

Zwangsstörungen

Manfred Döpfner und Blanka Hastenrath

Patienten mit Zwangsstörungen teilen ein ähnliches Schicksal: Sinnlose Gedanken tauchen aus heiterem Himmel auf und gehen immer und immer wieder durch den Kopf. Bestimmte Handlungen müssen immer und immer wieder ausgeführt werden. Manche erleben die quälenden Gedanken – simple Zahlenreihen oder einen bestimmten Satz – als sinnlos; andere kommen von sehr belastenden Ideen nicht los („Ich habe gerade einen Menschen umgebracht!“). Einige Patienten müssen zehn-, zwanzig- oder hundertmal kontrollieren, ob Türen geschlossen, Lichtschalter oder Geräte ausgeschaltet oder ob eigene Tätigkeiten auch tatsächlich zu Ende gebracht worden sind. Andere verbringen Stunden, um überflüssige Symmetrien in ihrer Umgebung herzustellen – Schnürsenkel müssen gleichlang gebunden sein, die einzelnen Haare der Augenbrauen parallel zueinander liegen. Am häufigsten leiden die Patienten unter dem Drang, sich immer und immer wieder zu waschen. Diesen Problemen ist ein Grundthema gemeinsam: Du kannst und darfst Deinem eigenen gesunden Menschenverstand (der Dir sagt, daß die Tür verschlossen ist) oder Deinen fünf Sinnen (die keinen Schmutz erkennen können) nicht trauen. Obwohl Du weißt, daß Du nichts Gefährliches unternommen hast, mußt Du doch nochmals kontrollieren oder Zahlenreihen in Gedanken wiederholen. Du kannst den Impuls, Dich waschen zu müssen, nicht verdrängen; er kommt immer wieder und Du beginnst an Dir selbst zu zweifeln: „Bin ich mir wirklich sicher? Ich fühle, daß irgendetwas nicht stimmt!“ Allen Ausdrucksformen dieser Störung liegt eine kaum nachvollziehbare Intensität des Dranges, sich zu waschen oder etwas zu kontrollieren oder die Übermacht eines bestimmten Gedankens zugrunde: „Wenn der Gedanke kommt, wird alles aber auch alles in meinem Leben zurückgedrängt“ (Rapoport, 1989; vgl. Döpfner, 1999, 2000).

Die Hauptmerkmale einer Zwangsstörung sind immer wiederkehrende Zwangsgedanken und/oder Zwangshandlungen. **Zwangsgedanken** sind Ideen, Vorstellungen oder Impulse, die den Betroffenen immer wieder stereotyp beschäftigen. Sie sind fast immer quälend, weil sie als sinnlos erlebt werden und der Betroffene erfolglos versucht, Widerstand zu leisten oder weil sie gewalttätigen Inhalts oder obszön sind. Die Person versucht, solche Gedanken bzw. Impulse zu ignorieren, zu unterdrücken oder sie mit Hilfe anderer Gedanken oder Handlungen auszuschalten. Sie werden jedoch als eigene Gedan-

ken erlebt, selbst wenn sie als unwillkürlich oder abstoßend empfunden werden.

Zwangshandlungen sind wiederholte, zweckmäßige und beabsichtigte Verhaltensweisen, die auf einen Zwangsgedanken hin nach bestimmten Regeln oder in stereotyper Form ausgeführt werden. Das Verhalten dient meist dazu, Unbehagen oder schreckliche Ereignisse bzw. Situationen unwirksam zu machen bzw. zu verhindern. Dem Verhalten liegt also eine Furcht vor einer Gefahr zugrunde, die den Betroffenen bedroht oder von ihm ausgeht. Die Handlung wird mit dem Gefühl des subjektiven Zwangs durchgeführt, wobei zumindest anfänglich gleichzeitig der Wunsch vorhanden ist, Widerstand zu leisten. Die Person sieht im allgemeinen ein, daß ihr Verhalten übertrieben oder unvernünftig ist. Die betroffene Person hat keine Freude am Ausführen der Handlung, obwohl sie zu einer Spannungsreduktion führt (vgl. Döpfner, 2000).

Am häufigsten treten Zwangsstörungen im Erwachsenenalter auf, allerdings berichten bis zur Hälfte der erwachsenen Patienten mit einer Zwangsstörung, daß die Störung im Jugendalter begonnen habe. Bei Kindern und Jugendlichen beginnt die Symptomatik überwiegend im Jugendalter. Nur zehn Prozent der Kinder und Jugendlichen mit Zwangsstörungen entwickeln diese Störung vor dem achten Lebensjahr. Im Durchschnitt liegt das Erstmanifestationsalter bei Kindern und Jugendlichen im Alter von zehn Jahren. Die Häufigkeit von Zwangsstörungen im Jugendalter liegt bei etwa einem Prozent (Flament et al., 1988). Zwangsgedanken ohne Zwangshandlungen sind bei Kindern und Jugendlichen eher selten (5–20%). Noch seltener werden Zwangshandlungen ohne assoziierte Zwangsgedanken beschrieben (etwa 10%). Multiple Zwangshandlungen und -gedanken sind dagegen eher die Regel (50–70%; vgl. Rapoport, 1989; Döpfner, 1999).

Die häufigsten Zwangshandlungen bei Kindern und Jugendlichen sind Waschwzwänge, Kontrollzwänge, Wiederholungszwänge, Ordnungs- und Zählzwänge. Dagegen wird eher selten von Berührungszwängen, zwanghafter Langsamkeit, Sammel-, Schreib- oder Bet-Zwängen berichtet. Damit verteilen sich die im Jugendalter anzutreffenden Zwangshandlungen ähnlich wie im Erwachsenenalter. Zu den häufigsten Zwangsgedanken im Kindes- und Jugendalter zählen Angst vor Verschmutzung, Verseuchung oder Vergiftung, aggressive und gewalttätige Vorstellungen, Angst, sich selbst oder andere zu verletzen, auf den eigenen Körper bezogene Gedanken sowie religiöse oder sexuelle Inhalte.

Nach Flament und Mitarbeitern (1988) erhalten die Hälfte der zwangsgestörten Jugendlichen, erfaßt in einer Felduntersuchung, zumindest eine weitere Diagnose. Am häufigsten Depression oder dysthyme Störungen, Bulimie, generalisierte Angststörungen und zwanghafte Persönlichkeitsstörungen. In klinischen Stichproben liegt die Komorbiditätsrate etwa bei 74 Prozent; hauptsächlich werden Angststörungen (ca. 40%) und Depression/Dysthymie (30–40%) diagnostiziert. Diese Störungen entwickelten sich etwa in der Hälfte der Fälle vor dem Beginn der Zwangssymptomatik, während bei den restlichen Patienten Angst oder Depression erst nach der Zwangserkrankung auftraten. Auf-

merksamkeitsstörungen und aggressive oder dissoziale Störungen sind eher selten (etwa 10%) und sie entwickeln sich ausnahmslos vor Beginn der Zwangssymptomatik. Motorische Tics wurden in 20 bis 24 Prozent der Fälle beobachtet. Zwanghafte Persönlichkeitsstörungen wurden in 11 bis 14 Prozent der Fälle diagnostiziert und damit wesentlich seltener als bei erwachsenen Patienten (vgl. Döpfner, 1999).

Das Chronifizierungsrisiko von Zwangsstörungen, die nicht erfolgreich behandelt werden können, ist erheblich. In einer Zehnjahres-Katamnese an 20 Kindern und Jugendlichen mit Zwangsstörungen, die überwiegend stationär verhaltenstherapeutisch behandelt wurden, konnten Allsopp und Verduyn (1988) bei allen Patienten, die sich während der Behandlung nicht verbesserten oder sogar verschlechterten, entweder eine Persistenz der Zwangsstörung oder die Entwicklung einer schizophrenen Störung (bei 2 von 6 Patienten) nachweisen. Demgegenüber zeigte keiner der Patienten mit einer kompletten Remission der Störung während der Behandlung zum Katamnesezeitpunkt eine Zwangssymptomatik. Bei vier von fünf Patienten, bei denen zwar keine Symptomfreiheit, wohl aber eine Symptomverminderung während der Behandlung erzielt werden konnte, wurde zum Katamnesezeitpunkt eine Zwangsstörung diagnostiziert, nur ein Patient war symptomfrei. Insgesamt war die Hälfte der Patienten zum Katamnesezeitpunkt symptomfrei.

1 Beschreibung des Störungsbildes

Der zum Vorstellungszeitpunkt 14;11 Jahre alte Thomas ist das einzige Kind seiner 43jährigen, im Haushalt tätigen Mutter und seines 40jährigen Vaters, der den elterlichen Betrieb leitet. Schwangerschaft und Geburt sind unauffällig verlaufen. Mit drei Jahren ist Thomas in den Kindergarten gekommen, den er drei Jahre lang besuchte. Mit sechs Jahren wurde er eingeschult. Thomas war ein fröhliches und aufgeschlossenes Kind gewesen, das durchaus Anschluß an andere Kinder gefunden und seinen Eltern keine Probleme bereitet hat. Mit zehn Jahren erfolgte der Wechsel auf das Gymnasium. Dort war das erste Jahr ebenfalls problemlos verlaufen. Danach fand er immer schwerer Kontakt zu den anderen Kindern und seine Schulleistungen gingen deutlich zurück. Inzwischen ist seine Versetzung gefährdet. Mittlerweile ist er ein regelrechter Einzelgänger und Außenseiter, der gern von seinen Mitschülern gehänselt wird. Zum Vorstellungszeitpunkt besuchte er die neunte Klasse des Gymnasiums.

