

Strehlow, Ulrich / Kirchmann, Hiltrud M.A. und Schäfer, Hermann
**Ein ungewöhnliches Zusammentreffen: Elektiver Mutismus und
Syndrom des schlafgebundenen bioelektrischen Krampfstatus
(ESES)**

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 42 (1993) 5, S. 157-160

urn:nbn:de:bsz-psydok-36435

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

Erziehungsberatung

- JAEDE, W.: Trennungs- und Scheidungsberatung in Erziehungsberatungsstellen unter besonderer Berücksichtigung kindlicher Entwicklungskriterien (Counseling in Situations of Separation and Divorce) 42
- SPECHT, F.: Zu den Regeln des fachlichen Könnens in der psychosozialen Beratung von Kindern, Jugendlichen und Eltern (The Rules of Expert Skills in Psycho-Social Counseling of Children, Adolescents and Parents) ... 113

Forschungsergebnisse

- AMON, P./BECK, B./CASTELL, R./MALL, W./WILKES, J.: Umschriebene Sprachentwicklungsrückstände bei Sonderschülern (Specific Language Retardation in Educationally Subnormal Children) 150
- BERNHARDT, H.: „Niemals auch nur zu den primitivsten Arbeitsleistungen zu gebrauchen“. Die Tötung behinderter und kranker Kinder 1939 bis 1945 in der Landesheilanstalt Ueckermünde ("Never Usable for Even the Most Primitive Jobs" – The Killing of Handicapped and Ill Children 1939 Until 1945 in the State Mental Hospital of Ueckermünde) 240
- ECK, M./LOHAUS, A.: Entwicklung und Evaluation eines Präventionsprogramms zum sexuellen Mißbrauch im Vorschulalter (Development and Evaluation of a Program for Sexual Abuse Prevention in Preschool Children) 285
- ELBING, U./ROHMANN, U.H.: Evaluation eines Intensivtherapie-Programms zur Behandlung schwerer Verhaltensstörungen bei geistig Behinderten mit autistischen und psychotischen Verhaltensweisen (Treatment Evaluation of Severe Behavior Disorders in Mentally Handicapped Persons with Autistic or Psychotic Symptoms) 248
- GERWERT, U./THURN, C./FEGERT, J.: Wie erleben und bewältigen Mütter den sexuellen Mißbrauch an ihren Töchtern? (How do Mothers Experience the Sexual Abuse of Their Daughters?) 273
- KAPFFHAMMER, H.-P./NEUMEIER, R./SCHERER, J.: Ich-Entwicklung im Übergang von Jugend und jungem Erwachsenenalter: Eine empirische Vergleichsstudie bei psychiatrischen Patienten und gesunden Kontrollprobanden (Ego Development in the Transition from Adolescence to Adulthood: A Comparison of Psychiatrically III and Mentally Healthy Young Adults) 106
- KAPFFHAMMER, H.-P./NEUMEIER, R./SCHERER, J.: Identitätsstatus im Übergang von Jugend und jungem Erwachsenenalter: Eine empirische Vergleichsstudie bei psychiatrischen und gesunden Kontrollprobanden (Identity Status in the Transition from Adolescence to Adulthood: A Comparison of Psychiatrically III and Mentally Healthy Young Adults) 68
- KLICPERA, C./SCHABMANN, A.: Die Häufigkeit von emotionalen Problemen und Verhaltensauffälligkeiten im Unterricht und der Zusammenhang mit Lese- und Rechtschreibschwierigkeiten: Ergebnisse einer Längsschnittuntersuchung (The Frequency of Emotional Problems

- and Maladaptive Classroom-Behavior and Their Relation to Reading and Spelling Difficulties: Results of a Longitudinal Study) 358
- KÜHL, R./HINRICHS, G.: Attributionsstile bei psychisch und somatisch erkrankten Jugendlichen (Attributional Styles in Adolescents with Psychic and Somatic Disorders) 204
- KÜSSEL, M./NICKENIG, L./FEGERT, J.: „Ich hab' auch nie etwas gesagt.“ Eine retrospektiv-biographische Untersuchung zum sexuellen Mißbrauch an Jungen ("I Never Said Anything." – A Retrospective-Biographical Study About Sexual Abuse of Boys) 278
- LANFRANCHI, A.: „... wenigstens in meinem Dorf ist es Brauch...“. Von der Stagnation zur Transformation familiärer Wirklichkeitskonstrukte ("... at least in my village it's a custom...". From Stagnation to Transformation in Immigrant Family 'Reality Constructs') 188
- LANGENFELDT, H.-P./LUYS, K.: Mütterliche Erziehungseinstellungen, Familienklima und Neurodermitis bei Kindern – eine Pilotstudie (Educational Attitudes, Family's Atmosphere and Atopic Eczema in Children – a Pilot Study) 36
- SARIMSKI, K.: Aufrechterhaltung von Schlafstörungen im frühen Kindesalter: Entwicklungspsychopathologisches Modell und Pilot-Studie (Sleep Disorders in Early Childhood: Developmental Psychopathology an Results of a Pilot Study) 2
- SCHEPKER, R.: Die Bedeutung der Schulleistungen bei Jugendlichen mit anorektischen Störungen (School Performance in Adolescents with Anorectic Disorders) .. 8
- SUESSE, T./MEYER, H.: Die „Kinderfachabteilung“ in Lüneburg: Tötung behinderter Kinder zwischen 1941 und 1945 (The "Spezialized Children's Department" in Lüneburg: The Killing of Handicapped Children between 1941 and 1945) 234
- WILKES, J./AMON, P./BECK, B./CASTELL, R./MALL, W.: Motorische Entwicklungsstörungen und psychiatrische Diagnosen bei Sonderschülern (Motor Function Disorder and Psychiatric Diagnoses of Educationally Subnormal Children) 198
- WINTER, S./KNÖLKER, U.: Zum Berufsverständnis der Ärztinnen/Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie in den alten Bundesländern (1990) (The Professional Concepts of Child and Adolescent Psychiatrists in Former West Germany) 208

