

Ambühl, Hansruedi

Indikationsstellung und Therapie der Zwangsstörungen bei Kindern und Jugendlichen

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 57 (2008) 6, S. 457-467

urn:nbn:de:bsz-psydok-48260

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/

Indikationsstellung und Therapie der Zwangsstörungen bei Kindern und Jugendlichen

Hansruedi Ambühl

Summary

Indication and Therapy of Obsessive-compulsive Disorder in Children and Adolescents

Based on normal developmental phenomena we describe characteristics of obsessive-compulsive disorder in childhood. The functionalities of OCD symptoms are crucial for the treatment planning. According to the functions of symptoms a treatment of OCD symptoms or a treatment of their underlying problems or even a treatment with the family members of the child with OCD is indicated. Finally the peculiarities of OCD treatment with children and adolescents are described.

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 57/2008, 457-467

Keywords

Normal development phenomena vs. OCD – the functionality of OCD-symptoms and their treatment impact – peculiarities of OCD treatment with children and adolescents

Zusammenfassung

Ausgehend von normalen, passageren kindlichen Zwangsphänomenen werden Merkmale der kindlichen Zwangsstörung beschrieben. Für die Indikationsstellung und Planung der Behandlung ist die Abklärung der Funktionalitäten der Zwänge von zentraler Bedeutung. Je nachdem, welche Funktionen die Zwangssymptomatik hat, ist eher eine störungsspezifische Behandlung der Zwangssymptomatik, eine Bearbeitung der dem Zwang zugrunde liegenden Probleme oder gar eine Ursachentherapie der Zwangsstörung mit den Angehörigen des vom Zwang betroffenen Kindes oder Jugendlichen angezeigt. Es werden dann einige Besonderheiten der Therapie von Kindern und Jugendlichen beschrieben.

Schlagwörter

Passagere Entwicklungsphänomene vs. Zwangsstörung – Funktionalität der Zwangssymptome – Behandlungsindikation – Besonderheiten der Therapie bei Kindern und Jugendlichen

Viele Kinder und Jugendliche entwickeln im Laufe ihrer Entwicklung vorübergehende Formen von Zwangsverhalten. Sie hüten sich z. B. vor „Unglückszahlen“ oder betreten bestimmte Treppenstufen nicht, weil sie glauben, es könnte sonst ein Unglück passieren. Manche Kinder halten fest an bestimmten Ritualen beim Zubettgehen, wiederholen Spielabläufe immer auf die gleiche Weise oder malen immer wieder dasselbe Bild oder wiederholen skurril klingende Reime und Beschwörungsformeln. Manchen Kindern ist die Ordnung und Sauberkeit im Haushalt sehr wichtig oder sie kontrollieren mehrfach, ob ihre Schulsachen richtig gepackt sind. Sich aufdrängende Gedanken und vielfältige magische Überzeugungen gehören an sich zum Entwicklungsbild. Gewohntes, Gewohnheiten und Wiederholungen haben ganz allgemein die Funktion und auch den Effekt, Angst zu reduzieren und zu beruhigen. Verschiedenste Trennungsängste können damit bewältigt werden, Unsicherheiten und Verunsicherungen werden „abgewehrt“ mit festgelegten Handlungsmustern. Solche Phänomene sind meist vorübergehend und sogar hilfreich, indem sie Kinder und Jugendliche dabei unterstützen, sich in neuen Lebensphasen rasch und besser zurechtzufinden. Ist dies gelungen, lässt das zwangshafte Verhalten wieder nach (Döpfner u. Rothenberger, 1997).

Bei der diagnostischen Einordnung solcher Verhaltensweisen ist es wichtig, Entwicklungsphänomene klar von Zwangsphänomenen zu unterscheiden. Spezielle Gewohnheiten und regelhafte Ritualisierungen, repetitive Spiele und stereotype Handlungsabläufe, magische Verknüpfungen und abergläubisches Verhalten sind Elemente einer normalen Entwicklung und treten alterstypisch in verschiedenen Entwicklungsphasen unterschiedlich stark auf. Maßgebend für die Einordnung als Zwangsphänomene sind die Kriterien des Zeitaufwandes, des Schweregrades sowie der dadurch verursachten Beeinträchtigung der Lebensqualität, die eine Zwangsstörung von passageren, punktuellen Entwicklungsphänomenen unterscheiden. Im Unterschied zu Erwachsenen ist bei Kindern und Jugendlichen die Einsicht, dass ihre Zwangsgedanken oder Zwangshandlungen übertrieben oder unbegründet sind, kein notwendiges Diagnosekriterium. Die betroffenen Kinder haben oft noch wenig Vergleichsmöglichkeiten mit so genanntem normalem Verhalten, so dass die Unterscheidung in ich-syntones und ich-dystones Verhalten sehr viel schwieriger ist.