Die Mutter berichtet, daß Thomas nie ein trennungsängstliches Kind war. Sie selbst und auch ihr Mann seien jedoch trennungsängstliche Eltern. Thomas wuchs immer wohlbehütet, „fast überbehütet“ auf. Man erlaubte Thomas nie viel, aus Angst, ihm könnte etwas zustoßen. Auch heute verbiete man ihm, weitere Strecken mit dem Fahrrad zu fahren, aus Angst, er könne an den Folgen eines Verkehrsunfalls sterben. Die Eltern berichten, in der ständigen Angst um Thomas zu leben, daß dieser durch einen Unfall „ums Leben kom-

men könne“. Den Eltern ist zwar bewußt, daß ihre Sorge übertrieben ist, „sie können aber nicht aus ihrer Haut“.

Thomas, der in Begleitung seiner Mutter erschien, berichtet von ausgeprägten Zwangsgedanken und Zwangshandlungen, die seit etwa vier Jahren bestehen und sich in den letzten Monaten zuspitzten. Vor allem plagt ihn der Gedanke, „meinen Eltern könnte etwas passieren“. Deshalb benutzt er beispielsweise keine elektrischen Geräte, da er befürchtet, er könnte „feuchte Hände“ haben und dadurch könnte Wasser in den Stromkreislauf gelangen. Er hat dann Angst, daß seine Eltern bei späterer Benutzung dieser Geräte an den Folgen eines elektrischen Schlages sterben könnten. Auf der Verhaltensebene äußert sich seine Zwangsstörung in seinem sehr stark ausgeprägten Kontrollverhalten (Kontrolle von elektrischen Geräten, Lichtschaltern und Steckdosen). Hinzu kommt stundenlanges Beten und zwanghaftes Fragen. Außerdem kontrolliert er seine Eltern im Umgang mit elektrischen Geräten. Die Nichtausführung seiner Zwangshandlungen gehen mit ausgeprägten körperlichen Symptomen einher, vor allem Herzklopfen, feuchte Hände und inneres Zittern.

Für die Mutter ist besonders belastend, daß Thomas seine Zwangsgedanken den Eltern gegenüber immer aussprechen muß. An besonders „schlechten“ Tagen kann Thomas mehr als zwanzig Fragen direkt hintereinanderstellen. Wenn Thomas ohne seine Eltern das Haus verlasse, „bombardiert“ er diese vor Verlassen des Hauses mit Ratschlägen. Er warnt dann seine Eltern davor, diese oder jene Tätigkeiten auszuführen. Die Mutter ist dann immer froh, wenn Thomas das Haus verlassen hat. Thomas berichtet in diesem Zusammenhang, daß er seine Eltern auf diese Weise vor der „drohenden Gefahr“ warnen muß. Indem er sie warnt, gibt er gleichzeitig die Verantwortung für deren Tun ab; das beruhigt ihn dann sehr.

Den Eltern ist es kaum noch möglich, ohne Thomas das Haus zu verlassen, da Thomas Angst hat, daß den Eltern etwas zustößt. Die Mutter berichtet, daß das Ehepaar einmal im Monat kegeln geht. Dies ist für die ganze Familie jedoch sehr belastend, weil Thomas dann mehrere Male am Abend unter irgendeinem Vorwand anruft, um im weiteren Gesprächsverlauf „gute Ratschläge“ zu geben. Er wartet dann unter großer Anspannung zu Hause auf seine Eltern. Die Mutter meint, sie könne da nicht immer ruhig bleiben und reagiere mitunter sehr gereizt und heftig. Thomas beschreibt, er lebt in dem ständigen „Druck“, das Leben seiner Eltern „in der Hand zu haben“. Er „verwettet das Leben seiner Eltern in Gedanken“. So meint er beispielsweise, das Leben seiner Eltern erhalten zu können, indem er den Druckknopf an seinem Hemd auf- statt zuläßt. Bei Klassenarbeiten kann es vorkommen, daß er aus eben diesem Grund einen andersfarbigen Stift benutzen muß. Thomas berichtet, im Unterricht, aber auch nachmittags zu Hause, muß er ständig daran denken, seinen Eltern könne etwas zustoßen. Er kommt von diesem Gedanken einfach nicht los, was ihn sehr quält.

Außerdem kann er seine Eltern oft nicht berühren. Wenn er zum Beispiel den Hund angefaßt hat, was er zur Zeit völlig unterläßt, kann er danach seine

Eltern nicht berühren oder ihnen irgendetwas geben, da er befürchtet, daß sie sonst krank werden. Vorab muß er sich die Hände waschen. Seine Mutter berichtet, Thomas wasche sich sehr oft die Hände. Er bemerkt fast ständig, daß irgendetwas „schmutzig“ ist. Bevor sie ihm beispielsweise das Mittagessen hinstellt, besteht Thomas darauf, daß sie sich die Hände wäscht.

Außerdem kommt Thomas nach Angaben der Mutter mit seiner Sexualität nicht zurecht. Offenbar würden sich ihm häufig Gedanken sexuellen Inhaltes aufdrängen, gegen die er nichts tun kann. Er selbst hält das für „abartig“ und versucht, sich durch intensives Beten bei Gott dafür zu entschuldigen, oder er fragt seine Eltern, ob dieser oder jener sexuell besetzte Gedanke „schlimm“ ist. Meistens macht er aber beides. Mitunter ist die Mutter über die Inhalte regelrecht schockiert. Zur Sexualität befragt, gibt Thomas an, seit etwa ein- einhalb Jahren nicht mehr zu masturbieren. Er bete heute noch die „restlichen Schuldgefühle“ ab, die durch das frühere Masturbieren entstanden seien. Zentral ist auch hier wieder der Gedanke, daß irgendjemand seine Eltern für seine „Lust“ bestraft. Spontanerektionen beunruhigen ihn jedoch nicht weiter, da er diese nicht „willentlich“ herbeigeführt hat.

Gefragt, wie realistisch es ist, daß er durch die beschriebenen Verhaltensweisen das Leben seiner Eltern erhalten kann, gibt Thomas an, daß er das nicht genau weiß. Er hat aber noch nie versucht, seinen Zwangsimpulsen nicht nachzugeben. Dies ist ihm einfach zu gefährlich. Aber letztendlich ist ihm klar, daß seine Gedanken und Befürchtungen nicht der Wirklichkeit entsprechen.

Thomas berichtet zudem über zunehmende depressive Verstimmungen. Er hat den Eindruck, daß er aufgrund der vielen Ängste und Zwänge immer verzweifelter und trauriger wird. Mit Zunahme der Zwangsstörung hätten sich außerdem seine schulischen Leistungen kontinuierlich verschlechtert. Auch ist er immer weniger in den Klassenverband integriert. Seit einiger Zeit sei er „der totale Außenseiter“. Dies kann auch damit zusammenhängen, daß er seinen Klassenkameraden oft Fragen stellt oder diese auffordert, möglichst nicht den Lichtschalter zu benutzen. Er versucht zwar, das Fragen zu unterdrücken, schaffe dies aber zunehmend weniger. Thomas sieht sich hin und wieder veranlaßt, während des Unterrichtes aufzustehen, um nachzusehen, ob die Lichtschalter „trocken“ sind.

Thomas leidet nach eigenen Angaben seit etwa vier Jahren unter seinen Zwangsstörungen. Der Beginn der Störung war schleichend und liegt deutlich weiter zurück. An ein auslösendes Ereignis kann er sich jedoch nicht erinnern. Er hat schon so lange er denken kann Angst um das Leben seiner Eltern gehabt und sich um diese gesorgt. Soweit er sich erinnern kann, haben diese Sorgen mit Eintritt in das Gymnasium zugenommen. Angefangen habe alles damit, daß diese Gedanken immer mehr Raum eingenommen haben und er versuchte, die aufkommende Angst um seine Eltern durch glückbringende bzw. unheilabwehrende Handlungen (mehrfach über die Türschwelle gehen) zu reduzieren, was kurzfristig die Angst senkte. Später hat er gemerkt, daß es besser ist, seinen Eltern seine Gedanken mitzuteilen. Er suchte viele Ärzte auf; die Pro-

bleme haben sich aber auch nicht durch ein Medikament (Antidepressivum) vermindern lassen. Zum Zeitpunkt der Vorstellung nahm Thomas keine Medikamente ein. Eine psychotherapeutische Behandlung war noch nicht durchgeführt worden.

2 Differentialdiagnostik

Beim Erstkontakt wirkte Thomas extrem scheu, unsicher und angepaßt. Seine Körperhaltung war sehr starr, er bewegte sich kaum und vermied jeden Blickkontakt. Er schien unter starken Schuldgefühlen zu leiden und hatte offenbar wenig Selbstvertrauen. Seinem Zwang fühlte er sich hilflos ausgeliefert. Er wirkte deutlich bedrückt und traurig gestimmt. In weiteren Gesprächen öffnete sich Thomas zunehmend und war in der Lage, offen und differenziert über seine Zwangsinhalte zu sprechen.

Bei Thomas sind die Kriterien einer Zwangsstörung sowohl nach ICD-10 (Dilling et al., 1991, 1993) als auch nach DSM-IV (Saß et al., 1996) erfüllt. ICD-10 unterscheidet zwischen:

- Zwangsstörungen vorwiegend mit Zwangsgedanken und Grübelzwang (F42.0),
- Zwangsstörungen vorwiegend mit Zwangshandlungen (F42.1),
- Zwangsstörungen mit gemischten Zwangsgedanken und -handlungen (F42.2).