Praxisberichte

- BARTH, R./WARREN, B.: Zur Förderung einer positiven Beziehung zwischen Eltern und Kind – ein Beratungsangebot für Familien mit Säuglingen und Kleinkindern in Sydney (Fostering a Positive Relationship Between Parents and Child – A Counseling Service for Families with Infants in Sydney) 339
- HINRICHS, G./LANGKAMP, A.: Eine sozialpädagogisch orientierte Therapiestation in einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie (A Socio-Pedagogic Oriented

Therapeutic Ward in a Clinic for Child and Adolescent Psychiatry)	167	REITER-THEIL, S./EICH, H./REITER, L.: Der ethische Status des Kindes in der Familien- und Kinderpsychotherapie (The Ethical Status of the Child in Family and Child Psychotherapy)	14	
KNOKE, H.: Teamsupervision in Kindertagesstätten (Team Supervision in Child Care Centers)	83	ULLRICH, G.: Rollen und Aufgaben psychosozialer Mitarbeiter in der Kinderklinik: (I) Begründung und Problematik der psychosomatischen Kooperation (The Role and the Task of Psychosocial Specialists Working in Pediatric Hospitals: (I) Motives and Problems of an Interdisciplinary Approach)	260	
SARIMSKI, K.: Focussierte Beratung mit Müttern ehemaliger Frühgeborener (Focused Counseling for Mothers of Discharged Preterm Babies)	363	ULLRICH, G.: Rollen und Aufgaben psychosozialer Mitarbeiter in der Kinderklinik: (II) Psychosoziale Versorgung heißt Experimentieren (The Role and the Task of Psychosocial Specialists Working in Pediatric Hospitals: (II) There is no Good Psychosocial Care in Medical Settings without Improvisation)	299	
SCHORNSTHEIMER, G.: Artefakt als kreatives Geschehen – eine Falldarstellung (Dermatitis Artefacta as a Creative Attempt to Conflict Solving)	78	ULLRICH, G.: Rollen und Aufgaben psychosozialer Mitarbeiter in der Kinderklinik: (III) Resümee (The Role and the Task of Psychosocial Specialists in Pediatric Hospitals: (III) Resume)	326	
STREHLOW, U./KIRCHMANN, H.M.A./SCHÄFER, H.: Ein ungewöhnliches Zusammentreffen: Elektiver Mutismus und Syndrom des schlafgebundenen bioelektrischen Krampfstatus (ESES) (An Unusual Coincidence: Elective Mutism and Sleepbound Bioelectric Seizures (ESES))	157	VOLL, R.: Der Scham-Schuld-Sorge-Komplex bei Eltern von Kindern nach Schädel-Hirn-Trauma (The Shame-Guilt-Care-Complex of Parents of Children after Cranio-Cerebral-Trauma)	331	
WERNITZNIG, H.: Stationäre Behandlung eines elektiv mutistischen Kindes – eine Fallstudie (Residential Treatment of a Prolonged Electively Mute Boy – A Case Study)	160	WIESSE, J.: Vom langen Abschied – Wege der Psychoanalyse in der Spätadoleszenz (The Long Good-Bye – Ways of Psychoanalysis in Late Adolescence)	171	
Psychotherapie				
WITTENBERGER, A.: Gegenübertragung als therapeutisches Instrument in der analytischen Kinderpsychotherapie (Countertransference as a Therapeutic Instrument in Analytical Child Therapy)	88			
Übersichten				
BAETHGE, G.: Ängste und unbewußte Phantasien in Adoptionsfamilien (Fears and Unconscious Phantasies in Adoptive Families)	49	Werkstattberichte		
BAUERS, B.: Die „dritte Beziehung“: Triangulierende Funktionen in der analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (The Third Relationship: The Triangulating Functions in Analytic Child and Adolescent Psychotherapy)	124	VERGHO, C./LOSSEN, H.: Familienberatung bei Trennung und Scheidung im Amtsgericht: das Regensburger Modell	345	
BERGER, M.: Zur Entwicklung von Kindern nach reproduktionsmedizinischer Behandlung ihrer Eltern (Psychological and Child Psychiatric Aspects of Child Development After Their Parents had Undergone Medical Treatment of the Reproductive System)	368	WAGNER, A./WEGENER, M.: Adoption – eine unwiderrufliche Entscheidung	55	
BRANIK, E.: Der psychosomatische Konsiliar- und Liaison-Dienst in der Pädiatrie (Psychosomatic Consultation-Liaison Service in Pediatrics)	373	Tagungsberichte		
FEGER, J./GERWERT, U.: Qualitative Forschungsansätze im praxisnahen Einsatz in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (The Methodology of Qualitative Research and its Practical Use in the Child Psychiatric Study)	293	Grenzüberschreitungen in der Psychoanalyse – Arbeitstagung der Deutschen Psychoanalytischen Gesellschaft e.V. vom 20.–23. Mai 1993 in Göttingen		348
HEEKERENS, H.-P.: Die Wirksamkeit des GORDON-Elterntraining (The Efficacy of Parent Effectiveness Training)	20	10 Jahre Weiterbildungsseminar für Kinder-, Jugendlichen- und Familientherapie in Marburg		25
HUMMEL, P./ASCHOFF, W./BLESSMANN, F./ANDERS, D.: Sexuell aggressive Handlungen durch einen Jugendlichen mit Klinefelter-Syndrom (Sexually Aggressive Actions of a Youth with Klinefelter-Syndrome)	132	Buchbesprechungen		
KUSCH, M./VETTER, C./BODE, U.: Stationäre psychologische Betreuung in der pädiatrischen Onkologie: Konzept einer behandlungsbegleitenden Versorgung (On the Ward Psychological Care in the Pediatric Oncology: A Concept of Treatment-Accompanied Psychological Care)	316	BASTINE, R. (Hrsg.): Klinische Psychologie, Bd. 2	224	
		BERG, I.K.: Familien-Zusammenhalt(en). Ein kurztherapeutisches und lösungsorientiertes Arbeitsbuch	312	
		BRUNS, I.: „Ich hab die doch so lieb...“ Wenn ein Kind an Krebs erkrankt	351	
		BUNDSCHUH, K.: Heilpädagogische Psychologie	311	
		CARDENAS, B.: Diagnostik mit Pfiffigunde	222	
		CHILAND, E./YOUNG, E. (Eds.): New Approaches to Mental Health from Birth to Adolescence	222	
		DE SHAZER, S.: Putting Difference to Work	218	
		DOHMEN-BURK, R.: Gestörte Interaktion und Behinderung von Lernen	30	
		EICKHOFF, F.W./LOCH, W. (Hrsg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 28	61	
		EICKHOFF, F.W./LOCH, W. (Hrsg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 29	220	

