

Braun-Scharm, Hellmuth

Zwangsphänomene bei schizophrenen Jugendlichen

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 40 (1991) 5, S. 166-171

urn:nbn:de:bsz-psydok-34825

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de
Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

INHALT

Behinderte Interaktion

- GERLICHER, K.: Zur Psychodynamik in Familien mit einem behinderten Kind (Psychodynamics in Families with an Handicapped Child) 265
- KISCHKE, W./POHL-KROLL, K./SCHULTZ, R./SIEVERS, R./STÖRMER, N.: Therapie bei schwer geistig behinderten Menschen in stationären Langzeiteinrichtungen (Therapy of Severely Mentally Handicapped Persons with Symptoms of Depression in Long Term Facilities) 254
- SARIMSKI, K./SÜSS-BURGHART, H.: Sprachentwicklung und Spielniveau bei retardierten Kindern (Linguistic and Symbolic Development in Retarded Children) 250
- VIRTANEN, T./MOILANEN, I.: Stress und Stressbewältigung bei Müttern von Kindern mit leichten zerebralen Dysfunktionen (Stress and Coping in Mothers of Children with Minimal Brain Dysfunction) 260

Erziehungsberatung

- BOHLEN, G.: Hindernisse in der Praxis systematisch orientierter Beratung an Erziehungsberatungsstellen (Obstructing Factors in Practising Systemic Oriented Therapy at Child Guidance Centers) 222
- HUNDSALZ, A.: Methoden und Konzeptentwicklung in den Psychologischen Beratungsstellen (Development of Methods and Concepts in Psychological Counseling Services) 55

Familientherapie

- KNOKE, H.: Familiäre Wirklichkeitskonstruktionen (Constructions of Reality in the Family) 293
- V. SCHLIPPE, A.: Systemische Sichtweise und psychotherapeutische Ethik – vier Imperative (Systemic View and Therapeutic Ethics – Four Imperatives) 368

Forschungsergebnisse

- BOEHNKE, K./V. FROMBERG, E./MACPHERSON, M.: Makrosozialer Stress im Jugendalter – Ergebnisse einer Wiederbefragung zu Kriegsangst und Angst vor Umweltzerstörung (Macro-social Stress in Adolescence – Results from a Follow-up Survey on War Anxiety and Anxiety about Destruction of the Environment) 204
- BRON, B.: Die Bedeutung von Elternverlusten in der Kindheit bei depressiven und suizidalen Patienten (The Significance of Loss of Parents in Childhood for Depressive and Suicidal Patients) 322
- BUNK, D./SCHALL, U.: Die Effizienz des Hintergrund-Interferenz-Verfahrens in der psychiatrischen Differentialdiagnostik hirnnorganischer Schäden bei Kindern (The Efficiency of the Background Interference Procedure in Discriminating Brain Damages in Children) 134
- HAAG, R./GRAF, N./JOST, W.: Subjektiv erlebte Ängstlichkeit als Aspekt der Krankheitsverarbeitung bei Kindern mit bösartigen Erkrankungen (Perceived Anxiety as an Aspect of Coping Illness in Oncologically III Children) 78

- HEGEMANN, T.: Untersuchungen zum Rehabilitationserfolg eines sozialtherapeutischen Segelschiffprojekts (An Investigation about Effectiveness of a Social-Therapeutic Sailing Project) 61
- HOBRÜCKER, B.: Die jugendpsychiatrische Station als Handlungsfeld: Pflicht und Kontrolle von Tätigkeiten (The Adolescent Psychiatric Ward as an Actional Field: Obligation and Control of Everyday Conditions) 90
- LÜCKE, M./KNÖLKER, U.: Zur Frage der Stigmatisierung von Patienten in einer stationären Einrichtung für Kinder- und Jugendpsychiatrie (On Stigmatization of In-Patients of a Child-Psychiatric Unit) 138
- MÜLLNER, E.: Die Re-Integration von Kindern in die leibliche (Teil-)Familie (The Re-Integration of Children into Their Biological (Partial) Family) 184
- REICH, G./DEYDA, H.: Interaktionsmuster in Familien mit psychosomatisch und depressiv erkrankten Kindern und Jugendlichen (Pattern of Interaction in Families with Psychosomatic III and Depressive Children and Adolescents) 96
- SCHROEDER, W./GRAF, U./WAGNER, U.: Der OFFER-Selbstbildfragebogen für Jugendliche und stationärer Psychotherapieerfolg (The OFFER-Self-Image-Questionnaire reflects Psychotherapeutic Effects under Special Conditions) 85

Jugendhilfe

- SCHWEITZER, J./REUTER, D.: Systemisches Denken in der Heimerziehung: Anregungen für Pädagogik, Beratung und Organisation (Thinking in a Systemic Way in Residential Child Care: Suggestions for Pedagogy, Counseling and Organisation) 171

Praxisberichte

- BÖNNER, G.: Die Gestaltungstherapie – eine zusätzliche Möglichkeit in der Gruppenpsychotherapie mit Jugendlichen (Psychoanalytically Oriented Art Therapy – an Additional Opportunity in Group Psychotherapy with Adolescents) 177
- FÄRBER, H.P./LIEBENOW, H.: Integratives Betreuungskonzept für impulsiv-koordinationschwache Kinder (An Integrated Therapeutic Concept for Children with MBD-Syndrome) 375
- ROMER, G.: Methoden der Prävention psychischer Fehlentwicklungen im Rahmen der Kleinstkindpädagogik – Erfahrungen an einem amerikanischen Eltern-Kind-Zentrum (Methods of Mental Health Prevention in the Context of Infant and Toddler Education – Experiences in an American Parent-Child Center) 284

Psychotherapie

- ARNOLD, U./ARNOLD, K.H.: Dokumentation kinderspsychotherapeutischer Einzelbehandlungen – Entwurf eines Protokollbogens (Documentation of Single Treatments in Child Therapy – Outline of a Record Schedule) 298