Da sowohl Zwangshandlungen als auch Zwangsgedanken bei Thomas ausgeprägt vorkommen, wird nach ICD-10 die Diagnose einer Zwangsstörung mit gemischten Zwangsgedanken und -handlungen (F42.2) gestellt. Die einzelnen Kriterien dieser Störung nach ICD-10 (Forschungskriterien; Dilling, 1994), die auch den Kriterien nach dem DSM-IV für eine Zwangsstörung entsprechen, sind bei Thomas voll erfüllt:

- die Zwangsgedanken und Zwangshandlungen treten an den meisten Tagen über einen Zeitraum von mehr als zwei Wochen auf;
- die Zwangsgedanken werden als eigene Gedanken anerkannt und nicht als von anderen Personen oder Einflüssen eingegeben;
- Zwangsgedanken und Zwangshandlungen wiederholen sich dauernd und werden als unangenehm empfunden und mindestens ein Zwangsgedanke oder eine Zwangshandlung werden als übertrieben oder unsinnig anerkannt;
- Thomas versuchte zumindest anfangs, Widerstand zu leisten; allerdings ist der Widerstand mittlerweile sehr gering, was durchaus typisch für chronifizierte Zwangsstörungen ist;
- die Ausführung der Zwangsgedanken oder der Zwangshandlung ist nicht an sich angenehm. Die Zwangsgedanken lösen deutliche Ängste aus. Die Zwangshandlungen reduzieren diese Ängste und Anspannungen und führen

damit zu einer vorübergehenden Erleichterung, sind aber dennoch nicht angenehm.

- Thomas leidet unter den Zwangsgedanken und Zwangshandlungen und wird vor allem durch den besonderen Zeitaufwand in seinem sozialen und individuellen Leistungsfähigkeit behindert.

Außerdem liegt bei Thomas eine dysthyme Störung nach DSM-IV (300.4) bzw. eine Dysthymie nach ICD-10 (F34.1) vor:

- Thomas zeigt eine traurige, depressive Verstimmung über einen Zeitraum von mindestens zwei Jahren.
- Geringes Selbstwertgefühl, Gefühl der Hoffnungslosigkeit, sozialer Rückzug lassen sich beobachten.

Differentialdiagnostisch lassen sich folgende Störungsbilder ausschließen:

1. **Anankastische (zwanghafte) Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.5):** Sie zeichnet sich vor allem durch Unentschlossenheit, Zweifel und übermäßige Vorsicht und Perfektionismus, Bedürfnis nach ständiger Kontrolle und peinlich genaue Sorgfalt aus, wobei die beschriebenen Symptome charakteristische dauerhafte innere Erfahrungs- und Verhaltensmuster darstellen müssen, die insgesamt deutlich von kulturell erwarteten und akzeptierten Vorgaben abweichen und darüber hinaus der Nachweis zu erbringen ist, daß die Abweichung stabil, von langer Dauer ist und im späten Kindesalter oder in der Adoleszenz begonnen hat. Dies ist bei Thomas nicht der Fall.
2. **Grübeln im Rahmen einer Depression:** Bei Thomas liegt auch ein dysthyme Störung vor. Allerdings lassen sich die Zwangsgedanken nicht primär auf ein Grübeln zurückführen, wie es häufiger im Rahmen von Depressionen beobachtet werden kann. Die Gedanken werden nicht als sinnlos empfunden. Thomas kann sich zumindest teilweise von seinen Zwangsgedanken distanzieren. Außerdem sind die Zwangsgedanken bei Thomas eindeutig mit Zwangshandlungen verbunden, was bei dem depressiven Grübeln nicht beobachtet werden kann.
3. **Wahnphänomene im Rahmen einer psychotischen Symptomatik:** Im Gegensatz zur Gedankeneingebung im Rahmen einer psychotischen Symptomatik erkennt Thomas, daß die Zwangsgedanken von ihm selbst kommen und nicht von außen aufgezwungen werden. Manchmal kann der Zwangsgedanke jedoch zur überwertigen Idee werden, die sich allerdings von einem echten Wahn dadurch unterscheidet, daß der zwangsgestörte Patient nach einiger Diskussion die Möglichkeit anerkennt, daß der Gedanke unbegründet oder überzogen ist. Dies ist bei Thomas der Fall.
4. **Hypochondrie:** Die wiederkehrenden Zwangsgedanken beziehen sich bei Thomas nicht auf die Furcht, eine ernsthafte Erkrankung zu bekommen oder zu haben (die auf der Fehlinterpretation körperlicher Symptome basiert) und die Gedanken münden bei Thomas in eindeutige Zwangshandlungen, die in dieser Form bei einer Hypochondrie nicht auftreten.
5. **Tourette-Störung:** Bei der Tourette-Störung (siehe Döpfner & Reister, in diesem Buch) treten häufig auch zwanghafte Symptome oder voll ausge-

- bildete Zwangsstörungen auf. Thomas hat jedoch nie motorische oder vokale Tics entwickelt, wie dies für die Tourette-Störung typisch ist.
6. **Stereotypien** treten vor allem bei autistischen oder geistig behinderten Kindern auf und sind eher lustbetont. Beide Störungen können bei Thomas eindeutig ausgeschlossen werden und die Zwangshandlungen reduzieren zwar Ängste, aber sie werden von Thomas auch als quälend erlebt.

Im Prüfungssystem für Schul- und Bildungsberatung (PSB), einem Verfahren der Intelligenzdiagnostik (Horn, 1969), erreichte Thomas einen Intelligenzquotienten von 110. Allgemein läßt sich bei Thomas eine mathematisch-naturwissenschaftliche Begabung feststellen. Seine Fähigkeiten, Gesetzmäßigkeiten zu erkennen und komplexe Zusammenhänge zu erfassen, sind sehr gut ausgeprägt. Seine schulischen Probleme sind daher nicht auf einen Intelligenzmangel zurückzuführen, sondern vermutlich Resultat seiner in vielen Bereichen stark einschränkenden Zwangsstörung.

Zur Überprüfung komorbider Auffälligkeiten wurden zusätzlich zur klinischen Exploration mehrere Fragebogenverfahren durchgeführt. Im Fragebogen für Jugendliche, YSR (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1998 a; Döpfner et al., 1994 a), einem Selbstbeurteilungsverfahren zur Erfassung psychischer Auffälligkeiten von Jugendlichen, erreicht Thomas bei Behandlungsbeginn, wie Abbildung 1 zeigt, weit überdurchschnittliche Werte auf der Skala Angst/Depressivität (T 78) und auch die Werte für somatische Beschwerden (T 62), für soziale Probleme (T 64) und für schizoid/zwanghafte Auffälligkeiten (T 65) liegen im überdurchschnittlichen Bereich, wenngleich sie noch nicht als klinisch auffällig gewertet werden. Auf der Skala Angst/Depressivität beschreibt Thomas, daß er viel weine; daß er Angst habe, Schlimmes zu tun; daß er glaube, perfekt sein zu müssen; daß er starke Schuldgefühle habe; daß er leicht verlegen werde; daß er mißtrauisch sei; daß er traurig sei und sich viele Sorgen mache. Aufgrund der Werte auf den Einzelskalen sind auch die entsprechenden übergeordneten Skalen auffällig: ausgeprägte internale Auffälligkeiten (T 69) und ausgeprägte Gesamtauffälligkeiten (T 65).

Im Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1998 b; Döpfner et al., 1994 c) beschreibt die Mutter ihren Sohn ebenfalls als deutlich auffällig, wie Abbildung 1 zeigt. Auf den Skalen Angst/Depressivität, soziale Probleme, schizoid/zwanghafte Auffälligkeiten und Aufmerksamkeitsstörungen wird Thomas als klinisch auffällig beschrieben ($T \geq 67$). Erhöhte Werte lassen sich darüber hinaus auch für die Skalen sozialer Rückzug (T 65) und körperliche Beschwerden (T 63) feststellen. Bei den übergeordneten Skalen werden für internale Auffälligkeiten (T 74) und für die Gesamtauffälligkeiten (T 66) klinisch auffällige Werte festgestellt. Insgesamt liegen die Beurteilungen der Mutter über den Selbsteinschätzungen von Thomas, in der Struktur sind beide Beurteilungen jedoch sehr ähnlich. Die klinisch auffälligen Werte auf der Skala Aufmerksamkeitsstörungen werden überwiegend durch Items bedingt, die nicht im Kern Aufmerksamkeitsstörungen erfassen (verhält sich zu jung für sein

