Einsatz von Antidepressiva ebenso wie generelle Verneinung von deren Anwendung

## 11.4. Zwangsstörungen

### ■ Definition und Klassifikation

Zwangsstörungen sind charakterisiert durch ständig wiederkehrende Gedanken, Vorstellungen, Impulse oder Handlungen, die vom Betroffenen als quälend erlebt werden. Die Kranken sind sich zwar der Sinnlosigkeit dieser Phänomene bewusst, es gelingt ihnen aber nicht, sie abzuwehren, da sie Angst oder Unbehagen hervorrufen. Die Begriffe *Zwangsneurose* und *anankastische Neurose* werden synonym gebraucht. Die ICD-10 unterscheidet vorwiegend *Zwangsgedanken* oder *Grübelzwang* (F42.0), vorwiegend *Zwangshandlungen*, *Zwangsrituale* (F42.1) und *Zwangsgedanken und -handlungen* gemischt (F42.2). Zwangsgedanken können in Form von zwanghaften Ideen, bildhaften

Vorstellungen oder Zwangsimpulsen auftreten. Zwangshandlungen bzw. -rituale bilden sich häufig in Wasch-, Ordnungs- und Kontrollzwängen ab.

### ■ Epidemiologie

Zwangssyndrome galten in der älteren Literatur als sehr selten. Neuere epidemiologische und klinische Studien gehen jedoch von einer Prävalenz von etwa 1 % aus. Damit zählen die Zwangsstörungen zu den fünf häufigsten psychiatrischen Störungen überhaupt. Im Schulalter und der Adoleszenz werden ausgeprägte Zwangssyndrome bei 0,35 % angegeben, wobei ein Überwiegen des männlichen Geschlechtes besteht. Mehr als die Hälfte der Zwangsstörungen beginnen im Kindes- und Jugendalter, hier gehäuft um das 12. bis 14. Lebensjahr ohne Geschlechtspräferenz. Vorübergehendes anankastisches Verhalten in Form von An- und Auskleide- oder Zubettgehräuteln, übergenaues Einhalten von Regeln und Gewohnheiten o. ä. sind dagegen im Kleinkindalter relativ häufig und bedürfen keiner therapeutischen Intervention. Im Grundschulalter wird anankastisches Verhalten in Form von Übergenauigkeit bei 3 % in ausgeprägter Form, bei 5 % in leichter Form angegeben.

### ■ Klinisches Bild

#### Typische Fallbeispiele

Ein 12jähriges Mädchen entwickelte abrupt ausgeprägte Ordnungszwänge und äußerte Zwangsgedanken ("ich muss sterben, ich habe Krebs"), die von massiven Ängsten und einer durchgehend depressiven Verstimmung begleitet waren. Ferner bestanden Ein- und Durchschlafstörungen sowie Angst vor Ersticken. Prämorbid wird das Mädchen als sehr gehemmt, verschlossen, wortkarg, antriebs- und kontaktschwach beschrieben. Die Kindesmutter war eine ängstlich-depressive, hypochondrische Frau, die selbst in ihrer Kindheit unter Ordnungszwängen und Zwangsgedanken litt. Der Vater wurde als pedantisch, korrekt und unflexibel zwanghaft beschrieben.

Ein 15jähriger Junge litt seit drei Jahren unter einem massiven Wasch- und Duschzwang. Morgens stehe er schon um 5.00 Uhr auf und verbringe über zwei Stunden unter der Dusche. Er behaupte, er müsse dies tun, weil er sonst nicht sauber werde. Seit zwei Monaten konnte er nicht mehr in die Schule gehen, da er ständig damit beschäftigt war, über Bakterien und Schmutz nachzudenken, die er sich vom Leibe waschen musste. Die Wasserrechnung der Familie überstieg bereits seit langem ein Vielfaches der Norm. Der Junge reagierte auf Vorhaltungen extrem aggressiv, beschimpfte die Eltern und setzte sich tötlich zur Wehr, wenn er am Waschen oder Du-

schen gehindert wurde. Obwohl die Familie und auch der Junge sehr stark unter der Symptomatik litten, hatte er sich jahrelang standhaft geweigert, zu einem Psychiater zu gehen, und die jetzige Vorstellung konnte nur mit massivem Druck der Eltern zustandekommen.

