
Gertraud Bechtler/Anna-Maria Hüls-Wissing/
Theo von der Marwitz (Redaktion)/Gisela Ripke/
Brigitte Rippe/Rosemarie Schmitt-Thatenhorst
Zwangserkrankungen
Diskussionsentwurf für
eine psychoanalytische Leitlinie

1. Definition Zwang

Die Wortbedeutung des Zwanges leitet sich her vom althochdeutschen Thuanga, thwingan in der Bedeutung von Zusammendrücken, Einengen. Als Verbalabstrakt von zwingen steht der Zwang für die Einwirkung einer Nötigung, gegen die man sich nicht wehren kann. Dies kann sich auf äußere Kräfte bzw. Personen wie auf innere Verhältnisse körperlicher oder seelischer Natur beziehen, die Denkinhalte, Handlungsimpulse oder Handlung einer Person bestimmen, ohne mit ihrer freien Entscheidung übereinstimmen zu müssen. (n. Deutsches Wörterbuch Bd. 32, S. 932ff)

- Vergleichbar griechisch ananke: Zwang, Schicksal, Verhängnis, auch Bezeichnung der griechischen Schicksalsgöttin, davon abgeleitet der Begriff des Anankasmus für Zwangserkrankungen,
- Vergleichbar lateinisch obsessio und englisch obsession: das Besetztsein, obsessiv = zwanghaft.

Psychologisch gesehen sind Zwänge imperative Erlebnisse, denen sich der Betroffene unterworfen, ausgesetzt fühlt, ohne sie bewusst steuern oder beeinflussen zu können. Vom Wahn unterscheiden sich Zwänge durch das erhaltene Realitätsbewusstsein, der Zwanghafte erlebt seine Zwänge als von sich selbst ausgehend. Dabei fühlt er sich ohnmächtig, nicht frei in seinen Entscheidungsmöglichkeiten, ganz gleich ob er die Zwänge als unsinnig, unangemessen und Ich-fremd bekämpft, ihnen auf Grund von Befürchtungen für sich oder andere nachgibt oder sich ihnen mehr oder weniger widerstandslos unterwirft und dieses auch von seiner Umgebung erwartet.

Zwingen ist ein Geschehen, das einen Ausgangs- (der, die oder das Zwingende) und Endpunkt (der, die oder das Gezwungene) sowie eine szenische Komponente aufweist. Es handelt sich um eine Beziehungsqualität, die mehr oder weniger subtil bzw. massiv eingesetzt werden kann. (Bürgin, 1998 S. 68)

Dabei ist beim Adressaten die gesamte Bandbreite an Reaktionsweisen auf diese Gewaltausübung denkbar – von heftiger Gegenwehr bis hin zu willensloser Unterordnung und Einvernahme in das Zwangssystem.

Zwänge müssen per se nicht sinnlos sein, ihr ständiges, dranghaftes Einwirken und ihre Tendenz zu gleichförmiger Wiederholung werden jedoch oft als mehr oder weniger unsinnig oder ungerechtfertigt erlebt.

2. Symptomatik

Zwänge können auftreten im Bereich des Denkens, in Phantasien und Vorstellungen, in verbalen Äußerungen beim Sprechen, Fragen oder Zählen, in Handlungsimpulsen, Gesten, Zwangshandlungen und -ritualen oder in ihren Vermeidungen.

Zwangsphänomene sind prinzipiell ubiquitär, sie treten in der normalen Entwicklung auf und stellen einen Versuch der Strukturgebung und Ordnung dar.

Folgende Unterscheidungen werden getroffen:

Zwangsgedanken

- wiederkehrende und anhaltende Gedanken oder Vorstellungen, die als zum Teil aufdringlich und unangemessen empfunden werden und ausgeprägte Angst und großes Unbehagen hervorrufen (z. B. müssen Gedanken, Zahlenkombinationen, Farben, Dinge vermieden werden, weil sie Unglück bringen). »Gegengedanken« müssen gedacht werden, damit die negative Wirkung neutralisiert wird. Den Gedanken wird eine magische Allmacht zugesprochen.

Zwangshandlungen

- wiederholte Verhaltensweisen (Waschen, Ordnen, Kontrollieren) oder gedankliche Handlungen (Beten, Zählen, Wiederholen), zu denen sich die Person gezwungen fühlt.
- Im Kindes- und Jugendalter treten zu einem hohen Prozentsatz Zwangsgedanken und Zwangshandlungen gemeinsam auf. Die häufigsten Zwangshandlungen sind ritualisiertes Händewaschen, Duschen, Zähne putzen, gefolgt von Wiederholungs- und Kontrollhandlungen.
- Bei Kindern und Jugendlichen sind die Befürchtungen hinsichtlich Schmutz, Keimen und Umweltgiften am häufigsten. Es folgen Sorgen im Hinblick auf Unfälle, Tod oder Krankheit.

- Zwanghafte Langsamkeit kann zum Beispiel dazu führen, dass Kinder bei täglichen Verrichtungen (Anziehen, Essen) Stunden benötigen.

Zwangantriebe und -impulse

- kommen vorwiegend bei Jugendlichen vor. Es handelt sich um dranghaft erlebte Impulse, an einem anderen Handlungen zu begehen (zum Beispiel ihn anzugreifen, ihn zu verletzen usw.), wo der oder die Betreffende sich hinterher nicht mehr sicher ist, ob er sie ausgeführt hat und sich quält, diese zu vermeiden. Die Realisierung dieser Impulse kommt jedoch in der Regel so gut wie nie vor.

Epidemiologie

Nach C. Eggers (2004, S. 455ff) liegen die Prävalenzzahlen für die Zwangserkrankung bei Kindern und Jugendlichen zwischen zwei und vier Prozent, bis hinein in die Adoleszenz ist die Erkrankung knabenwendig im Verhältnis 3:2, während im Erwachsenenalter das Geschlechterverhältnis bei der Erkrankung nahezu ausgeglichen ist. Das durchschnittliche Manifestationsalter der klinischen Störung liegt bei zehn Jahren. 80% der erwachsenen Zwangskranken erkranken vor dem 18. Lebensjahr.

3. Ätiologie von Zwängen

3.1 Vorbemerkung

In den Untersuchungen über die Ätiologie der Zwangserkrankung wird eine genetische Disposition angenommen, da die Prävalenz im Kreis der näheren Verwandtschaft deutlich erhöht ist. Neuropsychologische Untersuchungen können bei Zwangspatienten Veränderungen im Bereich von Basalganglien und deren Verbindungen zu thalamischen, limbischen und präfrontalen Hirnregionen nachweisen. Bei den neurochemischen Hypothesen werden Veränderungen im Serotoninstoffwechsel sowie bei anderen Neurotransmittern angenommen. Diese Befunde können erklären, was Zwangsstörungen im Gehirn bewirken. Die Frage nach den Ursachen dieser Störung bleibt damit jedoch offen.

Wir wissen ja heute, dass psychosoziale Traumata ihre organischen Narben hinterlassen können und Psychotherapie diese organischen Korrelate wiederum verändern kann. (Lang, 2003, S. 254)

Wir betrachten den Zwang dort, wo er sich über das physiologische Zwangsprimat bei Kleinkindern hinaus zu einem zwanghaften Modus verfestigt, genauso

wie dort, wo er sich in späteren Krisen im regressiven Rückgriff auf frühere Sicherheiten zwangsneurotisch organisiert, als Ausdruck von Analytät. Eine Analytät, die wir mit Senarclens – weit über triebtheoretische Konzeptionen hinausgehend – als Grenze, als eine Art Kipp-Punkt zwischen neurotischen und nichtneurotischen Strukturen verstehen. »Die Analytät kann wie eine libidinöse Kreuzung begriffen werden, in der sich Narzissmus und Objektbeziehung begegnen«(Senarclens, 2004, S. 13ff). Mit dieser Verortung, die wir im folgenden weiter ausführen werden, lassen sich unseres Erachtens am besten die unterschiedlichen Erscheinungsformen des Zwanges – von den psychosenahen oder autistischen Zwangsprozeduren über den frühen Anankasmus bis hin zu den reiferen Formen der Zwangsneurose – sowie die mannigfachen Co-Morbiditäten vor einem gemeinsamen Hintergrund betrachten und verstehen. Zugleich können wir damit die Beiträge der unterschiedlichen psychoanalytischen Schulen darstellen und würdigen, die in einer Vielzahl von sorgfältig dargestellten Kasuistiken und theoretischen Arbeiten zu unserem heutigen Verständnis des Zwanges beigetragen haben.

3.2 *Von den triebdynamischen Konzepten zur Objektbeziehungstheorie*

Die Frage nach der Ätiologie von Zwangserkrankungen nimmt in der Geschichte der psychoanalytischen Theorieentwicklung von Anfang an einen bedeutenden Platz ein.