FABER, F. R./HAARSTRICK, R.: Kommentar Psychotherapie-Richtlinien	62	PETERMANN, F./LECHELER, J. (Hrsg.): Asthma bronchiale im Kindes- und Jugendalter	29
FINGER-TRESCHER, U.: Wirkfaktoren der Einzel- und Gruppenpsychotherapie	64	PETILLON, H.: Das Sozialleben des Schulanfängers. Die Schule aus der Sicht des Kindes	352
FORSCHUNGSGRUPPE JUGENDHILFE KLEIN-ZIMMERN: Familiengruppen in der Heimerziehung. Eine empirische Studie zur Entwicklung und Differenzierung von Betreuungsmodellen	63	RAUCHFLEISCH, U.: Allgegenwart von Gewalt	308
GAEDT, C./BOTHE, S./HENNING, M. (Hrsg.): Psychisch krank und geistig behindert	383	RESCH, F.: Therapie der Adoleszentenpsychosen	29
GEHRING, T.-M.: Familiensystemtest (FAST)	355	ROSSMANN, P.: Depressionsdiagnostik im Kindesalter	28
GIRGENSOHN-MARCHAND, B.: Der Mythos Watzlawick. Eine Streitschrift gegen systemisches und konstruktivistisches Denken in pädagogischen Zusammenhängen	382	RUBIN, J. A.: Kunsttherapie als Kindertherapie	382
HIRBLINGER, H.: Pubertät und Schülerrevolte. Gruppenphantasien und Ich-Entwicklung in einer Schulklasse – eine Falldarstellung	308	SARIMSKI, K.: Interaktive Frühförderung. Behinderte Kinder: Diagnostik und Beratung	383
JANSEN, F./STREIT, U.: Eltern als Therapeuten. Ein Leitfaden zum Umgang mit Schul- und Lernproblemen	221	SCHAEFFER, M. R.: ... und was geschieht mit den Kindern?	218
KOLIP, P.: Freundschaften im Jugendalter. Der Beitrag sozialer Netzwerke zur Problembewältigung	354	SCHARFWINKEL, U.: „Ich gehe jetzt in mein anderes Zuhause.“ Werden und Wachsen in einer Kinderklinik	351
Lieb, H./Lutz, R. (Hrsg.): Verhaltenstherapie	353	SOLNIT, J. A./NEUBAUER, P. B. (Eds.): The Psychoanalytic Study of the Child, Vol. 46	92
LUDEWIG, K.: Systemische Therapie. Grundlagen klinischer Theorie und Praxis	219	STEINHAUSEN, H.-C. (Hrsg.): Hirnfunktionsstörungen und Teilleistungsschwächen	311
MASSING, A./REICH, G./SPERLING, E.: Die Mehrgenerationen-Familientherapie	225	STIERLIN, H.: Von der Psychoanalyse zur Familientherapie	30
MISCHNICK, H./ROSSBACH, M.: Das Sexualverhalten Jugendlicher unter der Bedrohung von AIDS	62	VAN DEN BROEK, J.: Verschwiegene Not: Sexueller Mißbrauch an Jungen	352
MOHR, P.: Jürgen Bartsch: Opfer und Täter. Das Selbstbild des Kindermörders in Briefen	31	WIESSE, J. (Hrsg.): Chaos und Regel. Die Psychoanalyse in ihren Institutionen	220
MORDIER, J. P.: Die Latenzzeit der französischen Psychoanalyse 1895–1926	351	WITTE, E. H./KESTEN, I./SIBBERT, J.: Trennungs- und Scheidungsberatung	309
MUSSEN, P. H./CONGER, I. J./KAGAN, I./HUSTON, A. C.: Lehrbuch der Kinderpsychologie, Bd. 1	312	ZUSCHLAG, B.: Das Gutachten des Sachverständigen. Rechtsgrundlagen, Fragestellungen, Gliederung, Rationalisierung	64
MÜLLER, A.: Kommunikation und Schulversagen. Systemtheoretische Beobachtungen im Lebensfeld Schule	28		
NIENSTEDT, M./WESTERMANN, A.: Pflegekinder: Psychologische Beiträge zur Sozialisation von Kindern in Ersatzfamilien	59	Editorial 232, 273	
OTTO, H. U./FLÖSSER, G. (Eds.): How to Organize Prevention	311	Mitteilungen der Herausgeber 350	
		Autoren der Hefte 27, 57, 92, 139, 171, 215, 266, 306, 350, 379	
		Diskussion/Leserbriefe 27	
		Zeitschriftenübersicht 58, 139, 216, 306, 380	
		Tagungskalender 33, 65, 102, 145, 182, 226, 269, 314, 356, 382	
		Mitteilungen 33, 66, 102, 146, 183, 226, 270, 385	

