

# Zwangsstörungen im Kindes- und Jugendalter

12.12.2017

Henning Ide-Schwarz (Dipl. Päd.)

# Fallbeispiel

## Fallbeispiel Jessica

*Stern TV-Reportage: „Kämpfen von Klein an! Wenn Kinder unter Zwängen leiden“*

*Sendung vom 2. März 2010, 22.15 Uhr, VOX*

# Zwangsstörungen im Kindes- und Jugendalter

## Übersicht

- Definition und Symptomatik
- Phänomenologie und klinische Erfahrungswerte
- Risiko- und prognostische Faktoren
- Differenzialdiagnosen, Komorbiditäten
- Therapieansätze

# Definition lt. ICD 10: F42

- Die Zwangsstörung ist gekennzeichnet durch
  - sich **wiederholdende Gedanken, Impulse oder Handlungen**, die
  - mindestens über **2 Wochen** an den meisten Tagen bestehen müssen und
  - gegen die zumindest partiell **Widerstand** geleistet wird (häufig erfolglos), da der Betroffene sie als **sinnlos** empfindet.
- Zwänge werden als „**ich dyston**“ („nicht zu sich gehörig“) empfunden.
  - CAVE: trifft bei Kindern oft nicht zu.
- Die **stereotypen Wiederholungen** belasten Betroffene und Umfeld, meist **bestehen Ängste, Leidensdruck** und eine deutliche **Beeinträchtigung der allgemeinen Aktivität.**

# Verwandte Störungen

DSM-5

ICD 10

Zwangsgedanken

F42.0

Zwangshandlungen

F42.1

Zwangsgedanken und –handlungen gemischt

F42.2

Dysmorphophobie

F45.22

Pathologisches Horten

F42.1

Trichotillomanie

F63.3

# Aspekte der Zwangsstörung

- Kindliche Zwangshandlungen: z.B. nicht auf Fugen zwischen Wegplatten treten, abends unters Bett schauen, oft von nur wenigen Wochen Dauer -> normal!
- Ca. 80% der klinisch relevanten Zwangsstörungen sind bestimmt durch **Kontaminationsängste**: führen zu Waschwang, Wischen, Putzen oder Vermeiden von Berührung.
- Am zweithäufigsten **Kontrollzwänge**: Herd, Türschloss, Hausaufgaben.
- CAVE: Bei kindlichen/jugendlichen Patienten Einbindung Dritter in Zwänge (meist Eltern).
- Formbarkeit und Modifikation der Zwänge bei Persistenz der Grundproblematik.

# Weitere Aspekte der Zwangsstörung

- Raptusartige Erregungsspitzen bei Einmischung von außen oder Unterbrechung durch Dritte.
- Starke Zwangsimpulse können erlebt werden wie imperative Stimmen, die gehört werden (CAVE: Abgrenzung zu akustischen Halluzinationen).
- Bei Kindern spielt das **magische Denken** noch eine große Rolle und die Abwendung von vorgestellten Katastrophen in Bezug auf die eigene Person oder andere. Damit im Zusammenhang stehen z.B. Wiederholungszwänge wie:
  - Mehrfaches Zählen
  - Berühren
  - Lesen
  - Schreiben gleicher Passagen oder Arrangieren von Gegenständen (z.B. Symmetrie), bis sie „richtig“ sind (Just right Phänomen)

# Einsichtsfähigkeit?

- Viele Betroffene haben sehr wohl die Einsicht, dass die befürchteten Ereignisse nicht eintreten würden bei Unterlassen der Kontrollhandlungen.
  - Zum Beispiel: Herd kontrollieren, um Brand in Küche zu vermeiden.
- Einige Betroffene zeigen – je jünger desto ausgeprägter – wenig Einsicht.
  - Diese befürchten, dass ein Brand bei unterlassener Kontrolle *wahrscheinlich* ist.
- Wenige Betroffene (< 4 %) zeigen fehlende Einsicht bzw. wahnhaftige Überzeugungen.
  - Diese sind *überzeugt*, dass bei unterlassener Kontrolle ein Brand folgt!

(DSM-5, Döpfner et al. 2015)



# Erklärungsmodelle: z.B. Kognitiv behaviorales Modell

- 1. Aufdringlicher Gedanke: „Der Türgriff ist schmutzig“
- 2. Bedeutungsbeimessung: „Ich könnte krank werden“
- 3. Gefühl: Angst/ Unruhe
- 4. Neutralisieren: Mehrfaches Händewaschen

# Erklärungsmodelle:

Bleibt die Frage: Woher kommt denn „... *Erstens: aufdringlicher Gedanke*“?