Das Erscheinungsbild der Zwangshandlungen ist bei Kindern und Jugendlichen vorab geprägt durch Wasch-, Wiederholungs- und Kontrollzwänge. Vergleichsweise seltener sind Berührungs-, Ordnungs-, Sammel- und Zählzwänge. Die Zwangsgedanken bei Kindern und Jugendlichen formulieren am häufigsten Angst vor Kontaminationen und Befürchtungen, dass andere oder die eigene Person auf gewalttätige Art und Weise verletzt würden (z. B. Swedo u. Rapaport, 1989). Viele Untersuchungen deuten darauf hin, dass Jungen stärker von Zwangsstörungen betroffen sind als Mädchen (anderthalbmal bis dreimal so viel). Bei älteren Kindern jedoch lässt sich dieser Geschlechtsunterschied nicht mehr finden.

1 Abklärung und Problemanalyse

Eine sorgfältige Abklärung der Zwangsstörung bildet die Basis für die Ansatzpunkte der Behandlung und die Behandlungsmethoden. Aus diesen Informationen leitet sich ein Behandlungskonzept ab, in dem die Funktionalitäten der Zwänge, die Ressourcen des involvierten Bezugssystems, die dem Zwang zugrunde liegenden Probleme und Konflikte sowie die Möglichkeiten zu einer vertrauensfördernden Beziehungsgestaltung reflektiert werden. Ebenso sind Komorbiditäten mit anderen psychischen Störungen von Bedeutung für die Indikationsstellung, die sich auf eine sorgfältige diagnostische Abklärung und Problemanalyse stützen muss (Lakatos u. Reinecker, 1999).

Die von Hand (1992) vorgeschlagene Differenzierung zwischen intraindividuellen und interaktionellen Funktionalitäten geben uns Hinweise darauf, wozu Zwangsrituale dienen können. Die entscheidende, kurzfristige intraindividuelle Funktionalität besteht oft darin, dass die Zwänge die negative Befindlichkeit (emotional-kognitiv-physiologisch) reduzieren und somit das Zwangsverhalten negativ verstärken. Kinder und Jugendliche können sich mit Zwangsritualen auch vor dem Erleben aversiver Emotionen schützen. Meist wird diese negative Befindlichkeit als Angst, Unbehagen, innere Anspannung empfunden, wobei in manchen Fällen die Vermutung nahe liegt, dass Angst als „legalisierte“ Emotion (Angst haben ist erlaubt) eine Art Deckfunktion hat und vor dem Erleben anderer Gefühle (z. B. Trauer, Hilflosigkeit, Wut) oder vor Erinnerungen an traumatische Erlebnisse in der biographischen Entwicklung ablenkt (vgl. Ambühl u. Heiniger Haldimann, 2005). Zwänge können auch dazu dienen, vorhandene Entwicklungsdefizite zu kompensieren bzw. zu vermeiden, mit solchen Defiziten selber konfrontiert zu werden. Entwicklungsdefizite können in den Bereichen Selbstwertgefühl, soziale Kompetenz, emotionale Wahrnehmung, Toleranz für intensive Emotionen und interaktionelle Erlebnisfähigkeit bestehen (Hand, 2002). Über die Zwänge können sich Personen aus sozialen Situationen zurückziehen und vermeiden, immer wieder dem Erleben des sozialen Versagens ausgeliefert zu sein.

Auf interaktioneller Ebene können Zwänge wichtige Funktionen in der Beziehungsregulierung zu nahen Bezugspersonen haben. Mit den Zwängen halten Kinder und Jugendliche häufig andere Personen auf Distanz bzw. zwingen sie zur Unterwerfung im Sinne eines Tolerierens oder gar Mitmachens der Zwangshandlungen (z. B. das Kontrollieren von Dingen übernehmen). Die Angehörigen sehen sich dadurch in ihren persönlichen Autonomierechten zunehmend eingeschränkt und fühlen sich in ihrem Handlungsspielraum beeinträchtigt. Mit dem Zwangsverhalten als Waffe in interpersonalen Machtkämpfen erzwingt die Person körperliche und emotionale Distanz und indirekt eine gewisse Respektierung ihrer persönlichen Integrität.