Ein 8jähriges Mädchen entwickelte nach der Einschulung folgende Zwangssymptomatik: sie musste unzählige Male immer wieder "nein, nein, nein" rufen oder die Mutter beschimpfen ("du alte, dumme Nudel"). Abends vor dem Einschlafen rief sie der Mutter bis zu 50mal "Gute Nacht" zu. Diese musste dann auf ihr Verlangen antworten: "Denk an die Kinderschule". Beim Essen wurden alle Nahrungsmittel vorher nummeriert und streng nach der vorgegebenen Reihenfolge gegessen. Sie bekam heftigste Schreianfälle, wenn die Mutter auf ihre Zwangsrituale nicht einging. Sie sei immer ein sehr eigensinniges Kind gewesen, das zu Hause ein tyrannisches Verhalten gezeigt habe. Sie habe Eltern und Großeltern regelrecht herumkommandiert. Sie sei immer schon aufbäumend pedantisch und genau gewesen. In der Schule war sie eine vorbildliche Musterschülerin, sehr ehrgeizig und brachte sehr gute Leistungen.

Ein 11jähriger Junge begann plötzlich zwanghaft Unrat zu sammeln aus Angst, dass dieser "unwiderbringlich verlorengehe". Ferner bestanden Ordnungs-, Kontroll-, Wiederholungs- und Berührungszwänge sowie Zwangsbefürchtungen (schwer zu erkranken, zu sterben). Er entwickelte massive Trennungsängste, so dass er die Schule nicht mehr besuchen konnte und die Mutter deswegen ihre Halbtagsbeschäftigung aufgeben musste.

Bei einem 13jährigen Jungen traten z. B. beim An- und Ausziehen, beim Türen auf- und zumachen und beim Essen massive Wiederholungszwänge auf, nachdem er von zwei Schulkameraden verprügelt worden war. Besonders beim Essen machte sich eine ausgeprägte Entscheidungsunfähigkeit bemerkbar. So konnte er sich nicht entscheiden, welche Kartoffel, welches Brotstück oder welche Nudel er zuerst essen sollte. Er äußerte Angst, die Nahrungsmittel könnten nicht frisch sein. Wenn er z. B. von einem Stück Fleisch ein Stück abgeschnitten hatte, hatte er das Gefühl, der Rest sei schon alt, oder nach dem Öffnen einer Flasche Saft konnte er nur das erste "frische" Glas trinken. Der Junge war zunehmend mit diesen Zwängen beschäftigt und konnte die Schule nicht mehr besuchen. Besonders der Vater wurde damit regelrecht tyrannisiert. Wenn der Junge an seinen Zwängen gehindert wurde, bekam er Wutanfälle. Prämorbid sei er ein immer braves, stilles und fügsames Kind gewesen, das keine Trotzphase durchmachte. Die ängstlich-depressive Mutter praktizierte einen strengen, moralisierenden und unflexiblen Erziehungsstil. Der Vater war verschlossen und wortkarg, in seinem Erziehungsverhalten sehr inkonsequent und permissiv. Sexuelle Themen wurden in der Familie ungewöhnlich tabuisiert. Die Fallanalyse ergab, dass der Junge unter massiven sexuellen Ängsten und Onanieskrupeln litt.

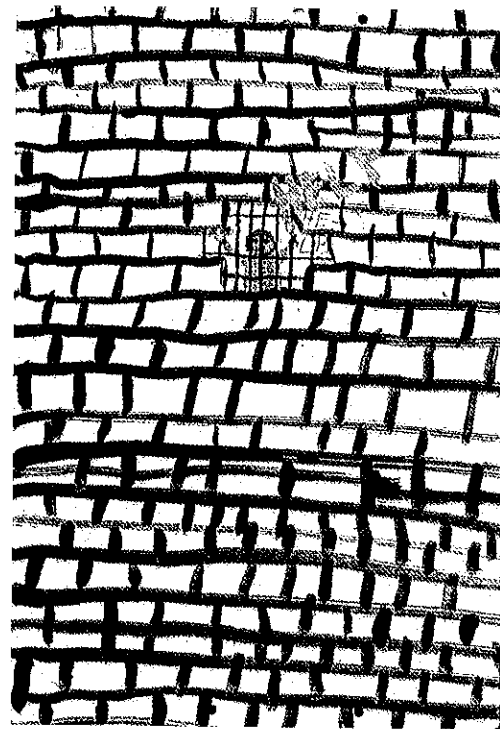


Abb. 11.5: Bild eines 13jährigen Jungen mit ausgeprägten Zwangshandlungen, die ihn überwältigen.