STREECK-FISCHER, A.: Grenzgänger – Zum Umgang mit selbst- und fremddestruktivem Verhalten in der stationären Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (Borderline Behavior: Dealing with Self-destructive and Outwardly Destructive Behavior during In-patient Child und Juvenile Psychotherapy)	105	TEXTOR, M.R.: Auslandsadoptionen: Forschungsstand und Folgerungen (International Adoptions: Research Results and Consequences)	42
STREECK-FISCHER, A.: Entwicklungsförderliche Laufställe – Wirkfaktoren in der stationären Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen (Development-Conductive Play-Pens – Power Factors in Stationary Psychotherapy with Children and Adolescents)	328	Werkstattberichte	
WILLE, A.: Voice Dialogue – Dialog der Stimmen (Voice Dialogue)	227	FUCHS, D.: Einzelfallhilfen für Kinder mit Entwicklungsschwierigkeiten in den Stuttgarter Kindertagesstätten ..	303
Stationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie		KRAUSE, C.: Aus der Arbeit der Erziehungsberatungsstelle Greifswald	112
GÜNTHER, M./GÜNTHER, W.: Stationäre Krisenintervention bei psychischen Krisen im Jugendalter (Inpatient Crisis Intervention in Adolescence)	22	Tagungsberichte	
KOWERK, H.: Qualitative Evaluation systematischer Aspekte bei stationärer Therapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Qualitative Evaluation of Systematic Aspects of Inpatient Therapy in Child and Adolescent Psychiatry)	4	Bericht über die 7. Bundestagung des Bundesverbandes „Hilfe für das autistische Kind“	189
SCHULTE-MARKWORT, M.J./KNÖLKER, U.: Therapieabbrüche im stationären Bereich (Dropping-Out of Inpatient Treatment)	28	Bericht über ein internationales Symposium zum Thema „Eßstörungen“	231
Übersichten		Bericht über den Internationalen Kongreß für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Bad Homburg	272
BENGEL, J.: AIDS-Risikowahrnehmung und -verarbeitung bei Jugendlichen (AIDS-Risk Perception und Coping by Adolescents)	356	Bericht über den IX. Kongreß der Europäischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie	380
BRAUN-SCHARM, H.: Zwangssphänomene bei schizophrenen Jugendlichen (Obsessive-Compulsive Symptoms in Adolescent Schizophrenia)	166	Buchbesprechungen	
CHRISTIAN, H./ZECH, T.: Schulpsychologie im Spannungsfeld von Individuum und Systemen (A Concept of School Psychology viewing Individual and Systems)	339	ANDERSEN, T. (Hrsg.): Das Reflektierende Team. Dialoge und Dialoge über die Dialoge	198
DELLISCH, H.: Krankmachende Angst in der Familie (Illness-causing Anxiety within the Family)	128	ANSTÖTZ, C.: Ethik und Behinderung	238
HEIGL-EVERS, A./KRUSE, J.: Frühkindliche gewalttätige und sexuelle Traumatisierungen (Aggressive and Sexual Traumatization during Early Childhood)	122	BASTINE, R.: Klinische Psychologie, Bd. 1	316
HIRSCHBERG, W./ALTHERR, P.: Sozialtherapie mit psychisch gestörten dissozialen Jugendlichen (Social Therapy with Dissocial Adolescents)	362	BOMMERT, H./HENNING, T./WÄLTE, D.: Indikation zur Familientherapie	313
JAKOB, P.: Entwicklungsprobleme von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Familien mit einem Alkoholproblem (Developmental Problems Faced by Children, Adolescents and Young Adults in Families with an Alcohol Problem)	49	BUCHHEIM, P./SEIFFERT, T. (Hrsg.): Zur Psychodynamik und Psychotherapie von Aggression und Destruktion	197
LIEBECK, H.: Neue Elemente in der Verhaltenstherapie einer Hundephobie bei einem Jugendlichen mit Down-Syndrom (New Elements in Behavior Therapy of a Dog-Phobia of a Juvenile with Down-Syndrom)	289	CIERPKA, M.: Zur Diagnostik von Familien mit einem schizophrenen Jugendlichen	242
LUDEWIG, K.: Unruhige Kinder. Eine Übung in epistemischer Konfusion (Restless Children. An Exercise in Epistemic Confusion)	158	CIOMPI, L./DAUWALDER, H.P. (Hrsg.): Zeit und Psychiatrie – Sozialpsychiatrische Aspekte	197
RENNEN-ALLHOFF, B.: Wie verlässlich sind Elternangaben? (How useful are Parent Reports?)	333	CLEMENS, M./COMBE, A./BEIER, C./LUTZI, J./SPANGENBERG, N.: Soziale Krise, Institution und Familiendynamik ...	349
SOHN, H.: Mutter, Vater, Kind – Zur Theorie dyadischer und triadischer Beziehungen (Mother, Father, Child – Attribution to a Theory of Dyadic and Triadic Relationships)	213	DZIKOWSKI, S./ARENS, C. (Hrsg.): Autismus heute, Bd. 2: Neue Aspekte der Förderung autistischer Kinder	196
		EDELSTEIN, E.L.: Anorexia Nervosa and Other Dyscontrol Syndromes	195
		EICKHOFF, F.W./LOCH, W. (Hrsg.): Jahrbuch der Psychoanalyse – Beiträge zur Theorie und Praxis, Bd. 26	313
		ELBERT, T./ROCKSTROH, B.: Psychopharmakologie. Anwendung und Wirkungsweise von Psychopharmaka und Drogen	386
		ELGER, W.: Sozialpädagogische Familienhilfe	115
		FEND, H.: Vom Kind zum Jugendlichen. Der Übergang und seine Risiken	315
		FICHTER, M.: Verlauf psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung	316
		FIGENBAUM, W./BRENGELMANN, J.C. (Hrsg.): Angststörungen. Diagnose und Theorie	315
		FLÖTTMANN, H.B.: Angst. Ursprung und Überwindung ..	279
		GAUDA, G.: Der Übergang zur Elternschaft. Eine qualitative Analyse der Entwicklung der Mutter- und Vateridentität ..	277
		GRISSEMAN, H./WEBER, A.: Grundlagen und Praxis der Dyskalkulithherapie	239
		HAEBERLIN, U./BLESS, G./MOSER, U./KLAGHOFER, R.: Die Integration von Lernbehinderten. Versuche, Theorien, Forschungen, Enttäuschungen, Hoffnungen	243
		HILFE FÜR DAS AUTISTISCHE KIND, REGIONALVERBAND NORDBADEN-PFALZ e.V.: Autismus: Erscheinungsbild, mögliche Ursachen, Therapieangebote	71