- Verhaltenstherapie: S – O – R – C
- Tiefenpsychologische Ansätze: Konflikt – Trieb(kontrolle) - ... (Bild: Berg mit Fähnchen obendrauf)
- Systemische Ansätze: Selbstorganisierte Systeme am Scheitelpunkt von funktionalem Muster zu dysfunktionalem Muster

# Exkurs: „Zwang“ als Regulativ zwischen Komplexität und Ordnung



Ursus Wehrli:  
Kunst aufräumen  
2002 Zürich

# Prävalenz

- Prävalenz zwangserkrankter Kinder und Jugendlicher wird auf 1,0 bis 3,6% geschätzt.
- Das Ersterkrankungsalter liegt am häufigsten um das zehnte Lebensjahr. Das Krankheitsbild kann bereits im Vorschulalter entstehen, sollte aber nicht vor dem 4.- 5. Lebensjahr diagnostiziert werden.
- Jungen erkranken meist früher als Mädchen.
- Es besteht ein Geschlechterverhältnis im Kindesalter von 3:2 (m:f), das sich in der Pubertät ausgleicht.

*(DSM-5, Döpfner et al. 2015)*

# Risiko- und prognostische Faktoren

- **Temperamentsfaktoren**
  - Höhere negative Emotionalität
  - Allg. Verhaltenshemmung
- **Umweltfaktoren**
  - Chronische oder/und akute belastende Lebensereignisse wie Trennung der Eltern, Misshandlung, Unfall in der Familie
- **Genetische und physiologische Faktoren**
  - Bei Verwandten ersten Grades mit Zwangsstörung doppelt so hohes Risiko wie bei Verwandten ersten Grades ohne Zwangsstörung.
  - Bei Verwandten ersten Grades mit Zwangsstörung bei Beginn in Kindheit/Jugend 10-fach höheres Risiko!
- **Suizidrisiko: Suizidgedanken bei ca. 50% der Zwangskranken im Laufe der Erkrankung, max. 25% begehen einen Suizidversuch**

*(DSM-5, Döpfner et al. 2015, S. 321)*

# Differenzialdiagnosen bzw. Komorbiditäten

Abzugrenzen sind

- **Angststörungen:** Abgrenzung von zwanghaft anmutendem Vermeidungsverhalten, wiederkehrenden Gedanken, die sich bei Angststörungen aber oft auf reale Lebenssituationen beziehen und nicht so skurriler Natur sind wie bei Zwangsgedanken
- **Depressionen:** Grübelzwang, der aber meist im Unterscheid zur Zwangsstörung stimmungskongruent ist
- **Essstörungen, v.a. Anorexie:** Zwanghafte Fixierung i.d.R. nur auf Themen, die die Ernährung betreffen
- **Ticstörungen/Tourette-Syndrom:** Diese ist geprägt durch unwillkürliche Handlungen, die nicht unterbunden werden können und auch nicht dem Zweck der „Neutralisierung“ z.B. von Zwangsgedanken dienen

# Differenzialdiagnosen bzw. Komorbiditäten

Abzugrenzen sind:

- **Autistische Syndrome:** Autistische Stereotypien ähneln Zwangshandlungen. Je nach Ausprägung weiterer Symptome aus dem autistischen Formenkreis einerseits sowie andererseits mit Blick auf die für Zwangsstörungen typischen „Neutralisierungsversuche“ ist der Schwerpunkt der Störung zu bestimmen.
- **Psychotische Krisen:** Abgrenzung der akustischen Halluzinationen von extremen Zwangsgedanken.
- **Impulskontrollstörungen und Borderlinesyndrome:** Diese imponieren teilweise mit sehr hartnäckigen, oft selbstabwertenden Zwangsgedanken, stehen aber typischer Weise mit der Grundproblematik von Stimmungsschwankungen in einem engen Zusammenhang.

# Therapie der Zwangsstörungen

Als „Goldstandard“ gilt die Kombination einer kognitiven Verhaltenstherapie mit der Pharmakotherapie.

Andere Therapieelemente fließen ein: z.B. psychodynamische Therapieansätze, systemische /familientherapeutische Elemente etc.

Therapeutische Strategien:

- Mitwirkung verweigern, ggf. auch Zwänge unterbrechen
- Konfrontation und Exposition
- Zugrundeliegende Konflikte eruieren
- Einengende oder/und symbiotische Beziehungsmuster in der Herkunftsfamilie überwinden.



# Pharmakotherapie

Psychopharmaka haben signifikante Wirkung!

- 60 bis 70% der Pat. erleben unter der unten genannten Medikation eine nennenswerte Symptomreduktion
- Mittel der Wahl: Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI)
- Wirkungseintritt erst nach 4-6 Wochen
- CAVE: Erhöhte Suizidalität wg. Antriebssteigerung

*(Kordon et al. 2011)*

# Literatur

- Döpfner et al. (Hg.): Zwangsstörungen und verwandte Störungen, in: Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-5, Göttingen 2015, S. 319 - 359
- Kordon et al.: Evidenzbasierte Pharmakotherapie und andere somatische Therapieverfahren bei Zwangsstörungen. In: Der Nervenarzt, 82. Jg. 2011, S. 319 – 324
- Stern TV-Reportage: „Kämpfen von Klein an! Wenn Kinder unter Zwängen leiden“, Sendung vom 2. März 2010, 22.15 Uhr, VOX
- Wehrli, Ursus: Kunst aufräumen. Zürich 2002

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!