Aus der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie (Ärztl. Direktor: Prof. Dr. Müller-Küppers) der Psychiatrischen Klinik und der Kinderklinik (Ärztl. Direktor: Prof. Dr. Bremer) der Universität Heidelberg

Ein ungewöhnliches Zusammentreffen: Elektiver Mutismus und Syndrom des schlafgebundenen bioelektrischen Krampfstatus (ESES)

Ulrich Strehlow, Hiltrud M.A. Kirchmann und Hermann Schäfer

Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit stellt die Kasuistik eines 9-jährigen Mädchens dar, das an einem elektiven Mutismus und einer seltenen Anfallsform (ESES) leidet. Nach einer kurzen Literaturübersicht zu den beiden seltenen Krankheitsbildern werden Diagnostik, Psychotherapie und antikonvulsive Therapie sowie ein gut zweijähriger weiterer Verlauf beschrieben. Es wird die These vertreten, daß in diesem Fall unabhängig voneinander zwei sehr seltene Krankheitsbilder auftraten, und es werden die Schwierigkeiten diskutiert, die sich aus der Notwendigkeit ergeben, zwei ganz verschiedene Therapiekonzepte zu integrieren.

1 Einleitung

In der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10 Kapitel V, vgl. DILLING et al., 1991) wird der elektive Mutismus als gesonderte Kategorie (F 94.0) geführt unter der Überschrift „Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend“. Es wird darunter eine Störung verstanden, „die durch eine deutliche, emotional bedingte Selektivität des Sprechens charakterisiert ist. Das Kind zeigt seine Sprachkompetenz in einigen Situationen, in anderen definierten Situationen jedoch nicht. Meistens tritt die Störung erstmals in der frühen Kindheit auf, mit ungefähr gleicher Häufigkeit bei beiden Geschlechtern. Meist ist der Mutismus mit deutlichen Persönlichkeitsbesonderheiten, wie Sozialangst, Rückzug, Empfindsamkeit oder Widerstand verbunden. Typischerweise spricht das Kind zu Hause oder mit engen Freunden, ist jedoch in der Schule oder bei Fremden mutistisch. Es können auch andere Muster (einschließlich des umgekehrten) auftreten.“ Ein eindrucksvolles Leitsymptom wird hier – wie im DSM III-R (WITTCHEN et al., 1991) – zur Diagnose gemacht im Gegensatz zur Sichtweise älterer deutschsprachiger Autoren (DÜHRSEN, 1978; MISCH, 1952; WEBER, 1950), die den psychogenen Mutismus als Symptom einer Reaktion oder Neurose entsprechend der psychoanalytischen Krankheitslehre einordneten. Übereinstimmend werden weitere begleitende Symptome, besonders Enuresis und Enkopresis genannt.

Die Abgrenzung des psychogenen elektiven Mutismus von organisch bedingten Störungen ist aufgrund der Anamnese mit zunächst in etwa altersentsprechender Sprachentwicklung und der mit einigen Vertrauten, meistens Familienmitgliedern, aufrechterhaltenen sprachlichen Kommunikation leicht. In der Regel gelingt es, von den Angehörigen und aus schriftlichen Äußerungen der Patienten zuverlässige Angaben über das Sprachniveau bzw. eventuelle Auffälligkeiten zu erhalten.

Mit dem Begriff „Electrical Status Epilepticus During Slow Sleep“ (ESES) bezeichnet man ein Krankheitsbild, das altersabhängig in Erscheinung tritt und durch zwei wesentliche Merkmale charakterisiert ist (TASSINARI et al., 1985). Zum einen finden sich, in interindividuell unterschiedlichem Ausmaß, zerebrale Krampfanfälle in Form atypischer Absencen, fokaler oder generalisierter motorischer Anfälle. Zum anderen zeigen Elektroenzephalogramme (EEG) wiederholt das Bild eines praktisch kontinuierlichen bioelektrischen Status epilepticus (> 85% der Zeit), der fast ausschließlich an den NON-REM-Schlaf gebunden ist. Sowohl die EEG-Veränderungen als auch die zerebralen Anfälle zeigen im Adoleszentenalter praktisch immer eine vollständige Remission.

