

Vogel, Christian

Multiple Tics und Autoaggressionen - Ein Fall sekundärer Neurotisierung bei postvaccinaler Enzephalopathie

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 33 (1984) 5, S. 188-191

urn:nbn:de:bsz-psydok-30496

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de

Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

INHALT

Aus Praxis und Forschung

<i>Bahr, J., Quistorp, S., Höger, Ch.:</i> Datenschutz und Forschung: Konflikte und Lösungen (Data-Protection and Research: Conflicts and Solutions)	296	<i>Kallenbach, K.:</i> Visuelle Wahrnehmungsleistungen bei körperbehinderten Jugendlichen ohne Cerebralschädigung (A Comparative Study of the Visual Perception of Physically Disabled Juveniles without Brain Injury)	42
<i>Biermann, G.:</i> Macht und Ohnmacht im Umgang mit Kindern (Power and Powerless in Dealing With Children)	206	<i>Kammerer, E., Grüneberg, B., Göbel, D.:</i> Stationäre kinderpsychiatrische Therapie im Elternurteil (Parental Satisfaction with the Inpatient Treatment of Children and Adolescents)	141
<i>Broke, B.:</i> Diagnose, Ätiologie und Therapie des Hyperkinese-Syndroms (Diagnosis, Etiology and Therapy in the Case of Hyperkinesis-Syndrome)	222	<i>Knoke, H.:</i> Familiäre Bedingungen bei Konzentrations- und Leistungsstörungen (Family Conditions and Disturbances of Concentration and Performance)	234
<i>Büttner, M.:</i> Diagnostik der intellektuellen Minderbegabung – Untersuchung über die Zuverlässigkeit von Testbefunden (Intelligence of Mentally Retarded Persons)	123	<i>Löchel, M.:</i> Das präsuizidale Syndrom bei Kindern und Jugendlichen (The "Presuicidal Syndrom" in Children and Adolescents)	214
<i>Burchard, F.:</i> Praktische Anwendung und theoretische Überlegungen zur Festhaltetherapie bei Kindern mit frühkindlichem autistischen Syndrom (Practice Of and Theoretical Consideration On Holding Therapy With Autists)	282	<i>Mangold, B., Rather, G., Schwaighofer, M.:</i> Psychotherapie bei Psychosen im Kindes- und Jugendalter (Psychotherapy on Psychoses in Childhood and Adolescence)	18
<i>Diepold, B.:</i> Depression bei Kindern – Psychoanalytische Betrachtung (Depression in Children – Psychoanalytic Consideration)	55	<i>Merkens, L.:</i> Modifikation des 'Frostig-Entwicklungstest der visuellen Wahrnehmung (FEW)' zur Anwendung bei Schwerstbehinderten (Modification of the 'Frostig Test for Development of Visual Perception' for Testing the Severely Handicapped)	114
<i>Frank, H.:</i> Die stationäre Aufnahme als Bedrohung des familiären Beziehungsmusters bei psychosomatisch erkrankten Kindern und Jugendlichen (Admission to Hospital as a Threat to Family Relation Pattern of the Psychosomatically Ill Child and Adolescent)	94	<i>Merz, J.:</i> Aggressionen von ein- bis zweijährigen Kindern aus der Sicht der Mütter (Aggressions in One-to Two-Year-Old Children from the Point of View of Their Mothers)	192
<i>Gehring, Th. M.:</i> Institution und Ökosystem – Aspekte kinderpsychiatrischer Problemlösungen (Institution and Ecosystem – Approaches to Problem-Solving in Child Psychiatry)	172	<i>Pelzer, G.:</i> Supervision in der Gruppe (Group Supervision)	183
<i>Gutezeit, G., Marake, J.:</i> Untersuchungen zur Wirksamkeit verschiedener Einflußgrößen auf die Selbstwahrnehmung bei Kindern und Jugendlichen (Studies of the Effects of Various Factors Upon the Self Perception of Children and Juveniles)	133	<i>Reich, G.:</i> Der Einfluß der Herkunftsfamilie auf die Tätigkeit von Therapeuten und Beratern (The Family of Origin's Influence on the Professional Activities of Therapists and Counselors)	61
<i>Hampe, H., Kunz, D.:</i> Integration und Fehlanpassung Drogenabhängiger nach der Behandlung in einer Therapeutischen Gemeinschaft (Adjustment and Maladjustment of Drug Addicts after Treatment in a Therapeutic Community)	49	<i>Reinhard, H. G.:</i> Geschwisterposition, Persönlichkeit und psychische Störung bei Kindern und Jugendlichen (Birth Order, Personality, and Psychological Disorders in Children and Juveniles)	178
<i>Hartmann, H., Rohmann, U.:</i> Eine Zwei-System-Theorie der Informationsverarbeitung und ihre Bedeutung für das autistische Syndrom und andere Psychosen (A Two-System-Theory of Information Processing and Its Significance for The Autistic Syndrome and Other Psychoses)	272	<i>Reinhard, H. G.:</i> Streßbewältigung bei verhaltensgestörten Kindern (Coping Styles and Behaviour Disorders)	258
<i>Herzka, H. St.:</i> Kindheit wozu? – Einige Folgerungen aus ihrer Geschichte (Childhood – Where to? Some Conclusions Drawn from Its History)	3	<i>Rotthaus, W.:</i> Stärkung elterlicher Kompetenz bei stationärer Therapie von Kindern und Jugendlichen (Enhancing Parental Competence During Inpatient Treatment of Children and Adolescents)	88
<i>Höger, Ch., Quistorp, S., Bahr, J., Breull, A.:</i> Inanspruchnahme von Erziehungsberatungsstellen und kinderpsychiatrischen Polikliniken im Vergleich (A Comparison of the Attendance of Child Guidance Clinics and Outpatient Units of Child Psychiatric Hospitals)	264	<i>Schwabe-Höllein, M.:</i> Kinderdelinquenz – Eine empirische Untersuchung zum Einfluß von Risikofaktoren, elterlichem Erziehungsverhalten, Orientierung, Selbstkonzept und moralischem Urteil (Juvenile Delinquency)	301
<i>Jungjohann, E. E., Beck, B.:</i> Katamnestiche Ergebnisse einer Gesamtgruppe von Patienten eines regionalen kinderpsychiatrischen Behandlungszentrums (Results of a Follow-Up-Study of a Total Group of Patients of a Regional Child Psychiatric Therapeutic Service)	148	<i>Sohmi, H.:</i> Analytisch orientierte Familientherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie – Grundlagen, Indikation, Ziele (Analytically Orientated Family Therapy in Child and Adolescent Psychiatry – Fundamentals, Indication, Goals)	9
		<i>Thimm, D., Kreuzer, E.-M.:</i> Transsexualität im Jugendalter – Literaturübersicht (Transsexualism in Juveniles)	70
		<i>Thimm, D., Kreuzer, E.-M.:</i> Transsexualität im Jugendalter – Ein Fallbericht (Transsexualism in Juveniles – A Case Report)	97
		<i>Vogel, Ch.:</i> Multiple Tics und Autoaggressionen – Ein Fall sekundärer Neurotisierung bei postvaccinaler Enzephalopathie (Multiple Tics and Auto-Aggressive Tendencies. A Case Report of Secondary Neurosis by a Cerebral Dysfunction after Vaccination)	188