Innerhalb der Familie hat der Zwang oft explizite Auswirkungen auf die Familienangehörigen, die dann mehr oder weniger stark in die Symptomatik einbezogen sind. Bei Kindern und Jugendlichen wird somit die Störung des Einzelnen zu einem

Problem bzw. zur Störung für die ganze Familie. Aus Sorge um ihr Kind lassen sich viele Eltern in die Zwangsrituale einbeziehen. Hierzu berichtet Omer (2003) von verschiedenen Familien mit zwangsgestörten Kindern:

- zwanghaftes Waschen (in einer Familie wusch sich das Kind mehrere Stunden am Tag und unter der strikten Bedingung, dass es sich stets als erstes in der Familie duschte, auch wenn die Eltern und Geschwister z. T. stundenlang warten mussten),
- Mahlzeitroutinen (es wurde besonderes Geschirr und Besteck verlangt, eine besondere Weise, das Essen auszugeben und manchmal auch die absolute Forderung, als erste ihre Portion aus dem Topf zu bekommen, auch wenn die Eltern und Geschwister bis zum Abschluss des Handwaschroutines sehr lang warten mussten),
- die Forderung, dass ihre Wäsche gesondert von der Wäsche der anderen Mitglieder der Familie gewaschen würde (in einem Fall musste die Mutter die Maschine einmal ganz leer durchspülen lassen, bevor dann danach die Wäsche des Betroffenen eingelegt werden konnte),
- die Nachprüfung aller Sicherheitsvorkehrungen (z. T. in langen Ritualen, die die Eltern unter Beaufsichtigung ausführen mussten, wobei alle Türen und Fenster des Hauses fünf oder zehnmal geprüft wurden),
- obsessives Sammeln (z. B. waren die Eltern verantwortlich für das Aufnehmen ganzer Serien von Soap-Operas, wenn die Kinder nicht zu Hause waren) usw.,
- die Forderung, dass alles zu Hause genau so geregelt sein müsse, wie das Kind es wolle, dass ihr Zimmer unter keiner Bedingung je betreten werden durfte (manchmal wurden auch andere Hausgebiete diesem Verbot hinzugefügt, z. B. dass die Küche keineswegs betreten werden durfte, wenn sie sich darin befanden),
- dass die Eltern im Umgang mit den Geschwistern die strikteste Symmetrie bewahrten (die Betroffenen hielten diesbezüglich eine exakte Buchhaltung, die sich bis in die entfernteste Vergangenheit ausdehnte).

In vielen Bezugssystemen hat der Zwang so den Charakter eines ungebetenen Gastes gewonnen, der sich eingenistet hat (Ambühl, 2007) bzw. eines „Monsters“, das alle kontrolliert. Mehr oder weniger offene Kontrollkämpfe werden geführt, die aber nicht ausgetragen werden, sondern regelmäßig in der Kapitulation vor dem Zwang enden: der Zwang ist stärker – und der mit ihm verbündete Symptomträger somit in der paradoxen Situation, einerseits einen „starken Bundesgenossen“ zu haben, der ihm eine besondere Position im sozialen Feld gewährleistet. Andererseits zahlt der Betroffene für die kurzfristigen „Siege“ in interaktionellen Auseinandersetzungen langfristig mit dem Gefühl, nicht gemocht und gemieden zu werden, außerdem ist er dem Zwang mindestens genauso und quälend unterworfen. Hand spricht von einem „maladaptiven und repetitiven ‚prophylaktischen Machtspiel‘“ (2002, S. 84), das nicht nur die Beziehungen aller Beziehungspartner belastet, sondern das auch die therapeutische Kooperation erschwert, ist doch im Symptom eine enorme Konfliktspannung und Ärger gebunden, die sich im Verlauf erfolgreicher Therapie zeitweilig entladen können.