Die meisten Patienten mit ESES zeigen, bereits zum Zeitpunkt der Diagnosestellung oder im Verlauf, eine Reihe neuropsychologischer und/oder psychiatrischer Auffälligkeiten. Es entwickeln sich insbesondere zunehmende Defizite im sprachlichen Bereich, vor allem des Sprachverständnisses. Unbehandelt führt das ESES-Syndrom meist zu deutlichen mentalen Verschlechterungen, vereinzelt werden dementielle Verläufe beschrieben. Seltener beobachtet werden Verhaltensauffälligkeiten (Hyperaktivität, Aufmerksamkeitsstörungen, Aggressivität, gestörter sozialer Kontakt) und gelegentlich auch psychotische Reaktionen (TASSINARI et al., 1985; MOROKAWA et al., 1985; ROULET et al., 1991). Jüngeren Beobachtungen zufolge (BOEL u. CASAE, 1989; ROULET et al., 1991) gibt es eine positive Korrelation zwischen dem Ausmaß der hypersynchronen Aktivität im EEG einerseits und dem der neuropsychologischen Defizite andererseits. Doch analog zu dem in vieler Hinsicht ähnlichen Landau-Kleffner-Syndrom (Epilepsie mit erworbener Aphasie) können diese Defizite, im Sinne eines Residualsyndroms, über den Zeitraum der eigentlichen Epilepsie und der EEG-Veränderungen hinaus persistieren.

2 Kasuistik

Symptomatik: S. wird wegen eines elektiven Mutismus von ihrer Kindertherapeutin, bei der sie seit 9 Monaten in Behandlung ist, an die Ambulanz der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie überwiesen und hier schließlich für insgesamt 6 Monate stationär aufgenommen. In der 2. Klasse der Grundschule drohte trotz guter schriftlicher Leistungen wegen völlig fehlender mündlicher Mitarbeit ein Scheitern, und die Schule drängte auf weitergehende therapeutische Maßnahmen.

Seit ihrem 4. Lebensjahr – aufgefallen mit dem Eintritt in den Kindergarten – spricht S. lediglich mit ihrer Mutter und ihren beiden Schwestern und seit kurzem auch mit dem seit über 2 Jahren in der Familie lebenden Stiefvater. Außerhalb der Familie verständigt sie sich nur durch Mimik und Gestik, weder im Kindergarten noch in der Schule hat sie bislang auch nur ein einziges Wort gesprochen. Während sich S. Fremden gegenüber ängstlich und gehemmt verhält, nahm sie bis vor etwa einem halben Jahr vor der klinischen Aufnahme eine dominierende Rolle innerhalb der Familie ein und hatte mit ihrer jüngeren Schwester heftigste körperliche Auseinandersetzungen. Auf der Straße schlug sie andere Kinder und rief dabei manchmal Sätze wie „Laß mich in Ruhe, du blöde Kuh“ aus. Dieses Verhalten änderte sich schlagartig von einem Tag auf den anderen, als die Mutter „einmal platzte“. Seitdem verhält sich S. auch innerhalb ihrer Familie scheu und angepaßt. S. geht gerne in die Schule und zeigt gute schriftliche Leistungen. Sie hat aber keine Kontakte zu anderen Kindern und spielt in den Pausen ausschließlich mit ihren beiden Schwestern. Zu Hause liest sie viel und zieht sich auch so innerhalb der Familie noch einmal weiter zurück. Hinweise auf wie auch immer geartete Auffälligkeiten in der Sprachentwicklung ergeben sich nicht.

Anfälle: Nach unauffälligem Schwangerschaftsverlauf und Geburt erlitt S. im Alter von 2 Monaten einen fraglichen cerebralen Krampfanfall mit Blässe, Hervortreten des linken Auges, Zittern der Unterlippe, gefausteten Händen und verminderter Ansprechbarkeit über etwa eine Stunde. Die damals durchgeführte Diagnostik einschließlich EEG, Augenarzt, Röntgenaufnahmen der linken Hand sowie Labordiagnostik waren unauffällig gewesen. Bei der neurologischen Untersuchung fand sich eine auffällige Bevorzugung der linken Körperhälfte, weshalb ein Handling nach Bobath vorgeschlagen wurde. Die psychomotorische Entwicklung verlief dann unauffällig. Gezielt aufgrund der Anamnese und des neurologischen Befundes (s. u.) angesprochen, konnte S. angeben, daß sie seit der Kindergartenzeit um eine Schwäche ihres linken Beines beim Rennen und Hüpfen wisse.

Jeweils drei Monate und einen Monat vor der stationären Aufnahme erlitt S. zwei generalisierte cerebrale Krampfanfälle, deren Beginn nicht beobachtet werden konnte. Da zum Zeitpunkt des zweiten Anfalls der Termin für die stationäre Aufnahme wegen des Mutismus bereits feststand, wurde auf eine vorherige diagnostische Klärung verzichtet. Außer den beschriebenen, behandlungsrelevanten Symptomen bestand bei S. noch eine primäre Enuresis nocturna, die bisher (im Alter von 9 Jahren) diagnostisch nicht geklärt worden war.

Familienanamnese: Drei Jahre vor der stationären Aufnahme trennte sich S.s Mutter von dem schwer alkoholkranken 33jährigen Vater, einem gelernten Handwerker, der sich nie um die Familie gekümmert, randaliert und die Familie in Angst und Schrecken versetzt hatte. Sein Vater soll an einer Epilepsie gelitten haben, über die nichts Näheres bekannt ist. S.s 30jährige Mutter war bis zur Geburt des ersten Kindes in ihrem erlernten handwerklichen Beruf tätig. Zu ihrer als sehr dominant erlebten Mutter hat sie noch heute eine fast feindselige Beziehung und

kann sich gegen Übergriffe nicht wehren. Als Kind wurde sie von ihr oft mißhandelt. Durch die sehr rasch aufeinanderfolgenden Geburten von 4 Töchtern (–2 Jahre bis +2 Jahre in bezug auf S.), den Alkoholismus ihres Mannes und den plötzlichen Kindstod der zweitältesten Tochter im Alter von 13 Wochen war die Mutter so überfordert, daß sie keine Geduld mehr für ihre Kinder aufbringen konnte und sie häufig schlug. Heute bedauert sie das tief; seit der Trennung von ihrem Mann ist dies nicht mehr vorgekommen.