S. Freud entwickelte den Begriff der Zwangsneurose erstmals 1894/95 (S. 59ff) und beschreibt in seiner klinischen Darstellung über den Rattenmann (1909 S. 381ff) zum ersten Mal einen erwachsenen zwangsneurotischen Patienten, der bereits als Kind von sechs bis sieben Jahren viele der Symptome ausgebildet hatte, die später zum Vollbild einer Zwangserkrankung führen sollten. Wir erfahren die Geschichte eines Kindes mit ausgesprochen früh einsetzenden sexuellen Aktivitäten, die jedoch in zunehmendem Maße untergraben wurden von bedrängenden Gedanken, diese Neigung zurückstellen zu müssen, weil dadurch sein Vater in Gefahr kommen könne zu sterben. An diesem Fall entwickelte Freud den Gedanken des Zwanges als einer von innen heraus wirkenden Kraft, die der Entwicklung einer reifen, unter dem Primat der Genitalzonen stehenden Sexualität entgegenwirkt.

In der Angst, den Penis zu verlieren, tritt dieser, als etwas vom Körper Ablösbares erkannt, »...in Analogie zum Kot, welcher das erste Stück Leiblichkeit war, auf das man verzichten musste« (S. Freud, 1917 S. 409). Triebdynamisch gesehen werden an sich unlösbare ödipale Konflikte, die libidinösen Affekte, verschoben auf die Stufe einer »...prägenitalen Organisation, bei der die sadisti-

schen und anal-erotischen Triebe vorherrschen ...« (Laplanche und Pontalis, 1998, S. 63).

Dieses Konzept zur Entstehung von Analcharakter und Zwangssymptomatik wurde von K. Abraham (1999, S. 120ff) weiterentwickelt zur analsadistischen Stufe, in der es zunächst um das Ausstoßen des Kotes und damit um das Zerstören, später um das Zurückhalten, das Beherrschen des Sphinkters und die besitzergreifende Kontrolle geht.

Bei aller Begrenztheit der triebdynamischen Konzepte von Analität waren es jedoch genau diese Ansätze, die den Blick öffneten für die Bedeutung des (mütterlichen) Objektes bei der Ausbildung dieser Strukturen, und die damit den Weg frei machten für die Entwicklung einer Mehr-Personen-Psychologie. B. Grunberger (1971, S. 170) etwa stellte das Wesen der Analität dar als den Ablauf von Besitzergreifen, Verdauen und Absorbieren des Objektes, er schilderte die anale Welt als ein geschlossenes und begrenztes System im Gegensatz zum offenen und scheinbar unbegrenzten Charakter des oral-narzißtischen Universums. Für die Analität ist das Objekt scheinbar überflüssig, Rückzug gehört schon früh zum Vollzug der analen Funktionen. Dabei ist es nicht der Kot als solcher, der als gut und wertvoll betrachtet wird, »...worauf sich des Kindes Stolz erstreckt, ist seine produktive Fähigkeit im Unterschied zu dem Resultat dieser in Aktion gesetzten Fähigkeit« (P. Heimann, 1962, S. 432). Daher rührt auch die klassische Ambivalenz, die dieser Entwicklungsphase des Kindes ihren Stempel aufdrückt: »Der innere Kampf zwischen dem Gefühl seines produktiven Vermögens und der Angst, Abscheu und Verachtung vor dem, was es produziert hat« (P. Heimann: a. a. O., S. 438). Diese Angst vor Angriff und Verwerfung wird bei allen späteren Werken des Kindes auftreten, mit denen es sich in seiner Umgebung zeigt.

Zur Entfaltung der exekutiven Funktionen des Ichs in dieser Phase gehört die Fähigkeit zum Alleinsein (vgl. D. Winnicott, 1971, S. 59). Rückzug und Abgrenzung des Kindes stellt in dieser Phase die Voraussetzung dar für die schrittweise Übernahme und Internalisierung der bislang mütterlichen Funktionen von Containment und Entgiftung, wodurch bislang Unverdauliches dem Kind in verträglicher Form zurückgegeben wird (vgl. W. R. Bion, 1992).

3.3 Entwicklungspsychologische Erweiterungen des Konzeptes der Analität

Bereits im ersten Lebensjahr hat der Säugling die Erfahrung mit äußeren Zwängen und unerträglichem inneren Erleben gemacht, war angewiesen auf die Fähigkeit der Mutter, diese unlustvollen Affekte des Säuglings in sich aufzunehmen und abzumildern. Entwicklungspsychologische Forschungen der letzten

Jahre beschreiben detailliert, wie die Übernahme dieser Fähigkeiten bereits in den Beziehungserfahrungen im ersten Lebensjahr des Kindes vorbereitet wird.

In den frühen Interaktionen bieten Wiederholungen die Gelegenheit zur Erfahrung von mehrfach gleichen Abläufen (D. Bürgin, 1998 S. 68) zwischen dem Kind und seinen unmittelbaren Bezugspersonen. Diese Wiederholungen lagern sich in präverbalen Vorformen des Gedächtnisses als Episoden ab, die, so D. Stern (1992, S. 160ff), als generalisierte Repräsentationen von Interaktionen (RIG's) den Erlebnisraum des Säuglings zugleich sichern und strukturieren. Indem der Säugling, später noch das Kleinkind in diesen Wiederholungen genau die Übereinstimmungen mit und die Abweichungen von vorangegangenen Ereignissen registriert, vermag er sich zugleich als aktiver Urheber bei der Regulierung seiner Umgebung und seines eigenen emotionalen Zustandes zu erleben. (Kontingenz- Entdeckungshypothese, nach P. Fonagy, 2004, S. 173ff; ab dem Alter von drei Monaten wird der Säugling mehr von der »fast-wie-ich-aber-nicht-genau-wie-ich«-Aktivität der Mutter angezogen als von einer genauen Imitation seiner Handlungsabläufe.)

Die Entfaltung der lokomotorischen und kognitiven Fähigkeiten des Kleinkindes im Verlauf des zweiten Lebensjahres erweitern seine Möglichkeiten, seine Umwelt für seine Spiegelung zu nutzen. Es ist, als könne es sein primär vorherrschendes Gefühl von Ohnmacht und Angewiesensein umkehren, in aktiver Weise seiner Umwelt aufzwingen, was es in der Vergangenheit passiv oder negativ erlebt hat. Hier entfalten sich nun die Momente des Kontrollierens, des Hergebens oder Zurückhaltens (zum Beispiel des Kotes des auf dem Töpfchen thronenden Kleinkindes). Dies birgt neue Risiken in sich, es geht jetzt um »Alles oder Nichts«, um das Gewahrwerden einer Kapazität zur Verweigerung in der Trotzphase, was gleichbedeutend mit der Möglichkeit erscheint, sich dem realen oder phantasierten Zwang, der vom Gegenüber auszugehen scheint, nicht unterwerfen zu müssen. »Das (eigene) Nein wird zum Antidot gegenüber dem Zwang, den das Gegenüber auszuüben scheint oder wirklich ausübt« (Bürgin, 1998 S. 70). Es wachsen Phantasien von Omnipotenz und magischer Kontrolle, nach dem »Alles-oder-Nichts-Prinzip« versucht das Kind, die äußere Realität in Übereinstimmung zu bringen mit seiner inneren Welt und dem sich daraus entfaltenden Begehren, den libidinösen und aggressiven Impulsen. Zugleich wird das Kind konfrontiert mit dem Nein der es umgebenden Anderen.

Kinder werden in diesem Alter »schwierig«, wenn sie in der Lage sind, die zunächst niederschmetternde Erkenntnis, dass das Objekt selbständige, von den eigenen verschiedene und unabhängige mentale Zustände hat, als Herausforderung anzunehmen: Wenn sie beginnen, den entdeckten Unterschied zwischen eigenen und fremden Wünschen systematisch zu explorieren (A. Gopnik, 1999, S. 194). An diesem Punkt wird die Beherrschung des »Nein« gegenüber der

bislang allmächtig erlebten Mutter zu einem machtvollen Organisator der kindlichen Entwicklung (R. Spitz, 1967, S. 202ff).

In dieser Phase verändert sich auch die Qualität triadischen Erlebens. Der im günstigsten Fall bereits zuvor real oder im Kopf der Mutter anwesende Vater vermag jetzt vermehrt als wirkliches Gegenüber, als signifikanter Anderer, als trennender Dritter in Erscheinung zu treten. Hier ist die Feinfühligkeit und Empathiefähigkeit der primären Bezugspersonen gefragt, wenn die allmähliche Desillusionierung früherer Omnipotenzphantasien mehr oder weniger abrupt eingeleitet wird. In dieser Phase wird nicht allein der Grundstein für ein sich entfaltendes Über-Ich – als verinnerlichte Instanz des nachhallenden Neins des Anderen – gelegt. Es wird damit auch eine grundlegende Organisation von Zeitlichkeit, Raum und sozialen Bezügen geschaffen im Sinne eines

- Nein, nicht jetzt, aber später,
- Nein, nicht alles, nicht alles auf einmal, Du musst einen Teil loslassen,
- Nein, nicht Du allein, zusammen mit den anderen,

was die Erfahrung vermittelt, dass das Sich-Lösen von einem Teil nicht den Verlust des Ganzen mit sich bringt, als rettender Ausgang aus dem Konflikt des Alles oder Nichts, als Voraussetzung, damit Symbolisierung sich organisieren kann (nach Senarclens, 2004, S. 25ff).