Zwangsrituale eines Familienmitgliedes bringen Angehörige fast „zwangsläufig“ in eine schwierige Situation: Entweder passen sie sich mehr oder weniger ausgeprägt den Zwangsritualen an oder sie grenzen sich aktiv und sogar bekämpfend und feindselig dagegen ab (Van Noppen et al., 1997). Dreiviertel aller Eltern lassen sich in Zwangsrituale ihres Kindes involvieren, ein Viertel reagiert darauf eher abweisend und feindselig (Allsopp u. Verduyn, 1998). Das forcierte Konfrontieren seitens Angehöriger mit den zwanghaft vermiedenen Stimuli oder die Aufforderung, doch endlich dieses bizarre Verhalten sein zu lassen, führen eher zur Aufrechterhaltung der Symptomatik.

2 Indikationsstellung für die Behandlung

Bei der Wahl des richtigen therapeutischen Vorgehen stellt sich grundsätzlich die Frage, ob eher eine störungsspezifische Behandlung der Zwangssymptomatik, eher eine Therapie der dem Zwang zugrunde liegenden Probleme oder gar eine Therapie an der Symptomatik vorbei mit dem Familiensystem indiziert ist. Im Folgenden werden diese drei Behandlungsperspektiven kurz erläutert

2.1 Störungsperspektive

Die Störungsperspektive liefert Ansätze zur Diagnostik und Interventionsmethoden zur Bewältigung der Zwänge mit dem Ziel, andere Formen der Emotionsregulierung zu erreichen (Ambühl u. Meier, 2003b). Als effektivste Methode zur Bewältigung der Zwänge erweist sich die so genannte In-vivo-Exposition mit Reaktionsmanagement, die den therapeutischen Veränderungshebel direkt bei der Zwangssymptomatik ansetzt, indem der Patient einerseits mit Angst auslösenden Situationen oder Objekten konfrontiert und andererseits daran gehindert wird, die bis anhin üblichen Zwangsrituale zur Neutralisierung der entstandenen negativen Gefühle auszuführen.

Die meisten Psychotherapeuten sind sich heute darin einig, dass im Falle einer gravierenden Zwangsstörung eine störungsspezifische Behandlung der Zwangssymptomatik selbst eine Voraussetzung für die Erreichung eines Therapieerfolgs darstellt. Denn die Zwangssymptomatik kann über die Zeit eine derart starke Eigendynamik entfalten, dass davon Betroffene über längere Zeit in einem solchen Zustand gefangen gehalten werden. „Wenn sich das Individuum erst einmal in einem solchen Zustand befindet und in seinem Erleben und Verhalten in erheblichem Ausmass von der Eigendynamik dieses Zustandes bestimmt wird, dann wird die Durchbrechung dieser Eigendynamik, d. h. die Beendigung oder Veränderung des Zustandes, selbst zur vorrangigen therapeutischen Aufgabenstellung“ (Ambühl u. Heiniger Haldimann, 2005, S. 124). Dies bedeutet, dass bei Zwangsstörungen meist kein Weg an einer störungsspezifischen Behandlung der Symptomatik vorbeiführt.

2.2 Problemperspektive

Wenn Zwangssymptome hauptsächlich dazu dienen, von Erinnerungen an traumatische Erfahrungen oder Konflikten abzulenken, oder wenn dadurch Entwicklungsdefizite kompensiert werden, oder wenn damit das Auseinanderbrechen des familiären Systems verhindert werden soll, stellt die Arbeit an solchen dem Zwang zugrunde liegenden Problemen ein wichtiges therapeutisches Erfordernis dar. Oft ist jedoch der richtige Zeitpunkt zu ihrer Bearbeitung erst nach einer störungsspezifischen Behandlung der Zwangssymptomatik. Denn es hat sich gezeigt, dass therapeutische Interventionen, die direkt an der Veränderung der Zwangssymptomatik ansetzen, oft zu einem wieder Bewusstwerden von früheren Konflikten und traumatischen Erfahrungen und zum Erleben der entsprechenden – mit Hilfe des Zwangs abgespaltenen – Gefühle führen (z. B. Trauer, Wut, Hilflosigkeit). Störungsspezifische Interventionen wirken sich für Betroffene oft wie „Sand im Getriebe“ aus und eröffnen damit einen unmittelbaren Zugang zu den abgespaltenen Gefühlen.