Pädagogik und Jugendhilfe

- Goldbeck, L.:* Pflegeeltern im Rollenkonflikt – Aufgaben einer psychologischen Betreuung von Pflegefamilien (Foster Parents in Role Conflicts – Tasks for the Guidance of Foster Families) 308
- Hess, Th.:* Systemorientierte Schulpsychologie (System-oriented School Psychology) 154
- Krebs, E.:* Familienorientierung in der Heimerziehung – Die konzeptionelle Weiterentwicklung des therapeutisch-pädagogischen Jugendheimes „Haus Sommerberg“ in Rösrath (Family Orientation in Institutions for Disturbed Adolescents – The Conceptual Development of the Therapeutic-Pedagogic Institution “Haus Sommerberg” in Rösrath near Cologne) 28
- Quenstedt, F.:* Neurotische Kinder in der Sonderschule – Therapeutische Einflüsse und Probleme (Neurotic Children in Special Schools – Therapeutic Influences and Problems) 317
- Wartenberg, G.:* Perspektivlosigkeit und demonstrative Lebensstil-Suche – Der junge Mensch im Spannungsfeld gesellschaftlicher Entwicklung (Lack of Prospects and the Demonstrative Search for a Life Style – Young People in the Conflicts of Societal Developments) 82
- Wolfram, W.-W.:* Im Vorfeld der Erziehungsberatung: Psychologischer Dienst für Kindertagesstätten (On the Perimeter of Child Guidance Clinics: Psychological Services for Kindergartens) 239

Tagungsberichte

- Diepold, B., Rohse, H., Wegener, M.:* Anna Freud: Ihr Leben und Werk – 14./15. September 1984 in Hamburg 322
- Hoffmeyer, O.:* Bericht über das 3. Internationale Würzburger Symposium für Psychiatrie des Kindesalters am 28./29. 10. 1983 159
- Weber, M.:* Bericht über die Tagung „Beratung im Umfeld von Jugendreligionen“ vom 3.–6. November 1983 in Lohmar 34

Ehrungen

- Hans Robert Ietzner – 60 Jahre 105
- Ingeborg Jochmus zum 65. Geburtstag 244
- Friedrich Specht zum 60. Geburtstag 322
- Johann Zauner – 65 Jahre 323

Literaturberichte (Buchbesprechungen)

- Aulagnier, P.:* L'apprenti-historien et le maître-sorder. Du discours identifiant au discours délirant 325
- Arwiszus-Schneider, H., Meuser, D.:* Psychotherapeutische Behandlung von Lernbehinderten und Heimkindern 36