HUBER, G./RIEDER, H./NEUHÄUSER, G. (Hrsg.): Psychomotorik in Therapie und Praxis	348	SCHEPANK, H. (Hrsg.): Verläufe. Seelische Gesundheit und psychogene Erkrankungen heute.	313
JONAS, M.: Trauer und Autonomie bei Müttern schwerstbehinderter Kinder	68	SCHRAML, W.J.: Kinder und Kinderpsychotherapie	117
JUNGE, H./LENDERMANN, H. B.: Das Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG) – Einführende Erläuterungen	311	SCHRAML, W.J.: Einführung in die moderne Entwicklungspsychologie für Pädagogen und Sozialpädagogen	347
KAUFMANN, R. A.: Die Familienrekonstruktion. Erfahrungen-Materialien-Modelle	241	SEIFFGE-KRENKE, I. (Hrsg.): Krankheitsverarbeitung bei Kindern und Jugendlichen	314
KÖHNKEN, G.: Glaubwürdigkeit. Untersuchungen zu einem psychologischen Konstrukt	317	SIELERT, U./MARBURGER, H.: Sexualpädagogik in der Jugendhilfe	69
KOLLMANN, B./KRUSE, M.: Krebskranke Jugendliche und ihre Familien. Problematik und Möglichkeiten einer psychologischen Begleitung	195	SPADA, H. (Hrsg.): Allgemeine Psychologie	150
KUSCH, M./PETERMANN, F.: Entwicklung autistischer Störungen	36	STEINHAUSEN, H. C. (Hrsg.): Das Jugendalter. Entwicklung, Probleme, Hilfen	278
MARTINIUS, J./FRANK, R. (Hrsg.): Vernachlässigung, Mißbrauch und Mißhandlung von Kindern	240	STEINKE, T.: Stationäres Training mit aggressiven Kindern: Die Implementation eines verhaltenstheoretisch orientierten Behandlungsprogramms in stationäre psychosoziale Organisationen	72
MCGOLDRICK, M./GERSON, R.: Genogramme in der Familienberatung	276	STRAK, W. (Hrsg.): Lebensweltbezogene Prävention und Gesundheitsförderung. Konzepte und Strategien für die psychosoziale Praxis	195
MELTZER, D.: Traumleben. Eine Überprüfung der psychoanalytischen Theorie und Technik	311	TEXTOR, M. (Hrsg.): Hilfen für Familien. Ein Handbuch für psychosoziale Berufe	312
MOLNAR, A./LINDQUIST, B.: Verhaltensprobleme in der Schule. Lösungsstrategien für die Praxis	116	TRAD, P. V.: Infant Previewing. Predicting and Sharing Interpersonal Outcome	151
OLBING, H./BACHMANN, K. O./GROSS, R. (Hrsg.): Kindesmißhandlung. Eine Orientierung für Ärzte, Juristen, Sozial- und Erzieherberufe	34	TRESCHER, H. G.: Theorie und Praxis der Psychoanalytischen Pädagogik	239
OLBRICH, R. (Hrsg.): Therapie der Schizophrenie. Neue Behandlungskonzepte	309	TRESCHER, H. G./BÜTTNER, C. (Hrsg.): Jahrbuch der psychoanalytischen Pädagogik 2	198
PETERMANN, F./NOEKER, M./BOCHMANN, F./BODE, U.: Beratung von Familien mit krebskranken Kindern: Konzeption und empirische Ergebnisse	310	TRÖSTER, H.: Einstellungen und Verhalten gegenüber Behinderten. Konzepte, Ergebnisse und Perspektiven sozialpsychologischer Forschung	68
POHLER, G./POHLER-WAGNER, L.: Atemzentrierte Verhaltenstherapie	384	UHLEMANN, T.: Stigma und Normalität. Kinder und Jugendliche mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalte	347
PRESTING, G. (Hrsg.): Erziehungs- und Familienberatung. Untersuchungen zu Entwicklung, Inanspruchnahme und Perspektiven	237	VOGEL, D./RAUH, H./JORDAN, D.: Therapieangebote für behinderte Kinder	309
PREYER, W. T.: Die Seele des Kindes. Beobachtungen über die geistige Entwicklung des Menschen in den ersten Lebensjahren	35	WEINWURM-KRAUS, E.: Soziale Integration und sexuelle Entwicklung Körperbehinderter	278
PRITZ, A./SONNECK, G.: (Hrsg.): Medizin für Psychologen und nichtärztliche Psychotherapeuten	350	WIEMANN, I.: Pflege- und Adoptivkinder – Familienbeispiel, Informationen, Konfliktlösungen	308
RANDOLL, D./JEHLE, P.: Therapeutische Interventionen bei beginnendem Stottern	150	WHITE, M./EPSTON, D.: Die Zähmung der Monster. Literarische Mittel zu therapeutischen Zwecken	385
REMSCHMIDT, H./WALTER, R.: Psychische Auffälligkeiten bei Schulkindern	240		
ROEDEL, B.: Praxis der Genogrammarbeit. Die Kunst des banalen Fragens	277	Editorial 2, 248	
ROHMANN, U. H./ELBING, K.: Festhaltetherapie und Körpertherapie	70	Ehrungen 346	
ROTHENBERGER, A. (Ed.): Brain und Behavior in Child Psychiatry	308	Nachruf 189	
ROTTHAUS, W.: Stationäre systematische Kinder- und Jugendpsychiatrie	69	Autoren der Hefte 34, 66, 115, 148, 193, 233, 275, 305, 347, 383	
SALZGEBER, J./STADLER, M.: Familienpsychologische Begutachtung	317	Diskussion/Leserbriefe 193, 234, 276	
SALZGEBER, J./STADLER, M./DRECHSLER, G./VOGEL, C. (Hrsg.): Glaubhaftigkeitsbegutachtung	35	Zeitschriftenübersicht 67, 148, 235, 305, 383	
		Tagungskalender 37, 73, 118, 152, 199, 244, 280, 318, 351, 387	
		Mitteilungen 37, 75, 119, 153, 200, 245, 281, 319, 351, 387	

Zwangsphänomene bei schizophrenen Jugendlichen

Von Hellmuth Braun-Scharm

Zusammenfassung

Schizophrene Jugendliche zeigen zwanghafte Symptome etwa in der gleichen Häufigkeit wie erwachsene Patienten. Zwanghafte Züge treten mehrheitlich sowohl prämorbid als auch postakut auf, während sie in den akuten Phasen kaum zu beobachten sind. Eine besondere Bevorzugung einzelner schizophrener Subtypen scheint nicht zu bestehen. Zwangsphänomene können weder einheitlich Coping-Techniken oder (pseudo-)neurotischen Abwehrmechanismen gleichgesetzt werden, noch erlauben sie die Vorhersage einer besonderen Verlaufsform. Das Verhältnis von Zwang und Schizophrenie ist variabel und entspricht keinen festen Mustern.