2.3 Systemische Perspektive

Wenn interpersonelle Funktionen ein grosses Gewicht haben (z. B. „sekundärer Krankheitsgewinn“) oder wenn nahe Bezugspersonen durch ihr Verhalten die Sicherheit und persönliche Integrität des vom Zwang Betroffenen bedrohen, erscheint in manchen Fällen eine „Ursachentherapie“ mit den Angehörigen angezeigt. Hand (2002) beschreibt die Behandlung der Zwangsproblematik eines 7-jährigen Sohnes, deren Funktionalität im Rahmen einer tabuisierten Paarproblematik seiner Eltern geortet wird. „Eine Therapie unter Einbezug des Sohnes schien nicht erforderlich, sofern es gelänge, zuerst adäquates Elternverhalten im Umgang mit dem Sohn wieder aufzubauen und in einem zweiten Schritt die gestörte Paarbeziehung zu verbessern bzw. einvernehmliche Lösungen herzustellen“ (Hand, 2002, S. 90-91).

3 Besonderheiten der Therapie von Kindern und Jugendlichen

3.1 Einbezug der Bezugspersonen

Eine Besonderheit der Therapie mit Kindern und Jugendlichen ist, dass hier die individuellen Interventionen eigentlich in jedem Fall ergänzt werden durch die Arbeit mit und am relevanten Bezugssystem der jungen PatientInnen.

In der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen sind deren Bezugspersonen praktisch immer auch (Mit-)Adressaten der diagnostischen und therapeutischen Interventionen. Bei Kindern vor allem werden Zwangsrituale stark durch Interaktionsprozesse in der Familie mit aufrechterhalten. Daher werden die Bezugspersonen – vorzugsweise die Eltern – meist auch sinnvollerweise als Mittler der therapeutischen Interventio-

nen einbezogen. Dies gilt unter der Voraussetzung, dass die jungen Patienten damit einverstanden sind, und dass die familiäre Interaktion nicht allzu sehr belastet ist. Ein Einbezug von Eltern als Co-Therapeuten setzt zudem natürlich voraus, dass Eltern über genug Ressourcen verfügen, um diese Rolle übernehmen zu können.

In der Arbeit mit Familien geht es zunächst darum, den Familienmitgliedern ein plausibles Erklärungsmodell der Zwangsdynamik zu vermitteln und allen zu erklären, wie die Mechanismen des Zwangs aussehen, wie Zwangsgedanken, Befürchtungen, Angst und Zwangsrituale in ihrem Ablauf ineinander verzahnt sind. An der Ablaufdynamik der Zwänge setzt auch die Aufklärung an, welche Hilfestellungen durch Eltern und Geschwister für die Patienten hilfreich, welche eher problematisch, d. h. den Zwang bestätigend, sind. In vielen Fällen sind es gerade die Unterstützungsbemühungen der Bezugspersonen, die die Zwangsdynamik durch passive oder aktive Vermeidung mit am Leben halten. Dazu gehören beispielsweise Handlungen, dem Kind zu helfen, Angst auslösende Situationen zu vermeiden (z. B. indem man es in die Schule fährt, statt es dem für ihn qualvollen und gefährlichen Schulweg auszusetzen, oder sich die Familie ganz eng nach Vorgaben z. B. bezüglich der Ordnung auf der Ablage im Kinderzimmer richtet). Zu den ungünstigen Hilfestellungen gehören auch alle Versuche, das Kind mit entlastend gemeinten Versicherungen zu beruhigen, dass alles in Ordnung ist, dass keine „wirkliche“ Gefahr besteht. Die Funktion neutralisierender Handlungen übernehmen ebenso alle Formen von Bestätigungen und Kontrollen durch Familienmitglieder. Dazu zählen verbalen Versicherungen, dass jemand wiederholt bestätigt, dass z. B. das Licht „wirklich“ gelöscht ist, die Tür wirklich geschlossen u. ä. Auch die im Auftrag des Kindes durchgeführte Kontrollhandlungen, z. B. nochmals nachschauen, ob das Fenster „wirklich“ verriegelt ist und der Teddy „wirklich“ „richtig“ ausgerichtet auf dem Gestell sitzt, gehören zu den ungünstigen Hilfestellungen.