Die Symptome ähneln denen, wie sie auch bei Erwachsenen beschrieben wurden: Bei den Zwangshandlungen überwiegen Waschen, Kontrollieren, Wiederholen, Ordnen, oft auch in Form von komplexen Zwangsritualen. Die Zwangsgedanken bestehen meist aus umschriebenen Befürchtungen (vor Krankheit oder Tod, Bakterien, Chemikalien, Schmutz, Kot, Urin und anderen ekelbesetzten Stoffen). Als Variante des Kindes- und Jugendalters dürften Frage-(Rückversicherungs-)zwänge, ein zwanghaftes Überschreiben (Geschriebenes muss immer wieder nachgefahren werden, bis das Papier durchlöchert ist), dann auch das Zwangsfuschen und -schimpfen (oft mit obszönen oder blasphemischen Inhalt) angesehen werden.

Durch die Symptomatik sind die Patienten und vor allem auch ihre Familien oft erheblich bis schwer beeinträchtigt, was sich in einem starken subjektiven und familialen Leidensdruck sowie in teilweiser oder gar völliger sozialer Desintegration (Unfähigkeit, die Schule zu besuchen oder das Haus zu verlassen) niederschlägt. Die Zwangssymptomatik ruft bei den Betroffenen ein Gefühl von Fremdheit und fehlender Ich-Syntonie hervor (die

Patientin bezeichnet ihre Zwänge z.B. als Mucken, Sitten, Riten, "diese Sachen da" oder auch als einschränkende Gewohnheiten oder böse Gedanken). Typischerweise beteuerte ein 8jähriges Mädchen: "Ich kann nichts dafür, ich muss es tun" (Homburger hatte 1926 den Zwang schon auf die einfache Formel gebracht: "Ich muss, ich weiß nicht, warum"). Häufig bestehen bei den Kindern und Jugendlichen auch ausgeprägte Dissimulations- und Bagatellisierungstendenzen bezüglich ihrer Zwangssymptomatik, die wiederum zu langem Zögern bei der Suche nach therapeutischer Hilfe und zu einer ambivalenten Therapiemotivation führen. Unter dem Aspekt der Komorbidität ist anzumerken, dass Zwangssymptome sehr häufig mit depressiven Verstimmungen und allgemeinen oder umschriebenen Ängsten verwoben sind, die inhaltlich Gefühle von existenzieller Bedrohung erkennen lassen. Bedeutsam erscheint auch die als Bedrohung erlebte Sexualität in Verbindung mit Angst vor Reifung, Veränderung und Trennung. Ferner werden auch religiös bedingte Versündigungsideen und Bestrafungsängste aufgrund von Onanieskrupeln, besonders bei Jungen, in Zusammenhang mit Verunreinigungs- und Verschmutzungsängsten und einem Ekelgefühl beschrieben. Prämorbid handelt es sich oft um überangepasste Musterschüler, die kontakt- und durchsetzungsschwach, unselbständig, entscheidungsschwach und verzagt sind. Unübersehbar ist auch ein tyrannischer Aspekt der Zwangssymptome in der Familie, die die Eltern und Geschwister in diktatorischer Weise mit einbeziehen können. Die sonst sehr angepassten und aggressionsgehemmten Kinder und Jugendlichen können außerordentlich verbal und tätlich aggressiv reagieren, wenn sie an ihren Zwängen gehindert werden, oder wenn sich Familienangehörige nicht in ihre Zwangssymptomatik einbinden lassen. Nicht wenige Patienten entwickeln ihre Zwangssymptomatik ausschließlich im Kontext ihrer Bezugspersonen, d.h. die Zwänge sind in außerfamilialen Bereich (Schule, Klinik, Heim) nicht mehr vorhanden.

Ein plötzlicher bzw. deutlicher Beginn der Zwangssymptomatik wird anamnestisch häufig angegeben, ebenso wie ein auslösendes Ereignis. Inhaltlich sind diese Auslöser den Themenkreisen Krankheit und Tod, Sexualität und Religion, Ablösung und Trennung zuzuordnen, aber auch eher belanglose oder inadäquat bagatellhafte auslösen-

de Ereignisse kommen vor. Inwieweit diese Angaben einem Kausalitätsbedürfnis der Eltern oder der Patienten dienen oder Ausdruck eines häufig beobachteten magischen Denkens sind, muss dahingestellt bleiben.