Der jetzige Stiefvater ist etwas jünger als die Mutter und warmherzig im Umgang mit den Kindern. Trotzdem brauchte S. mehr als ein Jahr, bis sie anfang, mit ihm zu sprechen; inzwischen ist er ganz in die familiäre „Sprechgemeinschaft“ aufgenommen worden. Zu ihrem leiblichen Vater, den sie verachtet, hat S. seit der Trennung keinen Kontakt mehr. Die Familie ist in sich stark gebunden, lebt jedoch in sozialer Isolation.

Befunde: Das körperlich altersgemäß entwickelte 9jährige Mädchen zeigt keine internistischen Auffälligkeiten. Bei der neurologischen Untersuchung fand sich eine Halbseitensymptomatik mit Betonung des linken Beines: Muskeleigenreflexe sind links etwas lebhafter als rechts, Hüpfen ist auf dem linken Bein kaum möglich, beim Rennen und Treppensteigen ist ebenfalls eine leichte Symptomatik links zu erkennen. Der Gang ist dagegen kaum auffällig. Im Bereich der Arme ist kein pathologischer Befund zu erheben, Diadochokinese, Gleichgewicht und Koordination sind altersgemäß, die Rechts- und Linksunterscheidung ist bei sich selber und dem Untersucher sicher ausgebildet.

Wach-EEG: Altersgemäße Grundaktivität, normale Amplitudenkorelation, guter Blockierungseffekt. Generalisierte hypersynchrone Aktivität (HsA), überwiegend in Form bilateral synchroner 3/sec spike waves und sharp slow wave-Komplexe mit einer maximalen Dauer von 7 sec; deutliche Aktivierung dieser Potentiale unter Hyperventilation. Zusätzlich finden sich rechts temporal betonte, z. T. unvollständig generalisierte, meist einzelstehende und in kurzen Gruppen auftretende sharp slow wave-Komplexe, z. T. auch frontal betont.

Schlaf-EEG: Im Schlaf findet sich eine kontinuierliche, irreguläre, generalisierte spike wave Aktivität, z. T. auch bilateral synchron im Sinne eines kontinuierlichen bioelektrischen Status epilepticus während der gesamten abgeleiteten Schlafphase (ESES).

Ophthalmologischer Befund: Beidseitige Myopie, rechts –3,25; links –3,00. Die visuell evozierten Potentiale sind bei eingeschränkter Mitarbeit beidseits auffällig aber nicht sicher verwertbar. Die übrigen Zusatzuntersuchungen, insbesondere alle Laborparameter, urologischen Befunde und die Kernspintomographie des Gehirns sind unauffällig.

Psychologische Untersuchung: In der Ambulanz war S. mangels Mitarbeit einer testpsychologischen Untersuchung kaum zugänglich. Im Verlaufe des stationären Aufenthaltes ist S. dann zu einer Mitarbeit in der Lage: Sie wirkt teils freundlich zugänglich, dann wieder angespannt ängstlich. Sie äußert sich ausschließlich schriftlich: Im Leistungsbereich erreicht sie ein insgesamt durchschnittliches Niveau: Raven IQ 109, Hawik-R Gesamt IQ 97 (HQ 90, VQ 104) mit einer Schwäche im Bilderergänzen von nur 3 WP, die auch bei Wiederholung nach Korrektur der Myopie mit 5 Wp bestehen bleibt. Im Göttinger Formreproduktionstest wird mit 16 Fehlern ein Wert im unteren Leistungsbereich einer Vergleichsgruppe gleichaltriger, gesunder Kinder (PR 73) erreicht, im Aufmerksamkeits-Belastungstest (d2) bei durchschnittlichem Arbeitstempo hochkonzentriert mit wenigen Fehlern (PR 99,6) gearbeitet. Im projektiven Verfahren (TGT) zeigt sich eine hohe Irritierbarkeit verbunden mit unspezifischen Ängsten, auf die S. mit Rückzug und Vermeidungsverhalten reagiert. Aktive Strategien und Selbstaussdruck sind stark angstbesetzt.

Psychischer Befund: Beim ambulanten Erstkontakt reagiert S. kaum auf Fragen, läßt sich jedoch leicht zum Schreiben und Malen motivieren. Dabei hält sie intensiven Blickkontakt. Nicht angesprochen sitzt sie ohne bemerkbare affektive Beteiligung stumm neben ihrer Mutter. Bei der stationären Aufnahme nimmt S. die zur Begrüßung gereichte Hand nicht an, sie spricht kein einziges Wort. Sie folgt aber der Unterhaltung aufmerksam und drückt sich mimisch und mit Kopfnicken aus. Dabei wirkt sie unsicher und sehr ängstlich.

Beide Eltern wirken sehr überangepaßt und ängstlich. Sie stehen der Aufnahme ambivalent gegenüber: Nur der Schullehrer habe ihnen „den ganzen Schlamassel eingebrockt“. Vor allem die Mutter scheint eine Behandlung nicht für unbedingt erforderlich zu halten, sie hat lediglich Sorge, daß S. später im Berufsleben Schwierigkeiten bekommen könnte. Daß ihre Tochter schon jetzt in großer emotionaler Not ist, scheint ihr nicht deutlich zu sein. Die Trennung beim Abschied ist für Eltern und Kind schmerzhaft und nur mit Hilfe möglich, S. beruhigt sich allerdings ausgesprochen rasch wieder und läßt sich dann erst einmal keine Gefühlsregungen mehr anmerken.