- Beland, H., Eickhoff, F.-W., Loch, W., Richter, H.-E., Meistermann-Seegeer, E., Scheumert, G. (Hrsg.):* Jahrbuch der Psychoanalyse 251
- Breuer, C.:* Anorexia nervosa – Überlegungen zum Krankheitsbild, zur Entstehung und zur Therapie, unter Berücksichtigung familiärer Bedingungen 292
- Corsini, R. J., Wenninger G. (Hrsg.):* Handbuch der Psychotherapie 105
- Davidson, G. C., Neale, J. M.:* Klinische Psychologie – Ein Lehrbuch 325
- Drewermann, E., Neuhaus, I.:* Scheeweißchen und Rosenrot. Grimms Märchen tiefenpsychologisch gedeutet 75
- Faust, V., Hole, G. (Hrsg.):* Psychiatrie und Massenmedien 165
- Friedrich, M. H.:* Adoleszentenpsychosen, pathologische und psychopathologische Kriterien 77
- Hackenberg, W.:* Die psycho-soziale Situation von Geschwistern behinderter Kinder 163
- Herzka, H. St. (Hrsg.):* Konflikte im Alltag 165
- Hoyler-Herrmann, A., Walter, J. (Hrsg.):* Sexualpädagogische Arbeitshilfen für geistigbehinderte Erwachsene 324
- Kast, V.:* Familienkonflikte im Märchen – Beiträge zur Jungschen Psychologie 199
- Lipinski, Ch. G., Müller-Breckwoldt, H., Rudnitzki, G. (Hrsg.):* Behinderte Kinder im Heim 199
- Loch, W. (Hrsg.):* Krankheitslehre der Psychoanalyse 292
- Maker, C. J.:* Curriculum Development for the Gifted 36
- Maker, C. J.:* Teaching Models in Education of the Gifted 36
- Minuchin, S., Fishman, H. Ch.:* Praxis der strukturellen Familientherapie, Strategien und Techniken 161
- Nielsen, J., Sillesen, J.:* Das Turner-Syndrom. Beobachtungen an 115 dänischen Mädchen geboren zwischen 1955 und 1966 107
- Paeslack, V. (Hrsg.):* Sexualität und körperliche Behinderung 200
- Petermann, U.:* Training mit sozial unsicheren Kindern 37
- Postman, N.:* Das Verschwinden der Kindheit 76
- Probst, H.:* Zur Diagnostik und Didaktik der Oberbegriffsbildung 38
- Reimer, M.:* Verhaltensänderungen in der Familie. Home-treatment in der Kinderpsychiatrie 107
- Retz, A.:* Mongolismus. Biologische, erzieherische und soziale Aspekte 162
- Reu Kauf, W.:* Kinderpsychotherapien. Schulbildung-Schulstreit-Integration 164
- Richter, E.:* So lernen Kinder sprechen 325
- Schuschke, W.:* Rechtsfragen in Beratungsdiensten 201
- Sperling, E., Massing, A., Reich, G., Georgi, H., Wöbber-Mönks, E.:* Die Mehrgenerationen-Familientherapie 198
- Stockenius, M., Barbuceanu, G.:* Schwachsinn unklarer Genese 245
- Tscheulin, D. (Hrsg.):* Beziehung und Technik in der klientenzentrierten Therapie: zur Diskussion um eine differenzielle Gesprächspsychotherapie 198
- Walter, J. (Hrsg.):* Sexualität und geistige Behinderung 324
- Zlotowicz, M.:* Warum haben Kinder Angst 291

Mitteilungen: 39, 78, 108, 167, 202, 253, 293, 326

Multiple Tics und Autoaggressionen

Ein Fall sekundärer Neurotisierung bei postvaccinaler Enzephalopathie

Von Christian Vogel

Zusammenfassung

Im vorliegenden Artikel wird über das Konzept einer stationären multidimensionalen jugendpsychiatrischen Langzeittherapie eines Jugendlichen mit multiplen Tics und autoaggressiven Handlungen berichtet. Das herausragende Symptom war die autoaggressive Verletzung beider Hornhäute, so daß bei dem Patienten eine Erblindung drohte. Nach Darstellung der pathogenetischen Grundlagen, der Anamnese und des Aufnahmebefundes werden die einzelnen Schritte der im stationären Rahmen durchgeführten Therapie geschildert, wobei das Schwergewicht auf der Durchführung der Einzelpsychotherapie liegt. Sinn und Notwendigkeit der Psychotherapie in einem solchen Falle werden dargestellt. Abschließend werden die Erfolge der durchgeführten Maßnahmen referiert.

1. Einleitung

Im folgenden soll über einen 17jährigen Jugendlichen berichtet werden, der im Laufe eines mehr als einjährigen stationären Aufenthaltes wegen einer Syndromatik multipler Tics und schwerer autoaggressiver Handlungen im Rahmen einer sekundären Neurotisierung bei leichtem hirnologischen Syndrom nach postvaccinaler Enzephalopathie behandelt wurde.