### ■ Diagnose

Nach den diagnostischen Leitlinien der ICD-10 sollen für eine eindeutige Diagnose wenigstens zwei Wochen lang an den meisten Tagen Zwangsgedanken oder -handlungen oder beide nachweisbar sein; sie müssen quälend sein oder die normalen Aktivitäten stören.

Die Zwangssymptome müssen folgende Merkmale aufweisen:

- Sie müssen als eigene Gedanken oder Impulse für den Patienten erkennbar sein
- Wenigstens einem 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 an sich nicht angenehm sein (einfache Erleichterung von Spannung und Angst wird nicht als angenehm in diesem Sinne betrachtet)
- Die Gedanken, Vorstellungen oder Impulse müssen sich in unangenehmer Weise wiederholen

Bei der Anamnesenerhebung müssen die Bagatellisierungs- und Dissimulierungstendenzen der Patienten und selten auch die der Eltern berücksichtigt werden. Sorgfältig müssen auch familiäre Belastungen mit Zwangssymptomen hinterfragt werden. Da viele Kinder und Jugendliche mit Zwangssymptomen aus äußerlich geordneten "normalen" Familien stammen, ist mit einer stärkeren Abwehr der Eltern zu rechnen, wenn Zusammenhänge zwischen der Symptomatik und dem Erziehungsverhalten, der Persönlichkeitsstruktur der Eltern, der Familiendynamik hergestellt werden sollen. Hilfreich für die Diagnose sind einige Fragebögen, z.B. die Kinderversion des Leyton-Zwangssyndrom-Fragebogens nach Berg et al., 1986, bearbeitet von Steinhausen, oder bei Jugendlichen das Hamburger Zwangsinventar (HZI, Zaworka et al., 1983), das auch für den Therapieverlauf verwandt werden kann. Ferner ist an die von Döpfner 1992

bearbeitete CHILDRENS YALEBORN OBSESSIVE COMPULSIVE SCALE (CY-BOCS nach Berg, 1989) zu denken. Das HZI ist bei der Testzentrale in Göttingen erhältlich, die anderen beiden Fragebögen befinden sich im Lehrbuch von Steinhausen (s.o.). Wertvolle Informationen für Betroffene und Eltern enthalten die Broschüren "Zwangsstörungen bei Kindern und Jugendlichen – Fragen und Antworten" (über die Deutsche Gesellschaft Zwangserkrankungen, Osnabrück) und "Ein verheimlichtes Problem" (über den Verfasser).

### Checkliste

#### Außer Routinediagnostik:

- ✓ Focus auf Familienanamnese (Belastung mit Zwangssymptomen, Erziehungsverhalten, Familienstruktur)
- ✓ Eigenanamnese und Exploration (Bagatellisierungs- und Dissimulationsneigungen berücksichtigen)
- ✓ Einsatz von Fragebögen hilfreich, z.B. Kinderversion der Leyton-Zwangssyndrom-Fragebogen, CY-CBOCS) oder für Jugendliche das HAMBURGER ZWANGSINVENTAR

### ■ Differentialdiagnose

- Stereotypien, Autostimulation und Automutilation bei geistigen Behinderungen
- zwanghafte Rituale bei Autismus, Tics und Gilles-de-la-Tourette-Syndrom
- Zwänge bei Schizophrenie
- Anorexia nervosa
- Depressionen
- Phobien

### ■ Ätiopathogenese

Die Entstehungsbedingungen der Zwangsstörungen sind letztlich noch nicht befriedigend geklärt und dürften multifaktoriell sein. In der Literatur wird heute die Bedeutsamkeit biologischer Faktoren vor psychodynamischen oder psychosozialen Bedingungen hervorgehoben. Ein gehäuftes familiales Vorkommen ist unbestritten und legt den Einfluss von genetischen Faktoren nahe, wenngleich empirische Arbeiten noch keine endgültige Aussage über den definitiven Stellenwert genetischer Faktoren in der Ätiopathogenese der