Therapie: Die stationäre kinderpsychiatrische Behandlung erfolgt in einer Gruppe von fünf 9 bis 16 Jahre alten Mädchen, die offen in einer antriebsfreundlichen Atmosphäre geführt wird. Neben Einzel- und Gruppentherapie sowie Familientherapie liegt ein großes Gewicht auf der pädagogischen Arbeit auf der Station (MÜLLER-KÜPPERS, 1967). Selbstverständlich wurde akzeptiert, daß S. nicht spricht, und die Kommunikation schriftlich oder nonverbal geführt hat. Eine symptomspezifische Intervention kam nicht zum Einsatz. Das Anfallsleiden wurde medikamentös behandelt mit dem Ziel, weitere manifeste cerebrale Anfälle zu verhindern und den Anteil von bioelektrischem Status epilepticus im Schlaf von fast 100% soweit wie möglich zu verringern.

Verlauf: S. findet langsam Zutrauen zu ihrer neuen Umgebung, zeigt sich aufgeschlossener und weniger ängstlich. Nach einigen Wochen fängt sie an, mit einigen ausgesuchten Kindern auf Station zu sprechen, was zuerst noch eine Zeitlang vor den Erwachsenen geheimgehalten werden muß. In den Gruppensitzungen wirkt S. stets präsent, äußert sich nur schriftlich und lacht mitunter lauthals. Nach vier Monaten beginnt S. auf ihren Wunsch hin, mit Erziehern zu telefonieren. Dabei werden anfangs nur Geräusche ausgetauscht, später erzählt S. auch ihr wichtige Dinge. In der Klinikschule spricht S. während des gesamten Aufenthaltes nicht, arbeitet aber ansonsten gut mit.

Nach 6 Monaten wird S. in ein psychotherapeutisches Kinderheim verlegt, da sich die Notwendigkeit einer weiteren, langfristigen stationären Behandlung abzeichnet, für die ein konstanteres Milieu, als es unsere kinderpsychiatrische Klinik bieten kann, wünschenswert ist. Dort kann S. nach einer kurzen Umstellungsphase an die positive Entwicklung anknüpfen: Sie kann ihre ausgeprägten regressiven Bedürfnisse nach Zuwendung und Geborgenheit zeigen und auch von sich aus Nähe zu Erwachsenen suchen. Nach einem Jahr kann sie extern beschult werden und spricht dort auch im Unterricht. Beurlaubungen nach Hause verlaufen befriedigend, so daß eine Entlassung in die Familie möglich wird. S. fügt sich in ihre Familie altersgemäß ein ohne Opposition oder Anklammerungstendenzen. Sie kann sich auch im Heimort gut in die 5. Klasse der Hauptschule integrieren und spricht nach Angaben der Mutter ohne in diesem Rahmen auffallende Sprachschew.

Unter einer initialen Behandlung mit Carbamazepin und wenig später in Kombination mit Clobazam (Frisium[®]) stellte sich zwar rasch Anfallsfreiheit ein, der (Schlaf-)EEG-Befund änderte sich jedoch nur geringfügig. Im Wachen fand sich ein frontal lokalisierter Sharp wave/Sharp Show wave-Focus, im Schlaf kam es

zur Generalisation und ausgeprägter Aktivierung, so daß HsA praktisch das gesamte Ableitungsbild dominierte. Erst die – nach Absetzen von Carbamazepin begonnene – zusätzliche Gabe von Sultiam (Ospolot[®]) in einer Dosierung von 5 mg/kg KG führte zu einer deutlichen Reduktion der HsA um mehr als die Hälfte. Bis zur bisher letzten Vorstellung 2;3 Jahre nach Diagnosestellung blieb das EEG unter Beibehaltung dieser Antiepileptika-Kombination konstant gebessert, wenn auch nie eine vollständige Remission der HsA erreicht werden konnte. Zerebrale Anfälle wurden nicht mehr beobachtet.

Eine Korrelation von EEG-Besserung oder Medikation und psychischer Situation war nicht zu beobachten. Offen ist noch, ob es zu einem intellektuellen Abbau gekommen ist, wie er bei ESES beschrieben worden ist. Dem Schulerfolg unter fachlicher Beobachtung bis in die fünfte Klasse der Hauptschule steht ein Ergebnis bei der psychologischen Untersuchung nach 19 Monaten gegenüber mit einem deutlichen Abfall der Leistung im HAWIK-R auf einen Gesamt IQ von 74 (Handlungsteil 69, Verbalteil 84) mit derselben relativen Schwäche im Bilderergänzen von nur 3 WP wie in der Voruntersuchung. S. äußerte sich auch bei dieser Untersuchung wieder ausschließlich schriftlich.

3 Diskussion

Sowohl beim Studium der Literatur als auch in der Beobachtung des beschriebenen Falles ergeben sich keine Hinweise auf einen kausalen Zusammenhang der beiden seltenen Krankheitsbilder. Wir halten es für ein extrem selten zu erwartendes, zufälliges Zusammentreffen und haben die Behandlung der beiden Krankheiten entsprechend auch unabhängig voneinander geplant und durchgeführt.

Der Verlauf hinsichtlich des Mutismus ist angesichts der langjährig bestehenden, ausgeprägten Symptomatik und des erfolglosen ambulanten Therapieversuches durchaus ermutigend: Nicht nur, daß S. jetzt auch außerhalb der engeren Familie, insbesondere in der Schule, spricht, – was sich zwar nach POLLER und REMSCHMIDT (1983) ohnedies spontan spätestens in der Pubertät wieder einstellt, aber in mittelfristigen Katamnesen durchaus nicht selbstverständlich zu erwarten ist (Übersicht über Katamneseergebnisse bei REMSCHMIDT, 1985); sie ist auch von ihrer Persönlichkeit her offener und kann sich wieder selbstbewußt in die Familie integrieren, ohne in Anklammerung oder in Opposition zu verfallen. Trotz dieses Erfolges besteht weiterhin eine Tendenz in Belastungssituationen auf die „bewährte“ Symptomatik zurückzugreifen, wie das Beispiel der letzten psychologischen Untersuchung belegt.

Die Behandlung der ESES ist dagegen leider nur teilweise befriedigend verlaufen: Trotz sehr früher Diagnosestellung (zu erschließen aus dem Fehlen neuropsychologischer Auffälligkeiten bei Diagnosestellung und lediglich zwei beobachteten zerebralen Anfällen wenige Monate zuvor) und trotz einer maximal möglichen medikamentösen antikonvulsiven Therapie ist es nicht gelungen, die Krampfaktivität im Schlaf ganz zu unterdrücken. Möglicherweise kommt es doch zu einem leichten intellektuellen

Abbau, ehe dieses Krankheitsbild in der Pubertät spontan vermittieren wird.

Es zeigt sich, daß trotz der erheblichen Erkrankung des Zentralnervensystems eine Psychotherapie mit großem Einsatz zu einem befriedigenden Ergebnis geführt hat, indem der Schwerpunkt der Behandlung auf die Psychotherapie gelegt wurde. Die Behandlung der ESES ist so kompliziert und wenig vertraut, daß sie sonst an einem Zentrum mit sehr großer Erfahrung in der Behandlung kindlicher Epilepsien erfolgt wäre. Eine bessere Einstellung wäre dort aber wohl auch nicht erreicht worden, während die intensive Psychotherapie indessen dort kaum durchführbar gewesen wäre.

Summary

An Unusual Coincidence: Elective Mutism and Sleep-bound Bioelectric Seizures (ESES)

A case study of a 9-year-old girl is presented which suffers from elective mutism and a rare, special form of cerebral seizures (ESES). After a brief review of the literature concerning these two rare diseases diagnosis, psychotherapy and anticonvulsive treatment as well as a follow-up are described. It is argued that in this case there are two independent, very rare diseases, and problems are discussed which arise from the necessity to integrate two heterogeneous therapeutic concepts.

Literatur

BOEL, M./CASAER, P. (1989): Continuous Spikes and Waves During Slow Sleep: A 30 Month Dementia, and Behaviour Disorder with Epilepsy and Continuous Spike and Waves During Sleep

in a child. *Epilepsia* 32, 495–503. – DILLING, H./MOMBOUR, W./SCHMIDT, M. H. (Hrsg.) (1991): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. Bern: Huber. – DÜHRSEN, A. (1978): Psychogene Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen. 12. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. – MISCH, A. (1952): Elektiver Mutismus im Kindesalter. *Zeitschrift für Kinderpsychiatrie* 19, 49–87. – MORIKAWA, T./SEINO, M./OSAWA, T./KAZUICHI, Y. (1985): Five children with Continuous Spike-Wave Discharges during Sleep. In: ROGER, J. el eds.: *Epileptic Syndroms in infancy, childhood and adolescence*. London: John Libbey Eurotext, S.205–212. – MÜLLER-KÜPPERS, M. (1967): Arbeits- und Führungsstil einer kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilung. *Jahrbuch für Jugendpsychiatrie und ihre Grenzgebiete*, Band VI, S.201–215. – POLLER, M./REMSCHMIDT, H. (1983): Katamnesen mutistischer Kinder, zitiert nach: REMSCHMIDT, H. (1985). – REMSCHMIDT, H. (1985): Mutismus. In: REMSCHMIDT, H./SCHMIDT, M. H.: *Kinder- und Jugendpsychiatrie in Klinik und Praxis*, Band 3. Stuttgart: Thieme, S.77–82. – ROULET, E./DEONNA, T./GAILLARD, F./PETER-FAVRE, C./DESPLAND, P. A. (1991): Acquired Aphasia, Follow-up Study of Neuropsychological Recovery and EEG Findings. *Neuropediatrics* 20, 176–180. – TASSINARI, C. A./BUREAU, M./DRAVET, C./DALLA BERNADINA, B./ROGER, J. (1985): Epilepsy with Continuous Spikes and Waves during Slow Sleep. In: ROGER, J. el eds.: *Epileptic Syndroms in infancy, childhood and adolescence*. London: John Libbey Eurotext, S.194–204. – WEBER, A. (1956): Zum elektiven Mutismus der Kinder. *Zeitschrift für Kinderpsychiatrie* 17, 1–15. – WITTCHEN, H.-U./SASS, H./ZAUDIG, M./KOEHLER, K. (1991): Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-III-R. Übersetzt nach der Revision der dritten Auflage des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders der American Psychiatric Association. Deutsche Bearbeitung und Übersetzung. 3., korrigierte Auflage. Weinheim: Beltz.

Anschr.d.Verf.: Dr. Ulrich Strehlow, Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität, Blumenstraße 8, 6900 Heidelberg 1.