Diese krisenhafte Passage bedarf der Sicherung durch Rituale, deren Sinn nicht mehr hinterfragt wird (M. Erdheim, 1992, S. 730ff), sie bedarf sich wiederholender interaktiver Handlungsabläufe, insbesondere in schwierigen Übergangsmomenten – etwa zwischen Tag und Nacht. Handlungsabläufe, die, vielfach als Familienroutinen organisiert, ein- und abgeschliffen werden durch vielfache Wiederholung, Prozeduren, die auf äußere Beobachter oftmals zwanghaft wirken. Glover (zit. n. S. Brunnhuber, 2001, S. 26) spricht für das Alter von 1½ bis vier Jahren geradezu von einer Phase des »Zwangsprimates«, die nicht automatisch in einer Zwangsneurose mündet, sondern quasi physiologischen Charakter hat. Auch nach K. von Klitzing (2003, S. 2) sind in der Kindheit

...Zwangspänomene sehr viel häufiger als im Erwachsenenalter. Zwangsrituale und Zwangsgedanken tauchen insbesondere während der beschriebenen Übergangsprozesse auf, beispielsweise in der Wiederannäherungskrise (etwa ab dem 18. Lebensmonat), in ödipalen Konfliktsituationen und/oder in der Adoleszenz.

Wir können sie betrachten als einen mehr oder weniger vom interaktiven Geschehen und den Familienroutinen ins Ich hinein verlagerten Versuch, angesichts neuer Herausforderung die durch drängende innere oder äußere Konflikte hervorgerufenen Ängste in den Griff zu bekommen.

Die Phase der Analität markiert einen Übergangsprozess, in dem bereits erreichte Entwicklungspositionen wieder unsicher werden, einen Kippunkt (Sen-

arclens, 2004, S. 14) zwischen dem Voranschreiten von Entwicklung und dem Rückfall in psychotische Desintegration.

3.4 Neuere Konzepte zur Entstehung von Zwangspathologien

Unsere Darstellung der entwicklungspsychologisch frühen Verankerung von obsessivem Denken und Verhalten macht deutlich, in welchem Ausmaß der zwanghafte Modus als eine Sicherheit gebende Reaktionsweise des seelischen Apparates in Zeiten von Krisen oder langanhaltender Belastung zur Verfügung steht.

Der Zwang ist eine Regulationsmöglichkeit gegen unerträgliche äußere und/oder innere Reize. (Streeck-Fischer, 1998, S. 85)

Zwangspathologien als Traumafolge

Neben den anfangs erwähnten konstitutionellen Faktoren spielt bei der Ätiologie von Zwängen vor allem das familiäre Beziehungsumfeld eine gewichtige Rolle. Häufig werden dort überprotektive Einstellungen und »...ein zu nahes, grenzüberschreitendes, übergriffiges Verhalten von Seiten wichtiger Personen...« gefunden (Streeck-Fischer, 1998, S. 91). Im genannten Artikel betont die Autorin jedoch, dass neben schweren traumatischen Brüchen der Reiz-Schutz-Schranke auch punktuelle, kaum nachweisbare Einbrüche am Anfang einer Zwangspathologie stehen können:

Wird die Entwicklung der Reizabschirmung während kritischer Phasen beeinträchtigt, können Kinder Sensibilisierungen und Überempfindlichkeiten entwickeln und dadurch gegenüber relativ unbedeutenden Reizen immer stärker ansprechbar werden. (a. a. O., S. 86)

Das Verhältnis von Traumatisierung, interpersonellem und intrapsychischem Konflikt wird auch bei der Entstehung von Zwängen unter Psychoanalytikern nach wie vor unterschiedlich gewichtet.

Von der Objektbeziehungspsychologie zur Theorie der Persönlichkeitsstörungen
Ausgangspunkt bei diesem Ansatz war die Betrachtung der Zwangsstörung als Reparationsmechanismus für einen unlösbaren Autonomie-Abhängigkeits-Konflikt. Das primäre Objekt muss einerseits gebunden und kontrolliert, andererseits auf Abstand gehalten werden. Dies soll durch die Zwangssymptome erreicht werden, durch die die Grenze zum Objekt ständig verwischt und wieder aufgerichtet wird. Die Obsessionen erzeugen zugleich Scham- und Schuldgefühle gegenüber dem Objekt und dienen so der Wiedergutmachung und/oder dem

Ungeschehenmachen. Meares (1994, S. 83ff) bezeichnet die Zwangsstörung so auch als »Pathology of Privacy«, dem Patienten mit Zwangsstörung fehle gegenüber dem intrusiv erlebten Objekt ein sicherer Innenraum.

Der unterschiedlichen Ausprägung von Zwangspathologien wurde von O. Kernberg in seinen Arbeiten über schwere Persönlichkeitsstörungen durch eine strukturelle Betrachtungsweise Rechnung getragen. P. Kernberg (2001) entwickelte diesen Ansatz für Kinder und Jugendliche weiter. In ihrer Beschreibung der zwanghaften Persönlichkeitsstörung bei Kindern betont sie, dass es sich bei der exzessiven Kontrolle und Aggressionshemmung dieser Patienten

...um die kompensatorische Abwehr von sadistischen Gedanken und Vorstellungen handelt. ... Diese sadistischen Züge lösen wiederum noch mehr Ängste aus und verstärken das Bedürfnis, über andere eine omnipotente Kontrolle auszuüben... (S. 136).

Bei einer strukturellen Betrachtungsweise können Zwänge folgendermaßen untergliedert werden:

- die klassische Zwangsneurose,
 - auf der narzisstischen Ebene wird der Zwang in seiner antidepressiven Funktion betrachtet,
 - auf Borderline-Niveau wird er als Plombe zur Entschärfung und Aufspaltung und Abspaltung von zerstörerischen Selbst-Objekt-Anteilen beschrieben,
 - bei psychosenahen Patienten wird er schließlich in seiner Funktion gesehen, Ich-Zerfall zu verhindern.
- (nach A. Streeck-Fischer, 1998, S. 83, ausführl. Kap. 4)

Zwang als Ausdruck gestörter Mentalisierung

Während in Freuds Konzept beim Zwangskranken die Allmacht, die Überwertigkeit der Gedanken auf den Einfluss unbewusster Phantasien zurückgeführt werden, wird in P. Fonagys »...Äquivalenzmodustheorie ... diese Überwertigkeit in gewissem Umfang als eine Eigenart des normalen kindlichen Denkens betrachtet.« (Dornes, 2004 S. 184). Nach dem Äquivalenzmodus erleben Kinder bis zum Alter von vier Jahren ihre Gedanken so, als ob sie die Realität unmittelbar abbildeten. Fonagy leistet mit dieser Theorie sozusagen eine kognitionspsychologische Begründung von Glovers »Physiologischem Zwangsprimat«. Die Symptomatik von Zwangskranken ist für ihn direkter Ausdruck des Funktionierens im Modus der psychischen Äquivalenz. (Konsequenzen dieses Konzeptes für die Behandlung siehe Kapitel 5).

Postkleinianische Konzepte

Diese haben mit ihren Arbeiten über pathologische Persönlichkeitsorganisationen ebenfalls wichtige Beiträge zum Verständnis schwerer struktureller Zwangs-

pathologien geleistet. Gegenüber der paranoid-schizoiden und der depressiven Position, zwischen denen ein ständiger Austausch, ähnlich einem chemischen Gleichgewichtszustand stattfindet, führte J. Steiner mit dem »...Begriff des seelischen Rückzugs ... in dieses Gleichgewichtsdiagramm eine dritte Größe ein.« (1993, S. 53). Gerade bei Zwangspatienten kennzeichnet diese Struktur eine besondere Rigidität. Wurde

...beim neurotischen Kind oder Jugendlichen das frühe mütterliche Objekt als eines erlebt ..., das noch ausreichend in der Lage war, die überwältigenden Affekte des Kleinkindes zu regulieren und zu modifizieren (Containment), konnte es diese Fähigkeit dann verinnerlichen, ... (so ist) bei strukturell stärker gestörten Zwangsneurotikern ... die Vorstellung vom inneren Raum des mütterlichen Objekts nicht die eines lebendigen, transformativen inneren Raumes... (Bovensiepen, 2007, S. 296).