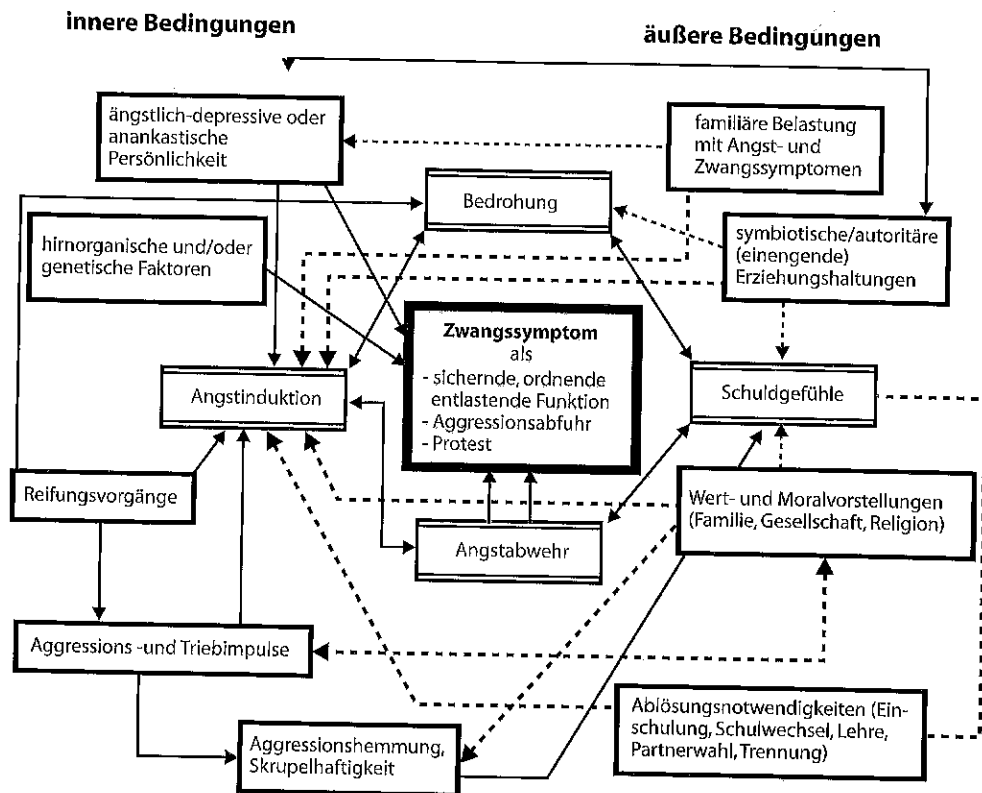


Abb. 11.6: Zur Pathogenese von Zwangssyndromen.

Zwangssyndrome zulassen. Es muss heute eine genetische Prädisposition für die Entstehung von Zwangssyndromen diskutiert werden. Vielfach diskutiert sind biologische Korrelate (Zwangssymptome bei bilateraler Nekrose des Nucleus pallidus, Sydenham-Chorea, Schädel-Hirn-Traumen und Epilepsien, beim Gilles-de-la-Tourette-Syndrom mit Dysfunktion der Basalfrontallappenschleife sowie elektrophysiologische Befunde). Hinweise auf frontotemporale Dysfunktion bzw. eine biologische Unreife im EEG, verkürzte P300-Latenzen, verkürzte REM-Latenz werden nicht unbestritten in pathogenetische Überlegungen mit einbezogen. Weitere Hypothesen befassen sich mit Störungen der funktionalen Interaktion zwischen Basalganglien, dem limbischen System und dem Frontallhirn, mit Störungen des serotonergen Neurotransmittersystems (Wirksamkeit des Serotonin-Wiederaufnahmehemmers *Clomipramin*) sowie eine erhöhte Glucose-Utilisationsrate im Bereich des linken orbitofrontalen Kortex.

Besonders in der tiefenpsychologisch orientierten Literatur werden psychodynamische Aspekte in den Vordergrund gebracht. Ältere Konzepte, die von einer Störung der analen Phase durch eine forcierte Sauberkeitserziehung ausgehen, dürften heute nicht mehr Allgemeingültigkeit beanspruchen. Wesentlich erscheinen jedoch Hemmfaktoren von motorischen, aggressiven und sexuellen Impulsen, Fehlverarbeitungen von Trennungserlebnissen und Autonomiebestrebungen sowie Spaltungstendenzen zwischen Verstandes- und Gefühlsebene zu sein. Prämorbid anankastische oder ängstlich depressive Persönlichkeiten scheinen besonders prädestiniert zu sein, Zwangsstörungen von Krankheitswert zu entwickeln. Familiendynamische Aspekte umfassen autoritär-rigide und/oder inkonsequente, unsichere, überbehütende, also angstinduzierende Erziehungshaltungen, eine Tabuisierung sexueller und aggressiver Triebimpulse bei Mangel an Spontaneität und Neigung zum Rationalisieren, häufig in Verbindung mit einer strengen Religiosität oder starren

Moralvorstellungen. Kinder und Jugendliche mit Zwangssymptomen stammen häufig aus äußerlich geordneten, sozial angepassten, "unauffälligen" Familienkonstellationen. Persönlichkeits- und Familienmerkmale, die bei den Kindern und Jugendlichen Angst und Unsicherheit vermitteln, scheinen pathogen zu sein. Die Symptommahl Zwang kann sich demnach als Abwehr- oder Schutzmechanismus erklären lassen, als Versuch des sich durch Aggressions- und Triebimpulse bedroht fühlenden Individuums, sichernde Strukturen und Ordnungen wiederherzustellen.

#### ■ Therapie, Verlauf, Prognose

In der Literatur scheint heute Konsens darüber zu bestehen, dass analytisch oder tiefenpsychologisch orientierte Verfahren bisher den empirischen Beweis an Effizienz schuldig geblieben sind, während verhaltenstherapeutische Behandlungsformen, oft in Kombination mit dem Einsatz von Antidepressiva, die therapeutisch wirksamste Strategie darstellen. Zumindest für das Kindes- und Jugendalter zeigt die klinische Praxis jedoch, dass besonders bei schweren Zwangssyndromen die Therapiemotivation der Betroffenen trotz des erheblichen subjektiven und familialen Leidensdruckes sehr ambivalent ist, wodurch der Einsatz von klassischen verhaltenstherapeutischen Ansätzen (Exposition, Desensibilisierung, Selbstkontrolltechniken, Gedankenstopp, paradoxe Intervention, Sättigungsverfahren u. a.) erschwert wird. Eine effektive Therapieform zu finden, hängt sehr davon ab, inwieweit es gelingt, mit dem Patienten und seiner Familie ein Arbeitsbündnis herzustellen. Vielfach wird es primär darum gehen, Verständnis für die Symptomatik zu signalisieren, die zugrundeliegenden Konflikte und die Widerstände unter tiefenpsychologischem Aspekt zu erhellen und zu bearbeiten und dann verhaltenstherapeutische Verfahren mit Nachdruck und Überzeugung durchzuführen. Besonders bei schweren Zwangssyndromen, die mit einer sozialen Desintegration (Schulbesuch nicht mehr möglich, Ausgeliefertsein des Individuums und seiner Familie an die Zwangssymptomatik) einhergehen, ist eine stationäre Behandlung unumgänglich, schon um einen unheilvollen *circulus vitiosus* zu unterbrechen. Wichtig ist, dass den Eltern vermittelt wird, dass sie ihrem Kind nur dann helfen können, wenn sie nicht bei den Zwangssymptomen oder -ritualen "mitspielen" bzw. sich einbinden lassen. Diese Konsequenz

bringen in der Regel nur wenige Eltern auf, da ihnen ihre Kinder leid tun bzw. sie ihr Leiden nicht mit ansehen können. Alle Haltungen und Handlungen, die ein Ausweichen oder eine Vermeidung von angstausslösenden Situationen beinhalten, tragen zur Verstärkung der Zwangssymptomatik bei. Dies gilt auch für das stationäre Setting. Hier müssen die Mitarbeiter zwar einerseits Verständnis haben für das krankhafte Verhalten der Patienten, zum anderen müssen sie jedoch dafür Sorge tragen, dass der Patient mit den angst- und damit zwangsauslösenden Situationen konfrontiert werden muss, und dass er soweit wie möglich daran gehindert werden muss, auszuweichen und seine Zwangshandlungen ausführen zu können.