Der Fall dokumentiert, daß auch angesichts einer solchen schweren, zunächst wenig aussichtsreichen Symptomatik der Ansatz einer intensiven mehrdimensionalen Therapie im Rahmen eines Langzeitaufenthaltes in einer jugendpsychiatrischen Klinik gerechtfertigt ist. Zunächst sollen die Grundlagen der organischen Schädigung erörtert, anschließend das Konzept der sekundären Neurotisierung dargestellt werden. Es soll dann die Kasuistik folgen, vorangehend mit der von den Eltern erhobenen Anamnese und den klinischen Befunden des Jugendlichen. Anschließend sollen die Therapieansätze erörtert und der Verlauf diskutiert werden.

2. Pathogenetische Grundlagen

Autoaggressive Handlungen treten bei verschiedenen neuropsychiatrischen Erkrankungen auf. Nach *Frankl* und *Simmens* liegt die Häufigkeit bei psychiatrischen Patienten bei 4%; am häufigsten findet man sie bei Patienten mit schizophrenen Psychosen und hirnologischen Schädigungen

(das Gebiet der suizidalen Autoaggression soll hier nicht erörtert werden). Die Therapieansätze liegen im wesentlichen auf psychopharmakologischem und psychologischem Gebiet, wobei bei letzterem heilpädagogische und verhaltenstherapeutische Maßnahmen dominieren.

Nach *Seitelberger* (1966) werden zwei verschiedene Hirngewebs syndrome, die sich im klinischen Verlauf unterscheiden, als primäre postvaccinale Komplikationen, die pathogenetisch miteinander verwandt sind, unterschieden. Es handelt sich hierbei um die postvaccinale Enzephalitis (pvE) und die postvaccinale Enzephalopathie (pvEp). Daneben unterscheidet *Seitelberger* noch Hirngewebs syndrome, die in keiner Primärbeziehung zur Impfung stehen, die aber im Einzelfall durch intracerebrale Organveränderungen im Rahmen der Impfkrankheit bedingt sein können.

Die postvaccinale Enzephalitis (pvE), bei der es sich histopathologisch um eine diffuse perivenös gliöse Enzephalitis handelt, setzt eine biologische Hirnreife voraus und wird deshalb nur bei Kindern angetroffen, die älter als 24 Monate sind. Sie ist gekennzeichnet durch einen akuten dramatischen Verlauf, wobei motorische Folgezustände eher im Hintergrund stehen, jedoch Intelligenzdefekte und typische postenzephalitische Wesensänderungen als Residuen zurückbleiben können.

Im Gegensatz dazu tritt die postvaccinale Enzephalopathie (pvEp) vor vollendeter Hirnreife, d.h. vor Vollendung des zweiten Lebensjahres auf. Sie unterscheidet sich im histopathologischen Bild, da das Zentralnervensystem noch nicht zur Reaktionsform der perivenös gliösen Herdenzephalitis befähigt ist. Festzustellen ist jedoch, daß beide Prozesse entzündlicher Natur sind und übereinstimmende lokalisationsspezifische Merkmale besitzen, so daß die unterschiedliche Manifestation vom Gehirnalter abhängig ist. Bei der pvEp kommt es gehäuft zu ausgedehnten Einschmelzungen und im Zusammenhang damit auch häufiger zu motorischen Ausfällen. Im Kontrast zur pvE verläuft die klinische Symptomatik weniger dramatisch. Die Inkubationszeiten unterscheiden sich nicht. Ebenso wenig gibt es wesentliche Unterschiede in der Lokalisation, die sich nach *Seitelberger* sowohl auf das Großhirn, als auch den Hirnstamm und das Rückenmark erstreckt. Da es sich um perivenöse Prozesse in erster Linie der mittelgroßen Venen handelt, sind im Großhirn die unteren Rindenschichten sowie im Hirnstamm Basalkerne, im Rückenmark Gebiete um die Radiaer Gefäße betroffen.

Sowohl *Müller-Küppers* (1969) als auch *Lempp* (1978) unterstreichen die Bedeutung des postvaccinalen Syndroms

der organischen Hirnschädigung nach Pockenschutzimpfung. In der Übersicht über die „Pathologie der psychischen Entwicklung“ (1981) führt Lempp aus: „Früher, als die Pockenimpfpflicht noch bestand, waren die Folgezustände nach einer Impfschädigung als eine Form der frühkindlichen Hirnschädigung im Säuglingsalter und dem zweiten Lebensjahr von großer Bedeutung. Da heute, nach Aufhebung der Pockenimpfpflicht, immer noch Spätfolgen zur Beurteilung anstehen, soll diese Komplikation hier nach wie vor erörtert werden. Die Häufigkeit cerebraler Komplikationen nach Pockenschutzimpfung ist in den einzelnen Ländern etwas verschieden und die Zahlen sind wegen der unterschiedlichen Bewertung der Zusammenhängefrage nicht ganz übereinstimmend. Berger legte eine Statistik vor, wonach in Österreich bei der Impfung im ersten Lebensjahr auf etwa 9000 ein Todesfall, bei Impfungen im zweiten Lebensjahr auf etwa 42000 Impfungen ein Todesfall kann. Insgesamt errechnet dieser Autor auf etwa 72000 Impfungen 14000 Erkrankungen an postvaccinaler Enzephalomyelitis...“.

