



**University of
Zurich**^{UZH}

**Zurich Open Repository and
Archive**

University of Zurich
University Library
Strickhofstrasse 39
CH-8057 Zurich
www.zora.uzh.ch

Year: 2015

Zwangsstörungen bei Kindern: Die Rolle der Angehörigen

Brezinka, Veronika

Abstract: Zwangserkrankungen gehören zu den schweren psychischen Erkrankungen bei Kindern und sind eine Herausforderung für Therapeuten, Eltern und Geschwister des erkrankten Kindes. In diesem Beitrag wird erläutert, was aus der Forschung über die Rolle von Angehörigen für die Entstehung und Behandlung von Zwangsstörungen bekannt ist und welche Empfehlungen man Eltern geben kann.

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich
ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-120659>
Journal Article
Published Version

Originally published at:
Brezinka, Veronika (2015). Zwangsstörungen bei Kindern: Die Rolle der Angehörigen. Schweizer Zeitschrift für Psychiatrie Neurologie, (4):4-6.

Zwangsstörungen bei Kindern: Die Rolle der Angehörigen

Zwangserkrankungen gehören zu den schweren psychischen Erkrankungen bei Kindern und sind eine Herausforderung für Therapeuten, Eltern und Geschwister des erkrankten Kindes. In diesem Beitrag wird erläutert, was aus der Forschung über die Rolle von Angehörigen für die Entstehung und Behandlung von Zwangsstörungen bekannt ist und welche Empfehlungen man Eltern geben kann.



Veronika Brezinka

von Veronika Brezinka

Eine Zwangserkrankung kann früh beginnen

Zwangserkrankungen gehören mit einer Prävalenz von 2 Prozent zu den häufigen psychischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter (11). Für Kinder und Jugendliche liegt das Durchschnittsalter zu Störungsbeginn bei 10 Jahren, es gibt aber auch Berichte über einen Krankheitsbeginn zwischen vier und fünf Jahren (3, 8). Je länger die Erkrankung unbehandelt bleibt, desto ungünstiger ist der langfristige Verlauf (6). Eine frühzeitige Diagnostik und Behandlung gelten daher als entscheidend, um eine Chronifizierung zu verhindern. Als wirksamste Therapien gelten kognitive Verhaltenstherapie und Medikation (5, 7).

Die Zwangserkrankung hat Folgen auf das Familienleben

Oft gehen Zwangserkrankungen einher mit schweren Beeinträchtigungen des Familienlebens (9), schlechten Beziehungen zu Gleichaltrigen und einer Verschlechterung der Schulleistungen (1). Viele Eltern fragen sich während der Abklärungsphase, ob sie die Krankheit ihres Kindes durch «falsches» Erziehungsverhalten verursacht haben. Das ist gewiss nicht der Fall, denn bei Zwangserkrankungen wird von einem multifaktoriellen Entstehungsmodell ausgegangen, das neurobiologische, psychologische und familiäre Faktoren berücksichtigt (14). Man kann guten Gewissens sagen, dass weder Eltern noch Kind «schuld» sind an einer Zwangserkrankung.

Allerdings ist inzwischen unbestritten, dass gut gemeintes, aber ungünstiges Verhalten von Eltern oder anderen Angehörigen – auch bei erwachsenen Patienten – zur *Aufrechterhaltung* einer Zwangserkrankung beiträgt und damit die Wirksamkeit einer verhaltenstherapeutischen Behandlung erschwert oder verringert. Es geht dabei vor allem um eine übertriebene Anpassung des Familienalltags an die Zwänge bis hin zur direkten Unterstützung bei deren Ausführung (9). Obwohl gut gemeint, ist dieser Prozess der Einbindung oder *Family*

Accommodation für Zwangserkrankte schädlich, weil er Zwänge und Vermeidungsverhalten verstärkt und zu sekundärem Krankheitsgewinn führen kann.

Fallvignetten aus der Spezialsprechstunde:

- Die 9-jährige Tina braucht seit einigen Wochen sehr lange zum Anziehen. Kleider werden mehrmals aus- und wieder angezogen. Tina muss auch ihre Haare zwanzig Minuten lang kämmen. Wenn die Eltern das Anziehen verkürzen wollen, bekommt Tina einen Wutanfall, und alles dauert noch länger. Die Mutter ist daher dazu übergegangen, Tina bereits eine halbe Stunde früher zu wecken, damit sie genug Zeit für die aufwändige Morgenroutine hat.
- Die 8-jährige Mara hat viele Ordnungs- und Kontrollzwänge. Sie kann es nicht ertragen, dass ihre kleinen Geschwister oder ihre Freundinnen die Sachen in ihrem Zimmer durcheinanderbringen. Die Mutter verbietet daher den Geschwistern, Maras Zimmer zu betreten. Gespielt wird nur noch im Zimmer der Geschwister oder im Wohnzimmer; Mara lädt auch keine Freundinnen mehr ein, aus Angst, diese könnten ihre Spielsachen durcheinanderbringen.
- Die 15-jährige Linda hat zahlreiche Wasch- und Reinigungszwänge. Sie ist auch sehr geruchsempfindlich und möchte nicht, dass ihre Kleidung durch bestimmte Lieblings Speisen der Familie verunreinigt wird. Diese Gerichte müssen daher auch im Winter am Balkon gegessen werden und erst, nachdem Linda ihre Jacken und Mäntel aus der Garderobe entfernt hat.

Wenn Eltern sich weigern, das Kind bei der Ausführung der Zwänge zu unterstützen, kann es zu sehr heftigen Szenen mit Beschimpfungen, aber auch körperlicher Gewalt seitens des Kindes kommen (12). Oft ähnelt das Verhalten des zwangserkrankten Kindes dann dem eines Kindes mit oppositionellem Trotzverhalten.

Die Familie muss in die Behandlung einbezogen werden

Die obigen Fallvignetten aus unserer Spezialsprechstunde zeigen, wie sehr Zwangserkrankungen den All-

tag einer Familie beeinflussen können. In der verhaltenstherapeutischen Behandlung ist der Einbezug der Eltern deshalb selbstverständlich.

Bereits vor Jahren wurde in Australien ein Therapiemanual entwickelt, das Sitzungen mit Eltern und Geschwistern enthält, um diese im *Family Disengagement* zu unterstützen, also darin, ihre Einbindung in die Zwangssymptomatik des Kindes zu *verringern* (1). In einer neueren Studie an 78 Kindern und Jugendlichen mit einer Zwangserkrankung erwies sich das Ausmass der Familieneinbindung als prognostisch relevanter Faktor für den Therapieerfolg (10). Die gleiche Forschergruppe hat bei 31 drei- bis achtjährigen Kindern mit einer Zwangserkrankung die Einbindung der Eltern bereits in der ersten Sitzung thematisiert und mit den Eltern gezielt alternatives Verhalten geübt (4). Keine der Familien brach die intensive Behandlung ab, und die Eltern äuserten sich sehr zufrieden mit der Therapie.

Was ist, wenn die Eltern selber eine Zwangserkrankung haben?

Neben der Einbindung können Angehörige die Erkrankung ihres Kindes auch dadurch beeinflussen, dass sie selber unter einer Zwangserkrankung leiden. Die psychiatrische Anamnese der Eltern muss im Rahmen der Diagnostik immer angesprochen werden. Manche Eltern sprechen dabei offen über ihre Zwangserkrankung, andere berichten davon erst später, manchmal folgt noch die Bemerkung «mein Kind weiss das nicht, denn ich führe meine Zwänge nie in seiner Anwesenheit aus». Trotzdem ist anzunehmen, dass Kinder ihre Eltern regelmässig bei der Durchführung gewisser Rituale beobachten; durch Modell-Lernen übernehmen sie die Vorstellung, Entspannung oder Wohlbefinden könnten sich nur durch bestimmte Rituale einstellen.

Der Vater des 12-jährigen Dominik ist durch eine schwere Zwangserkrankung stark eingeschränkt. Als er bemerkt, dass auch sein Sohn Zwänge hat, sucht er aktiv für ihn nach einer Behandlung. Er selbst kann sich jedoch nicht zu einer Therapie oder Medikation entschliessen und informiert seinen Sohn nicht über seine eigene Erkrankung.

Die Mutter des 13-jährigen Rudi berichtet erst im Laufe der Behandlung von eigenen Zwängen, ist jedoch überzeugt, dass Rudi davon nichts wisse. Rudi seinerseits erzählt, dass seine Mutter Zwänge habe; nachts müsse sie zum Beispiel die Bettdecke mehrmals auf eine bestimmte Art über ihm ausschütteln und Gebete sprechen. Er tue dann immer so, als ob er schlafe, damit sie nicht merkt, dass er ihre Zwänge beobachtet.

Aus der Literatur ist bekannt, dass Eltern von zwangserkrankten Kindern häufig an Ängsten, insbesondere an sozialen Phobien, leiden (14). Die «typische Zwangsfamilie» scheint es jedoch nicht zu geben, und natürlich leiden nicht alle Eltern eines zwangserkrankten Kindes selbst unter Zwängen.

Was hält Zwangserkrankungen in der Familie aufrecht?

Zu den *aufrechterhaltenden Bedingungen* von kindlichen Zwangsstörungen gehört ihre Funktion in der Familie. Dabei fällt immer wieder auf, dass Zwänge auch als Schutz vor ungelösten Problemen des Kindes oder der Familie aufgefasst werden können (13). Oft betonen El-

tern und Kinder im Gespräch mit dem Therapeuten ihr harmonisches, konfliktfreies Verhältnis miteinander, während die Kinder zum anderen negative Gefühle wie Ängste, Trauer, Wut oder Aggressionen kaum aussprechen oder erläutern können, aber in Stresssituationen Zwänge ausführen.

Der 13-jährige Sven darf seit einigen Monaten nicht mehr auf das Papier schauen, wenn er schreibt; eine innere Stimme sagt ihm, sonst werde ein Unglück geschehen. Dadurch ist seine Schrift so unleserlich geworden, dass er keine Prüfungen mehr schreiben kann und in der Schule eine vorübergehende Notenbefreiung erhalten hat. Sven kann im Gespräch mit der Therapeutin nicht beschreiben, woraus ein Unglück bestehen könnte oder wovor er Angst hat. Stattdessen zuckt er mit den Schultern, wendet den Blick ab und sagt mit leiser Stimme: «Ich weiss nicht.»

Nicht selten «schützen» Zwänge auch vor Entwicklungsaufgaben des Kindes und/oder der Eltern; das Kind erhält für sein zwanghaftes Verhalten so viel Aufmerksamkeit von den Eltern, dass Themen wie grössere Selbstständigkeit bei den Hausaufgaben, die Übernahme von «Ämtli» in der Familie, der Besuch eines Kinderhorts oder auch die Teilnahme an Klassenlagern aufgeschoben werden.

Der 5-jährige Juri kann nur in den Kindergarten gehen, wenn seine Mutter ihn begleitet und ihm hilft, seine Schuhe aus- und die Hausschuhe anzuziehen. Das Wechseln der Schuhe im Kindergarten muss etliche Male wiederholt werden und nimmt sehr viel Zeit in Anspruch. Ab und zu weigert Juri sich, überhaupt in den Kindergarten zu gehen. Die Mutter hat die Wiederaufnahme ihrer Berufstätigkeit daher vorerst aufgegeben. Umgekehrt entsteht bei manchen Familien der Eindruck, dass es beträchtliche Spannungen zwischen den Eltern gibt, ohne dass sie dies dem Therapeuten mitteilen. In diesen Fällen führen Zwangssymptome häufig dazu, dass das Kind im Bett der Eltern oder eines Elternteiles schlafen darf oder dass das Kind sich die Nähe eines Elternteils – häufig der Mutter – *erzwingt*.

Die 7-jährige Valerie muss jeden Abend vor dem Schlafengehen ihr Bettlaken auf Falten untersuchen und etliche Male glatt streichen; Wasch- und Reinigungsrituale im Badezimmer dauern bis 23 Uhr. Sie erträgt kein Pyjama und führt ihre Zwangshandlungen lediglich mit einer Unterhose bekleidet aus. Häufig ist die Mutter so erschöpft, dass sie Valerie im Ehebett schlafen lässt, während der Vater ins Kinderzimmer zieht.

Im Fall grosser Konflikte zwischen den Eltern ist es wichtig, dass sie den Therapeuten bereits im Voraus darüber informieren. In so einem Fall ist nämlich eine «reine» Zwangsbehandlung des Kindes, bei der die Paarthematik ausgeklammert wird, zum Scheitern verurteilt.

Empfehlungen für Eltern

Grundsätzlich werden Zwänge in Stresssituationen stärker. Harsche Kritik und Ablehnung des Kindes führen deshalb sicher nicht zu einem Rückgang des Zwangsverhaltens. Einbindung in die Zwänge führt ebenfalls zu einer Verschlechterung. Eltern sollten stattdessen unbedingt eine kinderpsychiatrische Diagnostik durchführen lassen und bei Bestätigung der Diagnose Zwangsstörung einen Verhaltenstherapeuten aufsuchen, um mit seiner Hilfe intensiv und rasch am Thema

der Einbindung zu arbeiten. Zudem sollten sie sich Folgendes überlegen:

- Erlaubt das Familienklima die Äusserung negativer Gefühle? Kann Streit akzeptiert werden, oder fühlt sich die Familie dadurch in ihren Grundfesten bedroht? Wenn aufgrund eines starken Harmoniebedürfnisses Konflikte bereits im Keim erstickt werden, erhöht dies die Wahrscheinlichkeit, dass das Kind – bei einer entsprechenden biologischen Disposition für eine Zwangserkrankung – stattdessen Zwänge entwickelt, um die unausgesprochenen Konflikte zu «lösen».
- Kann das Kind unter den gegebenen Bedingungen seine Entwicklungsaufgaben, nämlich die schrittweise Ablösung vom Elternhaus und das Selbstständigwerden, erfüllen?
- Können die Mütter ihre Entwicklungsaufgabe – die graduelle Verringerung des Einsatzes für die Erziehung der Kinder und das Bereitstellen von Zeit für eigene Hobbies oder eine Berufstätigkeit – erfüllen?
- Gibt es ernsthafte Konflikte zwischen den Eltern? Haben sie genug Zeit, ihre Partnerschaft zu pflegen? Haben sie den Therapeuten über diese Konflikte informiert? Sind sie bereit, eine Paartherapie zu beginnen?

Wie für alle psychiatrischen Erkrankungen gilt auch für die Zwangsstörung: Je mehr zusätzliche psychosoziale Belastungsfaktoren vorliegen, desto schwieriger ist es, die Störung zu behandeln. Insgesamt ist die Zwangserkrankung jedoch gut behandelbar. Es ist auf jeden Fall besser, wenn Eltern sich rasch für eine Abklärung ihres Kindes melden, anstatt dies hinauszuzögern, da Abwarten zu einer unnötigen Chronifizierung der Störung führen kann.

Nach diesem Plädoyer für den Einbezug der Familie in die Behandlung ist die Frage naheliegend, warum in dem von der Autorin entwickelten verhaltenstherapeutischen Computerspiel *Ricky und die Spinne* (www.ricky-andthespider.uzh.ch) für jüngere Kinder mit einer Zwangserkrankung die Familie keine Rolle spielt. Grashüpfer Ricky und Marienkäfer Lisa leben selbstständig mit ihren Freunden im Wald – Eltern oder Geschwister werden im Spiel nicht erwähnt. Der wichtige Aspekt der Einbindung von Familienangehörigen in die Zwangssymptomatik des Kindes bleibt aus praktischen Gründen bewusst ausgespart. Dies wäre gestalterisch zu teuer und inhaltlich zu komplex geworden. Es ist Aufgabe des behandelnden Therapeuten, diese wichtige Thematik mit den Eltern und eventuell auch Geschwistern anzusprechen und die Familienmitglieder dabei zu unterstützen, ihre Einbindung in die Zwangssymptomatik zu reduzieren (2).

Korrespondenzadresse:

Dr. phil. Dr. (PhD) Veronika Brezinka
 Psychologin/Verhaltenstherapeutin
 Spezialsprechstunde für Tics und Zwänge
 Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie
 Universität Zürich
 Eisengasse 16
 8008 Zürich
 E-Mail: veronika.christiaanse-brezinka@uzh.ch
 Internet: www.rickyandthespider.uzh.ch

Literatur:

1. Barrett, P., Farrell, L., Dadds, M., & Boulter, N. (2005). Cognitive-behavioral family treatment of childhood obsessive-compulsive disorder: long-term follow-up and predictors of outcome. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44(10), 1005–1014.
2. Brezinka, V. (2013). Ricky and the Spider – a video game to support cognitive behavioural treatment of children with obsessive-compulsive disorder. *Clinical Neuropsychiatry*, 10(3, Suppl. 1), 6–12.
3. Garcia, A., Freeman, J., Himle, M., Berman, N., Ogata, A. K., Ng, J., et al. (2009). Phenomenology of early childhood onset obsessive compulsive disorder. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 31, 104–111.
4. Lewin, A. B., Park, J. M., Jones, A. M., Crawford, E. A., De Nadai, A. S., Menzel, J., et al. (2014). Family-based exposure and response prevention therapy for preschool-aged children with obsessive-compulsive disorder: A pilot randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 56, 30–38.
5. March, J. S., & Foa, E. (2004). Cognitive-behavior therapy, sertraline, and their combination for children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *JAMA*, 292(16), 1969–1976.
6. Micali, N., Heyman, I., Perez, M., Hilton, K., Nakatani, E., Turner, C., et al. (2010). Long-term outcomes of obsessive-compulsive disorder: Follow-up of 142 children and adolescents. *British Journal of Psychiatry*, 197, 128–134.
7. O’Kearney, R. T., Anstey, K., von Sanden, C., & Hunt, A. (2010). Behavioural and cognitive behavioural therapy for obsessive compulsive disorder in children and adolescents (Review). *The Cochrane Library*(1), 1–49.
8. Renner, T., & Walitza, S. (2006). Schwere frühkindliche Zwangsstörung – Kasuistik eines 4-jährigen Mädchens. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 34, 287–293.
9. Renshaw, K. D., Steketee, G. S., & Chambless, D. L. (2005). Involving family members in the treatment of OCD. *Cognitive Behaviour Therapy*, 34(3), 164–175.
10. Rudy, B. M., Lewin, A. B., Geffken, G. R., Murphy, T. K., & Storch, E. A. (2014). Predictors of treatment response to intensive cognitive-behavioral therapy for pediatric obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, 220, 433–440.
11. Simons, M. (2009). Zwangsstörung. In S. Schneider & J. Margraf (Eds.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 3: Störungen im Kindes- und Jugendalter* (pp. 630-645). Heidelberg: Springer.
12. Wewetzer, C., Jans, T., Beck, N., Reinecker, H., Klampff, K., & Barth, N. (2003). Interaktion, Familienklima, Erziehungsziele und Erziehungspraktiken in Familien mit einem zwangskranken Kind. *Verhaltenstherapie*, 13, 10–18.
13. Wewetzer, C., & Wewetzer, G. (2014). Therapie der Zwangsstörung im Kindes- und Jugendalter. *Kindheit und Entwicklung*, 23(2), 102–111.
14. Wewetzer, G., & Wewetzer, C. (2012). Zwangsstörungen bei Kindern und Jugendlichen. Ein Therapiemanual. Göttingen: Hogrefe.

Merksätze:

- Zwangserkrankungen gehen oft einher mit schweren Beeinträchtigungen des Familienlebens, schlechten Beziehungen zu Gleichaltrigen und einer Verschlechterung der Schulleistungen.
- In der verhaltenstherapeutischen Behandlung ist der Einbezug der Eltern selbstverständlich.
- Zwänge können auch als Schutz vor ungelösten Problemen des Kindes oder der Familie aufgefasst werden.
- Grundsätzlich werden Zwänge in Stresssituationen stärker.
- Wie für alle psychiatrischen Erkrankungen gilt auch für die Zwangsstörung: Je mehr zusätzliche psychosoziale Belastungsfaktoren vorliegen, desto schwieriger ist es, die Störung zu behandeln. Insgesamt ist die Zwangserkrankung jedoch gut behandelbar.