Folgende *Therapieziele* sollten angestrebt werden:

- Förderung und Entwicklung von Autonomiebestrebungen, von Spontaneität und Kreativität, der Eigeninitiative, der Entscheidungsfähigkeit, der Ausdrucksfähigkeit (vor allem körperlich-sinnlich)
- Zulassen können von Hass, Liebe und Sinnlichkeit und Aggressivität im Sinne von "sich wehren-können"
- Lernen, die Wirklichkeit ohne Verzerrungen zu sehen, den Realitätsbezug verbessern (Selbstbeurteilung, Interaktionen beurteilen)
- Lernen, Probleme konsequent zu lösen, eigene Handlungskonsequenzen zu sehen
- Lernen, Widersprüche und Gegensätze zu ertragen, eigene Misserfolge und Fehler zuzulassen

Besonders bei schweren Zwangssyndromen, wie bei Versagen von psychotherapeutischen Behandlungsformen, ist der Einsatz von Psychopharmaka unbedingt anzuraten. Hier haben sich besonders Antidepressiva wie *Clomipramin* (Anafranil®) bewährt. Gute Erfolge werden auch von dem nebenwirkungsarmen Antidepressivum/Neuroleptikum *Sulpirid* (Meresal®, Dogmatil®) berichtet. Neuere SSRI-Antidepressiva wie Fluoxetin (Fluctin®) und Fluvoxamin (Fevarin®), die sich als Mittel der Wahl bei Erwachsenen erwiesen haben, werden zunehmend auch bei Jugendlichen erfolgreich eingesetzt. Die Zulassung von Fluvoxamin (Fevarin®) in Deutschland steht bevor.

Vielfach erleichtert der Einsatz der genannten Psychopharmaka den psychotherapeutischen Zugang.

Der Verlauf von Zwangsstörungen im Kindes- und Jugendalter lässt sich gliedern in episodische Verläufe, meist bei umschriebenem Konflikt mit befriedigender Remission, in chronische Verläufe mit notwendiger mittelfristiger Psychotherapie (Monate bis Jahre) und chronische Verläufe ohne nennenswerte therapeutische Erfolge bzw. Übergang in psychotische Erkrankungen. Ungünstige Verläufe zwischen 10 % und 50 %.

Als prognostisch günstig haben sich eine leichte Ausprägung der Symptomatik, eine kurze Anamnese vor Therapiebeginn oder auch eine frühzeitige Behandlung erwiesen. Prognostisch ungünstig dagegen erwiesen sich eine anankastische Primärpersönlichkeit und eine hohe Belastung mit Angstsymptomen in der Familie der Patienten.

#### ■ Hinweise für die Elternberatung

- Lange Diskussion über Sinn und Zweck der Zwänge, Sich-Einbinden-Lassen in die Zwangshandlungen, sollten vermieden werden
- Ermutigung bzw. Forcierung, besonders bei ausgeprägten Zwangssyndromen, zu einer stationären Behandlung (Bearbeitung der ambivalenten Therapiemotivation bei Patient und Eltern)
- Die Eltern müssen begreifen können, dass es sich um eine spezifische Erkrankung ihrer Kinder handelt und nicht um eine Marotte oder eine Gewohnheit
- Die Eltern sollten ihre Kinder für ihre Symptomatik nicht bestrafen oder negativ belegen

#### ■ Fehlerquellen in Diagnostik und Therapie

- Bagatellisierung der Zwangssymptomatik
- Begünstigung von Vermeidungshaltungen der Patienten und ihrer Familie
- zu langes Warten bis zur Einleitung einer effektiven ambulanten oder stationären Therapie
- Vorenthalten einer effektiven Psychopharmakotherapie

#### Literatur

- Blanz, B., Schneider, S. (2007). Angststörungen. In: Herpertz-Dahlmann, B., Resch, F. (Hrsg.), Entwicklungspsychiatrie. Stuttgart: Schattauer.
- Groen, G., Petermann, F. (2011). Depressive Kinder und Jugendliche. Göttingen: Hogrefe.
- Mehler-Wex, C. (2008). Depressive Störungen. Reihe Manuale psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Wien, New York: Springer.
- Schneider, S. (2003). Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen. Wien, New York: Springer.
- Schulte-Markwort, M., Richterich, A., Forouer, N. (2007). Affektive Störungen. In: Herpertz-Dahlmann, B., Resch, F. (Hrsg.), Entwicklungspsychiatrie. Stuttgart: Schattauer.