Oftmals kommt es aufgrund von Triebstörungen auf dem Boden umschriebener Stammhirnlasionen zu Konflikten bei der psychosozialen Integration, die bei ungünstigem Milieu in Wechselwirkung pathogen im Sinne einer sekundären Neurotisierung wirksam werden. Das Kind weiß um das „Unangepaßte“ seines Symptoms, registriert die veränderte Reaktion der Umwelt auf von ihm selbst als ich-fremd erlebte Verhaltensmuster. So fühlt es sich ungerecht behandelt, beeinträchtigt, abgelehnt, wobei meist eine Verständigung zwischen Kind und Eltern über diese Reaktionsmuster nicht möglich ist. Es kommt so zu einer sekundären Neurotisierung, wobei die Entwicklung der Ich-Funktionen des Kindes beeinträchtigt wird. Die „Behinderung“ kann vom Kind als fremd erlebt, nicht integriert werden, was durch die Reaktion der Eltern noch verstärkt wird.

Im Falle des Jugendlichen, über den berichtet werden soll, handelt es sich um eine sekundäre Neurotisierung, die im klinischen Verlauf in erster Linie durch starke autoaggressive Züge deutlich wurde. Durch die Autoaggression kam es zu schwerwiegenden Verletzungen beider Hornhäute, so daß Erblindung drohte. In der Pubertät, einer Phase, in der der Jugendliche zur Ablösung auf ein funktionstüchtiges Ich angewiesen ist, kam es bei dem Patienten, der zunächst nur multiple Tics zeigte, zur Exazerbation der autoaggressiven Symptomatik. In seiner Rolle regredierte der Jugendliche in der Adoleszenz zum hilflosen, dauernde Umsorgung erfordernden Kleinkind.

Lempp weist darauf hin, daß bei einer solchen sekundären Neurotisierung bei frühkindlicher Hirnschädigung keine Kontraindikation für eine Psychotherapie vorliegt, gerade weil nicht allein die Hirnschädigung zur Verhaltensstörung führt, sondern erst das Hinzutreten einer pathogenen Konstellation, daß es sich also um echte neurotische Entwicklungen handelt, deren adäquate Therapie die Psychotherapie ist. Allerdings sei hier die besondere Persönlichkeitsstruktur in Rechnung zu stellen, da die Kinder in geringerem Maße zur Abstraktion fähig und wesentlich mehr auf Erleben angewiesen seien. Er betont auch die Notwendigkeit einer langdauernden psychotherapeutischen Führung.

3. Fallbeschreibung

3.1 Anamnese

Zur Anamnese berichtete die Mutter, R. sei das zweite von vier Kindern eines Nebenerwerbslandwirtes aus Niederbayern. Der Vater trinke seit Jahren täglich erhebliche Mengen Alkohol und ist nach Angaben der Mutter als alkoholabhängig einzustufen. Ansonsten wurden neurologische oder psychiatrische Erkrankungen in der Familie verneint. Die Schwangerschaft und Geburt sei unauffällig verlaufen. Das Geburtsgewicht habe bei 2000 g gelegen; R. sei nicht asphyktisch gewesen, kein Ikterus. Im Alter von vier Wochen habe das Kind eine schwere Darminfektion durchgemacht und habe zwei Wochen stationär in einer Kinderklinik behandelt werden müssen. Bis zum Alter von neun Monaten sei die Entwicklung des Säuglings unauffällig verlaufen. Er habe frei gegessen, Mama und Papa sagen können.

Zu diesem Zeitpunkt erfolgte durch den Hausarzt die Pockenschutzimpfung. 5–6 Tage nach der Impfung habe der Säugling hoch gefiebert (bis 40 °), bewegungsarm im Bett gelegen und starr an die Decke geschaut. Das Kind sei ca. drei Wochen lang akut krank gewesen. Eine stationäre Aufnahme sei nicht erfolgt, die ärztliche Betreuung vom Hausarzt wahrgenommen worden. Nach dem Abklingen der Akutsymptomatik habe das Kind nicht mehr gesprochen, erst nach ca. einem halben Jahr wieder mit Mama und Papa begonnen. Die weitere Entwicklung verlief stark verzögert. Erst mit vier Jahren sei R. frei gelaufen. Auffällig sei weiterhin eine deutliche Antriebsarmut und eine Adipositas seit der Kleinkindzeit gewesen. Im Alter von vier Jahren sei R. in den Kindergarten gekommen, dort aber sehr ungerne, isoliert und kontaktscheu gewesen. Aus den Schilderungen der Eltern lassen sich für diesen Zeitpunkt Hinweise für eine Affektlabilität entnehmen. Eine motorische Ungeschicklichkeit und mangelhafte Differenzierung der Sprachentwicklung sei zutage getreten. Er sei sprachlich auf der Stufe seines zwei Jahre jüngeren Bruders gewesen. Eine Therapie wegen dieser Entwicklungsstörungen sei nie erfolgt.