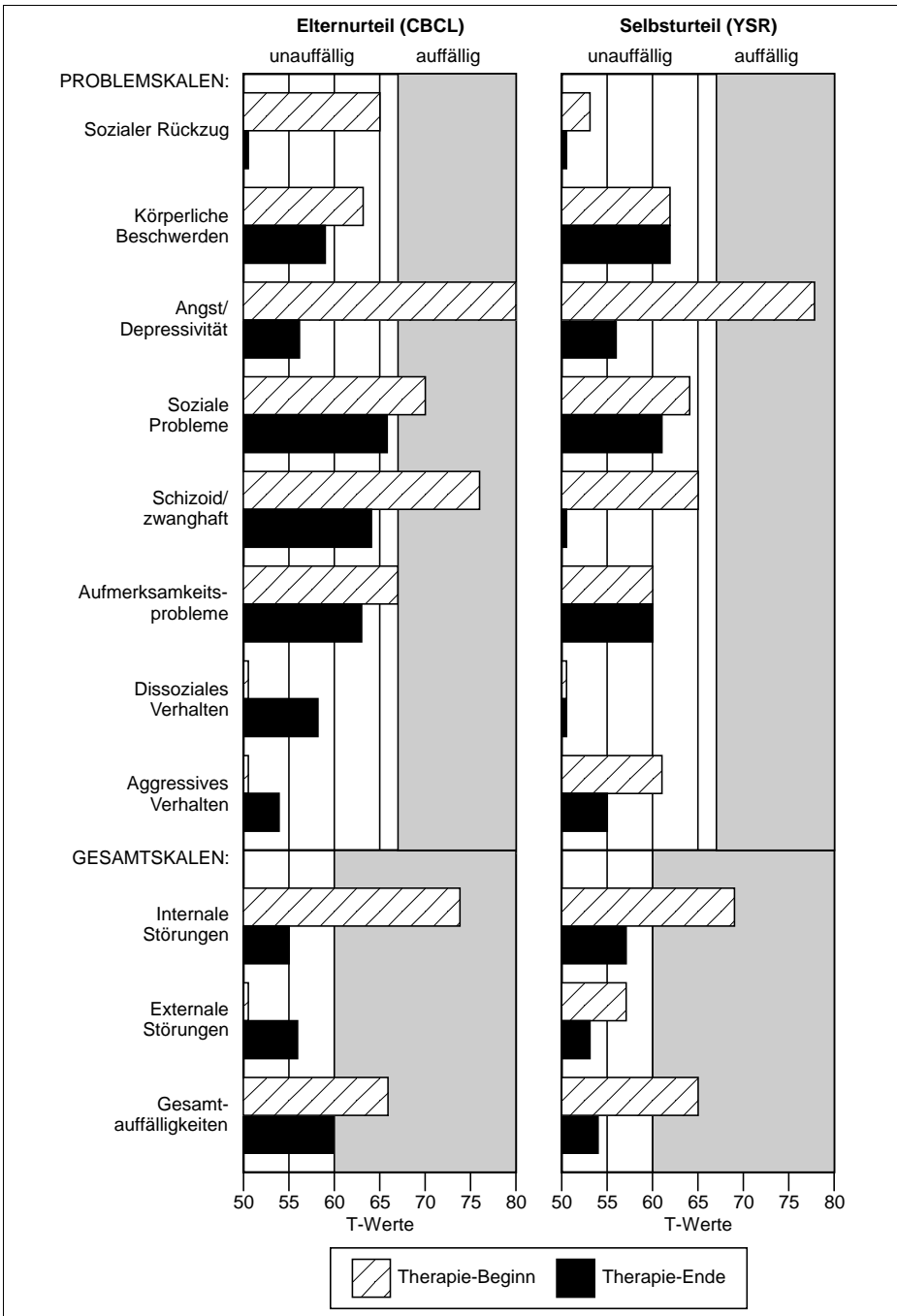


Abbildung 1:

Psychische Auffälligkeiten im Selbsturteil von Thomas und im Fremdurteil der Mutter im Fragebogen für Jugendliche (YSR) bzw. im Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (CBCL) bei Behandlungsbeginn und Behandlungsende

Alter, ist nervös, kann sich nicht konzentrieren). Sie werden eher als Folge der Zwangssymptomatik und der Depression und nicht als Hinweis auf eine Aufmerksamkeitsstörung interpretiert.

Neben diesen Breitbandverfahren der multiplen Verhaltens- und Psychodiagnostik (vgl. Döpfner & Lehmkuhl, 1998) wurden weitere Verfahren zur Überprüfung von Zwangsstörungen und von depressiven Störungen eingesetzt. Die Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (CY-BOCS) ist ein Instrument zur klinischen Beurteilung verschiedener Aspekte der Zwangsstörungen anhand von vierstufigen Beurteilungsskalen (Döpfner, 1999). Abbildung 2 zeigt die Ausprägungen auf dieser Skala zu Behandlungsbeginn und zu Behandlungsende. Zu Therapiebeginn wird Thomas hinsichtlich der Zwangsgedanken als stark auffällig oder als sehr stark auffällig (Ausprägung 3 oder 4) eingeschätzt. Bei den Zwangshandlungen liegen die Einschätzungen zwischen ausgeprägt vorhanden und stark auffällig (Ausprägung 2 oder 3).

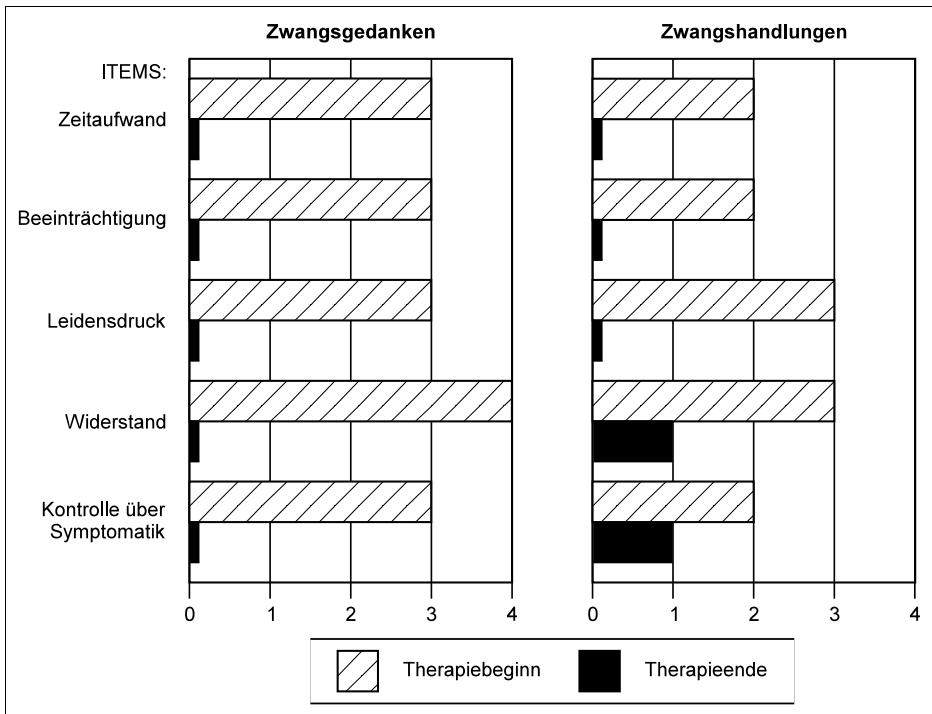


Abbildung 2:
 Ausprägungen der Zwangssymptomatik bei Thomas im klinischen Urteil
 zu Behandlungsbeginn und Behandlungsende
 (Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale, CY-BOCS)

In einem selbstkonstruierten Fragebogenverfahren zur Erfassung von Zwangsgedanken und Zwangshandlungen gab Thomas bei Behandlungsbeginn an, täglich zwei bis fünf Stunden mit der Ausübung seiner Zwangsgedanken und

Zwangshandlungen beschäftigt zu sein. In seinem Alltag fühle er sich durch diese „stark beeinträchtigt“. Wenn er seinen Zwangsimpulsen nicht nachgebe, habe er Angst, „daß den Eltern etwas passiert“.

In der Kurzform des Hamburger Zwangsinventars, HZI-K (Klepsch et al., 1993) lassen sich Auffälligkeiten in den Bereichen „Denken von Worten und Bildern“ (PR 90), und „Waschen und reinigen“ (PR 87) feststellen, wie Abbildung 3 zeigt. Alle anderen Skalen liegen weitgehend im Durchschnittsbereich. Insgesamt sind die Selbsteinschätzungen geringer ausgeprägt als die klinischen Beurteilungen. Die Prüfungsskalen spiegeln jedoch keine generelle Dissimulations-tendenz wider.

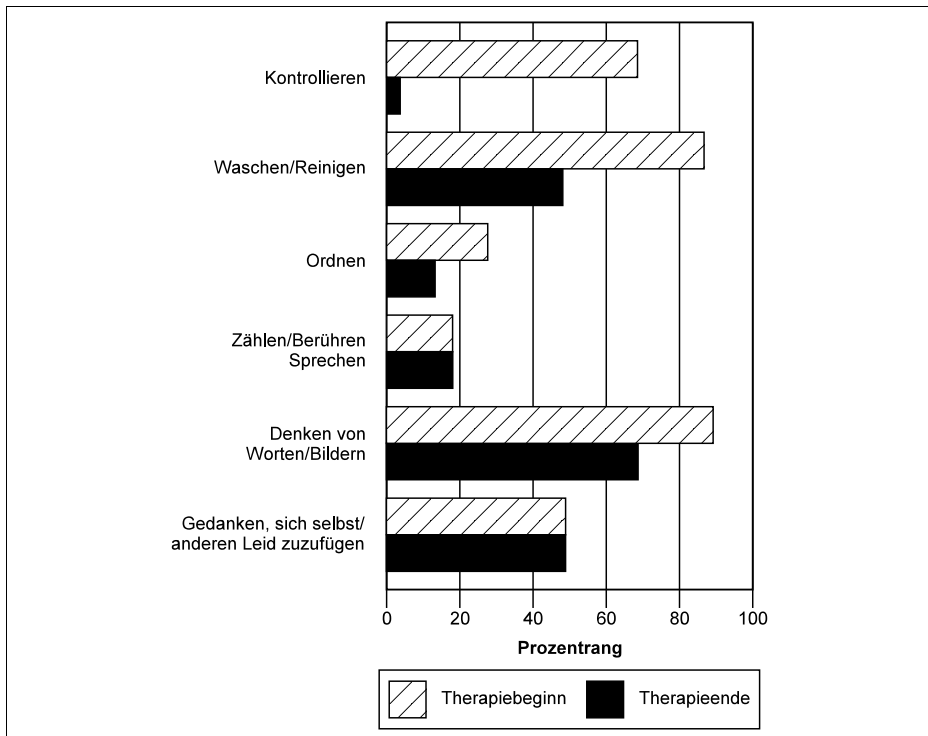


Abbildung 3:

Ausprägungen der selbstbeurteilten Zwangssymptomatik bei Thomas zu Behandlungsbeginn und Behandlungsende (Hamburger Zwangsinventars, HZI-K)

Im Depressions-Inventar für Kinder und Jugendliche, DIKJ (Stiensmeier-Pelster et al., 1989), wurde mit einem Prozentrangwert von 81 eine im oberen Durchschnittsbereich liegende Depressivität festgestellt. Diese Selbsteinschätzung liegt deutlich unter der klinischen Beurteilung, nach der eine dysthyme Störung vorliegt.

3 Erklärungsansätze

Die Entwicklung und Aufrechterhaltung von Zwangsstörungen wird aus verhaltenstheoretischer Perspektive auf der Basis von Mowrers Zweifaktorentheorie unter Zuhilfenahme kognitiver Konzepte erklärt. Abbildung 4 zeigt die Erklärung der Aufrechterhaltung von Zwangsstörungen auf der Basis der Zweifaktorentheorie nach Mowrer. Zwangsgedanken werden häufig durch spezifische Hinweisreize (z. B. Berühren der Türklinke) ausgelöst. Diese Zwangsgedanken beinhalten die Antizipation katastrophaler Konsequenzen einer Handlung oder einer Situation („Wenn ich die verseuchte Türklinke berühre, werde ich an Krebs sterben!“). Dadurch werden Ängste ausgelöst, die durch Zwangshandlungen (waschen) vermindert werden können. Die Angstreduktion wirkt als negative Verstärkung der Zwangshandlung und erhöht somit deren künftige Intensität oder Frequenz. Andererseits wird durch die Zwangshandlung die Konfrontation mit der angstauslösenden Situation und die Erfahrung, daß die antizipierten katastrophalen Konsequenzen nicht eintreten (fehlende Realitätstestung), vermieden, was zur Stabilisierung der Zwangsgedanken beiträgt. Patienten mit Zwangsstörungen benutzen im allgemeinen zwei Vermeidungsstrategien: die Vermeidung der angst-/zwangsauslösenden Situation (passive Vermeidung) und die aktive Vermeidung durch die Zwangshandlung, die antizipierte zukünftige Katastrophen verhindern hilft (vgl. Döpfner, 2000).

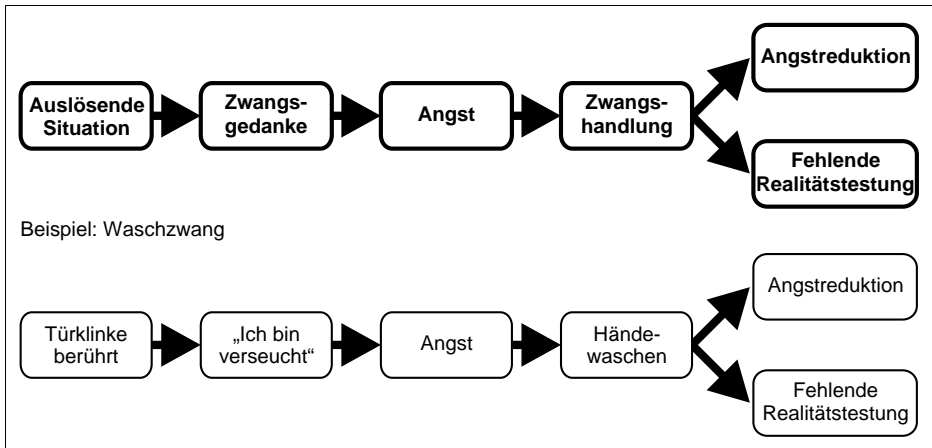


Abbildung 4:
Behaviorales Modell zur Entwicklung von Zwangsstörungen

Kognitive Erklärungsansätze wurden von Salkovskis (1985, 1989) und Foa und Kozak (1986) entwickelt. Danach sind aufdringliche Gedanken Bestandteil eines normalen Gedankenablaufs, der sich handlungsbegleitend annähernd automatisiert vollzieht. Diese Gedanken werden vom Individuum fortlaufend bewertet, damit wichtige Gedanken und Ideen aus dem Strom der Informationsverarbeitung herausgefiltert werden können. Wie Abbildung 5 zeigt, ent-

steht eine Zwangssymptomatik dann, wenn aufdringliche Gedanken als negativ bewertet werden („Der Gedanke ist fürchterlich!“ „So etwas darf ich gar nicht denken!“) und dadurch Unruhe und Erregung auslösen, die im nächsten Schritt zu neutralisieren versucht werden. Die Neutralisierung erfolgt über gedankliche oder verhaltensmäßige Rituale. Allerdings gelingt die Neutralisierung des Gedankens nur vorübergehend und nicht vollkommen, weil die Neutralisierungsaktivität einen weiteren Hinweis auf die Bedeutsamkeit des Gedankens darstellt, wodurch sich Erregung und Unruhe wieder erhöhen. Dies wird als erneuter Beleg für die Bedeutsamkeit des Gedankens gewertet, wodurch erneut die Intensität steigt, mit der sich der Mensch mit dem Gedanken beschäftigt.

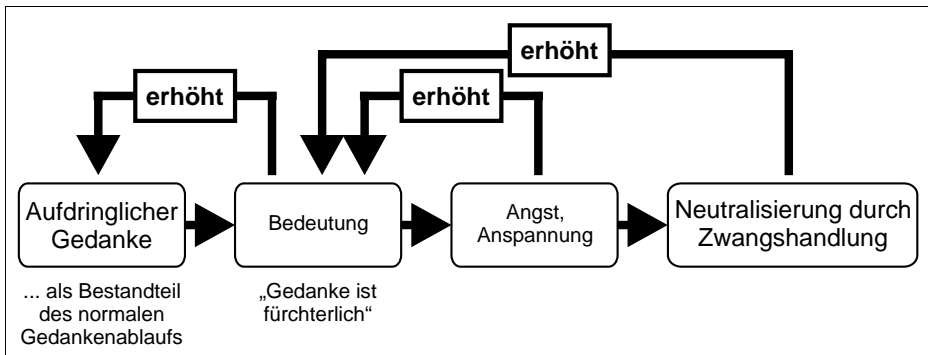


Abbildung 5:

Kognitives Modell zur Entwicklung von Zwangsstörungen
in Anlehnung an Salkovskis (1989; modifiziert nach Döpfner, 2000)

Diese theoretischen Modelle stellen eine gute Erklärung für die Aufrechterhaltung von Zwangsstörungen dar und erlauben auch eine schlüssige Ableitung von Interventionsprinzipien, die sich generell als ausgesprochen wirkungsvoll erwiesen haben. Die Faktoren, die ursprünglich zur Entwicklung der Zwangssymptomatik beigetragen haben, lassen sich allerdings häufiger aus den biographischen Zusammenhängen erkennen.

Aufgrund des schleichenden Beginns der Störung, konnte Thomas kein besonderes Lebensereignis mit der Entstehung seiner Zwangsstörung in Zusammenhang bringen. Bei Thomas entwickelte sich die Symptomatik vor dem biographischen Hintergrund einer ängstlichen und überbehütenden Erziehungshaltung der Eltern. Thomas ist in einer überbehütenden Umgebung aufgewachsen, in der er Verbote für Alltäglichkeiten erhielt (z. B. auf der Straße spielen, auf Bäume klettern), weil diese aus Sicht seiner Eltern lebensbedrohlich seien. Die Eltern berichten, sie forderten ihn auch heute noch auf, diese oder jene Tätigkeit (z. B. Fahrrad fahren) zu unterlassen, da er sonst sterben könnte. Thomas selbst meint, daß ihm die übermäßige Sorge seiner Eltern schon immer „genervt“ habe. Seit jeher seien ihm Themen wie Sterben, Tod und lebensgefährliche Situationen gut vertraut.

Vermutlich hat Thomas dieses kognitive Konzept internalisiert und auf seine Eltern übertragen. Im Sinne der kognitiven Erklärungsansätze (siehe Abb. 5) sind Gedanken an ein mögliches Unheil, das den Eltern zustoßen könnte, bedingt durch das ängstliche Modellverhalten der Eltern, bei Thomas häufiger aufgetreten und wurden von ihm eher negativ bewertet. Aufgrund seiner geringeren Möglichkeiten, auf die Eltern beispielsweise in Form von Verboten Einfluß zu nehmen, könnte er andere Bewältigungsstrategien entwickelt haben (z. B. Fragen und Kontrollieren), um die aufkommende Angst bezüglich seiner Eltern zu reduzieren. Besonders früh hatte er den Eltern Fragen gestellt, um seine Spannung zu reduzieren, wodurch einerseits das zwanghafte Fragen negativ verstärkt wurde und andererseits die Erfahrung nicht gemacht werden konnte, daß sich die Ängste auch dann vermindern, wenn er seinen Eltern keine Fragen stellt.

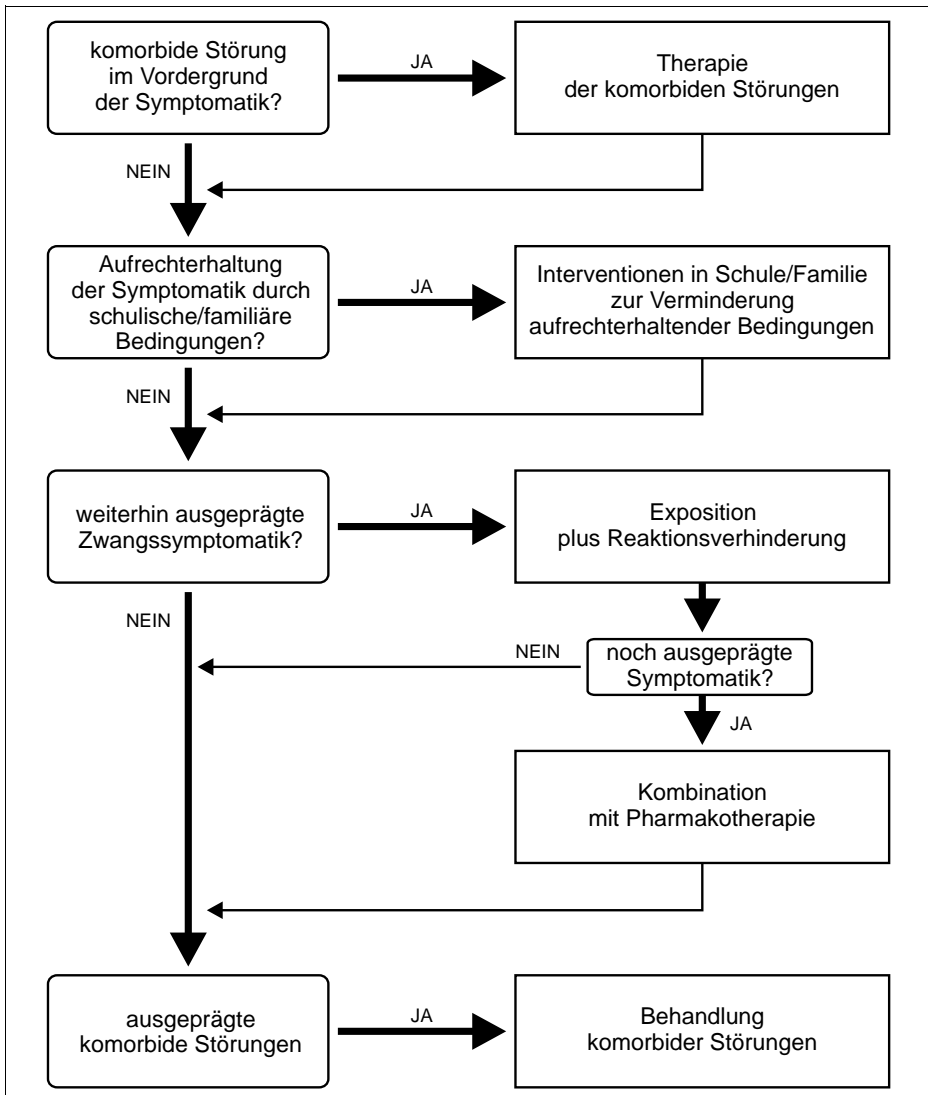
Die depressive Verstimmung scheint überwiegend sekundärer Natur als Folge der langen und leidvollen Erfahrung mit der Erkrankung zu sein, wobei allerdings die Möglichkeit einer prämorbid Depression als Auslöser für die Zwangserkrankung nicht völlig ausgeschlossen werden kann. Die anamnестischen Angaben sind hierzu nicht eindeutig. Sie lassen jedoch vermuten, daß die depressiven Reaktionen eher eine Folge der Zwangsstörung sind.

4 Interventionsprinzipien

Die Pharmakotherapie (mit Antidepressiva, hauptsächlich Anafranil und in jüngster Zeit mit Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmern) hat sich, vor allem was die Stabilität der Behandlungserfolge betrifft, als weniger wirkungsvoll erwiesen. Demgegenüber konnten für symptomzentrierte verhaltenstherapeutische Interventionen bei der Behandlung von Erwachsenen, aber auch von Kindern und Jugendlichen mit Zwangsstörungen weitgehend stabile Behandlungseffekte nachgewiesen werden (vgl. Döpfner, 2000).

Abbildung 6 gibt einen Entscheidungsbaum wieder, an dem die Indikationen für die einzelnen Interventionsverfahren abzulesen sind. Stehen komorbide Störungen im Vordergrund der Symptomatik, beispielsweise ausgeprägte Depressionen, dann sollten zunächst diese Störungen behandelt werden. Dies ist bei Thomas nicht der Fall.

Wenn schulische oder familiäre Bedingungen vermutlich zur Aufrechterhaltung der Zwangssymptomatik beitragen, dann sollten zunächst Interventionen durchgeführt werden, die auf eine Verminderung dieser aufrechterhaltenden Bedingungen abzielen. Da familiäre Bedingungen bei Thomas vermutlich zu einem wesentlichen Teil bei der Aufrechterhaltung der Symptomatik beteiligt sind, sollen in einem ersten Schritt familienzentrierte Interventionen durchgeführt werden.

**Abbildung 6:**

Differentialtherapeutischer Entscheidungsbaum für Zwangsstörungen im Kindes- und Jugendalter

Da bei Thomas die Zwangssymptome relativ stark ausgeprägt sind und auch schon über einen längeren Zeitraum bestehen, ist zu erwarten, daß familienzentrierte Interventionen alleine nicht hinreichend erfolgreich sind. Deshalb wird eine Exposition mit Reaktionsverhinderung geplant, die im häuslichen Milieu durchgeführt werden soll. Bei Erwachsenen hat sich vor allem die **Exposition mit Reaktionsverhinderung** als besonders wirkungsvolle Methode erwiesen. Durch eine hinreichend lange Konfrontation mit angst- und zwangsauslösenden Reizen (Exposition) und durch die Verhinderung von Zwangs-

handlungen (Reaktionsverhinderung) erfährt der Patient, daß er die Situation bewältigen kann und das gefürchtete Ereignis nicht eintritt, wodurch sich die Angst vermindert. Rund 60 bis 70 Prozent der behandelten erwachsenen Patienten zeigen eine erhebliche oder deutliche Symptomminderung, teilweise liegen die Erfolgsraten auch darüber (vgl. Reinecker, 1994). Auch im Kindes- und Jugendalter liegen mehrere Studien vor, welche die Wirksamkeit von Exposition mit Reaktionsverhinderung belegen (vgl. Döpfner, 1999).

Eine Ergänzung der Verhaltenstherapie durch eine pharmakologische Therapie soll erwogen werden, falls sich die Exposition mit Reaktionsverhinderung als nicht hinreichend erfolgreich herausstellt (siehe Abb. 6). Die depressive Symptomatik wird hauptsächlich als Folge der Zwangssymptomatik interpretiert. Daher ist zu erwarten, daß sich die depressiven Symptome sowie die Außen-seiterrolle von Thomas unter Gleichaltrigen im Zuge einer erfolgreichen Behandlung der Zwänge ebenfalls vermindern.

Tabelle 1:
Interventionsplanung bei Thomas

1. Familienzentrierte Interventionen zur Verminderung der Zwangssymptomatik

- a) Die Ängste der Eltern sollen thematisiert und ihre Bedeutung für die Entstehung und Aufrechterhaltung der Zwangssymptomatik herausgearbeitet werden.
- b) Die Familienmitglieder sollen dazu angeleitet werden, Thomas bei der Durchführung von Zwangshandlungen weniger zu unterstützen.
- c) Positive Verstärkung von Thomas für angemessene Bewältigungsbemühungen durch einen Punkteplan.
- d) Selbstbeobachtung und -aufzeichnung: Thomas soll täglich die Häufigkeit der Zwangshandlungen und der Impulse zu Zwangshandlungen sowie deren Stärke aufzeichnen.

2. Exposition mit Reaktionsverhinderung

- a) Die Exposition soll zunächst gemeinsam mit der Therapeutin im häuslichen Umfeld durchgeführt werden. Thomas wird Situationen ausgesetzt, die er bislang vermieden hat (Exposition) und er wird ermuntert, in diesen Situationen Impulsen zu Zwangshandlungen zu widerstehen (Reaktionsverhinderung). Eine Expositionssitzung dauert so lange, bis Angstreduktion einsetzt.
 - b) Thomas führt Expositionen alleine täglich zu Hause durch.
-

Familienzentrierte Interventionen können verschiedene Interventionen beinhalten (vgl. Döpfner, 1997). Tabelle 1 gibt die Interventionsplanung für Thomas wieder, der auch die einzelnen familienzentrierten Interventionen entnommen werden können. In der ersten Phase der familienzentrierten Interventionen sollen die Probleme von Thomas und deren Auswirkungen auf die Familie aus der Perspektive von Thomas und der Eltern beleuchtet werden. Unterschiede in den Krankheitskonzepten sollen herausgearbeitet werden, Erfahrungen der Eltern und von Thomas über verschiedene Formen des Umgangs mit der Problematik werden zusammengetragen. Informationen über Zwangsstörungen sollen anhand einer Informationsbroschüre (Döpfner & Rothenberger, 1996) vermittelt werden. Danach soll ein gemeinsames Krankheitskonzept entwickelt werden. Dabei soll vor allem die Rolle der Ängste der Eltern bei der Entstehung und Aufrechterhaltung der Zwangssymptomatik thematisiert werden. Mit den Eltern soll die Modellfunktion, die ihre Ängste bei der Entwicklung der

Zwangsstörung von Thomas eingenommen haben, erarbeitet werden. Die Funktion und Irrationalität dieser Ängste soll thematisiert werden, um damit das Erziehungsverhalten zu verändern.

Schließlich sollen die Eltern Thomas bei Zwangshandlungen nicht mehr unterstützen oder sich ihm zuwenden (z. B. auf zwanghaftes Fragen immer wieder eingehen, Ratschläge und Kontrollen von Thomas zulassen). Durch einen Verstärkerplan soll Thomas motiviert werden, seine Zwangshandlungen aktiv zu unterdrücken. Auf der Basis eines gemeinsamen Krankheitskonzeptes, soll mit den Eltern erarbeitet werden, daß sie Thomas bei seinem „Kampf“ gegen die Zwangssymptome helfen können, indem sie ihn nicht mehr bei der Ausführung seiner Zwangssymptomatik unterstützen, sondern ihn zu jeder Form von Widerstand gegen die Zwänge ermuntern.

Bei Kindern und Jugendlichen mit weniger chronifizierten Zwangsstörungen können diese Maßnahmen Zwangssymptome deutlich vermindern, möglicherweise weil die Symptomatik in einem stärkeren Maße durch Interaktionsprozesse unterstützt und aufrechterhalten wird als bei älteren Patienten. Lassen sich jedoch innerhalb weniger Wochen allenfalls geringfügige Veränderungen erzielen oder erscheint die Symptomatik von Anfang an sehr verfestigt und chronifiziert oder sind die Kooperationsmöglichkeiten in der Familie sehr begrenzt, dann sollte der Therapeut eine Expositionsbehandlung mit Reaktionsverhinderung beginnen (vgl. Döpfner, 2000).

Obwohl die interaktionellen Bedingungen bei der Aufrechterhaltung der Zwangssymptome von Thomas vermutlich eine erhebliche Rolle spielen, wird aufgrund des Chronifizierungsgrades und des Ausprägungsgrades der Zwangssymptomatik davon ausgegangen, daß die familienzentrierten Interventionen durch eine Expositionsbehandlung mit Reaktionsverhinderung ergänzt werden müssen. Deshalb wird eine zwei- bis dreiwöchige Behandlung mit Konfrontation in vivo und Reaktionsverhinderung geplant. In dem die Expositionsbehandlung vorbereitenden Gespräch soll eine stabile Behandlungsmotivation für die Exposition aufgebaut werden. Thomas kann sich in diesem Gespräch unter Anleitung der Therapeutin das Therapieverfahren selbst erarbeiten, um sich in der anschließenden Überlegungsphase unter Abwägung aller Vor- und Nachteile für oder gegen die für ihn sehr schwierige und anstrengende Therapie zu entscheiden. Auf dieser Basis wird zusammen mit dem Patienten ein spezifisches Therapieprogramm abgeleitet.

Die sehr deutlich ausgeprägte Veränderungsmotivation des Patienten sowie sein hoher Leidensdruck lassen die Prognose einer gezielten systematischen Expositionstherapie mit dem Schwerpunkt auf einer Exposition in vivo mit Reaktionsverhinderung günstig erscheinen. Durch die Expositionstherapie soll Thomas erfahren, daß eine Angstüberwindung ohne Ausführung seines Zwangsrituals möglich ist und daß der von Thomas erwartete Ausgang bei Nichtausführung seines Zwangsverhaltens (Tod der Eltern) nicht eintreffen wird.

Bei der massierten Exposition in vivo mit Reaktionsverhinderung soll Thomas zunächst im Beisein seiner Therapeutin direkt mit den spezifischen Reizen, die bisher das Zwangsverhalten ausgelöst hatten, in der Realität konfrontiert werden. Dabei soll er motiviert werden, seine Zwangshandlungen (Händewaschen, fragen, kontrollieren) zu unterlassen. Durch gezielte therapeutische Interventionen werden hierbei stattfindende Habituationsprozesse bis zu einer völligen Reduktion der Angst bzw. Unruhe gefördert. So kann Thomas die Erfahrung machen, daß eine Angstüberwindung ohne Ausführung des Zwangsrituals und Vermeidung möglich ist und die erwartete Katastrophe (Tod der Eltern) ausbleibt. Zur Intensivierung des Therapieerlebens und zur Erhöhung der Therapiechancen wird hierbei die zeitliche Komprimierung der Expositionsbehandlung mit bis zu drei Kontakten pro Woche mit mehreren Behandlungseinheiten täglich angestrebt. Ein massiertes Vorgehen erscheint angesichts der stark ausgeprägten Erwartungsangst und der relativ früh zu erwarteten Erfolgserlebnisse eher indiziert als ein graduiertes Vorgehen.

Baldmöglichst soll Thomas die Expositionsübungen allein, ohne Anwesenheit seiner Therapeutin durchführen. Die therapeutischen Kontakte werden sich dann auf Vorbereiten und Nachbesprechen der Übungen konzentrieren. Auf diesem Wege können therapeutische Hilfestellungen systematisch zurückgenommen werden, so daß ein nahtloser Transfer in den Alltag gewährleistet ist. Nach Beendigung dieser massierten Kurzzeitbehandlung soll Thomas in die sechs- bis achtwöchige Erprobungsphase entlassen werden. In dieser Zeit wird Thomas angehalten sein, sich selbständig bislang zwangsauslösenden Situationen zu stellen.

Auf der Basis einer mehrstündigen Diagnostik wurde zu Beginn der Behandlung gemeinsam mit Thomas und seinen Eltern ein individuelles Modell für die Entstehung und Aufrechterhaltung seiner Zwangsstörung erarbeitet. Hierbei wurde insbesondere auf die Rolle des Modellverhaltens der Eltern eingegangen. Als nächsten Schritt wurde gemeinsam mit Thomas und seinen Eltern ein Verstärkerplan aufgestellt. Auf Wunsch von Thomas wurde als Verstärker eine Erhöhung seines Taschengeldes eingesetzt. Gemeinsam mit Thomas und seinen Eltern wurden für jeden Tag drei zeitlich genau definierte Intervalle von je einer halben Stunde festgelegt. In diesen Zeiten hatte er die Möglichkeit, seine Eltern alles zu fragen, was er wollte. Außerhalb dieser Zeiten sollte er keinen Fragen stellen, andernfalls würde er den vereinbarten Geldbetrag nicht erhalten. Wenn er zwischen erstem und zweitem Frageintervall bzw. zwischen zweitem und drittem Frageintervall usw. keine Fragen stellte, erhielt er vor Beginn des nächsten Frageintervalls 1,- DM.

Diese Intervention ist insgesamt erfolgreich verlaufen. Thomas berichtete, daß er in der Regel zu den vorgegebenen Zeiten keine Fragen hatte und daß „das Rumsitzen ziemlich langweilig gewesen ist“. Er habe aber die Erfahrung machen können, daß seine Erregung und Angst auch dann zurückgehe, wenn er seinem zwanghaften Fragen nicht nachkomme. In den drei Wochen, in denen dieser Verstärkerplan eingesetzt wurde, verdiente sich Thomas insgesamt 17,-

DM. Eine Woche vor dem ersten Expositionstermin meinte die Mutter, die Symptomatik Thomas habe sich aus ihrer Sicht bereits um 50 Prozent verbessert. Thomas sprach von einer 70prozentigen Symptomverbesserung. Bereits in dieser Phase erschien Thomas deutlich gelockerter und gesprächsbereiter.

In der nächsten Therapiephase wurde das Behandlungskonzept bei einer massierten Expositionstherapie in vivo mit Reaktionsverhinderung erläutert und begründet. Nachdem Thomas von dem Vorgehen überzeugt war, wurde auf dieser Grundlage das Interventionsprogramm erstellt. Thomas wurde im Rahmen einer dreitägigen Entscheidungsphase die Möglichkeit gegeben, sich zu überlegen, ob er unter den genannten Bedingungen die Therapie beginnen wollte. Bereits in dieser Überlegungsphase hatte sich Thomas eigenständig zwangsauslösenden Situationen gestellt. Kurz vor Beginn der ersten Expositionsübung, die gemeinsam mit der Therapeutin durchgeführt werden sollte, berichtete Thomas, er sei wiederholt seinen Zwangsimpulsen nicht nachgekommen und habe festgestellt, daß seine Eltern noch leben. In der Schule sei ihm beispielsweise der Gedanke gekommen, daß seinen Eltern etwas zustoßen könnte, wenn er nicht mit einem andersfarbigen Stift weiterschreiben würde. Er habe dennoch nicht die Farbe des Stiftes gewechselt. Außerdem habe er seit drei Tagen seine Mutter nicht mehr aufgefordert, sich vor dem Austeilen des Essens die Hände zu waschen. Die Mutter bestätigte dies.

Vor Beginn der ersten Expositionsübung, die im Hause der Familie stattfand, bekundete Thomas, daß er aufgrund der in den letzten drei Tagen gesammelten Erfahrungen keine Angst mehr habe. Dennoch wurde Thomas angehalten, mit nassen Fingern alle Lichter und elektrischen Geräte im Hause anzumachen. Nachdem Thomas dies bereitwillig getan hatte, wurde seine Mutter gebeten, alle Geräte wieder abzuschalten, während Thomas gemeinsam mit seiner Therapeutin im Wohnzimmer wartete. Während des Wartens auf seine Mutter wurde Thomas zunehmend unruhiger. Er äußerte seine Bedenken, seine Mutter könne nun doch einen elektrischen Schlag bekommen und sterben. In diesem Moment verfiel er in sein Zwangsverhalten zurück und begann wiederholt dieselben Fragen zu stellen. Die Therapeutin antwortete nicht und ermunterte ihn, keine weiteren Fragen mehr zu stellen. Nachdem die Mutter alle Geräte ausgeschaltet hatte und im Wohnzimmer erschien, entschloß sich Thomas eigenständig „ab jetzt nie wieder die Lichtschalter mit dem Handrücken oder dem Ellbogen an- oder auszumachen“. Diese Übung wurde an diesem Tage noch insgesamt zwei Mal wiederholt. Die letzte Übung konnte Thomas völlig angstfrei bewältigen. Im Anschluß daran wurde Thomas mit folgenden Situationen konfrontiert: Er sollte mit seinem Hund, den er etwa ein halbes Jahr nicht mehr gestreichelt hatte, spielen und sich dabei an den Händen lecken lassen. Darauf sollte er mit ungewaschenen Händen ein Brot für sich und seine Mutter schmieren. Im Beisein der Therapeutin wurden die Brote gegessen. Thomas berichtete, er habe keine Angst, fände dies „nur ein wenig eklig“. Die Frage, ob seine Mutter nun erkranken kann, verneinte Thomas, mit der Bemerkung „Ich habe wohl früher ziemlich übertrieben!“.

Am Ende des ersten Expositionstages wurde der Verstärkerplan gemeinsam mit Thomas und seinen Eltern verändert. Auf seinen Wunsch hin, wurden die „Fragezeiten“ aufgehoben. Thomas selbst entschied sich dafür, seinen Eltern über den Tag verteilt maximal drei Fragen zu stellen, um am Ende des Tages 1,- DM zu erhalten. Die Mutter von Thomas schlug vor, Thomas am Ende des Tages 2,- DM zu geben, vorausgesetzt, er stellt maximal eine Frage pro Tag.

Thomas erhielt die Aufgabe, bis zum nächsten Expositionstag, der vier Tage später stattfand, möglichst keinen Zwangsimpulsen nachzugeben und zusätzlich die Übungen des ersten Expositionstages täglich einmal durchzuführen. Zu Beginn des zweiten Expositionstages berichtete Thomas und auch seine Mutter, daß er jeden Abend Geld erhalten habe; zweimal habe er sich sogar zwei Mark verdient. Thomas erzählte außerdem, er habe in den letzten Tagen wiederholt masturbiert, ohne daß Schuldgefühle oder Ängste aufgekommen seien. Seine Erwartungsangst sei jedoch sehr groß gewesen.

Inhalt des zweiten Expositionstages war in groben Zügen eine Wiederholung der Übungen aus der ersten Expositionssitzung. Dabei wurde deutlich, daß Thomas mit der Exposition keinerlei Probleme mehr hatte. In Anbetracht dieser erfolgreichen Entwicklung wurde keine weitere in vivo Expositionsübung mehr geplant und für zwei Wochen später ein Termin in der Klinik vereinbart. Der Verstärkerplan wurde beibehalten.

Die positive Entwicklung setzte sich in diesen zwei Wochen fort. Bei dem vereinbarten Termin berichteten Thomas und seine Mutter, Thomas habe jeden Tag sein Geld dafür erhalten, daß er pro Tag maximal eine Frage der Mutter stellte. Die Mutter sprach von einer 99prozentigen Symptomverbesserung, Thomas von einer 100prozentigen Besserung. Deshalb wurde das achtwöchige Erprobungsintervall begonnen. Der Verstärkerplan wurde mit Zustimmung aller Beteiligten beendet.

Das überbehütende und ängstliche Verhalten der Eltern konnte zwar im Rahmen der familienzentrierten Interventionen bereits vermindert werden; nach wie vor berichteten die Eltern jedoch, daß es ihnen sehr schwer fällt, Thomas einen größeren Freiraum zu gewähren. Deshalb wurden mit den Eltern insgesamt drei Gespräche geführt, um die Eltern im Sinne einer kognitiven Umstrukturierung von dem angstbesetzten Gedanken „Thomas könnte an einem Unfall sterben!“ zu entlasten. In diesem Zusammenhang wurde nochmals ausführlich auf die Modellfunktion ihres Verhaltens eingegangen. Die Eltern entschieden sich schließlich, Thomas in Zukunft einen größeren Freiraum zu geben, in der Erwartung, daß sich dann auch ihre Ängste vermindern würden.

Acht Wochen nach Therapieende gab Thomas in einem Fragebogen an, sich im Vergleich zum Beginn der Therapie sehr viel besser zu fühlen. Er fühlte sich weder in der Schule noch in seiner Freizeit oder in seiner Familie durch Zwangssymptome beeinträchtigt. Ausgeprägte Zwangshandlungen traten nach Beendigung der Therapie überhaupt nicht mehr auf. Von Zwangsgedanken

wurde er auch nicht mehr täglich geplagt. Gelegentlich auftretenden Zwangsimpulsen konnte er gut aktiv begegnen, ohne in sein altes Zwangsverhalten zurückzufallen. Die Mutter bestätigte dies und gab an, daß Thomas maximal zwei Fragen pro Tag an sie stellt. In der Mehrzahl der Tage stellte er aber ohnehin keine Fragen mehr. An Tagen, an denen Zwangsgedanken auftraten, nahmen diese maximal eine halbe Stunde des Tages in Anspruch. In seinem Alltag fühlte er sich durch diese sporadisch auftretenden Zwangsgedanken „überhaupt nicht gestört“. In den letzten beiden Wochen traten „gar keine“ Zwangsgedanken mehr auf.

Die Bewältigung ehemals gemiedener Situationen ohne Ausführung seines Zwangsverhaltens sowie die Erweiterung seines allgemeinen Handlungsspielraumes vermittelten Thomas Kompetenzerlebnisse und eine Steigerung seines Selbstwertgefühls, was wiederum ein Nachlassen der vor Therapiebeginn bestehenden depressiven Gestimmtheit zur Folge hatte; zudem hatte sich seine Stellung in der Klasse verbessert. Er war optimistisch, daß er bald wieder in seine Klasse integriert sein wird. Seit Therapieende hatte er sich bereits mehrfach mit Klassenkameraden getroffen.

Den Abbildungen 1 bis 3 können die Ergebnisse der Verlaufskontrolle entnommen werden. Sowohl die klinische Beurteilung der Zwangssymptomatik auf der Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale, CY-BOCS (Abb. 2) als auch die Selbsteinschätzungen von Thomas im Hamburger Zwangsinventars, HZI-K (Abb. 3) weisen auf eine weitgehende Verminderung der Zwangssymptome acht Wochen nach Behandlungsende hin. Weder im Selbsturteil von Thomas noch im Fremdurteil der Mutter lassen sich klinisch relevante Auffälligkeiten feststellen, wie die Skalenwerte im Fragebogen für Jugendliche (YSR) bzw. im Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (CBCL) zeigen (siehe Abb. 1). Im Elternurteil sind noch erhöhte, wenn auch nicht mehr klinisch auffällige Werte bei den Skalen zur Erfassung sozialer Probleme (mit Gleichaltrigen), von schizoiden/zwanghaften Auffälligkeiten und von Aufmerksamkeitsstörungen festzustellen.

5 Resümee

Die Falldarstellung illustriert, wie im Kindes- und Jugendalter – vermutlich in einem stärkeren Maße als im Erwachsenenalter – aktuelle Familienbeziehungen und -interaktionen Zwangssymptome aufrechterhalten können. Neben der Exposition mit Reaktionsverhinderung sind deshalb familienzentrierte Interventionen von besonderer Bedeutung. In dem vorliegenden Fall konnte die Zwangssymptomatik durch die familienzentrierten Interventionen erheblich vermindert werden, obwohl die Zwangsstörung bereits seit mehreren Jahren bestand. Dennoch zeigen die Reaktionen von Thomas in den ersten in vivo Expositionen, daß eine ergänzende Exposition auch in diesem Fall notwendig und hilfreich war. Im Kindes- und Jugendalter können, wie auch dieses Bei-

spiel zeigt, durch die Expositionstherapie häufig relativ schnelle Behandlungserfolge erzielt werden, was vermutlich durch den im Vergleich zu Zwangsstörungen im Erwachsenenalter meist geringeren Chronifizierungsgrad der Störung bedingt ist. Da mindestens ein Drittel aller Zwangsstörungen bereits im Kindes- und Jugendalter beginnt, sollte daher eine möglichst frühzeitige Erkennung und Behandlung angestrebt werden.

Literatur

- Allsopp, M. & Verduyn, C. (1988). A follow-up of adolescents with obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry*, 154, 829–834.
- Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (1998 a). *Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen; deutsche Bearbeitung der Child Behavior Checklist (CBCL/4-18). Einführung und Anleitung zur Handauswertung*. 2. Auflage mit deutschen Normen, bearbeitet von M. Döpfner, J. Plück, S. Bölte, K. Lenz, P. Melchers & K. Heim. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD).
- Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (1998 b). *Fragebogen für Jugendliche; deutsche Bearbeitung der Youth Self-Report Form der Child Behavior Checklist (YSR). Einführung und Anleitung zur Handauswertung*. 2. Auflage mit deutschen Normen, bearbeitet von M. Döpfner, J. Plück, S. Bölte, K. Lenz, P. Melchers & K. Heim. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD).
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (Hrsg.) (1991). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen – ICD 10, Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien*. Bern: Huber.
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H. & Schulte-Markwort, E. (Hrsg.) (1994). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen – ICD 10, Kapitel V (F). Forschungskriterien*. Bern: Huber.
- Döpfner, M. (1997). Verhaltenstherapeutische Behandlung eines Jugendlichen mit Zwangsstörungen. *Kindheit und Entwicklung*, 6, 88–96.
- Döpfner, M. (1999). Zwangsstörungen. In H.-C. Steinhausen & M. von Aster (Hrsg.), *Handbuch Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin bei Kindern und Jugendlichen* (271–326). Weinheim: Psychologie Verlags Union, 2. überarbeitete Auflage.
- Döpfner, M. (2000). Zwangsstörungen. In F. Petermann (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie und Kinderpsychotherapie* (271–289). Göttingen: Hogrefe, 4. völlig veränd. Auflage.
- Döpfner, M., Berner, W. & Lehmkuhl, G. (1994 a). *Handbuch: Fragebogen für Jugendliche. Forschungsergebnisse zur deutschen Fassung der Youth Self-Report Form (YSR) der Child Behavior Checklist*. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD).
- Döpfner, M. & Lehmkuhl, G. (1998). *Diagnostik-System für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-IV (DISYPS-KJ)*. Bern: Huber.
- Döpfner, M. & Rothenberger, A. (1996). *Zwangsstörungen bei Kindern und Jugendlichen – Fragen und Antworten. Eine Information für Betroffene und ihre Eltern*. Osnabrück: Deutsche Gesellschaft Zwangserkrankungen e. V.
- Döpfner, M., Schmeck, K. & Berner, W. (1994 b). *Handbuch: Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen. Forschungsergebnisse zur deutschen Fassung der Child Behavior Checklist (CBCL/4-18)*. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD).
- Flament, M. F., Whitaker, A., Rapoport, J. L., Davies, M., Berg, C. Z., Kalikow, K. & Sceery, W. (1988). Obsessive compulsive disorder in adolescence: An epidemiological study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 764–771.

- Foa, E. B. & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20–35.
- Horn, W. (1969). *Prüfsystem für Schul- und Bildungsberatung (PSB)*. Göttingen: Hogrefe.
- Klepsch, R., Zaworka, W., Hand, I., Lüneneschloß, K. & Jauernig, G. (1993). *Hamburger Zwangsinventar – Kurzform (HZI-K)*. Göttingen: Hogrefe.
- Rapoport, J. L. (Ed.) (1989). *Obsessive compulsive disorder in children and adolescents*. Washington, D. C: American Psychiatric Press.
- Reinecker, H. S. (1994). *Zwänge. Diagnose, Theorien und Behandlung*. Bern: Huber, 2., überarbeitete und erweiterte Auflage.
- Salkovskis, P. M. (1985). Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 571–583.
- Salkovskis, P. M. (1989). Obsessions and compulsions. In J. Scott, J. M. Williams & A. T. Beck (Eds.), *Cognitive therapy in clinical practice. An illustrative casebook*. London: Routledge.
- Saß, H., Wittchen, H. U. & Zaudig, M. (Hrsg.) (1996). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe.
- Stiensmeier-Pelster, J., Schürmann, M. & Duda, K. (1989). *Depressionsinventar für Kinder und Jugendliche (DIKJ)*. Göttingen: Hogrefe.