Bei der Aufklärung über solche Zusammenhänge ist besonders wichtig, einfühlsam das Engagement der Eltern und anderer Bezugspersonen bei ihren Hilfestellungen zu würdigen. Eine explizite Wertschätzung des Engagements ist nicht zuletzt deshalb wichtig, weil sich Eltern häufig in irgendeiner Weise schuldig für die Zwangsstörung ihrer Kinder fühlen. Es kann für Eltern auch sehr entlastend sein, mit ihnen ein Modell der Genese der Störung zu entwickeln. In so ein Entstehungsmodell fließen Informationen über den entwicklungspsychologischen Kontext zu Beginn des Werdegangs der Zwangsstörung und die „normalen“ Entwicklungsaufgaben, mit denen das Kind konfrontiert war, ein. Auch die Beobachtung, dass typischerweise zu Beginn der Störungsentwicklung ein einzelner Zwangsgedanke oder eine einzelne Zwangshandlung steht, die sich später in verschiedene Symptomatiken ausweitet oder abwechselt, gehört zum Erklärungsmodell.

3.2 Störungsspezifische Interventionen

Die störungsspezifischen Interventionen bei der Behandlung der Zwangsstörungen bei Kindern und Jugendlichen setzen bei den verschiedenen Elementen der Zwangs-

dynamik an. Die Exposition mit Reaktionsmanagement ist dabei Bestandteil aller störungsspezifischen Interventionen: die Konfrontation mit den Situationen, die Angst und Unbehagen hervorrufen und das Unterlassen der Neutralisierung durch die Zwangsrituale. Bei Kindern und Jugendlichen wird bei der Behandlung häufig ein graduiertes Vorgehen gewählt, das allenfalls bei wenig Wirkung durch ein massiertes Vorgehen abgelöst wird (Döpfner, 1999).

Für die konkrete Gestaltung der Exposition mit Reaktionsmanagement stellt sich die Frage, welchen Stellenwert Instrumente haben und haben sollen, die den Kindern und Jugendlichen im Umgang mit der bei der Konfrontation aufkommenden Angst und Unbehagen helfen. Je nach Kind und Alter scheint es wichtig und hilfreich, den Kindern und Jugendlichen ein ganzes Set von Instrumenten mitzugeben, wie sie statt zu neutralisieren mit ihren negativen Gefühlen umgehen könnten. Zu diesen hilfreichen Instrumenten zählen verschiedene Entspannungsanweisungen, konstruktive Selbstgespräche und Ideen für alternative Tätigkeiten statt der Zwangshandlungen (March u. Leonard, 1998). Die Personalisierung des Zwangs ist eine kindgerechte Form, wie eine Distanzierung der Person von unwillkürlichen Zwangsgedanken und drängenden Zwangshandlungen erreicht werden kann. Das Prinzip lautet „gib dem Feind einen Namen, der ihm gebührt und ihn grad erkenntlich macht“, z. B. einen entsprechend ekligen Übernamen: „das Monster“ (March u. Leonard, 1998; March u. Mulle, 1998). „It's not me, it's my OCD“ (Schwartz u. Beyette, 1997) erfährt so eine altersangepasste und individuelle Umbenennung.

Die störungsspezifische Therapie der Zwangsstörung als Abbau problematischer und belastender Verhaltensweisen wird bei Kindern und Jugendlichen explizit ergänzt durch den Aufbau alternativer Verhaltensweisen und deren Stabilisierung (Moll u. Rothenberger, 1998). Diese neuen oder wieder aktivierten Verhaltensweisen umfassen nicht nur das so genannte „normale“ Verhalten, sondern haben eine Verbreiterung des Spektrums der kindlichen Verhaltensweisen zum Ziel, damit die Lebensqualität der Kinder und Jugendlichen und ihres Bezugssystems vergrößert werden. Dabei kommt dem Aufbau von Selbstsicherheit und Selbstwertgefühl ein wichtiger Stellenwert zu (z. B. Riddle, 1998).

3.3 Familienzentrierte Interventionen

Familienzentrierte Interventionen haben zum Ziel, in den relevanten Lebenssystemen der Kinder und Jugendlichen – hauptsächlich ist dies natürlich das Familiensystem, aber auch die Schule kann so ein Kontext sein – jene Bedingungen zu verändern, die die Zwangsstörung mit aufrecht erhalten, und jene Bedingungen zu nutzen, die die Zwangssymptomatik reduzieren und alternative Verhaltensweisen fördern helfen. Ausgangspunkt ist dabei nicht notwendig die Annahme einer interpersonellen Funktionalität der Zwangsstörung des Kindes im System Familie, und es handelt sich dabei nicht um systemische Interventionen im engeren Sinne als Veränderungen des Systems, sondern um Nutzung des Systems bei der Veränderung der Störung des Patienten (vgl. auch Hand, 2002). Bei den familienzentrierten