1970 sei er termingerecht eingeschult worden. Bereits zu diesem Zeitpunkt habe das Kind unter motorischen Tics wie Blinzeln, Grimassieren und Zungenbewegungen gelitten. Die Grundschule sei ihm leistungsmäßig schwergefallen, er habe aber bis zur 7. Klasse das Klassenziel immer erreicht. Bei seinen Mitschülern sei er als Sonderling und wegen seiner Adipositas zunehmend unter Druck geraten. Zu dieser Zeit, als er die 7. Klasse besuchte, hätten sich erstmals autoaggressive Tendenzen gezeigt. R. habe begonnen, sich an der Haut selbst zu beschädigen, habe sich mit einer Schere die Hand aufgeritzt, immer wieder mit Gegenständen in der Wunde gekratzt. Er habe Geldstücke, Füllerkapseln und ähnliche Gegenstände verschluckt. Mit einer Pinzette habe er die Haut der Hand und des Unterarms gezupft und sich Wunden gerissen. R. habe begonnen, die Augäpfel gegen Türklinken zu drücken, habe sich schließlich mit den Fingernägeln an Hornhaut und Skleren gekratzt, so daß es zu Einblutungen und Hornhauttrübungen gekommen sei. Ende 1980 sei erstmals in der Universitäts-Augenklinik München eine Keratoplastik beidseits durchgeführt worden.

Kurz vorher sei R. erstmals ambulant neuropsychiatrisch untersucht worden. Es wurde ein Hirnschaden nach Pockenimpfenzephalitis diagnostiziert und Neuroleptika in niedriger Dosis verordnet. Von ophthalmologischer Seite her war der postoperative Verlauf der beidseitigen Keratoplastik komplikationslos, jedoch kam es zu Beginn 1981 erneut zu schweren autoaggressiven Handlungen. R. wurde im nahegelegenen Krankenhaus aufgenommen. Dort wurden Oberarmgipse beidseits angefertigt, um zu verhindern, daß der Jugendliche erneut autodestruktive Verletzungen der Augen verursachen könnte. In diesem Zustand wurde R. schließlich am 3.5. 1981 in der Hechscher Klinik aufgenommen.

3.2 Aufnahmebefund

Bei Aufnahme sah man einen bewußtseinsklaren und allseitig voll orientierten, fast monströs wirkenden, *prima vista* stark auffälligen massiv adipösen, 15; 9 Jahre alten Jugendlichen mit beidseitig eingegipsten Armen. Im Erstinterview war er voller Angst, depressiv verstimmt, anklammernd, affektlabil. Während des Gesprächs waren fast pausenlos multiple Tics, wie Grimassieren, Zunge herausstrecken und ruckartige, stereotype Bewegungen des Oberkörpers zu beobachten. Die Psychomotorik war arm, der Antrieb deutlich reduziert. R. wirkte wie ein massiger, in sich zusammengesunkener Kloß.

Seine Selbstverletzungen der Augen schilderte er als nicht beherrschbaren, über ihn hereinbrechenden Reiz, gegen den er sich nicht wehren könne. Er wisse, daß er sich schade, leide darunter, daß er möglicherweise sein Augenlicht verliere, könne aber den Reiz nicht unterdrücken. Er suche dringend Hilfe, um von diesem Symptom befreit zu werden. Das inhaltliche Denken war eingengt auf diese dramatische Symptomatik. Formale Denkstörungen im Sinne von Neigung zur Perseveration und Sprunghaftigkeit waren zu beobachten. Bei Neigung zu Dysphorie wurde R. insgesamt jedoch rasch gutmütig zutraulich; er wirkte dann kindlich hilflos und unselbständig. Bei erhaltener Modulationsfähigkeit und Resonanzfähigkeit war R. in seiner emotionalen Entwicklung deutlich retardiert. Seine Ich-Entwicklung war ebenfalls nicht altersentsprechend fortgeschritten, viele Anteile seines Trieblebens wurden als fremd erlebt und konnten nicht integriert werden. Ebenso verhielt es sich mit aggressiven, insbesondere seinen autoaggressiven Impulsen. Sie wurden abgespalten als innerer, unkontrollierbarer, ich-fremder Reiz erlebt.

Im HAWIE erreichte R. einen Gesamt-IQ von 79 (Handlungsteil 86 / Verbalteil 75), wobei allerdings seine Sehbehinderung die Bewertung beeinträchtigte. Die Leistungen im akustischen und visuellen Kurzzeitgedächtnis lagen im überdurchschnittlichen Bereich. Im Raven-Test erreichte R. einen im unteren Durchschnittsbereich liegenden Prozentrang von 50.

Bei der neurologischen Untersuchung fanden sich diffuse Störungen und Leistungsdefizite im feinmotorischen Bereich, ansonsten kein pathologischer Befund.