1 Einleitung

Ausgeprägte Zwangsphänomene sind unabhängig von ihrer diagnostischen Zuordnung auch bei Kindern und Jugendlichen ernste psychopathologische Symptome mit einer Tendenz zur Chronizität (vgl. ADAMS 1973, PROBST et al. 1979, FÖRSTER/SCHULTE-HOLTHAUSEN 1979). Bei schizophrenen Patienten sind Zwangsphänomene laut MÜLLER (1953) und ROSEN (1957) in 15 bzw. 3,5% der Fälle aufzufinden. In jedem Alter, bevorzugt aber bei Kindern und Jugendlichen, treten Zwangssymptome als Vorposten, Prodromi oder Intialsymptome der Schizophrenie auf (FRIEDRICH 1983, MARTIN 1984, USCHAKOW 1965). Als solche erschweren sie bisweilen die rasche Er-

kennung einer schizophrenen Psychose und werfen die Differentialdiagnose einer Zwangskrankheit auf.

Eine Besonderheit des Initialverlaufs schizophrener Psychosen im Jugendalter ist deren polymorphe Wechselhaftigkeit. In welcher Form und Funktion Zwangsphänomene bei jugendlichen Schizophrenen auftreten, soll anhand der folgenden Falldarstellungen beschrieben werden. Von besonderem Interesse ist dabei die Fragestellung, ob Anankasmen als Bewältigungsstrategien (coping) fungieren können.

2 Fallbeschreibungen

2.1 Patient W.

Der bei Aufnahme 17 Jahre alte W. wird als ein prämorbid braves, unselbständiges, ungeschicktes und langsames Kind beschrieben. Statomotorische und Sauberkeitsentwicklung liegen an der oberen Normgrenze. Im Kindergarten zeigt er Kontakt- und Spielstörungen. Bereits vor dem 10. Lebensjahr treten tic- und zwangähnliche Symptome auf. Am besten memoriert wird ein passageres Schulterzucken während eines Kurzurlaubs an der Mosel. Aufgrund der elterlichen Angaben entsteht der Eindruck, daß diese Phänomene an unangenehme oder irritierende Situationen gebunden waren. Aus elterlicher Sicht hat nie eine Behandlungsbedürftigkeit bestanden; es ist jedoch deutlich, daß W. in der Familie von klein auf als Problemkind gesehen wird. Die Kindsmutter wirkt überbeschützend und weich, der Vater überkorrekt und gehemmt. Zwei ältere Geschwister sowie die Familienanamnese sind unauffällig.

Die unmittelbare Vorgeschichte beginnt mit Leistungsproblemen am Ende der Hauptschulzeit. Zwei gescheiterte Ausbildungsversuche in Sondereinrichtungen münden direkt in die akutpsychotische Symptomatik mit Lärmempfindlichkeit, Angst, Erregung, Mutismus und Affektlabilität; Beziehungsideen, Bedeutungserlebnisse und Coenästhesien sind deutlich, kurzzeitige akustische Halluzinationen wahrscheinlich. Die Konzentrationsfähigkeit ist vermindert, im HAWIE erreicht W. einen Gesamt-IQ von 74, bei unregelmäßigem Testprofil und deutlich abfallendem Handlungsteil.

Nach entsprechender Medikation sistiert die erkennbare Akutsymptomatik. Bestehen bleibt ein residuales Bild mit autistischen Tendenzen sowie gelegentlichen affektiven und motorischen Ausbrüchen (singen, tanzen, lachen). Ein vorübergehendes medikamentenfreies Intervall führt zu einer depressiv-autistischen Krise mit verminderter Belastbarkeit.

Im Vergleich zum prämorbidem Status am auffallendsten sind stereotype Zwangsphänomene der Sprache und der Motorik. Auch alltägliche Handlungen werden immer nach identischem Muster durchgeführt, vorübergehend kommen ausgeprägte Waschzwänge hinzu. Bekommt W. eine neue Aufgabe, muß er alle Schritte zur Planung und Durchführung bis ins Detail aufgliedern und solange laut aufsagen, bis die Aufgabe erledigt ist. Danach rekapituliert er alles mehrmals mit sichtlichem Stolz. W. wird mit einer niedrigdosierten neuroleptischen Medikation entlassen und mit Erfolg in eine Werkstatt für psychisch Behinderte eingegliedert. Der psychopathologische Status ist seitdem (Kataamnesezeitraum 2 Jahre) stabil, die geschilderte Zwanghaftigkeit ist konstant.

2.2 Patient O.

Bei der stationären Aufnahme ist O. 15 Jahre alt. Die Minderbegabung wird nach der Einschulung entdeckt; seitdem besucht

er die Sonderschule für Lernbehinderte. Dort ist er zuerst aggressiv, dann still und scheu. Vor der Erkrankung fällt er in der schulischen Leistung ab.

O. ist das einzige Kind seiner Eltern. Der Vater reagiert schnell aggressiv, besonders wegen schlechter Noten. Bei der Mutter wird eine Wochenbettpsychose, später eine Polytoxikomanie diagnostiziert.

Eine Sprachentwicklungsverzögerung ist bekannt, ebenso ein Sammelzwang. Die Vorgeschichte beginnt etwa ein Jahr vor Aufnahme mit Rückzugstendenzen, Antriebslosigkeit, Angst, Schul- und Leistungsverweigerung, Nahrungskarenz und Gewichtsabnahme. Anlaß zur stationären Aufnahme sind Autismus, Desorientierung, paranoide Symptome und fragliche halluzinatorische Abgelenktheit. Bei Aufnahme sind die Haare im Genitalbereich und an den Unterschenkeln rasiert und O. gibt an, daß er kein Mann werden wolle. Im HAWIE erreicht er einen IQ von 86; die Leistungen im sprachlichen Bereich fallen erwartungsgemäß ab.

Zu Beginn des stationären Aufenthaltes gerät O. in eine katapleptische Starre, die sich unter Medikation zurückbildet. Geringgradige katatone Symptome sind jedoch auch später erkennbar. Im Verlauf zeigt sich eine Pendelsymptomatik mit abwechselnd zwanghafter und psychotischer Symptomatik. An Zwangsphänomenen treten Waschzwänge (Gesicht, Hände) sowie Sputumsammeln in der Mundhöhle und Spucken auf. Der Versuch einer aufdeckenden Therapie führt zur Remanifestation psychotischer Symptome und wird deshalb durch eine vorwiegend stützende Haltung abgelöst. Der Patient wird mit neuroleptischer Medikation entlassen und macht anschließend eine Ausbildung zum Fachwerker. Bislang sind keine weiteren akuten Episoden aufgetreten (Kataamnesezeitraum 4 Jahre). Das Gewicht ist normalisiert, die bekannten Zwangssymptome sind jedoch noch erkennbar. Der Patient kann äußern, daß er in einem gewissen Umfang paranoide Symptome durch zwanghaftes Verhalten zu mildern versteht.