Interventionen findet die Perspektive aller Mitglieder Platz, welche Auswirkungen die Zwangsproblematik des Kindes auf die andern hat, welches Störungsmodell die verschiedenen Familienmitglieder haben, und wie sie bisher und aktuell versuchen, dem Patienten zu helfen. Bei diesem Punkt der Hilfestellungen und Unterstützungsbemühungen kommen häufig problematische Interaktionsmuster zum Tragen: Nicht selten versuchen PatientInnen, Unterstützung bei Vermeidungs- und Neutralisierungsritualen zu erzwingen. Ein in diesem Sinne „tyrannisierendes“ Verhalten ganz im Dienste des Zwangs (Omer, 2003) führt zu einer Interaktionsgestaltung zwischen PatientInnen und Familie, die ganz problem- und zwang-fokussiert abläuft. Daher werden familienzentrierte Interventionen relevant, die lösungsfokussiert Aufmerksamkeit und Zuwendung durch die Familienmitglieder (auch) auf andere Verhaltensweisen ausrichten.

Die familienzentrierten Interventionen bauen zunächst ein gemeinsames Verständnis der Störung auf, das die Ansatzpunkte für die Veränderungen aufzeigt. Weiter haben sie zum Ziel, mögliche aufrecht erhaltende systemische Bedingungen zu entkräften. Und schliesslich dienen sie dazu, die Ressourcen des Systems zu nutzen, dem Zwang zu widerstehen, ihn zu bekämpfen und an seiner Stelle anderen Erfahrungs- und Bewältigungsmöglichkeiten des Kindes in seiner Entwicklung Platz zu verschaffen.

Wenn sich im Rahmen der Abklärung der Verdacht aufgedrängt hat, dass die Zwangssymptomatik in erster Linie durch Konflikte der Eltern ausgelöst worden sein könnte und hauptsächlich dazu dient, eine als bedrohlich erlebte Trennung der Eltern zu „verhindern“, erscheint es sinnvoll, unter Umständen nur mit den Eltern zu arbeiten. Hier liegt die Annahme zugrunde, dass eine aus der Sicht des Kindes positive Veränderung der Beziehung die Zwangsrituale überflüssig machen würden. Das primäre Ziel einer solchen Behandlung besteht demnach darin, über die Arbeit mit den Eltern an ihrer Elternrolle dem Kind wieder die nötige Sicherheit zu vermitteln, um auf die Zwangsrituale zu verzichten. Allerdings hat sich gezeigt, dass auch nach einer solchen „Ursachentherapie“ oftmals eine störungsspezifische Behandlung der Zwangsrituale erforderlich ist (Hand, 2002).

4 Fazit

Ausgehend von der Annahme, dass für Kinder und Jugendliche die Zwangssymptomatik oftmals einen mehr oder weniger gelungenen Lösungsversuch für Probleme darstellt, die zum Zeitpunkt der Entwicklung der Zwangsstörung nicht auf andere Weise gelöst werden konnten (z. B. gefühlsmäßige Verunsicherungen), stellt sich für Therapeuten die Frage, wo sie mit der Behandlung der Störung ansetzen sollen, bei den dem Zwang zugrunde liegenden Problemen oder bei der Ablaufdynamik der Zwangssymptomatik. Diese Frage lässt sich beantworten auf der Basis einer soliden einer diagnostischen Abklärung und Problemanalyse, in der die Ablaufdynamik der Zwangssymptomatik, die Funktionalitäten der Zwänge, die Ressourcen des Patienten und des involvierten Bezugssystems, die der Entwicklung des Zwangs zugrunde

liegenden Probleme, die Anliegen und Ziele der vom Zwang Betroffener sowie die Möglichkeiten einer vertrauensfördernden Beziehungsgestaltung reflektiert werden. Diese Informationen sind für die Indikationsstellung der Behandlung unabdingbar. Diese setzt dann, je nachdem, den therapeutischen Veränderungshebel bei der Zwangssymptomatik selbst oder bei den dem Zwang zugrunde liegenden Problemen an. In der Regel handelt es sich bei diesen unterschiedlichen Zugängen nicht um ein Entweder-Oder, sondern vielmehr um ein Sowohl-als-Auch (Grawe, 1995), etwa im Sinne von „das eine tun und das andere nicht lassen“.

Literatur

- Allsopp M, Verduyn C. (1998). A follow-up of adolescents with obsessive-compulsive disorders. *British Journal of Psychiatry*, 154, 829-834.
- Ambühl, H. (2007). Wege aus dem Zwang. Wie Sie Zwangsrituale verstehen und überwinden. Düsseldorf: Patmos.
- Ambühl, H., Heiniger Haldimann, B. (2005). Schulenübergreifende Psychotherapie der Zwangsstörung am Beispiel eines Patienten mit Waschzwang. In H. Ambühl (Hrsg.), *Psychotherapie der Zwangsstörungen* (2., überarb. u. erw. Aufl.). Stuttgart: Georg Thieme.
- Ambühl, H., Meier, B. (2003a). Zwang verstehen und behandeln. Ein kognitiv-verhaltenstheapeutischer Zugang. München: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Ambühl, H., Meier, B. (2003b). Die Zwangsstörung. *Psychotherapie im Dialog*, 3, 219-229.
- Döpfner, M., Rothenberger, A. (1997). Zwangsstörungen bei Kindern und Jugendlichen – Fragen und Antworten. Informationsheft der Deutschen Gesellschaft für Zwangserkrankungen. Deutsche Gesellschaft für Zwangserkrankungen.
- Döpfner, M. (1999). Zwangsstörungen. In H.-C. Steinhausen und M. von Aster (Hrsg.), *Handbuch Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin bei Kindern und Jugendlichen* (S. 267-318, 2. überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union.
- Grawe, K. (1995). Grundriss einer Allgemeinen Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 40, 130-145.
- Hand, I. (1992). Verhaltenstherapie bei Zwangsstörungen. In I. Hand, W.K. Goodmann, U. Evers (Hrsg.), *Zwangsstörungen. Neue Forschungsergebnisse* (S. 157-180). Berlin: Springer.
- Hand, I. (2002). Systemische Aspekte in der Verhaltenstherapie von Zwangsstörungen. In W. Ecker (Hrsg.), *Die Behandlung von Zwängen. Perspektiven für die klinische Praxis* (S. 81-100). Bern: Huber.
- Lakatos, A., Reinecker, H. (1999). Kognitive Verhaltenstherapie bei Zwangsstörungen. Ein Therapiemanual. Göttingen: Hogrefe.
- March, J. S., Leonard, H.L. (1998). Obsessive-compulsive disorders in children and adolescents. In R.P. Swinson, M.M. Antony, S. Rachmann, M.A. Richter (Hrsg.), *Obsessive-compulsive disorder. Theory, research, and treatment* (S. 367-394). New York: Guilford.
- March, J.S., Mulle, K. (1998). *OCD in children and adolescents: A cognitive-behavioral treatment manual*. New York: Guilford.
- Moll, G.H., Rothenberger, A. (2000). Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Zwangsstörungen. Verknüpfung von Entwicklung, Verhalten, Neurobiologie und Therapie. *Verhaltenstherapie*, 10, 120-130.

- Omer, H. (2003). Gewaltfreier Widerstand im Umgang mit gewalttätigen Kindern mit Zwangsstörungen. *Psychotherapie im Dialog*, 4.
- Schwartz, J., Beyette, B. (1997). Zwangshandlungen und wie man sich davon befreit. Frankfurt: Krüger (Original 1996 ‚Brain lock. Free yourself from obsessive-compulsive behavior‘).
- Swedo, S., Rapaport, J.L. (1989). Phenomenology and differential diagnosis of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. In J. L. Rapoport (Hrsg.), *Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents* (pp. 13-31). Washington: APA press.
- Van Noppen, B., Steketee, G., Pato, M. (1997). Group and multifamily behavioral treatments for OCD. In Hollander, E., Stein, D.J. (Hrsg.), *Obsessive compulsive disorders: Diagnosis, etiology, treatment* (S. 331-366). New York: Marcel Dekker Inc.

Korrespondenzanschrift: Dr. phil. Hansruedi Ambühl, Psychotherapeutische Praxis, Aarberggasse 46, CH-3011 Bern; E-Mail: hansruedi.ambuehl@sunrise.ch, Internet: www.zwangsstörung.ch