Das EEG zeigte ein abnormes Hirnstrombild. Es fand sich eine leichte diffuse Allgemeinveränderung mit unzureichend gegliederter Grundtätigkeit und zu reichlichen langsamen

Frequenzen aus dem Theta-Bereich. Keine Seitendifferenzen, kein Herdbefund, keine hypersynchronen Entladungen.

Im cranealen Computertomogramm fand sich ein normaler Befund ebenso war die Röntgenschädelaufnahme unauffällig. Die klinisch-chemischen Parameter zeigten ebenfalls keine pathologischen Veränderungen.

3.3 Konzept und Durchführung der Therapie

Die Therapie unterteilte sich in drei Abschnitte. Die erste Phase umfaßte die Behandlung auf der geschlossenen Wachstation mit entsprechender intensiv-therapeutischer Betreuung; die zweite, die Behandlung auf der offenen Station, die dritte, die noch in der Klinik eingeleitete Rehabilitation.

In der ersten Phase erfolgte, unter dem Schutz der intensiv-psychiatrischen Betreuung auf einer Station, im Rahmen derer R. rund um die Uhr beobachtet und bei Bedarf einzeln betreut werden konnte, zu Beginn die Diagnostik und die Entwicklung des Therapieplanes. Dazu zählte sowohl psychopathologische als auch apparative Diagnostik. Eine psychopharmakologische Behandlung mit Neuroleptika (Haloperidol) wurde eingeleitet, die konservative ophthalmologische Therapie der rechts mehr als links ausgeprägten traumatischen Schädigungen der Cornea, die superinfiziert waren, weitergeführt. Der beidseitige Oberarmgips wurde entfernt und durch mobile Prothesen aus Plastikhülsen ersetzt. So konnten, unter Einzelbetreuung durch heilpädagogisch geschulte Kräfte und bei manueller Betätigung, die von der Arbeits- und Beschäftigungstherapie gestaltet wurde, erstmals wieder prothesenfreie Intervalle erprobt werden. Ohne die personalintensive Betreuung der o.g. Funktionsgruppen wäre diese Erprobungsphase nicht möglich gewesen. Die Zeit der prothesenfreien Intervalle konnte langsam gesteigert werden, wobei immer für Einzelbetreuung und manuelle Betätigung gesorgt wurde. In diesen Phasen wurde R. angehalten, zu sagen, wann der Reiz auftauche. Es kam in diesem Behandlungsabschnitt zu starken Übertragungsreaktionen, die in den laufenden Teambesprechungen kontrolliert werden konnten. Wegen der anklammernden Tendenzen des Patienten kam es auch zu zahlreichen negativen Gegenübertragungen, deren Verarbeitung zum Verständnis der häuslichen Situation, die sich hier wiederholte, wesentlich waren.

Die erste Therapiephase umfaßte etwa zwei Monate, da es im Verlauf zu einem Rückfall kam, der sich darin manifestierte, daß R. sich das rechte Auge erneut an einer Türklinke verletzte. Schließlich konnte R. mehrere Stunden am Tag ohne Prothesen sein. Das psychopathologische Bild besserte sich; R. war weniger ängstlich, weniger anklammernd, im Kontakt zugänglicher, zeigte Bereitschaft für therapeutische Interventionen.

Nach sichtbarer Stabilisierung erfolgte die Verlegung auf eine offene Station und somit die zweite Phase der Therapie, die gekennzeichnet war durch eine Ausdehnung der freien Intervalle und die Anwendung der Ich-stützenden Einzeltherapie mit drei Wochenstunden. Ziel dieser Einzeltherapie war nicht die Aufdeckung der Psychodynamik, was angesichts der Primärpersönlichkeit des Patienten auch gar nicht möglich war, sondern die Auflösung der sekundären Neuro-

tisierung soweit, daß der Patient seine Symptomatik als Behinderung anerkennen, Ich-näher erleben und mit ihr umgehen konnte. Während der therapeutischen Sitzungen war R. ohne Prothese und hatte im Therapiezimmer die üblichen Materialien zur Verfügung. Im gesamten Verlauf wurde auf genetische Deutungen verzichtet und nur Deutungen zur Verbesserung des Realitätsbezuges angebracht. Dazu war das Eingehen einer Übertragungsbeziehung notwendig, aus der der Patient dann Ich-stärker, sein Symptom annehmend und handhabend hervorgehen sollte. Ziel war außerdem, im Verlauf der stationären psychiatrischen Behandlung operativ die Sehkraft wiederherstellen zu können, den Patienten soweit als möglich auf diese Operation vorzubereiten und ihn anschließend so zu betreuen, daß der Operationserfolg nicht erneut gefährdet wurde. Die freien Intervalle konnten schließlich bis auf die gesamte wache Phase ausgedehnt werden. Es kam zu keinem ernstem Rückfall mehr. In der begleitenden Beschulung und Arbeitstherapie konnten die Fähigkeiten des Patienten entwickelt werden, was zur Wiedererlangung seines Selbstwertgefühles eine wesentliche Rolle spielte. In der Ich-stützenden Therapie gelang es, dem Patienten Autonomie zu entwickeln und seine Behinderung als zu ihm gehörig und kontrollierbar zu erleben. Er konnte seinen Reiz als Bestandteil einer Person anerkennen, darüber sprechen und die Prothesen als von ihm zu benutzendes Hilfsmittel anerkennen, das er in Zusammenarbeit mit dem Therapeuten einsetzen konnte.