2.3 Patient C.

C. ist bei Aufnahme 16 Jahre alt. Statomotorische und Sauberkeitsentwicklung liegen an der oberen Altersnorm. Schon als Kind ist er still, linkisch und zwanghaft. Lärmempfindlichkeit, Suizidalität und schulischer Leistungsknick stellen sich etwa ein Jahr vor der stationären Aufnahme ein. C. ist das älteste von drei Geschwistern. In der mütterlichen Familie sind zwei Frauen mit psychoseverdächtigen Symptomen bekannt. Der Vater ist pedantisch, streng und engstirnig, gleichwohl durch die Erkrankung seines Sohnes tief berührt.

Die akute Symptomatik manifestiert sich über Nacht und besteht vorwiegend aus psychomotorischer Unruhe und paranoiden Gedanken. C. will die Relativitätstheorie neu erfunden, die Medaillenvergabe bei den Olympischen Spielen beeinflusst haben und fühlt sich mit Einstein und Christus verbunden. Die Intelligenztestung erbringt im HAWIE einen Wert von 110 bei gleichmäßigem Testprofil. Nach langsamem Abklingen der Akutsymptomatik stellt sich C. als ein kontaktarmer, zu Rationalisierungen neigender Jugendlicher dar. Unter niedriger neuroleptischer Medikation gelingt die Wiedereingliederung in ein Internatsgymnasium.

Im Vergleich zur prämorbidem Zeit ist C. unflexibler und auf genaue Einhaltung seiner Pläne bedacht. Bringt man ihn geringfügig von seiner Linie ab, reagiert er zwanghaft, ärgerlich oder aggressiv. Auch die Medikation beobachtet er sorgfältig und bittet um eine langfristige Behandlung. C. kann gut beschreiben, daß er zwanghaftes Verhalten gezielt einsetzt, um psychotische Krisen zu vermeiden oder nach Auftreten affektiver, meist

ängstlicher Signale (BREIER/STRAUSS 1983) baldmöglichst zurückzudrängen. Er läßt sich zwar bei der Auswahl seiner Copingtechniken nicht beraten, akzeptiert aber gerne das Lob für seine sorgfältige Selbstbeobachtung.

2.4 Patient S.

S. ist bei Aufnahme 19 Jahre alt und leidet seit drei Jahren an kurzen schizophrenen Episoden. Eine ambulante Psychotherapie kann zwei Jahre lang erfolgreich sowohl Medikation als auch stationäre Behandlung vermeiden helfen. Zuletzt wird er doch von der Polizei in die Klinik gebracht, weil er gestikulierend mitten auf der Straße spaziert.

Die frühkindliche Entwicklung wird als unauffällig angegeben. Bis zum 5. Lebensjahr ist er ausgesprochen wild, dann wird er ruhig, verschlossen und überangepaßt. Im 6. Lebensjahr lassen sich die Eltern scheiden, aus der zweiten Ehe der Mutter stammen zwei Halbbrüder. Im Gymnasium hält er zunächst gut mit, fällt aber wegen krankheitsbedingter Konzentrationsstörungen in der Leistung ab. Eine latente, nicht praktizierte Homosexualität ist seit längerem bekannt.

Die Erkrankung beginnt mit ängstlich getönten, dyston empfundenen Zwangsgedanken, vorwiegend während der Hausaufgabenzeit. Auf Hausaufgaben und Schreibutensilien richtet sich eine allgemeine Pedanterie. Die Psychose wird manifest in Form von gelockerten Gedanken, depressiver Verstimmung und ausgeprägten Verfolgungsängsten.

Mit einem IQ von 97 im PSB-Horn absolviert S. nach der Entlassung das Abitur und beginnt eine Bankausbildung. Die sozialen Kontakte sind rar, bleibende kognitive Ausfälle fehlen.

Der Patient stellt weder spontan noch auf Nachfrage einen Zusammenhang zwischen den schizophrenen und den zwanghaften Symptomen her. Ein gezielter Einsatz der Zwangsphänomene fehlt. Während der ambulanten Nachbetreuung (Katamnesezeitraum 3 Jahre) kommt es trotz Medikation zu ängstlich getönten paranoiden Kurzepisoden, die manchmal nur Minuten dauern. Ein Absetzversuch führt zu Schlafstörungen und ängstlicher Stimmungslage. Eine meist subklinische Zwanghaftigkeit besteht fort.

2.5 Patientin R.

Die 14-jährige R. besucht vor der Erkrankung das Gymnasium, ist dort jedoch überfordert. Die Psychose beginnt mit Verlangsamung, Rückzug, Mutismus, Hygieneproblemen, Gedankenabreißen, Konzentrations- sowie Eß- und Schlafstörungen. Mit der Zeit folgen asketische Züge (R. steht im Winter am offenen Fenster, deckt sich nachts nicht zu), zwanghaftes Beten im Kniefall, Schreit- und Zählzwänge. Die Zwänge werden als ichsynton, nur bei stärkerer Ausprägung als störend empfunden.

Die Schwangerschaft wird als unauffällig beschrieben, die Geburt erfolgt durch Vakuumextraktion drei Wochen nach errechnetem Termin. Die frühkindliche Entwicklung ist unauffällig. Eine familiäre Belastung fehlt.

Im Intelligenztest (AID) erreicht R. einen durchschnittlichen Gesamtwert von 105 bei deutlicher Rechenschwäche. Der während des stationären Aufenthaltes vollzogene Wechsel zur Hauptschule führt zu einer spürbaren Entlastung. Zwanghafte Gedanken an Schuld, Wiedergutmachung und religiös-wahnhafte Themen bestehen jedoch fort. Zwangshandlungen treten später nicht mehr auf. Während der überblickbaren Zeit (Katamnesezeitraum 3 Jahre) besteht trotz niedrig dosierter Dauermedikation die psychotische Symptomatik in geringer Ausprägung fort. Gleichwohl wirkt R. auf den ersten Blick und auch in sozialer Hinsicht kaum gestört.

2.6 Patient T.

T. ist 17 Jahre alt und hat die Hauptschule beendet. Die akute Dekompensation erfolgt in Form einer paranoiden Symptomatik. Auch unter Medikation bestehen Autismus, verminderte Belastbarkeit, Konzentrationsstörungen und Wahnideen fort.

Die Geburt erfolgt vier Wochen vor dem errechneten Termin. Im Kindergarten spielt T. nur wenig. Als Kind ist er ruhig und interessearm. In der Schule erbringt er mittlere Leistungen. Im HAWIE erreicht er einen IQ von 90 bei einem Verbalteil von 83 und einem Handlungsteil von 97 Punkten. Es besteht der Verdacht auf eine Sprachentwicklungsverzögerung mit Restsymptomatik.

Im 12. Lebensjahr beginnt er, das Berühren von Türklinken zu vermeiden; bestimmte Kleidungsstücke zieht er nicht mehr an und besteht darauf, daß das Essensgeschirr im Urzeigersinn um den Tisch getragen wird. In seinem Zimmer geht er keinen Schritt, wenn nicht aufgeräumt ist. Im Schulhof steht er mit geballten Fäusten und faßt nichts an.

Zur Mutter besteht eine symbiotische Beziehung mit auffallend intensivem Blickkontakt. Im 14. Lebensjahr tritt plötzlich extreme Angst vor dem Zahnarzt auf. Ein Jahr später zeigen sich deutliche Verfolgungsgedanken. Im 16. Lebensjahr entwickeln sich Leistungs- und Kontaktstörungen im schulischen Bereich. T. wird zunehmend mutistisch, mißbrausch, suicidal und fühlt sich bedroht. Die Symptomatik eskaliert in dem Wahnsystem, daß man ihm beim Arbeitsamt eine Rolle als Schauspieler angeboten habe. Der gesamte Alltag wird daraufhin überprüft, ob er der Schauspielerei förderlich oder hinderlich ist. Praktische Arbeit (Arbeitstherapie) ist dagegen kaum möglich. Der bisherige Verlauf (Katamnesezeitraum 1 Jahr) ist defizitär.

2.7 Patientin St.

Bei der 18-jährigen St. sind Schwangerschaft, Geburt und frühkindliche Entwicklung unauffällig verlaufen. Im 5. Lebensjahr ist eine vorübergehende Enuresis zu beobachten. In der Folgezeit imponiert St. als ein ernsthaftes Kind mit Interesse an existentiellen Themen. Im 9. Lebensjahr treten Wiederholungs- und Kontrollzwänge auf. Ab dem 11. Lebensjahr häufen sich Schulschwierigkeiten und andere Probleme wie Eigenwilligkeit, Unausgeglichenheit und Zurückgezogenheit. Im 14. Lebensjahr nehmen die Wiederholungszwänge an Intensität zu. In der 10. Klasse des Gymnasiums erfolgt der Übertritt auf die Realschule. Im (RAVEN) SPM erreicht sie einen durchschnittlichen Intelligenzwert.

Die klinische Exazerbation beginnt mit Negativismus, Schlaf- und Affektstörungen, Schulverweigerung, körperlicher Vernachlässigung, sprachlicher Umständlichkeit, Waschzwängen und Mutismus. Bei Aufnahme und auch später verweigert St. weitgehend die Kooperation. Sie ist mißtrauisch, unflexibel, adynam, perfektionistisch, ambivalent, angespannt und affektarm. Grübelzwänge, Perseverationen, Vorbeireden und überwertige Ideen werden beobachtet oder vermutet, ohne von der krankheitsuneinsichtigen Patientin je bestätigt zu werden. Auch für alltägliche Handlungen benötigt sie lange Anlaufzeiten. Erfährt sie dann nachdrückliche Unterstützung, reagiert sie eher erleichtert. Wegen des kurzen stationären Aufenthaltes (4 Wochen) und der minimalen Explorationsfähigkeit können hier keine weiteren Einzelheiten (etwa zu Coping) berichtet werden.

Zur Familie ist folgendes bekannt: St. ist das älteste von drei Geschwistern. Die Schwester (-3 J.) hat als Kind exzessiv Dauern gelutscht. Der Bruder (-6 J.) hat zeitweise gestottert. Die Mutter wird als rigid und umständlich geschildert. Der Vater gilt als unflexibel und leicht erregbar. Eine familiäre Belastung mit psychotischen Erkrankungen kann nicht eruiert werden.

3 Diskussion

Aus dem stationären Krankengut der Klinik Rottmannshöhe über 5 Jahre ergeben diese 7 Patienten die gesamte Subgruppe mit erkennbaren und vergleichsweise typischen Zwangsphänomenen, das sind 10% der schizophrenen Klientel. Diese Häufigkeit entspricht sowohl der von MÜLLER und ROSEN vorgegebenen Spannbreite als auch der Angabe von EGGERS (1969). Die folgenden Überlegungen sind deskriptiv und aufgrund der kleinen Zahl nicht mit Sicherheit repräsentativ (s. Tabelle 1).

Tab. 1: Zwang und Schizophrenie bei 7 Patienten der Klinik Rottmannshöhe

Alter (bei Aufnahme)	14–19 Jahre
Geschlecht (m/w)	5m/2w
Verlauf	3 günstig/3 ungünstig/1 nicht einschätzbar
Coping	2 positiv/5 negativ
Zwang prämorbid	6/7
Zwang initial	4/7
Zwang postakut	5/7
Wechsel der Symptomatik	1/7
Subtyp	1 hebephren/2 kataton/3 paranoid/1 nicht einschätzbar

Geschlecht: 5 der 7 Patienten sind männlichen Geschlechts. Ein ähnliches Verhältnis von 3:1 wird von EGGERS (1969) beschrieben. Das schizophrene Klientel in unserem Hause zeigt dagegen ein ausgeglichenes Geschlechterverhältnis.

Alter: Das Altersspektrum reicht von 14 bis 19 Jahren. In diesem Aspekt weichen die 7 Patienten weder vom schizophrenen noch vom Gesamtklientel ab.

Intelligenz: Auch hier ergibt sich kein eindeutiger Trend. Überdurchschnittliche Leistungen fehlen jedoch.

Verlauf: Bei unterschiedlichen Katamneseintervallen zeigen drei Patienten einen günstigen, drei einen ungünstigen Verlauf. Bei der Patientin St. kann der Verlauf noch nicht beurteilt werden. Es wird also auch in der vorliegenden Untersuchung kein einheitliches Ergebnis gefunden. Eine – wie auch immer geartete – systematische Verknüpfung von Psychopathologie und Verlauf ist bei der Kombination von Zwang und Schizophrenie demnach nicht möglich. Die Angaben darüber, ob Zwangsphänomene bei Schizophrenen für einen günstigen oder ungünstigen Verlauf sprechen, halten sich in etwa die Waage (EGGERS 1968, FEER 1973). So berichtet EGGERS über vier schizophrene Jugendliche mit Zwangssymptomatik und günstigem Verlauf. FENTON/McGLASHAN (1986) beschreiben in der aktuellsten Arbeit zu diesem Thema zwar die Koinzidenz von Zwang, Schizophrenie und ungünstigem Verlauf, schränken jedoch die Aussagekraft ihres Befundes aufgrund von Selektionsfaktoren selbst ein. Nach bisherigem Kenntnisstand sind Zwangsphänomene nicht einheitlich als Prädiktorvariablen geeignet.

Subtypologie: Die Patientin R. und der Patient O. werden als katatone Unterformen, zwei andere Patienten als paranoide Subtypen eingeordnet (C., S.). W. stellt sich als

hebephren-katatone Mischform dar. Der Patient T. befindet sich noch in stationärer Behandlung, gehört jedoch mit großer Sicherheit der paranoiden Gruppe an. Bei der Patientin St. können noch keine sicheren Angaben gemacht werden. Paranoide und katatone Subtypen herrschen vor, ein eindeutiger Trend ist aber nicht erkennbar.

LEONHARD (1986) kennzeichnet Zwangsercheinungen als Frühform des Defekts bei verschrobene Hebephrenien, als Frühzeichen der manierten Katatonie und als Hinweis auf periodische Katatonien. Die kindlichen Schizophrenien werden von ihm – auch wegen der häufigen Zwangssymptome – weitgehend der Katatonie zugeordnet. Allgemein besteht Übereinkunft, daß Zwänge bei anankastisch gefärbten Depressionen wesentlich häufiger aufzufinden sind als bei Schizophrenien (LAUTER 1962).

Zwang und Schizophrenie: Ein Patient (T.) zeigt Zwangsphänomene nur in der Vorgeschichte. Ein Patient (W.) zeigt zwanghafte Symptome sowohl vor dem Ausbruch der Psychose als auch postakut. Zwei Patienten (R., S.) haben gleichzeitig sowohl schizophrene als auch zwanghafte Symptome; diese beiden zeigen auch Zwänge als Bestandteil der Initialsymptomatik. Postakute Zwänge sind bei mindestens 5 Patienten zu beobachten. Ein Patient (O.) weist einen beeindruckenden Symptomwechsel auf, den er aktiv steuern kann. Ein Patient (W.) scheint den Zwangssymptomen genauso hilflos ausgeliefert zu sein wie der Schizophrenie. Gleichzeitig ist erkennbar, daß in den hochakuten Phasen nahezu keine Zwänge zu beobachten sind. Ein Patient (C.) zeigt vermehrte Zwänge nach weitgehender Remission und setzt diese Haltung gezielt ein. 6 Patienten sind prämorbid in unterschiedlichem Ausmaß anankastisch geprägt. Ein Diagnosewechsel ist bei keinem der Patienten aufgetreten. Es spricht für die Vielgestaltigkeit der Problematik, daß die von EGGERS (1969) aufgestellten Kombinationstypen (Zwang nur initial und passager, stetiger Wechsel von Zwang und Schizophrenie, Zwang als langfristiger Vorläufer einer schizophrenen Dekompensation) für die hier aufgeführten Fälle nicht ausreichen. Faßt man die Befunde von EGGERS und unsere eigenen Fälle zusammen, ergeben sich folgende Möglichkeiten.

Zwang und Schizophrenie:

- Zwang prämorbid
- Zwang initial
- Zwang postakut
- Längerdauernde Koexistenz von Zwang und Schizophrenie
- Wechsel zwischen Zwang und Schizophrenie
- Zwang als Coping-Strategie

Nimmt man die akuten Phasen aus, können Zwang und Schizophrenie in vielen Kombinationen auftreten. Dies spricht gegen zahlreich vorgebrachte Argumente, daß sich Zwang und Schizophrenie gegenseitig ausschließen (vgl. SPITZER 1988). Bei initial zwangskranken Patienten wird ein Diagnosewechsel zur Schizophrenie in sehr unterschiedlichem Ausmaß beschrieben. Das Spektrum reicht von 0% (DELKESKAMP 1965) über 6% (HAR-

BAUER 1969), 11% (SIEFEN/MARTIN 1984) bis zu 20% (HOLLINGSWORTH et al. 1988, KNÖLKER 1987). Die Prozentwerte bei Kindern und Jugendlichen liegen dabei etwas höher als im Erwachsenenalter.

Einen interessanten Beitrag zur Thematik Zwang und Schizophrenie hat FEER (1973) geleistet, der die differentielle Psychopathologie von Automatismus, Stereotypie und Zwang bei Schizophrenen beschrieben und dabei insbesondere den engen Zusammenhang von chronischem Verlauf und ausgeprägten Stereotypen herausgestellt hat, die er als schizophren modifizierte Zwangsphänomene charakterisiert.

Zwang und Coping: Die Frage, ob und inwieweit Zwangsphänomene als protektive Faktoren oder Bewältigungsverhalten verstanden werden können, ist durch die Kasuistiken illustriert. Bei zwei Patienten (O., C.) können Zwangsgedanken und Zwangshandlungen gezielt zur Unterdrückung psychotischer Symptome eingesetzt werden. Ein Patient (W.) zeigt Zwangsphänomene in nahezu stereotyper, unfreier Weise und nicht im Sinne von gezieltem Coping. Immerhin ermöglichen die Zwänge eine – wenn auch unflexible – Strukturierung irritierender Situationen.

Zwänge sind selbst klinisch manifeste Symptome und neben anderen in der älteren psychiatrischen Literatur in verschiedenster Weise, darunter auch als Copingmechanismen erwähnt (BÖKER/BRENNER 1983, DERISSEN 1989, DITTMANN/SCHÜTTLER 1989, LANGE 1981). Die nie entschiedene und bislang unfruchtbare Diskussion darüber, ob eine Zwangsneurose vor dem Ausbruch einer Schizophrenie schützt, soll hier nicht wiedergegeben werden, da keine vergleichbaren empirischen Studien zu dieser Frage vorliegen und die theoretischen Argumente hinreichend bekannt sind. Auch eine andere derartige Überlegung, ob schwere Zwangskrankheiten als forme fruste der Schizophrenie angesehen werden sollen, ist abgesehen von Einzelfällen spekulativ geblieben. Kritisch anzumerken ist, daß Zwangsphänomene weder in der psychiatrischen Klassifikation der Schizophrenie (ICD, DSM) noch in der neueren Copingliteratur (PRYSTAV 1981, WIEDL/SCHÖTTNER 1989) Beachtung finden.

Aufgrund der Literatur und der eigenen Untersuchung können Zwangsphänomene bei Schizophrenen weder einheitlich als Copingtechniken noch als (pseudo-)neurotische Abwehrmechanismen bezeichnet werden (im Gegensatz zu PFLUG 1984); zu unterschiedlich treten die beiden Symptomkreise zueinander in Beziehung. Naheliegender wäre die Hypothese, daß prämorbid Zwänge, ähnlich wie schizoide Züge, zu den Vorläufern einer schizophrenen Erkrankung gehören und Ausdruck einer Disposition sein können.

Summary

Obsessive – Compulsive Symptoms in Adolescent Schizophrenia

Adolescent schizophrenics show obsessive-compulsive symptoms as often as adult patients. Obsessive-compul-

sive symptoms occur generally both in premorbid and postacute states, whereas they are rarely observed in acute states. A particular preference of any schizophrenic subgroup doesn't seem to exist. Obsessive-compulsive phenomena are not the same as coping-techniques or (pseudo)-neurotic defense mechanisms, and don't allow a prediction of a distinct outcome. The relationship between schizophrenia and obsessive-compulsive symptoms is variable, and doesn't follow a set pattern.

Literatur

- ADAMS, P. (1973): Obsessive children. New York: Brunner/Mazel. – BÖKER, W./BRENNER, H. D. (1983): Selbstheilungsversuche Schizophrener: psychopathologische Befunde und Folgerungen für Forschung und Therapie. *Nervenarzt* 54, 578–589. – BREIER, A./STRAUSS, J. S. (1983): Self-control in psychotic disorders. *Arch. Gen. Psychiat.* 40, 1141–1145. – CASTELL, R./EBERLE, U. (1990): Zwangskrankheit im Jugendalter. Beschreibung eines chronischen Verlaufs. *Fundamenta psychiatr.* 4, 41–48. – DELKESKAMP, H. (1965): Langstrecken-Katamnesen von Zwangsneurosen. *Acta psychiatr. scand.* 41, 564–581. – DERISSEN, W. (1989): Krankheitsverarbeitung und Krankheitsverlauf bei schizophrenen Patienten. *Fortschr. Neurol. Psychiat.* 57, 434–439. – DITTMANN, J./SCHÜTTLER, R. (1989): Bewältigungs- und Kompensationspsychismen bei Patienten mit endogenen Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis. *Psychiat. Prax.* 16, 126–130. – EGGERS, C. (1968): Zwangszustände und Schizophrenie. *Fortschr. Neurol. Psychiat.* 36/10, 576–589. – EGGERS, C. (1969): Zwang und jugendliche Psychosen. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 6, 202–208. – FEER, H. (1973): Zwang und Schizophrenie. *Bibliotheca Psychiatrica* No. 150. Basel: Karger. – FENTON, W. S./McGLASHAN, T. H. (1986): The prognostic significance of obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia. *Am. J. Psychiat.* 143/4, 437–441. – FÖRSTER, E./SCHULTE-HOLTHAUSEN, U. (1979): Zwangskranke im Jugendalter. *Z. Kinder-Jugendpsychiat.* 7, 5–18. – FRIEDRICH, M. H. (1983): Adoleszentenpsychosen. Pathoplastische und psychopathologische Kriterien. *Bibliotheca Psychiatrica* No. 163. Basel: Karger. – HARBAUER, H. (1969): Zur Klinik der Zwangsphänomene beim Kind und Jugendlichen. *Jb. Jugendpsychiat.* 7, 181–191. – HOLLINGSWORTH, C. E./TANGWAY, P. E./GROSSMAN, L./PABST, P. (1988): Longterm outcome of obsessive-compulsive disorder in childhood. *J. Am. Acad. Child Psychiat.* 19, 134–144. – KNÖLKER, U. (1987): Zwangssyndrome im Kindes- und Jugendalter. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. – LANGE, H. U. (1981): Anpassungsstrategien, Bewältigungsreaktionen und Selbstheilungsversuche bei Schizophrenen. *Fortschr. Neurol. Psychiat.* 49, 275–285. – LEONHARD, K. (1986): Aufteilung der endogenen Psychosen und ihre differenzierte Ätiologie. 6., bearb. Aufl. Berlin-Ost: Akademie-Verlag. – MARTIN, M. (1984): Diagnostik und Differentialdiagnose von Zwangssyndromen bei Kindern und Jugendlichen. In: REMSCHMIDT, H. (Hrsg.): *Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen und Familien*, Bd. 2, S. 79–84, Stuttgart: Enke. – MÜLLER, C. (1953): Der Übergang von Zwangsneurose in Schizophrenie im Lichte der Katamnese. *Schweiz. Arch. Neurol. Neurochir. Psychiat.* 72, 218–231. – PFLUG, B. (1984): Selbstheilungsversuche Schizophrener. Bemerkungen zur Arbeit von W. Böker und H. D. Brenner (s. o.). *Nervenarzt* 55, 162. – PROBST, P./ASAM, U./OTTO, K. (1979): Psychosoziale Integration Erwachsener mit initialer Zwangssymptomatik im Kindes- und Jugendalter. *Z. Kinder-Jugendpsych.* 7, 106–121. – PRYSTAV, G.

(1981): Psychologische Copingforschung: Konzeptbildungen, Operationalisierungen und Meßinstrumente. *Diagnostica* 27/3, 189-214. – ROSEN, I. (1957): The clinical significance of obsessions in schizophrenia. *J. ment. Sci.* 103, 773-786. – SIEFEN, G. R./MARTIN, M. (1984): Katamnesen bei zwangskranken Kindern und Jugendlichen. In: REMSCHMIDT, H. (Hrsg.), S. 113-119. – SPITZER, M. (1988): Zwang und Wahn: Ein kasuistischer Beitrag zur klinischen Psychopathologie. *Schweiz. Arch. Neurol.*

Psychiat. 139/6, 61-85. – USCHAKOW, G. K. (1965): Symptomatologie der Initialperiode der im Kindes- und Jugendalter beginnenden Schizophrenie. *Psychiat. Neurol. med. Psychol.* 17/2, 41-47.

Anschr. d. Verf.: Dr. Hellmuth Braun-Scharm, Klinik Rottmannshöhe, 8137 Berg 3