

Editorial

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 57 (2008) 6, S. 427-428

urn:nbn:de:bsz-psydok-48245

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/

EDITORIAL

Die Zwangsstörungen waren bis in die jüngste Vergangenheit eher ein Stiefkind der Psychiatrie. Es fehlte eine Erfolg versprechende Behandlung und diese Erkrankung wurde lange falsch eingeschätzt. Das Bild der Zwangsstörungen wird bis heute von der negativen Bewertung der zwanghaften Persönlichkeitsstörung überlagert. Der zwangskranke Patient leidet unter einer Krankheit, die ihn zwingt, sich zum Beispiel ständig zu waschen oder etwas zu kontrollieren. Ansonsten kann er alle Charaktereigentümlichkeiten und -züge aufweisen, die ein Mensch haben kann. Laut ICD-10 sind Zwangsstörungen wie folgt gekennzeichnet: „Wesentliche Kennzeichen sind wiederkehrende Zwangsgedanken und Zwangshandlungen. Zwangsgedanken sind Ideen, Vorstellungen oder Impulse, die den Betroffenen immer wieder stereotyp beschäftigen. Sie sind fast immer quälend, weil sie gewalttätigen Inhalts oder obszön sind, weil sie als sinnlos erlebt werden und die betroffene Person erfolglos versucht, Widerstand zu leisten. Sie werden als eigene Gedanken erlebt, selbst wenn sie als unwillkürlich und häufig als abstoßend empfunden werden. Zwangshandlungen oder -rituale sind ständig wiederholte Stereotypen. Sie werden weder als angenehm empfunden, noch dienen sie dazu, an sich nützliche Aufgaben zu erfüllen. Die betroffene Person erlebt sie oft als Vorbeugung gegen ein objektiv unwahrscheinliches Ereignis, das ihr Schaden bringen oder bei dem sie selbst Unheil anrichten könnte. Im Allgemeinen, wenn auch nicht immer, wird dieses Verhalten von der betroffenen Person als sinnlos und ineffektiv erlebt. Sie versucht immer wieder, dagegen anzugehen, bei sehr lange andauernden Störungen kann der Widerstand schließlich minimal sein. Vegetative Angstsymptome sind häufig vorhanden, aber auch quälende innere Anspannung oder auffällig vegetative Stimulation. Es besteht eine enge Verbindung zwischen Zwangssymptomen, besonders Zwangsgedanken, und Depression. Patienten mit einer Zwangsstörung haben oft depressive Symptome und Patienten, die unter rezidivierenden depressiven Störungen leiden, können während ihrer depressiven Episoden Zwangsgedanken entwickeln. In beiden Fällen wechselt der Schweregrad der Zwangssymptome im Allgemeinen entsprechend dem zu- oder abnehmenden Schweregrad der depressiven Symptome.“

Die Zwangskrankheit ist bei Männern und Frauen gleich häufig, oft finden sich schon prämorbid beträchtliche zwanghafte Persönlichkeitszüge. Der Krankheitsbeginn liegt meist in der Kindheit oder im frühen Erwachsenenalter. Der Verlauf ist unterschiedlich und beim Fehlen deutlich depressiver Symptome eher chronisch“ (Remschmidt, Schmidt, Poustka, 2001).

In den letzten Jahren haben verhaltenstherapeutische und psychopharmakologische Therapien Behandlungserfolge gezeigt, so dass die Zwangsstörungen nicht mehr als unbehandelbar gilt. Heute werden entgleiste neurobiologische Vorgänge als Ursache für die Krankheit angenommen. Bildgebende Verfahren gestatten einen Einblick in die krankhaft veränderten Funktionsweisen des Gehirns. Zusammenhänge mit anderen Erkrankungen werden deutlich und erklärbar.

Zum vierten Male haben wir Therapeutinnen und Therapeuten gewinnen können, zu einem bestimmten Krankheitsbild ihr Vorgehen in Diagnostik und Therapie zu beschreiben und damit auch zur Diskussion zu stellen.

Nach der Darstellung des neuesten Kenntnisstandes aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht (Jans, Walitza, Warnke, 2008) kommen Psychotherapeuten zu Wort, die die Verhaltenstherapie (Ambühl, 2008), die Psychoanalyse (von der Marwitz, 2008) und die Familientherapie (Reich, 2008) vertreten. Wir hoffen, dass auch dieses Heft auf Ihr Interesse stößt.

Ulrike Lehmkuhl

- Ambühl, H. (2008). Indikationsstellung und Therapie der Zwangsstörungen bei Kindern und Jugendlichen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 57, 457-467.
- Jans, T., Walitza, S., Warnke, A. (2008). Zwangsstörungen bei Kindern und Jugendlichen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 57, 429-456.
- Reich, G. (2008). Familiendynamik und Familientherapie bei Zwangsstörungen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 57, 486-498.
- Remschmidt, H., Schmidt, M. H., Poustka, F. (Hrsg.) (2001). *Multiaxiales Klassifikationschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO*. Bern: Huber.
- von der Marwitz, T. (2008). Zu Ätiologie, psychoanalytischer Diagnostik und Behandlung von Zwangserkrankungen bei Kindern und Jugendlichen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 57, 468-485.