Die kritische Phase der Operation (Keratoplastik rechts), insbesondere die des starken Fremdkörperreizes danach, führte, unter Beteiligung des Patienten zu einer Einschränkung der freien Intervalle, die jedoch langsam zurückgenommen werden konnte. R. bestimmte dabei weitgehend selbst, zu welchen Zeiten am Tage er die Prothesen trug, meldete sich immer, wenn er die Gefahr eines Impulses zur Selbstverletzung verspürte. Gegen Ende dieser Phase war es R. möglich, sich soweit zu lösen, daß er der Rehabilitation in einem Berufsförderungswerk zustimmen konnte.

Hinsichtlich der Prothesen konnten wir die unschönen starren Plastikhülsen durch eine Spezialanfertigung aus Leder und Metall ablösen.

3.4 *Schlußfolgerungen*

Eine Katamnese neun Monate nach Entlassung brachte das Ergebnis, daß der Patient in einem heilpädagogisch orientierten Berufsförderungswerk ein Berufsfindungsjahr mit Erfolg absolviert hatte und kein Rückfälle hinsichtlich der autoaggressiven Symptomatik zu verzeichnen waren.

Es zeigt sich also, daß auch bei solch schweren, zunächst wenig aussichtsreich erscheinenden Syndromen mit organischer Vorschädigung und massiver sekundärer Neurotisierung der Ansatz einer mehrdimensionalen intensiven stationären jugendpsychiatrischen Behandlung gerechtfertigt ist und erfolgreich sein kann. Dabei erwies sich auch die modi-

fizierte, Ich-stützende Psychotherapie als wesentlicher Bestandteil, der dem Patienten erst ermöglichte, seine Behinderung in sein Erleben soweit zu integrieren, daß die autoaggressive Symptomatik schließlich nicht mehr auftrat.

Es sei allerdings darauf hingewiesen, daß für die Durchführung der hier geschilderten multidimensionalen Therapie eine personal-intensive Ausstattung der Klinik sowohl auf seiten des im stationären Rahmen tätigen Mitarbeiterstabes, als auch bei den Funktionsgruppen unerlässlich ist. Ohne den hier geschilderten Ansatz wäre die Entwicklung eines Daueraufenthaltes auf einer psychiatrischen Langzeitstation und das dauerhafte Angewiesensein auf mechanische Hilfen wohl die Folge der Erkrankung gewesen.

Summary

Multiple Tics and Auto-Aggressive Tendencies. A Case of Secondary Neurosis by a Cerebral Dysfunction after Vaccination

The following article describes the conception of a multi-dimensional long-term-therapy of a male adolescent with multiple tics and autoaggressive tendencies. The most striking symptom was the autoaggressive destruction of the cornea of both eyes, to the extent that the boy would become blind, if he did not stop scraping his eyes with his fingernails. After presentation of the pathogenic basis, and the results of the medical and psychiatric examination, the article reports steps of the long-term-therapy. Particular attention is given to the psychotherapy and the modification which was necessary in this case of secondary neurosis by a cerebral dysfunction after vaccination. Finally the results of the treatment are discussed.

Literatur

- Ehregut, W.* (1981): Impfkomplikationen. In: *Hopf, Poeck, Schliack: Neurologie in Klinik und Praxis*, Bd. 3. – *Harbauer, Lempp, Nissen, Strunk* (1971): Lehrbuch der Kinderpsychiatrie. Berlin. – *Koch, Kane* (1979): Behandlung der Autoaggression auf lerntheoretischer Grundlage. In: *Prax. Kinderpsych. Kinderpsychiat.*, 28, 83–91. – *Lempp, R.* (1978): Frühkindliche Hirnschädigung und Neurose. Bern. – *Lempp, R.* (1981): Pathologie der psychischen Entwicklung. Bern. – *Müller-Kueppers, M.* (1969): Das leicht hirngeschädigte Kind. Stuttgart. – *Neubauer* (1981): M. C. D. In: *Nervenarzt*, 125–134. – *Seitelberger* (1966): Problem der posttraumatischen Enzephalitis. In: *Nervenarzt*, 59–67. – *Seitz, D.* (1981): Pockenschutzimpfung. Aus: *Hopf, Poeck, Schliack: Neurologie in Klinik und Praxis*, Bd. 3, Stuttgart. – *Sieber, M.* (1978): Das leicht hirngeschädigte und das psychoreaktiv gestörte Kind. Bern. – *Strunk, P.* (1977): Psychotherapie bei leicht hirngeschädigten Kindern. In: *Monatsschrift für Kinderheilkunde*. 407–408.
- Anschr. d. Verf.: Dr. Christian Vogel, Preysingstr. 11, 8000 München 80.