Diese Patienten finden sich gefangen in einem zwanghaften Universum, bei dem es um den Kampf zwischen exkretorischer Ausstoßung und Vernichtung des Objektes einerseits, tyrannischer Kontrolle und minutiöser Regulierung der Distanz andererseits geht. Sie versuchen gleichermaßen, sich in einem Zwischenstadium einzurichten, ihr »subjektives Territorium« (A. Green, zit. n. Senarclens, 2004, S. 17) entschlossen zu verteidigen, »...es ist, als flüchteten sie sich in einen einsamen Unterschlupf. Dies kann – vor allem bei den hier beschriebenen schwereren Formen der Zwangsstörung – auf eine pervertierte Form der Container-Contained-Beziehung zurückzuführen sein, der Container wird zum Klastrum, zum analgefärbtem Raum (D. Meltzer, 2005, S. 89ff). Dieser bietet dann zwar einen begrenzten Schutz vor intrusiven Objekten, zugleich vermittelt er jedoch das Gefühl des Eingeschlossenen, des emotional Leblosen oder Maschinenhaften (G. Bovensiepen, 1997, S. 159). J. Steiner (1993, S. 20ff) beschreibt diese Orte folgendermaßen:

In den Phantasien und Träumen der Patienten ist dieser Rückzugsort oft räumlich gedacht. Es handelt sich dann vielleicht um eine Höhle, in der der Patient Zuflucht sucht, eine Insel, zu der niemand Zutritt hat, einen Dachboden Immer aber sind es Orte, in denen Phantasie und Omnipotenz ungeprüft weiterbestehen und alles erlaubt ist.

Diese Orte des seelischen Rückzuges sind Orte des Stillstandes, die Entwicklung bleibt in frühen Abwehrpositionen fixiert. Dennoch kann sich ein Patient, etwa im Laufe einer Behandlung, aus einem derartigen Rückzugsort herauswagen, sich aber auch erneut dorthin zurückflüchten, bevor ein neuer Aufbruch gelingt.

In all den dargestellten Konzepten wird die unterschiedliche Ausprägung von Zwangserkrankungen auf den verschiedenen Strukturniveaus thematisiert. Dies soll in den Kapiteln zu Diagnostik und Therapie weiter ausgeführt werden.

4. Diagnose und Differentialdiagnose des Zwangs unter psychodynamischen Gesichtspunkten

In diesem Kapitel sollen zunächst die diversen Krankheitsbilder mit begleitender Zwangssymptomatik dargestellt werden.

In einem zweiten Schritt sollen die Besonderheiten der psychoanalytischen Diagnostik herausgearbeitet werden. Da sich die Analität, wie wir sie im vorausgegangenen Kapitel beschrieben haben, als Angelpunkt zwischen den frühen und späteren Entwicklungen darstellt und selbst einen entscheidenden Entwicklungszeitraum des Kindes beansprucht, wird uns im zweiten Teil des Kapitels die Einführung der strukturellen Integrationsniveaus als diagnostische Hilfe dienen.

4.1 Krankheitsbilder, die mit Zwängen einhergehen

Die klassische Form der Zwangsneurose ist aufgrund der charakteristischen Leitsymptome leicht zu diagnostizieren. Im ICD 10 wird sie unter F 42.0 – vorwiegend Zwangsgedanken oder Grübelzwang, F 42.1 – vorwiegend Zwangshandlungen (Zwangsrituale) oder als gemischte Störung unter F 42.2 dargestellt. Besondere Bedeutung kommt der Abgrenzung von phobischen Störungen (im ICD 10 unter F 40ff. dargestellt) zu: Sowohl die Patienten mit Zwangsstörung als auch phobische Patienten zeigen intensive Angst und ein Vermeidungsverhalten in Bezug auf spezifische Situationen (z. B. die Vermeidung von Schmutz oder imaginierten Kontaminationsquellen wie Türgriffe etc.), in der Praxis wird man kaum eine Zwangsstörung ohne phobische Anteile finden. Die spezifischen Gedanken und Rituale des Zwangskranken machen die Abgrenzung jedoch einfach, eine Phobie sollte nur dann diagnostiziert werden, wenn das bewusst erlebte Angstmoment im Vordergrund steht.

Zwangssymptome können auch bei weiteren Erkrankungen wie narzisstischen und Borderline-Störungen eine Rolle spielen. Bei antisozialem Verhalten wie wiederholtem Stehlen sollte man an eine Zwangspathologie denken. Selbstverletzendes Verhalten kann mit einer anankastischen Symptomatik einhergehen. Zwangssymptome können ebenfalls im Verlauf von depressiven Störungen sowie Psychosen auftreten oder ihrem Ausbruch vorausgehen. Zwanghafte Persönlichkeitsstörungen (im ICD 10 unter F 60.5 – Anankastische Persönlichkeitsstörung) sollte man erst ab dem späteren Jugendalter diagnostizieren. Bei einem Asperger-Syndrom (ICD 10: F 84.5) findet man, ebenso wie bei der Anorexia nervosa (ICD 10: F 50.0) und anderen Essstörungen regelmäßig auch zwang-

hafte Züge. Stereotypen Wiederholungshandlungen im Rahmen von hirnganischen Prozessen fehlt zumeist der subjektive Leidensdruck.

Zwangssymptome finden sich als komorbide Störung so häufig bei einer Reihe von weiteren Syndromen, dass amerikanische Autoren von einem »Obsessive-compulsive-spectrum« sprechen (zitiert nach Lang, 2003, S. 251). Zu diesem Spektrum werden gerechnet

- Die Trichotillomanie (Zwanghaftes Ausreißen der Haare, ICD 10: F 63.3),
- Tic-Störungen und das Gilles-de-la-Tourette-Syndrom (ICD 10: F 95.0 bis F 95.2),
- die Onychophagie (ICD 10: F 98.8), die Peri-Onychomanie und -phagie (zwanghaftes Manipulieren oder Kauen an Fingernägeln und Nagelhaut) und die Acne excoriata (zwanghaftes Manipulieren an Akne-Effloreszenzen, ICD 10: L 70.5),
- hypochondrische Störungen, die Dysmorphophobie (ICD 10: F 45.2) sowie
- die bereits erwähnten Essstörungen.

Die Komorbidität von Zwangsstörungen, Impulskontrollstörungen und ADHS (ICD 10: F 90.1) ist zur Zeit Gegenstand ausgiebiger Untersuchungen, konsistente Befunde dazu liegen bislang jedoch nicht vor.

Bei ausgeprägter Zwangssymptomatik (geringes Strukturniveau) ist eine kinder- und jugendpsychiatrische und -neurologische Untersuchung in jedem Fall erforderlich.

4.2 Psychoanalytische Diagnostik bei Zwängen

Eckpfeiler der psychoanalytischen Diagnoseerhebung bei Kindern und Jugendlichen sind

- die anamnestischen Daten,
- die Beobachtung und das Verstehen der unbewussten Bedeutung der Szene bei der Erstbegegnung,
- die Beobachtung des Spiels,
- das Gespräch,
- die Reflektion der Übertragung und Gegenübertragung, eventuell des unbewussten Handlungsdialogs
- sowie gegebenenfalls die Durchführung oder Veranlassung der Durchführung von Testverfahren.

4.2.1 Anamneseerhebung

Bei der Anamneseerhebung bei zwanghaften Kindern und Jugendlichen spielt das Alter und der Erkrankungsbeginn eine entscheidende Rolle. Bei Kindern und oft auch bei Jugendlichen ist die Einbeziehung der nächsten Bezugspersonen in die anamnestischen Erhebungen selbstverständlich. Bei der Anamneseer-

hebung ergeben sich eine Reihe von zentralen Fragen, die weiter abzuklären sind, so zum Beispiel:

- Haben bei Grundschulkindern die magischen Jahre gewissermaßen persistiert, so dass sich daraus übergangslos obsessive Praktiken und Zwangsvorstellungen entwickelt haben, die zum Untersuchungszeitpunkt nicht mehr altersgemäß erscheinen?
- Oder hat die Zwangssymptomatik nach (scheinbar) unauffälliger Entwicklung in der späteren Kindheit oder erst während der Adoleszenz eingesetzt?
- Wird das Zwangsverhalten von der Familie ganz oder teilweise mitpraktiziert?
- Werden anankastische Familienmuster deutlich, werden Zwangserkrankungen oder sonstige psychische Auffälligkeiten bei weiteren Familienmitgliedern berichtet?
- Werden traumatische Verlusterfahrungen oder gravierende Störungen in den frühen Bindungen berichtet – oder wird das Symptom als schier unbegreiflicher Einbruch in ein bislang völlig unauffälliges Familienleben erlebt?

Die Anamneseerhebung läuft im Diagnostikprozess begleitend mit, sie erfolgt zumeist stückweise, gerade bei Zwangskranken und ihren Familien ist es bedeutsam, darauf zu achten, welche Anteile zu fehlen scheinen, was aus der Geschichte getilgt oder schamhaft verschwiegen wurde und erst im Laufe des Prozesses auftaucht.

4.2.2 Diagnostische Testverfahren

Diese sollen an dieser Stelle nur kurz erwähnt werden. Gelegentlich erforderlich sind Intelligenztestungen, vorzugsweise außerhalb des analytischen Settings in Zusammenarbeit mit einer kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis. Diese dienen zur Abklärung einer Entwicklungshemmung, zur Klärung, ob Zwangshandlung Ausdruck eines stereotypen Verhaltens auf dem Hintergrund einer geistigen Behinderung sind. Projektive Testverfahren wie etwa Familie in Tieren, Sceno-Test, C-A-T oder T-A-T (Kinder-Apperzeptions-Test, Thematischer Apperzeptions-Test) können die Einsicht in Hemmungen, Widerstände und unbewusste Ängste bei zwanghaften Kindern vertiefen, dasselbe gilt für Kinderzeichnungen. Grundsätzlich werden die Erfahrungen hier denen der Spielbeobachtung bei Kindern ähneln, können aber einen Moment von Kontrolle und Zwang in die Diagnostiksituation bringen, so dass ihr Einsatz sorgfältig abgewogen werden sollte.

4.2.3 Die probatorischen Sitzungen und ihre psychodiagnostische Einschätzung

Im Folgenden wollen wir die zentralen Bestandteile der ersten Begegnungen, das szenische Verstehen, das Spiel bzw. das Gespräch sowie die Reflektion von

Übertragung und Gegenübertragung unter den verschiedenen Ausprägungen des zwanghaften Modus betrachten und sie mit den dazugehörigen Abwehrmechanismen und psychodynamischen Überlegungen zu den verschiedenen Struktur-niveaus darstellen.

4.2.3.1 Neurotisches Strukturniveau

Zwangsneurotische Kinder oder Jugendliche begegnen uns im Erstinterview oftmals in ernster, manchmal dysphorisch wirkender Stimmungslage, sie wirken in der Kontaktaufnahme gehemmt. Kinder lassen sich oftmals lange drängen, überhaupt etwas von sich zu erzählen, insbesondere die von den Eltern berichteten Kontrollzwänge, z. B. rund ums Zubettgehen der Familie, werden oftmals schamhaft verschwiegen oder heruntergespielt. Eine freie Spielsituation kommt selten zustande. Ein solches Kind kann einen Großteil der Stunde damit verbringen, das Dach seines nur in Umrissen gezeichneten Hauses akribisch mit Dachziegeln auszufüllen. Möglicherweise wird es aber zu Ende der Stunde lebendiger, beginnt dann, wenn der Therapeut die Stunde beenden möchte, das Spielzimmer zu erkunden und von sich aus neue Themen zu eröffnen.

Von der ersten *Szene* an steht in der therapeutischen Beziehung die Auseinandersetzung um Kontrolle und Regulation von Distanz und Nähe im Zentrum der Begegnung. Das Spiel (im obigen Beispiel das Malen) ist

...für das Kind »nicht nur Spiel«..., es ist auch Arbeit. Es ist nicht nur eine Methode, die Außenwelt zu ergründen und zu meistern, sondern ebenso – über das Ausdrücken und Durcharbeiten von Phantasien – ein Mittel, Ängste zu ergründen und sie zu meistern. In seinem Spiel dramatisiert das Kind seine Phantasien, und auf diese Weise elaboriert es seine Konflikte und arbeitet sie durch (H. Segal, zit. nach A. Holder, 2002 S. 80).

Das Dach muss gedeckt, in mühevoller Kleinarbeit abgeschottet werden gegen Bedrohliches, vor allem von außen, von oben Kommendes,. Der Therapeut steht daneben, im *Gegenübertragungserleben* breitet sich Langeweile und Desinteresse aus. Zugleich kann er jedoch bereits jetzt Gereiztheit und große Hilflosigkeit mit reaktivem Ärger empfinden, Gegenübertragungsgefühle, die angesichts der massiven zwanghaften Abwehr des Patienten zu diesem Zeitpunkt noch nicht angesprochen, sondern vom Therapeuten zunächst nur wahrgenommen und über einen langen Zeitraum in ihm gehalten werden müssen. Das Kind scheint ja weniger zu zeigen als vielmehr zu verdecken, mehr ist noch nicht möglich, allenfalls wirkt es schamhaft, insgesamt werden Ängste und abgewehrte Hassgefühle oft emotional wenig spürbar. Wie im oben angeführten Beispiel können sie jedoch im *Handlungsdialog* klar erkannt werden: das Dach ist dicht, die Zeit verstrichen – und dann beginnt das Kräfteressen um die Grenze des therapeutischen Raumes, um das Stundenende.

Psychodynamische Überlegungen

Auf einem neurotischen Entwicklungsniveau gilt die Zwangssymptomatik, triebdynamisch gesehen, als eine Kompromissbildung im Konflikt zwischen andrängenden sexuellen und analen Triebimpulsen und rigiden Über-Ich-Forderungen. Zwangsneurotisch erkrankte Kinder und Jugendliche erleben die Symptome zumeist als ich-dyston, sie leiden darunter.

Das Arsenal an Abwehrmechanismen ist reichhaltig und kann in einer Vielzahl von Kombinationen eingesetzt werden:

Verleugnung, Verdrängung, Regression, Reaktionsbildung, Isolierung (des Affektes vom Vorgang), Ungeschehenmachen, magisches Denken, Zweifel, Unentschlossenheit, Intellektualisierung, Rationalisierung – ein gewaltiges Aufgebot, dessen Einsatzfeld durchweg, mit Ausnahme der Regression, auf die Denkvorgänge beschränkt ist (A. Freud, 1987, S. 1841).

Charakteristisch ist das chronische Zweifeln, die Unentschlossenheit dieser Patienten, ihre Ambivalenz in den Kontakten zu bedeutsamen Bezugspersonen. Die Objektbeziehungen des Zwangsneurotikers sind durch den Äquivalenzmodus (P. Fonagy, 2004, S. 261ff) geprägt, d. h. die innere Realität wird auf das Beziehungsumfeld, die ganze äußere Welt projiziert. Einerseits fühlt er sich vom Objekt völlig abhängig, möchte es zugleich tyrannisch kontrollieren.

Die Beziehung zur Welt, die durch das projizierte unbewusste Objekt (Kot) bestimmt wird, wird ständig zeitlich eingeteilt, fragmentiert und verzögert. Die Distanz zum Objekt wird minutiös geregelt und ritualisiert. Sie ist rigide und nur schlecht dosierbar. Jeder Versuch der Verkleinerung dieser Distanz erweckt beim Zwangsneurotiker panische Ängste, von dem Objekt vernichtet zu werden und jede Individualität zu verlieren. Andererseits ist die Frustrationstoleranz des Patienten minimal, eine Entfernung des Objektes ruft bei ihm ebenfalls starke Ängste und Wutausbrüche hervor. (M. Amitai, 1977, S. 388)

Dabei werden die abgewehrten Ängste als Gewissens- oder Schuldängste, bei Kindern als deren Vorläufer, als Angst vor Bestrafung erlebt.

Kontakte zur Umwelt werden häufig über Vermittler geknüpft und aufrechterhalten. Krisen brechen oftmals dann auf, wenn diese Vermittlungsfunktionen in der alten Form nicht mehr übernommen werden können oder sollen. Wenn äußere (z. B. Einschulung, Familienkrisen) oder innere Veränderungen (z. B. Pubertät) einen Druck zur Progression erzeugen und mit den starren Sicherungsvorkehrungen der zwanghaften Abwehr nicht mehr in Einklang gebracht werden können. Hier bietet der Rückgriff auf anale Formen der Objektkontrolle und -sicherung einen regressiven Ausweg.

4.2.3.2 Zwangssymptomatik auf mittlerem Strukturniveau

Oft sind es ältere Kinder und Jugendliche, die uns hier begegnen, in den *Gesprächen* treten die Zwangssymptome eher beiläufig in Erscheinung, werden als notwendige Begleitprozeduren eines schwierigen Alltags erwähnt. Diese Patienten wirken oft in sich gekehrt und passiv, können die Rahmensetzung des Therapeuten eher annehmen. In der Übertragung werden häufig Ängste vor Verlassenwerden und Einsamkeit oder vor Überforderung durch Familie oder schulische Situationen deutlich, der Therapeut erlebt sich in seinem *Gegenübertragungserleben* angerührt und zugleich gefordert von der Eindringlichkeit der *Szene*, die sich entfaltet. Anamnestisch werden häufig frühe Erfahrungen von Objektverlust und Trennung, auch von kultureller Entwurzelung berichtet, wodurch sich der Therapeut rasch in die Position eines allmächtigen Retters gedrängt fühlen mag. Die Stundengrenzen werden weniger durch die Kontrollversuche der Patienten, mehr durch ihre Bedürftigkeit in Frage gestellt. Häufig sind komorbide Pathologien wie Essstörungen, bei der sich die Zwanghaftigkeit in der minutiösen Ein- und Zuteilung von Lebensmitteln und in der zeitlichen Beanspruchung dadurch zeigt. Die Zwänge werden eher ich-synton erlebt oder, wenn es sich um sozial nicht akzeptierte Verhaltensweisen, wie zum Beispiel zwanghaftes Stehlen von kleineren Geldbeträgen bei Familienmitgliedern handelt, abgespalten oder verleugnet.

Psychodynamische Überlegungen

Auf einem mittleren Strukturniveau wird der Zwang in seiner antidepressiven Funktion beschrieben. Unerträgliche, nicht repräsentierbare Erfahrung von früher Ohnmacht und Objektverlust werden in einem analen Modus ausgestoßen, abgeführt, als verdorben oder ungenießbar verworfen, ohne dass das Ich letztlich zu einer Entsorgung in der Lage ist. Derart verarmt bleibt es zurück, umgeben von bedrohlichen Deponien, die abgetrennt bleiben und kontrolliert werden müssen. Die zwanghafte Symptomatik, die sich unter diesen Bedingungen ausbildet, erscheint hier im Vergleich zum Zwangsneurotiker wenig differenziert, polymorph, sie beginnt schneller und ist rascheren Veränderungen unterworfen. Das Zwangssymptom hat hier »... eine selbststabilisierende bzw. selbstreparative Funktion ...«, es dient dazu, »... eine Angst vor Selbstauflösung und Selbstverlust in progressiver Weise zu begegnen« (Quint, 1987, S. 45). Durch die Zwangssymptomatik wird auch die Unterscheidung zwischen innen und außen, zwischen Selbst- und Objektrepräsentanz aufrechterhalten und kontrolliert.

4.2.3.3 Zwangssymptome auf der Ebene geringer Integration

Hier mag sich eine *Anfangsszene* mit einem Grundschulkind in einer Weise entfalten, dass es den Therapieraum in völlig distanzloser Weise erkundet und

okkupiert, wobei kleine Zwangsrituale, Berührungs- und Bewegungstereotypen völlig unbefangen praktiziert werden. Der Therapeut wird in all dies so selbstverständlich einbezogen, als gehöre er schon lange zur Familie, möglicherweise auch von den mitanwesenden Eltern. Ein eigenständiges *Spiel* entfaltet sich zumeist nicht, mehr ein Sichten und Aneignen der Gegenstände des Therapieraumes. Auch ältere Jugendliche vermögen sich in vergleichbarer Weise im Therapieraum auszubreiten. Im ohnmächtigen Ärger über diese Grenzüberschreitungen mag der Therapeut die kleinen Zwangsprozeduren des Patienten fast als entlastende Verschnaufpausen empfinden. Aus seinem *Gegenübertragungserleben* vermag er nach einem derartigen Beginn erste Hinweise auf existenzielle Gefühle von Ohnmacht, Abhängigkeit und Angst zu entnehmen, die der Patient auf jeden Fall vermeiden muss.

Psychodynamische Betrachtung

Auf der Ebene geringer Integration (Borderline-Niveau nach Kernberg, 1992) bekommt das Zwangsritual die Funktion einer Plombe, die das Wiedereindringen abgespaltener Selbstanteile verhindern soll. Die Abwehrmechanismen entsprechen eher archaischen Mustern, neben der Spaltung finden wir Idealisierung und Entwertung sowie projektive Identifikation. Nach B. Grunberger (1971, S. 170) geht es dabei um eine qualitative Veränderung der Beziehung zum Objekt, um dessen Beherrschung, um den Versuch,

...den Abstand zu vergrößern ... durch Verringerung der energetischen Position des Objektes oder durch Erhöhung der eigenen ..., um so das Objekt auf seine ursprüngliche exkrementelle Form herabzusetzen.

Nach Brunnhuber (2001, S. 30) sind auch die von diesen Patienten geäußerten Befürchtungen vor allem Ängste vor Desintegration und solche, die aus der Nähe-Distanz-Regulation entstehen. Sie erleben ihre Zwangssymptome als weniger persönlichkeitsfremd, als ich-syntoner. Von der Umwelt wird ein permanentes Zugeständnis, eine Akzeptanz gegenüber den doch sinnvollen und notwendigen Zwangshandlungen und -gedanken eingefordert. Im Gegensatz zu der Steigerung depressiver Tendenzen durch die als unsinnig empfundenen Zwangsrituale beim Zwangsneurotiker werden die Zwänge hier als stabilisierend für Stimmung und Persönlichkeitsorganisation, als Verbesserung der Lebenssituation insgesamt empfunden.

Entgegen der klassischen Zwangsneurose fehlt häufig auch eine integrierte Über-Ich- oder Wertstrukturentwicklung im Sinne von bestrafenden, sadistischen wie auch toleranten und protektiven Anteilen. (Brunnhuber, 2001, S. 33)

4.2.3.4 Zwangssymptomatik auf der Ebene von niedriger Integration bis Desintegration:

Derartige Patienten begegnen uns vorwiegend als psychiatrische Notfälle im drohenden Zustand von Dekompensation. Sie sind in ihrem Erinnerungsvermögen eingeschränkt, reagieren nur wenig auf Interventionen und scheinen unter ständigem Druck zu stehen, mit pausenlosen Zwangsverrichtungen eine drohende Katastrophe abzuwehren. Redundantes Nachfragen mag dem Zweck pausenloser Selbstvergewisserung dienen, auf Unterbrechung reagieren sie mit Rückzug und namenloser Angst. Durch den repetitiven Leerlauf wird der unge löste innere Konflikt umgangen. In den Gegenübertragungsgefühlen wird der Therapeut von Empfindungen extremer Ohnmacht und Hilflosigkeit erfüllt.

Psychodynamische Überlegungen:

Unter Bedingungen extremer innerer oder äußerer Belastungen, in denen das Individuum von paranoiden Ängsten überschwemmt und jegliche Realitätskontrolle unsicher wird, kann oder muss sich das Ich in seiner Funktion des Erinnerns einschränken oder diese vollständig aufgeben. An seine Stelle können entdifferenzierte und entseelte, nur noch aus monotonen Bewegungsabläufen bestehende Wiederholungszwänge treten. Wiederholungen, die angesichts bedrohlicher Verlorenheit in zeitlichen und räumlichen Bezügen strukturierend und angstlindernd wirken sollen. Wiederholungen, mit denen sich das Individuum seines Überlebens angesichts bedrohlicher Veränderungen versichert (H. Quint, 1984, S. 717ff). Die kritische Distanz gegenüber der Unsinnigkeit der Handlungen geht dabei weitgehend verloren.

In diesen Situationen übernimmt der Zwang die Funktion, Ich-Zerfall und psychotische Dekompensation zu verhindern (A. Streeck-Fischer, 1998, S. 83) auf einer strukturellen Betrachtungsebene gesehen sind diese Patienten zwischen niedriger Integration und Desintegration angesiedelt.

Schlussbemerkung:

Diese Darstellung der unterschiedlichen Entfaltungsmöglichkeiten von Zwangserkrankungen mögen die Bandbreite darstellen, die zwanghaften Patienten bei der Ausgestaltung ihrer Symptomatik zur Verfügung steht. Der Zwang selbst ist als Symptom in seinen Ausdrucksformen außerordentlich wandelbar, äußere Krisen oder sich zuspitzende innere Konflikte können auch Patienten auf neurotischem oder mittlerem Strukturniveau in den Bereich drohender psychotischer Dekompensation bringen. Die Einschätzung des Strukturniveaus stellt somit, als diagnostisches Hilfsmittel, eine Momentaufnahme dar, die Erkrankung selbst vermag in ihrem Verlauf zwischen den unterschiedlichen Strukturebenen zu oszillieren.

5. *Behandlung*

5.1 *Allgemeine Behandlungsprinzipien*

Eine psychoanalytische Herangehensweise lehnt die Vorstellung, Zwänge seien motivlos, entschieden ab. In den Zwangssymptomen »...verbinden sich in spezifischer und für das Subjekt einmaliger Form angeborene Verhaltensmuster mit biographischen Ereignissen« (Brunnhuber, 2001, S. 31). Ziele einer jeden psychoanalytischen Behandlung ist es, diese Ich-Leistung bei der Hervorbringung des Symptoms zu verstehen und dieses Verständnis im Behandlungsverlauf mit dem Patienten und seiner Familie zu teilen. Die Mentalisierungsfähigkeit von schwer verhaltensauffälligen Kindern ist für uns nicht die Voraussetzung, sondern das Ziel einer psychoanalytischen Behandlung (vgl. Fonagy et. al., 2004, S. 21). Die dabei für die Zwangsbehandlung erforderlichen spezifischen Behandlungstechniken sollen hier anhand folgender Bereiche dargestellt werden: Behandlungssetting, Objektverwendung und Arbeit an der Selbst-Objekt-Differenzierung und Nähe-Distanz-Regulierung, psychoanalytische Interventionstechniken in der Arbeit mit dem Patienten und seinen Eltern sowie die Handhabung von Übertragung und Gegenübertragung. (Wir verweisen an diesem Punkt auch auf die weitergehenden Definitionen im allgemeinen therapeutischen Teil der Leitlinien.)

5.2 *Zwangsstörung auf neurotischem Entwicklungsniveau*

Ziel des Behandlungsprozesses bei zwangsneurotischen Kindern und Jugendlichen ist es, einen Raum zu schaffen, in dem regressive Prozesse zugelassen werden können, in dem die Patienten die Ängste aushalten, die das Aufgeben der kontrollierenden Haltung erzeugt. Die Voraussetzung dafür ist ein Behandlungssetting, das genügend Sicherheit bietet, sich auf ein derartiges Abenteuer einzulassen, das heißt eine analytische Psychotherapie oder eine Kinderanalyse von mindestens zwei Sitzungen pro Woche. Die Patienten kommen meistens sehr regelmäßig, haben sie doch durch ihre Symptomatik oft einen erheblichen Leidensdruck, so dass sich nicht nur bei Jugendlichen, sondern bereits bei Kindern ein Arbeitsbündnis herstellen lässt, welches nicht nur aufgrund der Entscheidung der Eltern, sondern auf Wunsch des Kindes selbst zustande kommt. Schwierigkeiten ergeben sich jedoch rasch in der Objektverwendung, in der Weise, wie sie den Analytiker in der Stunde für sich nutzen. Funktion des Symptoms ist es ja, eigene aggressive Regungen unter Kontrolle zu behalten bzw. sie

beim Objekt unterzubringen. Dieses muss deshalb vom Patienten genau kontrolliert werden. Bei Kindern bleibt die Entfaltung von freiem Spielen zunächst stark eingeschränkt, Einfälle und Phantasien werden zurückgehalten, rasch erfolgt der Rückzug auf Regelspiele, Jugendliche werden einsilbig und lassen sich »die Würmer aus der Nase ziehen«. Diesen Patienten fehlt die Fähigkeit, mit der Realität zu spielen (vgl. P. Fonagy et al., 2004, S. 266ff). Nach R. Meares (1994, S. 83) ist es, Freuds Darlegungen folgend, ihr Glaube an die Allmacht der Gedanken, der ihr Handeln bestimmt, etwa ihre Furcht, dass sich eigene üble Gedanken unausweichlich in der Realität verwirklichen könnten. Fonagy beschreibt diesen Modus des Denkens als den der psychischen Äquivalenz (2004, S. 263). Mit den Gedanken eines Kindes an einen Einbrecher im Keller ist dieser bereits im Hause anwesend. Ein verständnisvoller Vater wird nun mit seinem Kind in den Keller schauen, so seine Befürchtungen zerstreuen und zugleich die Türe zum Keller schließen und damit die Angst des Kindes auch anerkennen. Entsprechend bedarf es in der Therapie einer Offenheit gegenüber den Besorgnissen der Patienten, zugleich wird vom Therapeuten die Fähigkeit verlangt, eine andere Perspektive zur Verfügung zu stellen. Dies stellt sich beim Zwangsgneurotiker deshalb besonders schwierig dar, weil dessen Denken selbst von der Erkrankung befallen ist. Deutungen bleiben so zunächst wirkungslos, dort, wo sie nicht als distanzlose Angriffe erlebt werden, wird das klassische Analysieren durch die rationalisierende und isolierende Abwehr der Patienten buchstäblich analisiert.

Therapeutische Ansätze

Amitai (1977, S. 391ff.) sieht als Ausweg aus diesem Dilemma, dem Patienten zu zeigen, wie er mit sich und mit uns umgeht, das heißt ihm seine projektive Abwehr widerzuspiegeln. Fonagy geht hier noch einen Schritt weiter und empfiehlt uns, die Projektionen des Patienten anzunehmen, sie direkt auf sich zu ziehen und zu Beginn häufig sogar auf ihre Deutung zu verzichten. Hierbei spielen die Wahrnehmung und Anerkennung der Aggressivität des Patienten, die im zwanghaften Symptom magisch gebannt werden soll, eine zentrale Rolle.

Die Wahrscheinlichkeit ist hoch, dass der Therapeut abwechselnd zu einer guten oder bösen, geschätzten und gehassten Figur gemacht und mit magischer Geschwindigkeit durch ein gewaltiges intrapsychisches Terrain befördert wird. (Fonagy 2004, S. 342).

Mit der Anerkennung der Differenz und der Distanz zwischen den Generationen nahm Fonagy in seinem Beispiel die abschätzigen Blicke des Jugendlichen auf und bezog sie auf seine äußere Erscheinung, seine unmodische Kleidung, seinen unordentlichen Schreibtisch. Indem der Jugendliche, indem das Kind so reali-

siert, dass ihm nicht eine kritische, verbietende oder urteilende Elterninstanz gegenüber sitzt, kann sich seine eigene Abwehr lockern. Im Gespräch werden Befürchtungen und Versagensängste thematisiert, können Gedanken und Gefühle über die vorausgehenden Zeiten des inneren Rückzugs ausgesprochen werden. Im Spiel des Kindes wird lustvolle Knechtung und Unterjochung, ja Zerstörung des Objektes in Szene gesetzt, indem das Kind, etwa in der Rolle als grausame LehrerIn, den Therapeuten als Schüler mit ungerechten Noten quält. Bälle fliegen scharf und sollen den Therapeuten treffen, und dieser soll kein Spielverderber sein und den Ball dennoch zurückwerfen. Beschmutzungsfantasien werden lustvoll benannt, ausgemalt oder gar im Therapieraum in Szene gesetzt. Tastend entwickeln sich diese Spiele, auf Seiten des Patienten ständig begleitet von der Angst, ob er nicht doch mit seinem Zerstörungswerk, mit seinen Angriffen Erfolg haben könnte. Ob das Gegenüber stand hält, dennoch verfügbar bleibt, oder grausam zurückschlägt, ob weiterhin doch noch das alte Talions-Gesetz des »Auge um Auge, Zahn um Zahn« gilt. Es ist hilfreich, wenn dem Therapeuten in dieser Situation Witz und Humor zur Verfügung stehen, ein Witz, der unbedingt auf die Person des Analytikers zentriert bleiben sollte, dem Patienten signalisierend, dass dieser belastbar und in der Lage ist, etwas auszuhalten. Mit dem Witz, so Amitai, werden indirekte Deutungen möglich, die die Abwehr des Patienten umgehen und zugleich seinem Bedürfnis nach Distanz entgegenkommen – im gemeinsamen Lachen können sogenannte »Now Moments« entstehen, Momente der Begegnung, die

einen »offenen Raum« entstehen lassen, in dem eine Veränderung der intersubjektiven Umwelt ein neues Gleichgewicht erzeugt, ein »Sich-voneinander-Lösen« mit einer Veränderung oder Neuorganisation der Abwehrprozesse. Individuelle Kreativität, eine innerhalb der Konfiguration des offenen Raumes des Individuums auftauchende Urheberschaft, wird möglich, wenn das »implizite Beziehungswissen« von den Zwängen des Gewohnten befreit wurde (D. Stern, 2002, S. 996f.).

Verlauf

In allen Fallberichten wird aber auch immer wieder die mühselige Kleinarbeit dargestellt, die Arbeit am »Alles oder Nichts«, an der Auflockerung der rigiden Abwehrstrukturen des Ichs, womit dem Kind der Zugang zu seinem unbewussten Phantasieleben sowie zu den Orten von Spiel und Kreativität ermöglicht wird. In dem Maße, wie sich regressive Prozesse im Rahmen der Therapie ausbreiten, kann es zu Regelverstößen während der Stunden oder Unpünktlichkeiten kommen. Der Patient hat den relativen Schutz durch das Symptom verloren, der mögliche Verlust von jetzt nicht mehr zwanghaft kontrollierten Objekten kann schwer erträgliche depressive Gefühle erzeugen, die manisch abgewehrt werden müssen.

Gerade bei Jugendlichen ist es wichtig, die nun eventuell hemmungslos agierten Autonomie-Bedürfnisse zwar zu respektieren, sie jetzt aber gleichzeitig aufdeckend zu deuten und zwar immer in Bezug auf die aktuelle therapeutische Beziehung/analytische Situation, weil dies der Ort ist, wo die konflikthaftern Ambivalenzen von Liebe und Hass und von infantilem Abhängigkeitsbedürfnis und Autonomiestreben inszeniert werden und integriert werden können. (G. Bovensiepen, 2007, S. 298)

Bei jugendlichen Patienten können im fortgeschrittenen Therapieprozess jedoch auch psychogenetische Deutungen eine Entlastung mit sich bringen, wenn die Patienten selbst Assoziationen zu »Bildern« aus ihrer Kindheit haben, die es ihnen möglich machen, »unerlaubte« Affekte wieder an Vorstellungen zu koppeln. Die Differenzierung des »inneren Elternpaares« spielt dabei eine wichtige Rolle, um die Ambivalenzspaltungen des »Entweder-Oder« zu entzerren und den Weg zum »Dritten« zu öffnen. Werden z. B. widersprüchliche mütterliche und väterliche Introjekte als Teil der Entwicklungsgeschichte durch Deutungen bewusst, kann es zu einer »Entgiftung« von Zwängen kommen, da sich die Patienten von Schuld- und Wiedergutmachungsfantasien befreit fühlen.

Die verlässliche Trennung von innerer und äußerer Welt ist Voraussetzung dafür, dass bei Therapieende auch die Trennung vom Therapeuten vollzogen werden kann.

5.3 Behandlung von Zwangsstörungen auf mittlerem Strukturniveau:

Trotz erheblich größerer Mentalisierungsdefizite ist auch bei diesen Patienten die Voraussetzung für eine analytische Psychotherapie mit zwei Stunden pro Woche gegeben – Voraussetzung ist jedoch die Bereitschaft des Jugendlichen, sich einzulassen, bei Kindern die hinreichende Kooperationsfähigkeit der Eltern. Dies ist übrigens auch eine entscheidende Voraussetzung, Patienten auf geringem Strukturniveau ein entsprechendes Therapieangebot zu machen. Bei starken Nähe-Ängsten der Patienten kann es sinnvoll sein, die Therapie zunächst einstündig zu beginnen. Kinder auf mittlerem (oder geringem) Strukturniveau haben häufig unzureichende frühe Triangulierungserfahrungen, ihr zwanghaftes Verhalten dient häufig dazu, die Mutter fest an sich zu binden, häufig verstecken sich die Zwänge hinter chaotisch-aggressiven Verhaltensauffälligkeiten, ausgeprägte Phasen von Geschwisterrivalität können hinzukommen. Das Einlassen auf die Therapie bedeutet für diese Kinder ein erneutes, potentiell bedrohliches Triangulierungsangebot und einen Verlust an Kontrolle der Mutter.

Bei jugendlichen Zwangspatienten auf diesem Strukturniveau mit ausgeprägter Komorbidität eines depressiven oder schizoiden Rückzugs und oftmals geringen altersgemäßen Bezügen ist ebenfalls mit erheblichen Unsicherheiten bei der Verwendung des Therapeuten als Objekt zu rechnen.

Oftmals ist es ein karger *therapeutischer Raum*, der sich hier eröffnet, gekennzeichnet durch regelhaft sich wiederholende stereotype Handlungs- und Interaktionsmuster, durch die manische Abwehr depressiver Regungen. Der therapeutische Zugang kann hier zunächst nur Ich-stützend in der Bearbeitung der narzisstischen Defizite liegen, es geht um das Einlassen auf diese zwanghaft repetitiven Momente von Zeitlosigkeit. Aber genau an dieser Stelle können die geringen internalisierten Objektbezüge und die durch den frühen Anankasmus selbst maßgeblich mitstrukturierte Ich-Identität in die therapeutische Beziehung eingebracht werden. Es sind häufig Bewegungsspiele, Verstecken, endloses Hin- und Herwerfen von Bällen, in denen der Therapeut in einen primär ungetrennten Beziehungsmodus hineingezogen werden soll und wo sein Beschreiben und aktives Kommentieren erforderlich ist, um sich diesem Sog zu widersetzen. In Übertragung primärer Bindungserfahrungen wird der Patient wie durch einen Spiegel davon geprägt, wie der Therapeut mit Hilflosigkeit und Frustration umzugehen vermag, und zwar durch seine psychische Anwesenheit und das Aufrechterhalten seines Getrenntseins in solchen Momenten.

Über diesen Prozess der Selbst-Objekt-Differenzierung vermag bei diesen Kindern das Zutrauen zu wachsen, sich trennen zu können, ohne den anderen (innerlich) zu zerstören. In diesem Prozess mögen Jugendliche ihren zwanghaft-depressiven Rückzug von sich aus stückweise aufgeben. Mit dieser Etappe in der Behandlung wird ein kritisches Übergangsstadium erreicht, in dem die rigiden, Distanz bewahrenden Abwehrstrukturen zunehmend durchlöchert sind und die Zwangsmuster dennoch nicht völlig aufgegeben werden können, aber nun als störend, als ich-dyston empfunden werden. In diesen Momenten können die Bedürfnisse und damit auch die Abhängigkeitsgefühle gegenüber dem Objekt unerträglich werden. Gerade in diesem Stadium ist es nach Amitai (1977, S. 394f) außerordentlich wichtig, die eigene Gegenübertragung genau zu beobachten, da in den Momenten, wo der Jugendliche bereit ist, seine Distanz aufzugeben, möglicherweise der Analytiker selbst beginnt, um seinen Abstand zu bängen.

Bei der Arbeit mit kleineren Kindern kann man im Verlauf einer Behandlung mehrfach solches rasche Umschlagen von Regression und progressiven Bewegungen beobachten. Es ist wichtig, die Eltern auf solche Auf- und Ab-Bewegungen vorzubereiten.

5.4 *Niedriges und präpsychotisches Strukturniveau*

Bei der Arbeit mit gering integrierten und präpsychotischen Zwangskranken – zumeist handelt es sich hier um Jugendliche – ist ein niederfrequentes tiefenpsy-

chologisch fundiertes Behandlungssetting möglich, eventuell als Kurzzeittherapie zur Vorbereitung einer stationären Psychotherapie. An diese kann sich eine psychotherapeutische Langzeittherapie anschließen, alternativ sollte auf jeden Fall eine langfristige kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung initiiert werden. Bei den behandlungstechnischen Grundsätzen verweisen wir auf G. Bovenstein (2007, S.299):

Angstminderung durch erhöhte Aktivität, keine Übertragungsdeutungen, sondern systematische Arbeit am Aufbau einer Beziehung, die einerseits ausreichend Containment bietet und andererseits genügend Distanz einhält, was bei der Neigung von Patienten mit Borderline-Struktur zu massiver, verführerischer Idealisierung (mit entsprechenden Entwertungstendenzen, narzisstischen Wutausbrüchen und autoggressiven Impulsen) besonders schwierig ist.

Gegebenenfalls ist eine psychopharmakologische Mitbehandlung durch einen Kinder- und Jugendpsychiater sinnvoll. Diese kann mit SSRI-Antidepressiva allein erfolgen, in psychosenaheren Fällen sollte die Behandlung mit atypischen Neuroleptika, gegebenenfalls in Kombination mit Antidepressiva durchgeführt werden.

5.5 Begleitende Psychotherapie der Bezugspersonen bei Zwangsstörungen

Grundsätzlich gilt bei Zwangserkrankungen wie bei anderen Störungsbildern auch: Je jünger das Kind, desto größer ist die Bedeutung, die der begleitenden Psychotherapie der Bezugspersonen zukommt. »Zwangsstörungen bei Kindern (hängen) meist mit einer durch die Zwangsstruktur der Eltern oder eines Elternteiles geprägten familiären Atmosphäre zusammen.« (G. Nissen, zit. n. M. Schulte-Markwort, 1999, S. 30). Aber selbst dort, wo das nicht zutrifft, ist das Familiensystem in der Regel in die Zwangsrituale des Kindes involviert. Damit trägt es dazu bei, sie aufrechtzuerhalten. Ein erster Behandlungsschritt besteht darin, dieses Involviertsein deutlich zu machen. Damit wird das Abwehrsystem der Familie mobilisiert, das Ausdruck der abgewehrten Ängste und Schuldgefühle der Eltern ist. Diese Affekte müssen in den nun folgenden Elterngesprächen emotional aufgenommen und verstanden werden. Nur dann können die Eltern in die Lage versetzt werden, sich allmählich aus der Verstrickung in das Zwangssystem des Kindes zu lösen und so Entwicklungsschritte des Kindes zu ermöglichen.

In Folge des Rückzuges der Eltern aus dem Zwangsregime des Kindes und Fortschritten des Kindes in seiner eigenen Therapie werden die bisher durch den Zwang verdeckten aggressiven, unangepassten, unordentlichen Impulse des Kindes deutlicher. Sehr rigide Familiensysteme werden dadurch labilisiert. El-

tern brauchen nun die therapeutische Hilfe bei der Akzeptanz dieser neuen Seiten ihres Kindes, aber auch zur Stärkung ihrer elterlichen Funktionen und zur Integration der bisher ängstlich vermiedenen Aggression in der Familie.

Bei Jugendlichen, deren Zwangssymptome im Zusammenhang mit der adoleszenten Loslösung von den Eltern entstehen, sollte die Arbeit mit den Eltern, falls sie dann noch aufgenommen wird, auf diesen Konflikt fokussiert werden. Die begleitende Psychotherapie der Eltern findet bei Jugendlichen in der Regel bei einer anderen Jugendlichentherapeutin statt.

Bei Zwangsstörungen auf niedrigem Strukturniveau mit andauerndem erzieherischen Versagen der Eltern sind insbesondere bei Kindern begleitende ambulante Maßnahmen der Jugendhilfe zu erwägen. In manchen Fällen wird eine Unterbringung des Kindes in einer Jugendhilfeeinrichtung nicht zu umgehen sein.

6. Prognose

6.1 *Wirksamkeitsnachweise für psychoanalytische Zwangsbehandlung*

Seit über hundert Jahren werden zwangskranke Patienten mit den Mitteln der Psychoanalyse trotz der schon früh erkannten technischen Schwierigkeiten erfolgreich behandelt. Die ersten Fallberichte über die Behandlung zwanghafter Kinder und Jugendlicher entstanden in den 20er Jahren des vergangenen Jahrhunderts, seitdem liegt eine Fülle von Kasuistiken vor, die die Behandlung von Zwangsstörungen auf unterschiedlichen Strukturniveaus mit verschiedenen psychoanalytischen Behandlungsansätzen klinisch detailliert beschreiben. Von den deutschsprachigen AutorInnen haben wir hier auf die Arbeiten von M. