

Eberle, Ute und Castell, Rolf

## **Verlauf der Zwangskrankheit im Kindes- und Jugendalter**

*Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 36 (1987) 8, S. 284-294

urn:nbn:de:bsz-psydok-32433

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](mailto:psydok@sulb.uni-saarland.de)  
Internet: [psydok.sulb.uni-saarland.de/](http://psydok.sulb.uni-saarland.de/)

## INHALT

### Erziehungsberatung

- Gerlicher, K.*: Situation und Entwicklungstendenzen in der institutionellen Erziehungsberatung – Fakten und Anmerkungen (Actual Situation and Trends in Institutional Child Guidance) . . . . . 198
- Heekerens, H.-P.*: Familientherapie, Wartezeit und Krisenintervention in der Erziehungsberatungsstelle (Family Therapy, Waiting-list, and Crisis Intervention in Child Guidance) . . . . . 126
- Hemling, H.*: Öffentlichkeitsarbeit an Erziehungs- und Familienberatungsstellen – eine bundesweite Umfrage (Public Relations Work at Child Guidance and Family Counseling Centres – a Nationwide Survey) . . . . . 215
- Höger, C.*: Zum Standort institutioneller Erziehungsberatung innerhalb eines psychosozialen Versorgungssystems (The Place of Institutionalized Child Guidance Counseling within a System of Psychosocial Assistance) . . . . . 204
- Presting, G.*: Erziehungs- und Familienberatungsstellen in der Bundesrepublik Deutschland: Zur gegenwärtigen Versorgungslage (Child Guidance and Family Counseling Centres in the Federal Republic of Germany: the Current Situation) . . . . . 210
- Sundström, G.A., Rössler, W., Schmidt, M.H., an der Heiden, W., Jung, E.*: Inanspruchnahme von Erziehungsberatungsstellen und ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen Angeboten: Erste empirische Ergebnisse (Attendance of Child Guidance Centres and of Outpatient Child and Youth Psychiatric Services: First Empirical Results) . . . . . 220

### Familienrecht

- Suess, G., Schwabe-Höllein, M., Scheuerer, H.*: Das Kindeswohl bei Sorgerechtsentscheidungen – Kriterien aus entwicklungspsychologischer Sicht (Determination of the Best Interest of the Child in Custody Decisions – Developmental Aspects) . . . . . 22

### Familientherapie

- Reich, G.*: Stotternde Kinder und ihre Familien (Stuttering Children and Their Families) . . . . . 16

### Forschungsergebnisse

- v. Aster, M., Pfeiffer, E., Göbel, D., Steinhausen, H.-Ch.*: Konversionssyndrome bei Kindern und Jugendlichen (Conversion Disorders in Children and Juveniles) . . . . . 240
- Berger, M.*: Das verstörte Kind mit seiner Puppe – zur Schwangerschaft in der frühen Adoleszenz (The Disturbed Child and Her Doll: Pregnancy in Early Adolescence) . . . . . 107

- Bunk, D., Eggers, C.*: Kognitive Funktionsstörungen bei Kindern und Jugendlichen mit akuten Psychosen und solchen mit Schizophrenierisiko (Cognitive Dysfunctions in Children and Juveniles with Acute Psychotic Disorders or with High Risk for Schizophrenia) . . . . . 8
- Döcker, A., Knöbl, H.*: Kinder alleinerziehender Mütter und Väter – eine kinder- und jugendpsychiatrische Untersuchung (Children in One-parent Families – a Psychiatric Investigation about Conditions and Consequences of Single-mother and Single-father Education) . . . . . 62
- Eberle, U., Castell, R.*: Verlauf der Zwangskrankheit im Kindes- und Jugendalter (Courses of Obsessive-compulsive Illness in Children and Juveniles) . . . . . 284
- Hinrichs, G., Göbel, D., Steinhausen, H.-Ch.*: Kopfschmerzen und Migräne bei kinder- und jugendpsychiatrischen Patienten (Headache and Migaine in Child and Adolescent Psychiatric Patients) . . . . . 277
- Jehle, P., Schröder, E.*: Harnzurückhaltung als Behandlung des nächtlichen Einnässens (Retention Control as a Treatment Method for Enuresis) . . . . . 49
- Langenmayr, A.*: Der Geschwisterzahlenkonflikt und sein Einfluß auf Neurosen, Erkrankungen und Alltagsverhalten (The Influence of Conflicting Silbing Numbers on Neuroses, Illness and Everyday Behaviour) . . . . . 36
- Sarimski, K.*: Zusammenhänge der frühen kognitiven und kommunikativen Entwicklung bei gesunden und behinderten Kindern (Relationship between Early Cognitive and Communicative Development in Normal and Retarded Children) . . . . . 2
- Schneider, W.*: Psycho-soziale Entwicklungsbedingungen von Kindern und Jugendlichen mit einer organisch bedingten analen Inkontinenz (On Psycho-social Development of Children with Organic Conditioned Anal Incontinence) . . . . . 56
- Steinhausen, H.-C.*: Das Jugendalter – eine normative psychologische Krise? (Adolescence – a Normative Psychological Crisis?) . . . . . 39

### Praxisberichte

- Besmens, F., Krohn, G.*: Ehrenamtliche Helfer in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Voluntary Helpers in a Childpsychiatric Outpatients' Department) . . . . . 71
- Klosinski, G.*: Beitrag zur Beziehung von Video-Filmkonsum und Kriminalität in der Adoleszenz (Relationship between Viewing of Video Films and Criminality in Adolescents) . . . . . 66
- Knapp, T. W.*: Welt meines Kindes: Sterben und Tod im Erleben einer Dreijährigen (Dying and Death in the Perception of a Three-Year-Old Girl) . . . . . 308
- Müller-Küppers, M., Lehmkuhl, U., Mahlke, W.*: Die kinderpsychiatrische Klinik als Wohn- und Lebensraum (The Psychiatric Ward as Living Space for Children and Adolescents) . . . . . 139

<i>Otto, B.</i> : Bruno Bettelheims milieutherapeutischer Ansatz (Bruno Bettelheim's Approach to Environmental Therapy) . . . . .	144	chischer Kinder- und Jugendneuropsychiater vom 18.–20. 5. 1987 in Feldkirch/Vorarlberg . . . . .	226
<i>Schemus, R.</i> : Anfallskrankheiten und Selbstwahrnehmung am Beispiel komplexer Absenzen (Epilepsy and Self-Perception Illustrated by the Example of Complex Absences) . . . . .	176	<b>Editorial</b>	
<i>Student, J. C.</i> : Verstehen statt Beurteilen (Understanding instead of Judging) . . . . .	181	25 Jahre Bundeskonferenz für Erziehungsberatung . . . . .	196
		In Zukunft jährlich 10 Hefte der „Praxis“ . . . . .	276
<b>Psychosomatik</b>		<b>Ehrungen</b>	
<i>Habermas, T.</i> : Kognitive Entwicklungsvoraussetzungen der Pubertätsmagersucht als Erklärung ihrer unteren Altersgrenze (Cognitive-developmental Preconditions of Anorexia nervosa: Explanations for its lowest Age of Onset) . . . . .	88	„... und meine Arbeit geht weiter“ – Rudolf Eckstein zum 75. Geburtstag . . . . .	311
<i>Mangold, B.</i> : Psychosomatische Erkrankungen in der Pubertät und Adoleszenz (Psychomatic Diseases in Adolescence) . . . . .	262	<b>Buchbesprechungen</b>	
<i>Zimmermann, F.</i> : Der Vater und sein an Asthma bronchiale erkranktes Kind (The Father and his Asthmatic Child. Attempt of a Relationship Analysis) . . . . .	92	<i>Aissen-Crewett, M.</i> : Kunsttherapie . . . . .	187
<b>Psychotherapie</b>		<i>Aschenbrenner-Egger, K., Schild, W., Stein, A.</i> (Hrsg.): Praxis und Methode des Sozialtherapeutischen Rollenspiels in der Sozialarbeit und Sozialpädagogik . . . . .	234
<i>Buchholz, M. B.</i> : Das Erstinterview in der Beratung – ein kommunikativer Gesichtspunkt (The First Interview in Counseling – a Communicative Point of View) . . . . .	98	<i>Backe, C. et al.</i> (Hrsg.): Sexueller Mißbrauch von Kindern in Familien . . . . .	232
<i>Herzka, H. S.</i> : System und Individuum in einer Tagesklinik (The Dialogical Concept of Conflicts and Therapy in Adolescents) . . . . .	134	<i>Balint, M.</i> : Regression. . . . .	317
<i>Voss-Coxhead, D.</i> : Therapeutische Arbeit mit Symbolen. Über die Behandlung eines narzißtisch gestörten Jungen mit dem Katathymen Bilderleben (Therapeutic Work with Symbols. Psychotherapy of a Narcissistically Disturbed Boy using Guided Affective Imagery) . . . . .	257	<i>Bauer, A.</i> : Minimale cerebrale Dysfunktion und/oder Hyperaktivität im Kindesalter . . . . .	156
<b>Übersichten</b>		<i>Beiderwieden, J., Windaus, E., Wolff, R.</i> : Jenseits der Gewalt. Hilfen für mißhandelte Kinder . . . . .	118
<i>Fegert, J. M.</i> : Sexueller Mißbrauch von Kindern (Child Sexual Abuse) . . . . .	164	<i>Beland, H. et al.</i> (Hrsg.): Jahrbuch der Psychoanalyse. Bd. 18 und 19 . . . . .	153
<i>Heckerens, H.-P.</i> : Umstrittene Kindheit – Zur Diskussion um die langfristige Bedeutung früher Erlebnisse (Contested Childhood – On the Discussion of Longterm Consequences of Early Experiences) . . . . .	295	<i>Biebl, W.</i> : Anorexia nervosa . . . . .	189
<i>Huppmann, G., Werner, A.</i> : Peter Villaume (1746–1825): ein Pädagoge der Aufklärung als Vorläufer der Verhaltenstherapie bei Kindern (Peter Villaume (1746–1825): A Precursor of Modern Behavior Therapy with Children) . . . . .	301	<i>Biermann, G.</i> (Hrsg.): Das ärztliche Gespräch um Kinder und Jugendliche . . . . .	29
<i>Langenmayr, A.</i> : Unvollständigkeit von Familien und ihre Auswirkung auf die Kinder (The Effects of Incomplete Families on Their Children) . . . . .	249	<i>Brack, U. B.</i> (Hrsg.): Frühdiagnostik und Frühtherapie. Psychologische Behandlung von entwicklungs- und verhaltensgestörten Kindern . . . . .	31
<i>Yamamoto, A.</i> : Schulprobleme in Japan (Problems in Japan's Schools) . . . . .	171	<i>Bochnik, H. J., Gärtner-Huth, C., Richtberg, W.</i> : Psychiatrie lernen . . . . .	78
<b>Tagungsberichte</b>		<i>Brezinka, W.</i> : Erziehung in einer wertunsicheren Gesellschaft . . . . .	29
Bericht über die XX. Wissenschaftliche Tagung der deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, gemeinsam mit der XI. Jahrestagung österreichischer Kinder- und Jugendneuropsychiater vom 18.–20. 5. 1987 in Feldkirch/Vorarlberg . . . . .		<i>Charlton, M., Neumann, K.</i> : Medienkonsum und Lebensbewältigung in der Familie . . . . .	270
		<i>Clemenz, M.</i> : Soziale Codierung des Körpers. Zum Verhältnis von Psychoanalyse und Systemtheorie . . . . .	231
		<i>DeMyer, K.</i> : Familien mit autistischen Kindern . . . . .	189
		<i>Dietrich, G.</i> : Spezielle Beratungspsychologie . . . . .	233
		<i>Dreifuss-Kattan, E.</i> : Praxis der klinischen Kunsttherapie . . . . .	28
		<i>Drewermann, E.</i> : Die kluge Else/Rapunzel. Grimms Märchen tiefenpsychologisch gedeutet . . . . .	190
		<i>Engfer, A.</i> : Kindesmißhandlung. Ursachen, Auswirkungen, Hilfen . . . . .	30
		<i>Fichtner, M. M.</i> : Magersucht und Bulimie . . . . .	188
		<i>Flehmig, I., Stern, L.</i> (Hrsg.): Kindesentwicklung und Lernverhalten . . . . .	269
		<i>Franke, U.</i> : Artikulationstherapie bei Vorschulkindern . . . . .	314
		<i>Frankenburg, K. et al.</i> : Entwicklungsdiagnostik bei Kindern . . . . .	152
		<i>Fromm, E.</i> : Über die Liebe zum Leben . . . . .	30
		<i>Grissemann, H.</i> : Pädagogische Psychologie des Lesens und Schreibens . . . . .	267

<i>Grisse mann, H.</i> : Hyperaktive Kinder . . . . .	28	<i>Rotthaus, W.</i> (Hrsg.): Erziehung und Therapie in systemischer Sicht . . . . .	235
<i>Grosse, S.</i> : Bettnässen . . . . .	233	<i>Sandern, M.</i> : Rollenspiel als Forschungsmethode . . . . .	150
<i>Hartmann, K.</i> : Heilpädagogische Psychiatrie in Stichworten . . . . .	154	<i>Schneider, B.</i> : Lese- und Rechtschreibschwäche. Primäre und sekundäre Ursachen . . . . .	228
<i>Heim, N.</i> : Psychiatrisch-psychologische Begutachtung im Jugendstrafverfahren . . . . .	151	<i>Schneider, B. H., Rubin, K. H., Ledingham, J. E.</i> (Eds.): Childrens Peer Relation: Issues in Assessment and Intervention . . . . .	230
<i>Hofer, M.</i> : Sozialpsychologie erzieherischen Handelns . . . . .	230	<i>Schultz, H. J.</i> (Hrsg.): Kinder haben? Eine Entscheidung für die Zukunft . . . . .	233
<i>Huber, G.</i> : Sigmund Freud und Claude Levi-Strauss. Zur anthropologischen Bedeutung der Theorie des Unbewußten . . . . .	79	<i>Schulze, H., Johannsen, H. S.</i> : Stottern bei Kindern im Vorschulalter . . . . .	80
<i>Jaede, W., Porters, A.</i> (Hrsg.): Ausländerberatung. Kulturspezifische Zugänge in Diagnostik und Therapie . . . . .	271	<i>Silbereisen, R., Eyferth, K., Rudinger, G.</i> (Hrsg.): Development as Action in Context. Problem Behavior and Normal Youth Development . . . . .	79
<i>Jaeggi, E.</i> : Wir Menschenbummler. Autobiographie einer Psychotherapeutin . . . . .	315	<i>Sodian, B.</i> : Wissen durch Denken? Über den naiven Empirismus von Vorschulkindern . . . . .	155
<i>Kaiser, A., Oubaid, M.</i> (Hrsg.): Deutsche Pädagoginnen der Gegenwart . . . . .	187	<i>Speck, O., Peterander, F., Innerhofer, P.</i> (Hrsg.): Kindertherapie. Interdisziplinäre Beiträge aus Forschung und Praxis . . . . .	314
<i>Karren, U.</i> : Die Psychologie der Magersucht. Erklärung und Behandlung von Anorexia nervosa . . . . .	119	<i>Spieß, W., Motsch, H. J.</i> : Heilpädagogische Handlungsfelder I . . . . .	319
<i>Kegan, R.</i> : Die Entwicklungsstufen des Selbst. Fortschritte und Krisen im menschlichen Leben . . . . .	118	<i>Stork, J.</i> (Hrsg.): Das Vaterbild in Kontinuität und Wandlung . . . . .	187
<i>Klockhaus, R., Habermann-Morbey, B.</i> : Psychologie des Schulvandalismus . . . . .	30	<i>Szágún, G.</i> : Sprachentwicklung beim Kind . . . . .	152
<i>Kluschmann, R.</i> : Psychosomatische Medizin. Eine Übersicht . . . . .	269	<i>Thalhammer, M.</i> (Hrsg.): Gefährdungen des behinderten Menschen im Zugriff von Wissenschaft und Praxis – Anfragen an Sondererziehung und Therapie . . . . .	30
<i>Krampe n, G.</i> : Handlungsleitende Kognitionen von Lehrern . . . . .	188	<i>Thompson, J.</i> : Nukleare Bedrohung. Psychologische Dimensionen atomarer Katastrophen . . . . .	153
<i>Lasch, C.</i> : Das Zeitalter des Narzißmus . . . . .	316	<i>Tomann, W., Egg, R.</i> (Hrsg.): Psychotherapie. Ein Handbuch . . . . .	229
<i>Leixnering, W., Toifl, K.</i> : Leitfaden der Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters . . . . .	81	<i>Venzlaff, U.</i> (Hrsg.): Psychiatrische Begutachtung . . . . .	317
<i>Lempp, R.</i> : Familie im Umbruch . . . . .	268	<i>Wedekind, E.</i> : Beziehungsarbeit. Zur Sozialpsychologie pädagogischer und therapeutischer Institutionen . . . . .	191
<i>Lorenz, J. H.</i> : Lernschwierigkeiten und Einzelfallhilfe . . . . .	319	<i>Wember, F.</i> : Piagets Bedeutung für die Lernbehindertenpädagogik . . . . .	83
<i>Mindell, A.</i> : The Dreambody: Körpersymptome als Sprache der Seele . . . . .	82	<i>Winship, E. C.</i> : Aus Kindern werden Leute . . . . .	154
<i>Müller, C.</i> (Hrsg.): Lexikon der Psychiatrie . . . . .	313	<i>Zagermann, P.</i> : Ich-Ideal, Sublimierung, Narzißmus. Die Theorie des Schöpferischen in der Psychoanalyse . . . . .	77
<i>Nissen, G.</i> (Hrsg.): Medikamente in der Kinder- und Jugendpsychiatrie . . . . .	78	<i>Zauner, J., Biermann, G.</i> (Hrsg.): Klinische Psychosomatik von Kindern und Jugendlichen . . . . .	267
<i>Nissen, G.</i> (Hrsg.): Psychiatrie des Jugendalters . . . . .	189		
<i>Nissen, G.</i> : Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter . . . . .	231	<b>Autoren der Hefte:</b> 27, 76, 117, 149, 186, 227, 266, 312	
<i>Petermann, F., Noeker, M., Bode, U.</i> : Psychologie chronischer Krankheiten im Kindes- und Jugendalter . . . . .	320	<b>Tagungskalender:</b> 32, 84, 120, 157, 192, 236, 272, 322	
<i>Petermann, U.</i> : Training mit sozial unsicheren Kindern . . . . .	151	<b>Mitteilungen:</b> 33, 84, 121, 158, 193, 237, 273, 322	
<i>Piaget, J.</i> : Das moralische Urteil beim Kind . . . . .	81		
<i>Piaget, J., Inhelder, B.</i> : Die Psychologie des Kindes . . . . .	152		
<i>Pohlmeier, H., Deutsch, E., Schreiber, H.-L.</i> (Hrsg.): Forensische Psychiatrie heute . . . . .	312		
<i>Radnigk, W.</i> : Kognitive Entwicklung und zerebrale Dysfunktion . . . . .	235		
<i>Rose, S. J.</i> : Erkennen von Kindesmißhandlungen . . . . .	78		

# Verlauf der Zwangskrankheit im Kindes- und Jugendalter

Von Ute Eberle und Rolf Castell

## Zusammenfassung

Bei drei Kindern im Alter von 6;6 Jahren, 7;1 Jahren und 10;4 Jahren wird der spontane Verlauf von Zwangsneurosen beschrieben. Bei den beiden Jüngeren fällt das Sistieren der Zwangssymptomatik mit dem Schuleintritt, beim Älteren mit dem Beginn der Lehre zusammen.

## 1 Einleitung

Seit *Zulliger* (1956) in seiner Arbeit „Zwangsneurotische Erscheinungen bei gesunden Kindern“ passagere Zwangsphänomene im Kindesalter ohne Krankheitswert beschrieb, ist es notwendig dem Thema Zwangskrankheit bei Kindern und Jugendlichen eine Definition voranzu-

stellen. In Anlehnung an das Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM III) wird ein Zwangssyndrom (300.30), unabhängig vom Alter, diagnostiziert, wenn Zwangsgedanken oder -handlungen vorliegen, die ich-dystonen Charakter haben und deren Unterdrückung zu Spannungen und Ängsten führt; diese den Betroffenen in seiner sozialen und beruflichen Funktion stören und erhebliches Leid verursachen und nicht Folge einer anderen psychischen Störung oder einer organisch bedingten Störung sind. Diese Definition entspricht der Diagnose „Neurotische Störung mit vorherrschender Zwangssymptomatik“ (300.3) der Achse 1 des Multiaxialen Klassifikationsschemas für psychiatrische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter (*Rutter et al.* 1977; dt. Bearbeitung: *Remschmidt, Schmidt*).

Zwangssyndrome im Kindes- und Jugendalter sind relativ selten. Die wenigen epidemiologischen Studien zu diesem Thema beschreiben Prävalenzraten zwischen 0,05% (Woodruff, Pitts, 1964) und 0,8% (Castell et al., 1981). Die Inzidenz für Zwangssphänomene von Krankheitswert liegt, abgeschätzt nach Literaturangaben zwischen 0,2% (Bender, 1945; zitiert nach Adams) und 3% (Pollit, 1960) der kinder- und jugendpsychiatrischen Inanspruchnahmegruppen. Bei Durchsicht der neueren englisch- und deutschsprachigen Literatur finden sich 270 Fallbeschreibungen von zwangskranken Kindern und Jugendlichen (Tab. 1). Davon sind jedoch nur ein Teil für die speziellen Fragestellungen dieser Arbeit zu verwenden, da die einzelnen Fälle oft nur ungenau beschrieben sind. Das Geschlechterverhältnis (männlich : weiblich) beträgt 3:2. Da oft ein allmähliches Einsetzen der Zwangserkrankung über Jahre hinweg beschrieben wird, kann das Manifestationsalter nicht immer genau bestimmt werden. So ist nur bei 133 der durchgesehenen Fallbeschreibungen der Krankheitsbeginn zu bestimmen. Die Spannweite der Erstmanifestation erstreckt sich vom 3. bis zum 19. Lebensjahr. Das durchschnittliche Manifestationsalter liegt bei 10;9 Jahren (Median 11;0 Jahre). Bei knapp 60% der Fälle setzt die Krankheit vor dem zwölften Lebensjahr ein.

Bei 167 Fällen kann das genaue Alter bei Behandlungsbeginn entnommen werden. Dieses liegt (bei einer Spannweite von 4;0 bis 20;0 Jahren) bei 12;4 Jahren, der Median beträgt 12;6 Jahre. Der Zeitraum zwischen Manifestation und Behandlungsbeginn ist umso kürzer, je später die Krankheit einsetzt. Eine nähere Beschreibung der Symptomatik findet sich bei 139 der durchgesehenen Fälle. Dabei kann man Zwangsgedanken, Zwangshandlungen und eine Kombination beider Phänomene unterscheiden. Nur bei einem Bruchteil der erkrankten Kinder und Jugendlichen (8%;  $n = 11$ ), beherrschen isolierte Zwangsgedanken die Symptomatik, die dann meist religiösen Inhalts sind. Isolierte Zwangshandlungen prägen bei 48 Fällen (35%) das Krankheitsbild. Meist handelt es sich hierbei um Mehrfachzwänge aus den Bereichen Ordnen, Kontrollieren und Waschen. Beim größten Teil der Fälle (57%;  $n = 80$ ) wird ein gemeinsames Auftreten von Zwangsgedanken und Zwangshandlungen beschrieben. Oft sind dabei die Handlungen durch die Gedanken bedingt. Waschzwang in Folge von Verschmutzungs- bzw. Bakterienfurcht ist die am häufigsten genannte Kombination.

Zur Untersuchung der Frage, ob zwischen Manifestationsalter und Symptommahl ein Zusammenhang besteht, eignen sich 120 Fälle. Isolierte Zwangsgedanken werden nur zwischen dem 10. und 16. Lebensjahr beschrieben. Ansonsten überwiegt unabhängig vom Manifestationsalter in allen Altersgruppen die Kombination von Gedanken und Handlungen, insbesondere von Bakterienfurcht und Waschzwang. Nur bei 47 Fallbeschreibungen kann die Dauer der Zwangserkrankung bestimmt werden, da zum einen die Angaben ungenau sind und zum anderen ein Teil der Fälle ( $n = 32$ ) sich zum Zeitpunkt der Veröffentlichung noch in Therapie befindet. Die Krankheits-

dauer beträgt zwischen zwei Monaten (Niebergall, 1984) und 6;2 Jahren (Knölker, 1984), im Durchschnitt 1;11 Jahre (Median 1;3 Jahre).

Tab. 1: Fallzahlen in den Veröffentlichungen zur Zwangskrankheit im Kindes- und Jugendalter ( $N = 270$ )

Parnitzke	1952	1
Schwidder	1953	1
Dührssen	1954	1
Fedor-Freiberg et al.	1964	10
Judd	1965	5
Brast	1968	8
Harbauer	1969	50
Adams	1973	49
Neumann	1975	1
Förster et al.	1979	10
Ong	1979	1
Green	1980	1
Hollingsworth et al.	1980	17
Hoaken et al.	1980	1
Rappoport et al.	1981	9
de Queiros et al.	1981	2
Phillips et al.	1981	1
Zikis	1983	1
Knölker	1983	30
Bolton et al.	1983	15
Ownby	1983	1
O'Connor	1983	1
Niebergall	1984	1
Weber	1984	1
Knölker	1984	52

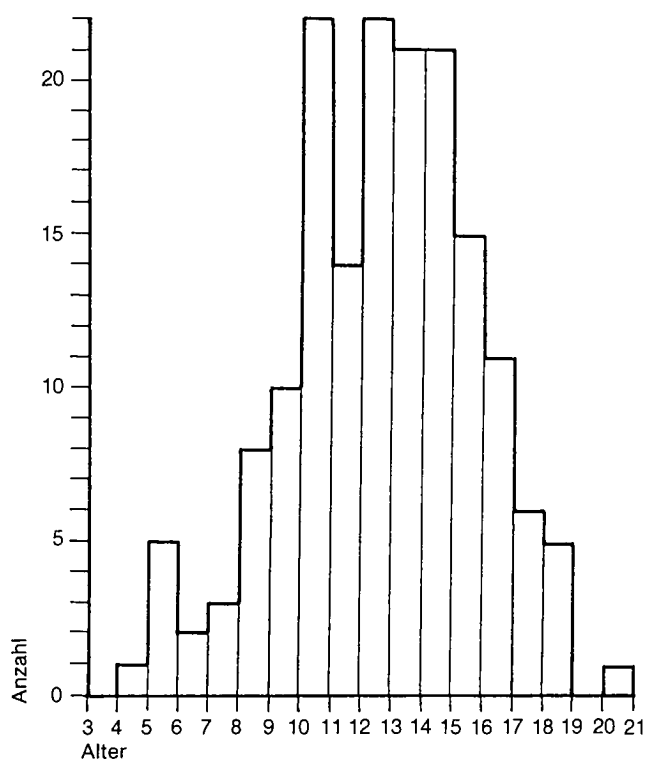


Abb. 1: Altersverteilung bei Erstmanifestation der Zwangssymptomatik ( $n = 133$ )

Mit einer Ausnahme (*Knölker*, 1984) werden nur behandelte Fälle beschrieben, bei 113 konnten Angaben zur Therapieart entnommen werden. 27 Patienten (24%) unterziehen sich einer Verhaltenstherapie, 25 (22%) einer analytisch orientierten Behandlung. Bei den übrigen Zwangskranken werden Kombinationen von verschiedenen Therapieformen beschrieben: Verhaltenstherapie und analytische Anschlußtherapie bei 13 (11,5%), Verhaltenstherapie und Psychopharmaka bei 15 (13,2%), analytische Therapie und Psychopharmaka bei 12 Patienten (10,6%). Bei 21 Fällen wird allgemeine Erziehungsberatung bzw. Milieuwechsel durchgeführt (18,6%).

Die Frage nach Abhängigkeit der Therapiedauer von der Therapieform ( $n = 47$ ) zeigt das analytische Therapieformen mit einem Durchschnitt von 1;4 Jahren und Therapiezeiten bis zu 3;6 Jahren am längsten dauern. Analytische Behandlungen kombiniert mit Psychopharmaka dauern im Durchschnitt 1;2 Jahre. Verhaltenstherapeutische Interventionen und Verhaltenstherapie in Verbindung mit Psychopharmaka führen nach 11 bzw. 9 Monaten zum Sistieren der Symptomatik. Allgemeine Erziehungsberatung bzw. Milieuwechsel führen durchschnittlich nach 6 Monaten zur Heilung. Insgesamt betrachtet ergibt sich eine durchschnittliche Behandlungsdauer von 11 Monaten (Spannweite 1 Monat bis 3;6 Jahre). Bei 32 noch während der Therapie beschriebenen Fällen dauerte diese in der Regel schon über drei Jahre.

Da in der Literatur mit einer Ausnahme (*Knölker*, 1984) keine Schilderung des Verlaufs unbehandelter Zwangserkrankungen bei Kindern und Jugendlichen vorliegt, sollen im folgenden drei Fallbeschreibungen und Interpretationen von Spontanverläufen dargestellt werden.

## 2 Methode

Im Rahmen der psychiatrischen Epidemiologie wurde 1977/78 die psychiatrische Morbidität 3;0 bis 14;11 jähriger Kinder in drei oberbayerischen Städten erhoben (*Castell et al.*, 1981). Untersucht wurden 358 Kinder einer Zufallsstichprobe. Dabei wurden ein psychiatrisches Interview mit der Bezugsperson (Feststellung der Sozialdaten, Anamnese und Befragung zum Statuspräsens), eine semistandardisierte Beobachtung, Tests zur Sprachentwicklung, motorischen Entwicklung, Intelligenzleistung und eine körperliche Inspektion durchgeführt.

Der Statuspräsens bezog sich auf einen Zeitraum von drei Monaten bzw. einem Jahr. Er bestand aus mehr als 110 Fragen zu auffälligen Verhaltensweisen aus dem körperlichen Bereich, dem Bereich der Körperfunktionen, dem emotionalen und sozialen Bereich; zusätzlich aus Fragen hinsichtlich Interessen und Spielgewohnheiten, Drogen- und Genußmittelmisbrauch und dem Leistungsbereich. Außer Diagnostik der Sprach- und Intelligenzleistung und der motorischen Entwicklung wurde nach akuten und insbesondere chronischen Erkrankungen gefragt. Ausführlich wurde auf abnorme psychosoziale Bedingungen eingegangen. Die gesamte Untersu-

chungszeit betrug pro Kind durchschnittlich zwei Stunden. Es wurden Befunde zu den 5 Achsen des Multiaxialen Klassifikationsschemas für psychiatrische Erkrankungen des Kindes- und Jugendalters erhoben (*Rutter et al.*, 1977. dt. Bearbeitung: *Remschmidt, Schmidt*). Die gesamte Verweigerungsquote für die untersuchten Kindern war mit 5% gering.

Bei drei der Probanden wurde die Diagnose „Neurotische Störung mit vorherrschender Zwangssymptomatik“ (ICD 300.3) gestellt. Daten dieser Kinder wurden nach sieben bis acht Jahren mit dem selben Untersuchungsinstrument erneut erhoben sowie deren Eltern interviewt.

## 3 Ergebnisse und Diskussion

### 3.1 Fall 1: Anton

1. Untersuchung (Alter: 6;6 Jahre; Diagnose: Zwangneurose, ICD 300.3)

#### Anamnese (nach Angaben der Eltern)

Familienanamnese:

Familie mit drei Söhnen. Die Eltern, zwischen denen ein Altersunterschied von 16 Jahren besteht, sind seit elf Jahren verheiratet. Der Vater (55) ist beamteter Akademiker; die Mutter ist als Lehrerin mit halber Wochenstundenzahl beschäftigt. Der drei Jahre ältere Bruder besucht die vierte Klasse Grundschule, der andere ist zwei Jahre jünger als A. Entwicklungsverzögerungen oder psychiatrische Erkrankungen sind in der Familie nicht bekannt.

Schwangerschafts- und Entwicklungsanamnese:

Während der Schwangerschaft mit A. trat bei der Mutter schweres Erbrechen auf. Sie benötigte in den ersten sechs Monaten mehrere Male für jeweils 14 Tage stationäre Behandlungen mit Infusionen und Valium. Die einständige Geburt erfolgte 19 Tage vor dem errechneten Termin mit einem Geburtsgewicht von 2750g (Alter der Mutter: 33 Jahre). Die frühkindliche Entwicklung As war unauffällig; Laufen lernte er mit 10 Monaten, der Sprechbeginn lag bei eineinhalb Jahren; vollkommen sauber war er mit zweieinhalb Jahren. Im Alter von zwei Jahren fremdelte A., Trotzphasen beschrieb die Mutter mit eineinhalb und vier Jahren. Mit diesem Alter wurde der Junge zum ersten Mal in den Kindergarten geschickt, jedoch wegen Daumenlutschs und Nägelbeißen wieder herausgenommen. Bei einem erneuten Versuch mit 5 Jahren gab es keine Schwierigkeiten mehr, er besucht derzeit noch den Kindergarten.

Körperliche Erkrankungen:

An Mumps erkrankte er mit drei und an Windpocken mit fünf Jahren. Es besteht eine Anfälligkeit für Bronchitiden mehrmals im Jahr. Mit zwei Jahren war A. wegen eines Brechdurchfalles eine Woche im Krankenhaus.

Befund nach Angaben der Mutter:

Die Mutter schildert A. als eher ruhiges Kind. Daumenlutschen und Nägelbeißen sind nur während des ersten Kindergartenversuchs aufgefallen. In den letzten Wochen stellte die Mutter fast täglich eine verschmutzte Unterhose fest. A. ist eher ängstlich, er geht nicht gern zu Fremden, bleibt nur mit dem kleinen Bruder zusammen allein zu Hause und hat Angst vor

der Dunkelheit. A. weint leicht und bekommt manchmal, wenn er sich im Unrecht fühlt, Wutanfälle; die Mutter meint, er sei zur Zeit in einer Trotzphase. Er ist ein wenig hypochondrisch, so fragt er zum Beispiel, wenn er sich in den Finger schneidet, ob er jetzt sterben müsse.

Seit etwa drei Monaten fällt den Eltern bei A. ein Zwangsverhalten auf: Er wäscht sich ständig die Hände, am häufigsten vor eineinhalb Monaten alle fünf Minuten. Abends im Bett berührt er die Bettdecke nicht mehr, „weil Bakterien daran seien“, oder er muß nochmals die Hände waschen. Vor einem Monat wurde von der Mutter zusätzlich beobachtet, daß er sich nach dem Wasserlassen jedesmal den Penis wusch, was sich wieder verlor (er wurde deswegen von seinen Brüdern geneckt). Auf Fragen der Eltern, warum er die Hände so oft wasche, erklärt er, „in seinem Kopf sei ein Manderl, das sage ihm, er solle das tun“. Vor drei Wochen, während eines Schikurses, besserte sich der Zwang erheblich (er habe „Urlaub von dem Manderl“ gehabt): jetzt ist das Waschen einmal pro Stunde wieder häufiger. Ein auslösendes Ereignis können die Eltern nicht angeben; die Mutter vermutet den Kindergarten oder das Fernsehen als Auslöser. Neben diesem Verhalten fällt auf, daß A. pedantisch ordentlich mit seinen Spielsachen ist (im Vergleich mit dem um drei Jahre älteren Bruder). Etwas zwanghaft erscheint der Mutter auch, daß der Junge, wenn er eine Sendung im Fernsehen sehen will, die ihm besonders gefällt, immer vorher aufs Klo geht, um nur nichts zu versäumen. As Spiel- und Interessenbereiche sind altersgemäß: er spielt viel mit seinen Autos, bastelt gerne und geschickt. Er geht regelmäßig zum Turnen und in eine Malschule und hat dort, wie auch im Kindergarten Freunde. A. ist etwas mißfolgsempfindlich und traurig, wenn er etwas noch nicht kann; er kann sich jedoch stundenlang mit einer Sache beschäftigen und zeigt dabei einen gewissen Perfektionismus. Für ein sechsjähriges Kind ist A. nach Meinung der Eltern noch unselbständig: die Mutter wäscht ihn und er geht nicht alleine auf die Straße.

#### Psychosoziale Bedingungen:

Streit gibt es in der Familie selten; wenn, dann um die Erziehung der Kinder, über die sich die Eltern nicht einig sind: die Mutter will im Gegensatz zum Vater mehr Strenge; er meint, „die Kinder werden frei erzogen“. Die Eltern kommen gut mit den Kindern aus, der Vater spielt häufig mit ihnen. Die Kinder sind bei allen Unternehmungen der Eltern dabei.

#### Befund des Untersuchers

Körperlicher Befund: Inspektion unauffällig.

Psychischer Befund: A. ist ein blonder, stiller, ordentlicher Junge, der zu Beginn etwas ängstlich ist: er versteckt sich unter dem Tisch und weint. Er spricht wenig; in der spontanen Rede fällt ein Sigmatismus auf. Die Kooperation bei den Tests ist gut, obwohl die ganze Familie herumsitzt und ihn z.T. auch räumlich stark bedrängt. Er kann sich auch durchsetzen und sagt einmal „jetzt laß mich doch in Ruhe“, als sich die ganze Familie in die Tests einmischen will. Beim CMM 1–3 hat er kurze Aufmerksamkeitsschwankungen. Die Ergebnisse des psycholinguistischen Entwicklungstests sind in den Subtests Wortverständnis ( $T = 60$ ), Sätze ergänzen ( $T = 46$ ) und Grammatik ( $T = 54$ ) im Normbereich. Die Artikulation ergibt im Laufprüfbogen für Stammler 4 Fehler (leichter Sigmatismus). Die Motorik ist mit SH (MQ = 120) und SU (MQ = 131) aus dem Körperkoordinationstest für Kinder gut entwickelt. Die Intelligenzleistung ist im CMM 1–3 mit einem Testergebnis von  $T = 61$ , entsprechend einem PR von 86 überdurchschnittlich.

#### 2. Untersuchung (Alter: 12;6 Jahre; Diagnose: ICD 000)

Zwischenanamnese (nach Angaben der Mutter):

Im Alter von 7;0 wurde A. eingeschult. Nach vierjähriger Grundschulzeit trat er in ein Gymnasium über, wo er derzeit die 6. Klasse besucht.

Körperliche Erkrankungen:

Vor etwa einem Jahr erkrankte A. mit Morbus Schlatte, der mit Ruhigstellung im Gips behandelt wurde, wodurch der Junge an Gewicht zunahm. Kurze Zeit später folgte ein Krankenhausaufenthalt von einer Woche wegen einer Blinddarmoperation.

Spezielle Anamnese und Befund:

A. zeigt keine zwanghafte Symptomatik mehr, diese hatte nach der Erstuntersuchung noch etwa sieben Monate andauert. Die Mutter kann sich zuerst kaum an diese „komische Angewohnheit“ erinnern und gibt an, daß sie mit As Schuleintritt verschwand. Jedoch ist das Kind nach wie vor auffallend ordentlich. Nach der in der Erstuntersuchung festgestellten Enkopresis befragt, kann die Mutter sich nicht mehr daran erinnern. A. zeigt weder motorische noch die Körperfunktionen betreffende Auffälligkeiten. Die Mutter schildert A. als sensibles, eher ängstliches Kind, das oft Angst beim Fernsehen bekommt und Anzeichen von Hypochondrie äußert (so hat er z.B. Angst, einen „Kopftumor“ zu haben oder zu bekommen). Wenn er getadelt wird, weint er leicht, und manchmal äußert er dann suizidale Gedanken („dann spring ich aus dem Fenster“). Besonderen Ekel hat A. vor den verschmutzten Stiefeln des Vaters. Im sozialen Bereich bestehen keine Auffälligkeiten, er hat viele Freunde. A. besucht die 6. Klasse eines Gymnasiums und ist nach Angaben der Mutter ein ruhiger („ärgert die Lehrer nie“) und guter Schüler, der jedoch vor Prüfungen unter Versagensangst leidet. Er hat viele Freunde mit denen er spielt, liest und malt gerne und beschäftigt sich mit Chemie (Experimentierkasten). Seit einem Vierteljahr ist A. Ministrant und geht einmal wöchentlich zur Gruppenstunde.

Psychosoziale Bedingungen:

Wie schon bei der Erstuntersuchung sind keine abnormen psychosozialen Belastungen in der Familie festzustellen. Auseinandersetzungen gibt es zwischen den Eltern nur um den Fernsehkonsum der Kinder; die Mutter möchte diesen mehr beschränken als der Vater.

#### 3. Untersuchung (Alter 13;3 Jahre; Angaben des Kindes; Diagnose ICD 000).

In der Familie gibt es keine wesentlichen Veränderungen; A. besucht derzeit die 7. Klasse. A. zeigt keine zwanghafte Symptomatik; auf Ordentlichkeit befragt meint er „halb und halb“. Auch bezüglich der Körperhygiene bestehen keine Auffälligkeiten: einmal die Woche badet er, die Hände wäscht er sich morgens, abends und vor den Mahlzeiten. An sein Zwangsverhalten vor sieben Jahren kann er sich kaum noch erinnern: er weiß noch von einer Bakterienangst und auf Nachfragen „von einem Manderl“ im Kopf, was er als sehr unangenehm in Erinnerung hat. Er ist sich sicher, daß er dieses nur zu Hause und nicht in der Schule hatte. An Verlauf und Dauer hat er keine genaue Erinnerung mehr („war so im Kindergarten oder in der ersten Klasse“). A. meint, er habe manchmal Angst vor Prüfungen. Er zeigt Anzeichen von Hypochondrie, so hört er manchmal ein Blutgeräusch in seinem Kopf und hat dann Angst, eine schlimme Krankheit zu haben. Gedanken, sich das Leben zu nehmen, ha-



ber er nie. A. hat viele Freunde (sieben, die er namentlich aufzählt), mit denen er meistens draußen spielt. Er hat noch nie gestohlen, auch noch nie daran gedacht wegzulaufen. Streitet mit seinen Brüdern, bzw. mit seinen Eltern gibt es etwa einmal am Tag. A. bezeichnet sich als gut durchschnittlichen Schüler. Es bestehen keine abnormen psychosozialen Belastungen.

Körperlicher Befund: Inspektion unauffällig.

Psychischer Befund: A. ist ein blonder, etwas pummeliger, nicht sehr großer Junge, der einen aufgeweckten Eindruck macht. Das ganze Interview, bei dem uns die Mutter nach kurzer Zeit mit A. allein läßt, scheint ihm etwas unangenehm zu sein. Er erzählt kaum etwas von sich aus, antwortet jedoch bereitwillig auf alle Fragen. Beim PSB-Horn, der vor allem die Mutter interessiert, weil sie wissen will, „wie intelligent ihr Sohn ist“, macht er nur widerwillig mit. Er will zu seinen Freunden zum Spielen. Er wirkt während des Tests unkonzentriert („wie lange dauert es denn noch“). Im Zimmer As stehen nur ein Bett, ein Schrank und ein Schreibtisch. Da es ein extra Spielzimmer für die Kinder gibt, sind hier keine Spielsachen, aber überall liegen Kleidungsstücke und Schulbücher. Im PSB-Horn erreicht A. einen IQ von 102 (Normbereich).

#### Interpretation:

A. erfüllt bei der Erstuntersuchung alle im DSM III geforderten Kriterien für die Diagnose „Zwangssyndrom 300.30“: Er zeigt Zwangsgedanken (Bakterienfurcht) und Zwangshandlungen (Waschzwang), die er als ich-dyston empfindet (Erklärungsversuch durch das „Manderl im Kopf“). Er leidet unter seinem Verhalten und es interferiert mit seiner sozialen Rolle innerhalb der Familie (die Brüder lachen ihn aus, er blockiert mit seinem ständigen Händewaschen das Badezimmer). Sein Zwang ist weder durch eine somatische, noch durch eine andere psychische Störung bedingt.

Im Alter von 6;3 Jahren zeigt A. eine relativ frühe Manifestation der Zwangssymptomatik. Sie liegt vor dem häufigsten Manifestationsalter für diese Störung bei Kindern, das zwischen dem zehnten und zwölften Lebensjahr anzusetzen ist. As zwanghaftes Verhalten wird von einem Waschzwang bestimmt, der sich vor allem auf die Hände, zeitweise jedoch auch auf den Penis bezieht. Dahinter stehen eine Bakterienangst und ein „Manderl im Kopf“, die seine Zwangshandlung bedingen. Der im Vordergrund stehende Handwaschzwang stellt die häufigste Zwangshandlung im Kindes- und Jugendalter dar. Das kurzzeitig aufgetretene zwanghafte Peniswaschen nach dem Wasserlassen ist für Kinder ein seltenes Symptom, das bisher kein einziges Mal beschrieben worden ist. Diese Teilsymptomatik zeigt eine sexuelle Komponente, was im Gegensatz zu Theorien steht, die das Fehlen einer sexuellen Komponente unterschiedlich zu Erwachsenen zwingen postulieren (Rutter et al., 1970). Die Bakterienfurcht ist ein häufig dem Waschzwang zugrundeliegender Zwangsgedanke, so manifestierte sich bei allen in der Literatur beschriebenen Fällen mit Bakterienfurcht diese in einem Waschzwang.

Das außergewöhnliche an As Zwangssymptomatik ist das „Manderl im Kopf“, das ihm seinen Waschzwang befehlt. Bei einem Jugendlichen oder Erwachsenen könnte

dieses an ein psychotisches Geschehen denken lassen. Bei dem sechsjährigen Vorschulkind betrachten wir jedoch das „Manderl“ als kindlichen Versuch, das ich-fremde Wesen seines Zwangsimpulses in seine reale Phantasiewelt zu integrieren.

As Zwangsverhalten setzt relativ plötzlich ohne äußeren Anlaß im Alter von 6;3 ein. Die einzige anamnestiche Besonderheit, die Schwierigkeiten und Verhaltensauffälligkeiten nach dem ersten Kindergartenbesuch, liegt bereits mehr als ein Jahr zurück.

Die Intensität des Waschzwangs steigert sich anfänglich bis zu einer Frequenz von einmal pro fünf Minuten. Dann, während eines Schiurlaubs, hat A. „Urlaub vom Manderl“ und sein Zwang bessert sich erheblich, um nach den Ferien wieder merklich zuzunehmen. Kurz nach Schuleintritt verschwindet das Zwangsverhalten nach zehnmonatiger Dauer ohne irgendeine therapeutische Maßnahme.

As Zwang klingt also bei Änderung der häuslichen Alltagssituation, verbunden mit Steigerung der sozialen Aktivität spontan ab (Schuleintritt). Dieser Interpretationsversuch wird dadurch gestützt, daß As Symptomatik sich schon im Schiurlaub wesentlich bessert, also bei Aktivitätssteigerung außer Haus, und auch nicht im Kindergarten auftritt. Mit einer Dauer von zehn Monaten ist der Verlauf der Zwangserkrankung bei A. wesentlich kürzer als beim Durchschnitt der in der Literatur beschriebenen Fälle.

As durchschnittliche Intelligenz bestätigt weder Theorien, die Zwangserkrankungen, vor allem bei hochintelligenten Kindern vermuten, noch die Annahme, daß kindlicher Zwang Reaktion auf intellektuelle Überforderung sei (Förster et al., 1979). Dührssen (1954) und andere Autoren sehen einen Zusammenhang zwischen gehemmter motorischer Entwicklung und kindlicher Zwangserkrankung. Das bestätigt sich hier nicht, denn es werden keine motorischen Entwicklungsverzögerungen beschrieben und im Körperkoordinationstest (KTK) erzielt der Junge gute Leistungen. Psychosoziale Belastungen, vor allem zwanghaft-neurotische Persönlichkeitsstruktur der Eltern, die oft als prädisponierend diskutiert werden, konnten ebenfalls nicht ermittelt werden.

Zusammenfassend ist festzustellen, daß bei A. Zwangssymptome über zehn Monate auftreten, für deren Manifestation sich weder bedingende Faktoren, noch ein Auslöser ermitteln lassen, und die nach Schuleintritt, also bei Änderung der Lebenssituation, verbunden mit Aktivitätssteigerung, spontan und unbehandelt wieder abklingen.

#### 3.2 Fall 2: Berta

1. Untersuchung (Alter 7;1 Jahre; Diagnose: Zwangsneurose, ICD 300.3)

##### Anamnese (nach Angaben der Mutter)

##### Familienanamnese:

Die Familie hat zwei Töchter. Die Eltern sind seit zwanzig Jahren verheiratet. Der Vater (48) ist Akademiker im öffentlichen Dienst; die Mutter (43) arbeitete bis zur Geburt Bs als An-

gestellte und ist seither Hausfrau. Die um zwölf Jahre ältere Schwester macht derzeit eine Lehre, sie plant in den nächsten Wochen aus der elterlichen Wohnung auszuziehen. Entwicklungsverzögerungen und psychiatrische Erkrankungen sind in der Familie nicht bekannt.

#### Schwangerschafts- und Entwicklungsanamnese:

Die Schwangerschaft mit B. verlief ohne Besonderheiten. Als einziges Medikament nahm die Mutter Kapseln gegen Übelkeit ein. Die zehnstündige Geburt verlief unauffällig. Das Geburtsgewicht betrug etwa 3500 g, die Länge 52 cm (Alter der Mutter: 36 Jahre). Die frühkindliche Entwicklung Bs war unauffällig: Sitzen lernte B. mit sechs, Laufen mit elf Monaten. Der Sprechbeginn war sicher vor dem zweiten Lebensjahr. Vollkommen sauber war B. mit dreieinhalb Jahren, zu dieser Zeit kam sie in den Kindergarten. Mit sechseinhalb Jahren wurde B. eingeschult; sie besucht derzeit die erste Klasse einer Grundschule.

#### Körperliche Erkrankungen:

Außer Windpocken und Mumps hatte B. noch keine Kinderkrankheiten. Es besteht eine Anfälligkeit für Husten. Mit vier Jahren lag B. wegen einer leichten Gehirnerschütterung zwei Tage, mit sieben Jahren aufgrund einer Tonsillektomie einen Tag im Krankenhaus.

#### Befund nach Angaben der Mutter:

Die Mutter schildert B. als etwas unruhiges Kind; seit einigen Monaten beiße sie Fingernägel. Vor zwei Jahren litt das Mädchen unter Schlafstörungen; seither schläft sie mit der Mutter im elterlichen Schlafzimmer; der Vater im Wohnzimmer. Bis vor einem Vierteljahr mußten sich die Eltern zu B. ins Bett legen, bis sie eingeschlafen war. Auf Angst reagiert das Mädchen mit Bauchschmerzen, so etwa vor einem Zahnarztbesuch; ein- bis zweimal pro Woche hat sie am Morgen vor der Schule Bauchschmerzen. B. weint leicht, wenn man ihr böse ist, reagiert jedoch manchmal auch gereizt auf Zurechtweisungen der Mutter und „schnauzt“ diese dann an. Bei Streitereien mit einer Freundin fällt der Mutter der Gebrauch von sehr groben Schimpfwörtern auf. Im Vordergrund des Verhaltens von B. steht seit etwa einem Jahr eine zwanghafte Symptomatik: der Puppenwagen darf nicht verrückt, das Federmäppchen nicht verändert werden. Wenn dies jemand tut, reagiert sie mit Schreien und Weinen. Sie hat den „Zwang alles sagen zu müssen“. So mußte sie einer Spielkameradin sagen, daß deren Vater ein „blödes Schwein“ sei, obwohl ihr die Mutter versuchte das auszureden. Sie muß immer alles Schlechte, was über jemanden gedacht oder gesagt wird, laut demjenigen mitteilen. Beim Anblick von religiösen Bildern oder Gegenständen drängt es sie zu sagen oder zu denken: „der Teufel ist gut, der Heiland ist böse“. Sie kommt dann zur Mutter und klagt, daß sie wieder „diese Gedanken“ habe. Vor etwa einem halben Jahr kam sie damit ca. zehnmal täglich zur Mutter. Daraufhin wurde der Hausarzt konsultiert und fünfmal eine Psychotherapeutin aufgesucht. Vom Hausarzt wurde außerdem ein dreiwöchiger Kuraufenthalt verordnet. Wie die Symptomatik während dieser Zeit war, kann die Mutter nicht sagen. Seit Schuleintritt, etwa fünf Monaten hat sich die Zwangssymptomatik allmählich gebessert. Zur Zeit kommt B. etwa einmal alle zwei Wochen zur Mutter und klagt über „die Gedanken“. Bald nach der Einschulung wollte B. nicht mehr in die Schule gehen, dies hielt etwa eine Woche an. In der Vorschulzeit lief sie einmal von zu Hause weg, wurde jedoch von einem Bekannten nach kurzer Zeit wieder zurückgebracht. Wenn jemand zu Besuch kommt, drängt sie sich in den Mittelpunkt und redet häufig dazwischen. B. spielt oft mit anderen Kindern

im Sandkasten vor dem Haus oder allein zu Hause mit ihren Puppen. Nur im Winter sieht sie etwa eine Stunde täglich fern. Die Mutter meint, B. sei eine Schülerin mit mittelmäßigen Leistungen. Hausaufgaben, bei denen die Mutter danebensitzt, macht sie nicht gerne, sie ist verspielt und wird schnell müde.

#### Psychosoziale Bedingungen:

Die Mutter leidet unter Bronchitis und bekommt etwa alle zwei Monate einen Migräneanfall. Sie berichtet von ihrer religiösen Überzeugung, die sie zum Wichtigsten im Leben zählt. Sie habe in den letzten Jahren tiefe religiöse Erfahrungen gemacht und versuche B. streng religiös zu erziehen, damit mit B. nicht Ähnliches passiere wie mit der großen Tochter, die moralisch so ganz anders denke. Der Vater ist mit dieser religiösen Erziehung der Tochter nicht einverstanden. Auch ist er gegen den religiösen Eifer seiner Frau, die ihre religiösen Schriften deshalb heimlich lesen müsse. Die Mutter schildert den Vater als aufbrausend und nervös. Nach Alkohol befragt, antwortet sie: „er trinkt eine gute Menge“, ohne näher darauf einzugehen. B. hat zum Vater eine gute Beziehung; er mag das Kind, spielt mit ihm und versorgt es, wenn die Mutter verhindert ist. Die Mutter sieht die ältere Tochter als „Problemkind“. Vor fünf Jahren wurde mit ihr wegen Verhaltensstörungen eine Erziehungsberatungsstelle aufgesucht. Zur Zeit trinkt sie viel Alkohol und kam schon einige Male in berauschem Zustand spät nachts nach Hause. Der Vater machte ihr dann starke und laute Vorhaltungen, was B. schon einige Male mitbekommen hat.

#### Befund des Untersuchers

##### Körperlicher Befund:

Inspektion unauffällig; die Fingernägel sind abgebeissen.

##### Psychischer Befund:

B. ist ein dunkelhaariges, dunkeläugiges Mädchen, das schon bei der Begrüßung einen „gestörten“ Eindruck macht. Sie grinst bei Blickkontakt und grinst übertrieben. Beim CMM wirkt sie anfangs eher unsicher, sagt schon bei den Testbeispielen, daß sie es nicht wisse. Sie arbeitet sehr langsam, dabei aber konzentriert. Ihre Aufmerksamkeitsspanne scheint jedoch sehr kurz zu sein, sie macht periodenweise immer wieder Fehler, muß zur Aufmerksamkeit angehalten werden und ist dann immer wieder konzentriert bei der Sache. Das Gesamtergebnis des psycholinguistischen Entwicklungstests ist mit den Subtests Wortverständnis ( $T = 53$ ), Sätze ergänzen ( $T = 41$ ) und Grammatik ( $T = 38$ ) noch im Normbereich. Die Motorik ist mit einem MQ von 112 normal entwickelt. Die Intelligenz ist im CMM 1-3 mit einem Testergebnis von  $T = 57$  durchschnittlich.

## 2. Untersuchung (Alter 12;9 Jahre; Diagnose: ICD 000)

#### Zwischenanamnese nach Angaben der Eltern:

Die inzwischen 25jährige Schwester wohnt nicht mehr in der elterlichen Wohnung. Die Menarche ist bei B. noch nicht eingetreten, sie besucht derzeit die siebte Klasse einer Realschule.

#### Körperliche Erkrankungen:

Kurz nach der Erstuntersuchung wurden B. die Rachenmandeln entfernt. Seit etwa einem Jahr ist eine Blütenstauballergie bekannt. Das Kind leide häufig unter „Nasenbeschwerden“.

#### Spezielle Anamnese und Befund:

B. zeigt nach Angaben der Mutter keine zwanghafte Symptomatik mehr. Das beschriebene Zwangsverhalten klang ein halbes Jahr nach der Erstuntersuchung langsam ab. Seither gibt es bei

B. keine Auffälligkeiten in dieser Hinsicht. In der Schule ist sie „ziemlich ordentlich“, zu Hause jedoch nicht so sehr. Das Mädchen schläft noch immer mit der Mutter im elterlichen Schlafzimmer. Die Mutter beschreibt B. als schüchternes Mädchen, das meist alleine mit ihren Puppen spielt und wenig liest. Dreimal pro Woche besucht sie Stunden für rhythmische Gymnastik. In der Schule zeigt B. gut durchschnittliche Leistungen.

#### Psychosoziale Bedingungen:

Nach wie vor bestimmt die ausgeprägte Religiosität der Mutter, die inzwischen einer Sekte beigetreten ist, das Erziehungsklima. Sie möchte B. ganz nach ihrer Glaubensüberzeugung erziehen, was zu heftigen Konflikten mit dem Vater führt. Während des Gesprächs über dieses Thema herrscht eine angespannte Atmosphäre zwischen dem Elternpaar, wobei der Vater Angst vor möglichen Schäden in der Entwicklung des Kindes durch die religiöse Erziehung der Mutter äußert. Abgesehen von diesem Konflikt beschrieben beide das Familienleben als harmonisch. Die Mutter meint, das Erziehungsklima habe sich seit der letzten Untersuchung gebessert. Dies sei auch durch den Auszug der älteren Tochter bedingt, deren Entwicklung in den letzten 6 Jahre sie als „Misere“ bezeichnet. Der Vater hingegen hat eine relativ gute Beziehung zur älteren Tochter.

### 3. Untersuchung (Alter 13;6; Angaben der Eltern und des Kindes; Diagnose: ICD 000)

Seit der letzten Untersuchung ist die Familiensituation unverändert. Die Menarche ist bei B. noch nicht eingetreten. Sie besucht inzwischen die achte Klasse einer Realschule. Seit der letzten Untersuchung wurde Bs Blütenstauballergie dreimal erfolglos mit Injektionen behandelt. B. zeigt weiterhin keinerlei zwanghafte Symptomatik. Sie bezeichnet sich selbst als nicht sehr odentlich. Sie ist sparsam, jedoch nicht in übertriebenem Maße. Das Mädchen kann sich nur wenig an die Zeit erinnern, in der sie unter Zwangssymptomen litt. Sie weiß nur noch von „so komischen Gedanken“, die sie seither nie wieder hatte. B. spielt noch mit Puppen, liest wenig und sieht fast nie fern. Manchmal besucht sie eine Schulfreundin und wird von dieser auch besucht. Sie hat jedoch keine „beste Freundin“, mit der sie Geheimnisse teilt. B. bezeichnet ihre Schulleistungen als durchschnittlich. Vor Proben hat sie Angst und klagt über Bauchschmerzen. Die Mutter hat mittlerweile B. in das religiöse Leben ihrer Sekte miteinbezogen: Jeden zweiten Sonntag hält sie mit B. im Sinne ihrer Sekte eine Hausandacht und etwa einmal im Monat fährt sie mit ihr zu Gebetstreffen ihrer Gemeinde. Die anderen Sonntage geht der Vater mit B. in die katholische Kirche. Er legt Wert darauf, daß das Kind, wenn es alt genug ist, sich frei für eine Glaubensrichtung entscheiden kann. Diesbezüglich besteht ein offener Konflikt zwischen den Eltern. Um den Frieden zu wahren wird selten über Religion gesprochen.

#### Befund

Körperlicher Befund: Inspektion unauffällig.

Psychischer Befund: B. ist ein großes, jedoch zart und kindlich gebautes Mädchen mit langen, braunen Haaren. Sie beteiligt sich am Gespräch, bestätigt hierbei aber meist nur die Aussagen der Mutter. Als über die religiöse Problematik gesprochen wird, schweigt sie erst und bezieht direkt darauf angesprochen „eigentlich doch mehr“ den Standpunkt der Mutter. Das Zimmer von B. ist kindlich eingerichtet, viele Puppen und Plüschtiere haben ihren festen Platz auf dem Bett. In einer Ecke fällt eine

große Schlumpfsammlung auf, während ein anderer Teil des Regals ausschließlich religiösen Bildern (sieben Christus bzw. Heiligenbilder) und Gegenständen (mehrere Kreuze mit Blumen geschmückt) vorbehalten ist. Das Zimmer ist aufgeräumt, jedoch nicht überordentlich.

#### Interpretation

Bs Symptomatik zum Zeitpunkt der Erstuntersuchung erfüllt alle im DMS III geforderten Kriterien für die Diagnose „Zwangsneurose 300.30“: B. leidet an Zwangsgedanken (religiöse Zwangsgedanken) und in geringerem Maß an Zwangshandlungen (Ordenszwang). Die Zwangsgedanken empfindet das Mädchen als ich-dyston (sie klagt, „die Gedanken sind wieder da“). Wird ihr Ordnungszwang gestört (Verrücken des Puppenwagens oder des Federmäppchens) reagiert sie mit angstvollem Weinen. B. leidet unter der Symptomatik; es wird deshalb sogar der Hausarzt und später eine Therapeutin aufgesucht. Ihre soziale Rollenfunktion sowohl innerhalb der Familie, als auch im Freundeskreis (sie „muß“ den Vater einer Freundin als „blödes Schwein“ beschimpfen) ist aufgrund des Zwanges beeinträchtigt. Schließlich findet sich bei B. kein Anhalt, daß somatische oder andere psychiatrische Störungen Ursache der Zwangssymptomatik sind.

Bs Zwangsgedanken manifestieren sich als sie etwa 6;0 Jahre alt ist. Der Zeitpunkt, zu dem der Ordnungszwang zum ersten Mal auftrat, konnte anamnestisch nicht mehr ermittelt werden. Verglichen mit den in der Literatur beschriebenen Fällen handelt es sich bei B. um einen frühen Beginn. Die Zwangshandlungen äußern sich in einem Ordnungszwang, der als pathologische Zwangerscheinung interpretiert wird, weil B. bei Störung der Ordnung mit Erregung reagiert (Schreien, Weinen). Bs Zwangsgedanken sind vor allem von religiösem Inhalt („der Teufel ist gut, der Heiland ist böse“). Religiöse Inhalte stehen bei den in der Literatur beschriebenen, an Zwangsgedanken leidenden Kindern, im Vordergrund. Auch an den bei Kindern relativ häufigen Fluchzwang läßt Bs Symptomatik denken. Da das Erziehungsklima vorwiegend durch die rigide, religiöse Haltung geprägt ist, läßt sich ein Zusammenhang zwischen Symptomwahl und der mütterlichen religiösen Haltung vermuten. Das Zwangshandlungen und -gedanken, wie in diesem Fall, unabhängig voneinander auftreten, wird selten beschrieben. Der Verlauf des Ordnungszwangs läßt sich nur schwer fassen. Er manifestiert sich wie die Zwangsgedanken mit etwa sechs Jahren und ist bei der zweiten Untersuchung im Alter von 12;9 nicht mehr vorhanden. Über den genauen Zeitpunkt des Abklingens konnten keine Angaben erhoben werden. Bs Zwangsgedanken setzen im Alter von 6;2 Jahren ohne anamnestisch eruierbaren Anlaß plötzlich ein. Sie steigern sich innerhalb eines halben Jahres bis sie ca. zehnmal täglich darüber bei der Mutter klagt. Zu dieser Zeit wird eine Therapeutin aufgesucht. Die fünf Beratungsgespräche sind nicht als ausschlaggebende therapeutische Intervention anzusehen. Über die Intensität des Zwangs während eines anschließenden

dreiwöchigen Kuraufenthalts konnte B., die sich nur wenig daran erinnert, keine Angaben mehr machen. Nach der Kur, mit Schuleintritt bessert sich Bs Symptomatik kontinuierlich, um nach zweijähriger Dauer, im Alter von acht Jahren, vollständig abzuklingen.

Die Besserung der Symptomatik nach der Einschulung läßt sich zum einen durch den dadurch gegebenen Abstand zu ihrer Mutter, die wir als bedingenden Faktor für die Erkrankung sehen, erklären. Da sich das religiöse Erziehungsklima zu dieser Zeit nicht änderte, sondern mit Eintritt der Mutter in eine Sekte möglicherweise noch verstärkte, kann das Abklingen der Zwangserkrankung durch die allgemeine psychosoziale Aktivitätssteigerung mit der Einschulung erklärt werden. Die von Bs Zwangserkrankung entspricht mit zwei Jahren genau der ermittelten durchschnittlichen Dauer (siehe oben).

B. ist durchschnittlich intelligent. Es finden sich weder in dem Ergebnis des KTK noch in der Anamnese Anzeichen für eine motorische Entwicklungsstörung. Theorien, die Besonderheiten in Intelligenz (hohe Intelligenz – intellektuelle Überforderung) und Motorik (motorische Entwicklungshemmung) in Zusammenhang mit der Zwangsentwicklung sehen, kann hier nicht gefolgt werden. Die Art der Religiosität der Mutter läßt eine zwanghaftneurotische Persönlichkeitsstruktur vermuten und stellt, verstärkt durch die Diskrepanz zum Erziehungsstil des Vaters, eine Belastung für Bs Entwicklung dar. Rigide religiöse Erziehung findet sich häufig in Fallbeschreibungen der Literatur, und wird von einigen Autoren als einer der bedingenden Faktoren der Zwangserkrankung bei Kindern postuliert.

Zusammenfassend läßt sich feststellen: B litt an einer zwei Jahre andauernden Zwangserkrankung. Für die Manifestation konnte kein Auslöser ermittelt werden. Die Religiosität der Mutter, spielt bei der Symptomwahl als bedingender Faktor eine Rolle. Nach Schuleintritt, also mit teilweiser Distanz zum Elternhaus, verbunden mit Aktivitätssteigerung klingt die Symptomatik allmählich und unbehandelt wieder ab.

### 3.3 Fall 3: Constantin

1. Untersuchung (Alter 10;4 Jahre; Diagnose: Zwangsneurose: ICD 300.3)

#### Anamnese (nach Angaben der Mutter)

##### Familienanamnese:

Familie mit zwei Kindern. Die Eltern sind seit 15 Jahren verheiratet. Der Vater (40) arbeitet als Angestellter, die Mutter (37) hat keine Berufsausbildung und ist Hausfrau. Die um dreieinhalb Jahre ältere Schwester besucht die achte Klasse Hauptschule. Die Mutter berichtet von einer familiären Allergiehäufung. Entwicklungsverzögerungen oder psychiatrische Erkrankungen sind in der Familie nicht bekannt.

##### Schwangerschafts- und Entwicklungsanamnese:

Die Schwangerschaft mit C. verlief unauffällig. Die Mutter berichtet, sie habe zu Hause „eine Plazenta geboren“. Nach der unauffälligen neunstündigen Geburt in der Klinik sei eine „zweite Plazenta“ vorhanden gewesen. Das Geburtsgewicht be-

trug 3880g, die Länge 55 cm. C. habe nicht sofort geschrien, sei aber nach einer halben Stunde rosig gewesen (Alter der Mutter: 30 Jahre). Die frühkindliche Entwicklung des Jungen zeigte kaum Auffälligkeiten: Sitzen lernte er mit 5, Laufen mit 9 Monaten; der Sprechbeginn lag sicher vor dem zweiten Lebensjahr. Vollkommen trocken und sauber war C. schon mit einem dreiviertel Jahr, die Mutter führt dieses auf eine starke Windeldermatitis zurück. Bis zu seinem dritten Lebensjahr fremdelte C. angeblich stark, selbst gegenüber seinem Vater. Mit fünf Jahren kam der Junge in den Kindergarten, mit knapp sieben Jahren wurde er eingeschult. Derzeit besucht C. die vierte Klasse einer Grundschule.

##### Körperliche Erkrankungen:

Im Kindergartenalter machte der Junge Masern, Mumps, Windpocken und Keuchhusten durch. Bis zu seinem dritten Lebensjahr hatte das Kind starke Ekzeme. C. leidet an Asthma bronchiale und hat deshalb bei größeren Anstrengungen, wie Laufen oder Treppensteigen, Atemnot. Mit fünf Jahren wurde er ein Jahr lang mit Cortison behandelt, mit acht Jahren war er zur Allergietestung sechs Wochen lang in stationärer Behandlung. Derzeit wird, bei nachgewiesener allergischer Genese, eine Desensibilisierung durchgeführt. Im Alter von fünf Jahren lag der Junge wegen einer Appendektomie drei Tage lang im Krankenhaus.

##### Befund nach Angaben der Mutter:

Die Mutter schildert C. als sehr lebhaftes Kind. Er sei zapplig und könne zu Hause nicht ruhig sitzen, auch nicht beim Essen. In der Schule hingegen und beim Basteln sitze er ruhig. Der Junge schwitzt nachts stark; er ist auch bei ungeheiztem Zimmer morgens „total“ naß. Wegen seines Asthmas hat er bei größeren Anstrengungen Atemschwierigkeiten. Vor etwa zwei Jahren fielen der Mutter Tics auf, die jedoch nach kurzer Zeit von selber wieder verschwanden. C. leidet gegenwärtig unter Minderwertigkeitsgefühlen; er empfindet sich, trotz seiner altersentsprechenden Größe, im Vergleich zu seinen Klassenkameraden als zu klein. Zur Zeit habe C. eine ausgeprägte Trotzphase. Er ist täglich reizbar und hat des öfteren Wutanfälle, bei denen er auch Sachen durch die Gegend wirft. Wenn er geschlagen wird, was selten geschieht, wird er wütend; auf alltägliche Schimpfeereien reagiert er wenig. Mit anderen Kindern streitet er, wenn er nicht der Anführer sein darf. Schon seit Jahren fällt der Mutter bei C. ein etwas zwanghaft ordentliches Verhalten auf: Er ordnet seine Teddys jede Nacht genau an, auch wenn er müde ist. Seine Kleidungsstücke legt er abens in ganz bestimmter Reihenfolge aufeinander. Wenn die Mutter sie in Unordnung bringt, z. B. wenn sie ihm frische Wäsche bringt, wird er wütend und will sich dann nicht mehr anziehen. Seine Spielsachen sind ganz genau geordnet, manche Dinge liegen schon seit Jahren am selben Platz und dürfen nicht verrückt werden. Mit Geld ist C. besonders genau und sparsam. C. lüge viel und folge wenig, dem Vater jedoch eher als der Mutter. Cs Spiel- und Interessenbereich sei altergesmäh: er bastelt stundenlang und spielt gerne Gesellschaftsspiele. Er hat viele Spielkameraden, schwimmt und taucht trotz seines Asthmas gerne und ist Mitglied eines Judo-vereins. Fern sieht er nur aus Langeweile, höchstens eine Stunde täglich. In der Schule zeigt der Junge mittelmäßige Leistungen. Bei den Hausaufgaben fällt der Mutter ein gewisser Perfektionismus auf.

##### Psychosoziale Bedingungen:

Die psychosoziale Situation in der Familie ist unauffällig. Die Eltern sind sich über die Erziehung der Kinder einig, auch wenn sich der Vater weniger darum kümmert. Gelegentlich wird C.

mit Schlägen auf das Gesäß bestraft; die Mutter meint jedoch, der Junge wird wegen seines Asthmas weniger streng als die Tochter erzogen. Ein Problem sieht die Mutter in der großväterlichen Verwöhnung. Von ihm bekommt der Junge alles was er will, auch recht teures Spielzeug, das die Eltern nicht ohne weiteres kaufen würden. Die Mutter meint, C. würde dadurch nicht lernen, daß man auf manche Dinge verzichten muß und deshalb immer größere Ansprüche stellen.

### *Befunde des Untersuchers*

#### Körperlicher Befund:

Bei Inspektion findet sich kein auffälliger Befund.

#### Psychischer Befund:

C. ist ein netter, lebhafter, sommersprossiger Junge, der bei den Tests gut und konzentriert mitmacht, obwohl die Mutter von Zeit zu Zeit durchs Zimmer geht. Trotz seines Asthmas will er unbedingt den Motoriktest (KTK) machen. Die Ergebnisse des psycholinguistischen Entwicklungstests liegen in den Subtests Wortverständnis ( $T = 63$ ), Sätze ergänzen ( $T = 60$ ) und Grammatik ( $T = 56$ ) an der oberen Normgrenze. Die Motorik ist mit einem MQ von 125 im KTK überdurchschnittlich. Die Intelligenzleistung liegt in den geprüften Subtests des PSB-Horn (3 und 4) bei 110.

### 2. Untersuchung (Alter 17;0 Jahre; Diagnose: ICD 000).

#### Zwischenanamnese (nach Angaben der Mutter)

##### Familienanamnese:

Die inzwischen 20jährige Schwester arbeitet als Krankenschwester und bewohnt nicht mehr die elterliche Wohnung.

##### Entwicklungsanamnese:

Nach Abschluß der Hauptschule im Alter von 15;8 Jahren begann C. eine Malerlehre. Er ist derzeit im zweiten Lehrjahr.

##### Körperliche Erkrankungen:

Zum Zeitpunkt der Erstuntersuchung wurde eine Desensibilisierung durchgeführt. Seit drei Jahren hat er keine Symptome eines allergischen Asthmas.

##### Spezielle Anamnese und Befund:

Die Mutter beschreibt C. immer noch als sehr ordentlich: Alles muß auf seinem Platz liegen, damit er auch „im Finstern weiß, wo das Zeug ist“. Der Junge ist auch sehr auf körperliche Reinheit bedacht und verbraucht, verglichen mit den anderen Familienmitgliedern, viel Seife und Shampoo. Er wäscht sich zweimal täglich den Kopf, was die Mutter aber auch auf seinen „dreckigen“ Beruf zurückführt. Die Ordentlichkeit und Reinlichkeit belastet jedoch nach Meinung der Mutter weder das Familienleben noch den Jungen selber. C. belügt des öfteren seine Eltern, zeigt ansonsten aber keine soziale Auffälligkeiten. Wutanfälle und vermehrte Aggressivität, wie in der Erstuntersuchung beschrieben, verneint die Mutter. C. sei ein „ganz normaler Junge“ und zeige weder im emotionalen, noch im körperlichen Bereich auffällige Verhaltensweisen. In der Berufsschule hat C. nach Meinung der Mutter gute Leistungen, sie glaubt, daß er in der Arbeit etwas zu Perfektionismus neige. In seiner Freizeit ist C. hauptsächlich mit seinem Moped beschäftigt, er fährt im Winter Ski und Schlittschuh. Jedes Wochenende fährt C. zusammen mit seinen Freunden mit dem Moped in eine Discothek.

#### Psychosoziale Bedingungen:

Wie schon bei der Erstuntersuchung bestehen in der Familie keine besonderen psychosozialen Belastungen. Die Eltern sind sich eigentlich immer über den Erziehungsstil einig gewesen. Vor etwa einem Jahr verunglückte ein Freund Cs tödlich, was ihn monatelang sehr belastete.

### 3. Untersuchung (Alter 17;6; Angaben des Probanden; Diagnose: ICD 000)

Seit der letzten Untersuchung gibt es in der Familie keine Veränderungen. C. geht weiterhin in die Lehre. Er ist mittlerweile im dritten Lehrjahr und hat vor kurzem die Zwischenprüfung mit gutem Erfolg abgelegt. Seit der letzten Untersuchung traten bei C. keine Erkrankungen auf. Sein allergisches Asthma bronchiale, unter dem er bis vor knapp vier Jahren litt, trat nicht wieder auf. Anders als seine Mutter bei der zweiten Untersuchung vor einem halben Jahr bezeichnet er sich als „nicht unordentlich, aber nicht extrem ordnungsliebend“. Er erinnert sich, daß er früher einen „Ordnungsfimmel“ hatte und alle seine Sachen immer am selben Platz stehen mußten. Dies hat aber mit Beginn der Lehre nach und nach abgenommen und jetzt mache es ihm nichts mehr aus, wenn etwas umgestellt werde. An den Beginn seiner früheren „Ordnungsliebe“ kann er sich nicht mehr erinnern, er glaubt, er sei schon als kleiner Junge so gewesen. Nach seiner körperlichen Reinlichkeit befragt, meint C., er wäsche sich täglich den Kopf und dusche alle zwei Tage, was doch „ganz normal“ sei. C. fühlt sich zwar manchmal niedergeschlagen, Suizidabsichten oder hypochondrische Gedanken hat er jedoch nie. C. sucht zwar keinen Streit, aber „wenn es sein muß“ und er eine Wut im Bauch hat, kommt es schon einmal zu kleineren Handgreiflichkeiten mit Gleichaltrigen. Damit es keinen Streit in der Familie gibt, lügt er ab und zu. Vor längerer Zeit hat er hin und wieder Süßigkeiten gestohlen, jedoch niemals Schwierigkeiten mit der Polizei gehabt. C. trinkt keinen Alkohol, seit über einem Jahr raucht er. C. versteht sich gut mit seinen Arbeitskollegen und hat Freunde, mit denen er in der Freizeit surft, skifährt und einmal in der Woche auf den Schießplatz geht. Am Wochenende fährt er mit seinen Freunden mit dem Moped in eine Discothek. Bei der Arbeit, meint C., sei er eher ehrgeizig; er will alles so gut wie möglich machen und arbeite deshalb langsam und sei wohl etwas perfektionistisch, was ihn jedoch nicht behindert. Wenn etwas schief geht, „stinkt“ ihm das den ganzen Tag. Seine Arbeit macht ihm Spaß, in der Berufsschule hat er gute Leistungen. C. hat ein gutes Verhältnis zu seinen Eltern, das Familienleben beschreibt er als harmonisch. Auf den tödlichen Unfall seines Freundes angesprochen, sagt C., es sei ihm damals monatelang durch den Kopf gegangen, daß „der nicht mehr da ist“; er habe zu dieser Zeit auch viel über den eigenen Tod nachgedacht.

### *Befund des Untersuchers*

#### Körperlicher Befund: Inspektion unauffällig.

Psychischer Befund: C. ist ein schlacksiger, dunkelhaariger, sommersprossiger Jugendlicher, der ohne viel Kommentar bereitwillig bei Test und Interview mitmacht. Sein Zimmer macht, im Gegensatz zum Rest der Wohnung, keinen überordentlichen Eindruck. Im Hamburger Zwangsinventar (HZI mit 188 Fragen) liegt C. in der Skala A (Kontrollieren, Wiederholen, Denken nach einer Handlung) jenseits des Normbereichs (Abweichung zwischen ein und zwei Sigma), erreicht aber hier nicht den Extrembereich. In allen anderen 5 Skalen (also auch Skala B: Waschen, Reinigen und Skala C: Ordnen), wie auch im Gesamtergebnis liegt C. im mittleren Normbereich.

## Interpretation

Cs Symptomatik zur Zeit der Erstuntersuchung erfüllt die eingangs beschriebenen Kriterien der Diagnose „Zwangssyndrom“: mit seinem Ordnungszwang, bezogen auf Spielsachen und Kleidungen, liegt eine Zwangshandlung vor; führt er diese nicht aus oder wird er darin gestört, wird er wütend; das Zwangsverhalten belastet seine soziale Rolle in der Familie, vor allem seine Beziehung zur Mutter. Der Zwang ist laut Anamnese und Befund weder auf somatische noch auf andere psychiatrische Störungen zurückzuführen.

Der Zeitpunkt des Einsetzens von Cs Zwangssymptomatik läßt sich nicht genau feststellen. Bei der Erstuntersuchung meint die Mutter, sie bestehe schon seit Jahren. C. selbst glaubt bei der letzten Untersuchung seine ganze Kindheit („so lange er denken kann“) zwanghaft auf die Ordnung seiner Dinge bedacht gewesen zu sein. Verglichen mit den in der Literatur beschriebenen Fällen, bei denen das Manifestationsalter meist zwischen dem zehnten und zwölften Lebensjahr liegt, setzen die Zwangshandlungen sehr früh ein, auch wenn der Zeitpunkt nicht genau bestimmt werden kann.

C. zeigt isolierte Zwangshandlungen, in Form eines Ordnungszwanges, der sich auf seine Spielsachen und Kleidungsstücke bezieht. Besonders stark ist dieses Verhalten abends vor dem zu Bett gehen. Isolierte Zwangshandlungen aus dem Bereich Ordnen werden in der Literatur häufig bei Kindern beschrieben. Der Verlauf von Cs Ordnungszwang läßt sich nur schwer fassen. Weder ist der Zeitpunkt des Einsetzens noch das Sistieren zu ermitteln. Die Mutter beschreibt beim 2. Interview (17;0 Jahre) noch gewisse zwanghafte Erscheinungen, C. verneint im Alter von 17;6 Jahren jegliche Zwangsproblematik. Auch das Hamburger Zwangsinventar deckt zu diesem Zeitpunkt keine zwanghaften Verhaltensweisen auf. C. gibt an, daß der ihn belastende Ordnungszwang allmählich etwa mit Beginn der Lehre im Alter von 16 Jahren verschwunden sei.

Wie bei den beiden anderen Probanden fällt der Zeitpunkt der Remission mit einer Änderung der sozialen Situation zusammen. Da C. kein sehr guter Schüler war, als Lehrling jedoch begeistert arbeitet, stellt diese Änderung für ihn eine Steigerung der Aktivität dar, die das Sistieren der Zwangsproblematik mitbedingt haben dürfte. Cs Zwangssymptomatik bestand sicher weit über sechs Jahre. Damit liegt die Dauer erheblich über der ermittelten Durchschnittsdauer von 1;11 Jahren bei kindlichen Zwängen. Es wird kein abgeschlossener Fall von ähnlich langer Dauer beschrieben. Weder in Anamnese noch im Befund lassen sich Anzeichen dafür erheben, das Intelligenzminderung oder motorische Entwicklungsdefizite das Zwangssyndrom bedingen, wie in einigen Aufsätzen postuliert. Cs frühe Sauberkeitserziehung (mit 9 Monaten sauber) kann als ein bedingender Faktor für die Entwicklung seiner Zwangskrankheit angesehen werden. Vor allem in analytisch orientierter Literatur wird immer wieder eine frühe Sauberkeitserziehung als Faktor bei der Zwangsgenese herausgestellt.

## Folgerung aus den drei Spontanverläufen

Bei allen drei Probanden manifestierte sich die Krankheit früher als beim Durchschnitt der in der Literatur gefundenen Fälle (10;9 Jahre). Die Symptomatik der untersuchten Kinder, Bakterienfurcht gefolgt von einem Waschzwang, religiöse Zwangsgedanken und Ordnungszwänge, sind die in der Literatur bei Kindern und Jugendlichen am häufigsten beschriebenen Zwangsinhalte. Die Dauer der Symptomatik der ersten beiden Fälle mit 10 bzw. 18 Monaten liegt unter, beim dritten Probanden mit über sechs Jahren erheblich über dem von uns anhand der Literatur ermittelten Durchschnitt (1;11 Jahre). Bei den ersten beiden Kindern fällt das Verschwinden der Zwangerscheinungen mit dem Schuleintritt, beim dritten Fall mit dem der Lehre zusammen. Beides sind einschneidende Änderungen der sozialen Lebenssituation, die gekennzeichnet ist durch eine Änderung des sozialen Umfeldes, und – da es sich um gute Schüler, bzw. um einen sehr aktiven Lehrling handelte, – durch eine Steigerung der Aktivität in diesem neuen Umfeld. Deshalb behaupten wir abschließend, daß Aktivität in einem neuen, akzeptierten psychosozialen Umfeld eine wesentliche Bedingung für das Sistieren unbehandelter Zwangssyndrome bei Kindern und Jugendlichen darstellt.

## Summary

### *Courses of Obsessive-Compulsive Illness in Children and Juveniles*

Three children aged 6;6 years, 7;1 years and 10;4 years suffered from obsessive-compulsive illness. We describe the spontaneous course of the illness. The remission of the symptoms coincides with beginning of school in two children, in the third after schoolleaving with being apprenticed.

## Literatur

- Adams, P. (1973): Obsessive Children. New York: Brunner/Mazel. – Bolton, D. et al. (1983): The Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder in Adolescence. Brit. J. Psychiat. 142: 456–464. – Bolton, D., Turner, T. (1984): Obsessive-Compulsive Neurosis with Conduct Disorder in Adolescence: A Report of two Cases. J. Child Psychol. Psychiat. 25: 133–139. – Brast, R. (1968): Beitrag zur Zwangsneurose in Kindesalter und Pubertät. Arch. Neurol. Psychiat. 99: 313–347. – Castell, R., Biener, A., Artner, K., Dilling, H. (1981): Häufigkeit von psychischen Störungen und Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und ihre psychiatrische Versorgung. Ergebnisse einer repräsentativen Querschnittsuntersuchung 3–14 jähriger. Z. Kinder-Jugendpsychiat. 9: 115–125. – Dührsen, A. (1954): Die Problematik von Zwangsneurosen an Hand der Kinderfällen. Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 3: 1–5. – Elkins, R. et al (1980): Obsessive-Compulsive Disorder of Childhood and Adolescence. J. Am. Acad. Child Psychiatry 19: 511–524. – Fedor-Freiberg, P., Döhring, G. (1964): Zu Problematik obsessiver Entwicklungen

- und Zustände in der Kindheit. *Acta Paedopsychiatr.* 31: 346–355. – Förster, E., Schulte-Holthausen, U. (1979): Zwangskranke im Jugendalter. *Z. Kinder-Jugendpsychiat.* 7: 5–18. – Green, D. (1980): A Behavioral Approach to the Treatment of Obsessional Rituals: An Adolescent Case Study. *J. Adolesc.* 3: 297–306. – Harbauer, H. (1969): Zur Klinik der Zwangssphänomene beim Kind und Jugendlichen. *Jahrb. Jugendpsychiat.* 7: 181–191. – Hoaken, P., Schnurr, R. (1980): Genetic Factors in Obsessive-Compulsive Neurosis? *Can. J. Psychiatry* 25: 167–172. – Hollingsworth, Ch. E. et al. (1980): Long-term Outcome of Obsessive-Compulsive Disorder in Childhood. *J. Am. Acad. Child Psychiatry* 19: 134–144. – Jenike, M. (1983): Obsessive-Compulsive Disorder. *Compr. Psychiatry* 24: 99–115. – Judd, L. (1965): Obsessive-Compulsive Neurosis in Children. *Arch. Gen. Psychiatry* 12: 136–143. – Knölker, U. (1983): Zwangssyndrome bei Kindern und Jugendlichen: pathogenetische Aspekte des familiären Hintergrunds. *Z. Kinder-Jugendpsychiat.* 11: 317–327. – Knölker, U. (1984): Zwangssyndrome im Kindes und Jugendalter. Beitrag zur Phänomenologie und Pathogenese sowie zum Verlauf. Würzburg: Med. Habil. – Koehler, K., Saß, H. (1984): Diagnostisches und statistisches Manuel psychischer Störungen: DSM III; übers. nach d. 3. Aufl. d. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* d. American Psychiatr. Association. Weinheim/Beltz. – Lo, W. H. (1967): A Follow-Up Study of Obsessional Neurotics in Hongkong Chinese. *Brit. J. Psychiat.* 113: 823–832. – Meyer, J.-E. (1975): Reifungskrisen des Jugendalters und ihre Beziehungen zu den neurotischen Störungen der Kindheit. *Z. Kinder-Jugendpsychiat.* 3: 55–62. – Neumann, U. (1975): Über eine jugendliche Patientin mit Zwangssymptomatik. In: Schwidder, W. (Hrsg.) *Die Bedeutung der frühen Kindheit für die Persönlichkeitsentwicklung*. – Niebergall, G. (1984): Verhaltenstherapeutische Aspekte bei der Behandlung eines Jugendlichen mit phobisch-anankastischem Syndrom. In: Remschmidt, H. (Hrsg.): *Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen und Familien*. Bd. 2: Psychotherapie in der Adoleszenz, Psychotherapie bei Zwangssyndromen und chron. Erkrankungen, Prävention und Versorgung. Stuttgart: Enke. – Nissen, G. (1971): Passagere Zwangssphänomene im Kleinkindesalter. *Jahrb. Jugendpsychiat.* 7: 46–54. – O'Connor, J. (1983): Why can't I get hives: Brief Strategic Therapy with an Obsessional Child. *Fam. Process* 22: 201–209. – Ong, S. B., Leng, Y. K. (1979): The Treatment of an Obsessive-Compulsive Girl in the Context of Malaysian Chinese Culture. *Aust. NZ J. Psychiatry* 13: 255–259. – Ownby, R. (1983): A Cognitive Behavioral Intervention for Compulsive Handwashing with a Thirteen-Year-Old Boy. *Psychology in the Schools* 20: 219–222. – Parnitzke, K. (1952): Beiträge zur genetischen Problematik psychischer Zwangssphänomene im Kindes- und Jugendalter. Halle/S. Marhold. – Phillips, D., Wolpe, S. (1981): Multiple Behavioral Techniques in Severe Separation Anxiety of a Twelve-Year-Old. *J. Behav. Ther. & Exp. Psychiat.* 12: 329–332. – Pollit, J. (1957): Natural History of Obsessional States. *Br. Med. J.* 1: 194–198. – Probst, P., Asam, U., Otto, K. (1979): Psychosoziale Integration Erwachsener mit initialer Zwangssymptomatik im Kindes- und Jugendalter. *Z. Kinder-Jugendpsychiat.* 7: 106–121. – de Queiros, L. O. et al. (1981): A functional analysis of obsessive-compulsive problems with related therapeutic procedures. *Behav. Res. and Therapy* 19: 377–388. – Rappoport, J. et al. (1981): Childhood Obsessive-Compulsive Disorder. *Am. J. Psychiatry* 138: 1545–1554. – Regennér, E. (1959): Obsessive-Compulsive Neurosis in Children. *Acta Psych. et Neurol. Scand.* 34: 110–125. – Remschmidt, H., Daumer, I. (1970): Lerntheoretische Aspekte zur Genese von Zwangssphänomenen. *Acta Paedopsychiatr.* 37: 154–160. – Remschmidt, H., Schmidt, M. (1977): Multiaxiales Klassifikationsschema für psychiatrische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter nach Rutter, Shaffer und Sturge. Bern/Huber. – Rutter, M. et al. (1977): Epidemiologie in der Kinderpsychiatrie. *Z. Kinder-Jugendpsychiat.* 5: 238–279. – Schwidder, W. (1954): Symptombild, Grundstruktur und Therapie der Zwangsneurose. *Psyche* 8: 126–142. – Vikár, G. (1977): Zwangsneurose und Kindheit. *Psyche* 31: 1113–1143. – Weber, D. (1984): Tiefenpsychologische Aspekte bei der Behandlung eines zwangskranken Jugendlichen. In: Remschmidt, H. (Hrsg.): *Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen und Familien*. Bd. 2: Psychotherapie in der Adoleszenz, Psychotherapie bei Zwangssyndromen und chron. Erkrankungen, Prävention und Versorgung. Stuttgart: Enke. – Woodruff, R., Pitts, F. (1964): Monozygotic Twins with Obsessional Illness. *Am. J. Psychiatry* 120: 1075–1080. – Young, J. G., Solnit, A. (1981): Research on Repetitive Behaviors in Childhood. *Am. J. Psychiatry* 138: 1598–1600. – Zikis, P. (1983): Treatment of an 11-Year-Old Compulsive Ritualizer and Tiquer Girl with in vivo Exposure and Response Prevention. *Behavioral Psychotherapy* 11: 75–81. – Zulliger, H. (1956): Zwangsneurotische Erscheinungen bei gesunden Kindern. *Jb. Jugendpsychiat.* 1: 54–68. – Zaworka, W., Hand, I., Jauernig, G., Lünenschloß, K. (1983): *Hamburger Zwangsinventar, HZI*. Weinheim: Beltz Test Gesellschaft.

Anschr. d. Verf.: Prof. Dr. Rolf Castell, Kinderpoliklinik der Univ. München, Pettenkoferstr. 8 a, 8000 München 2.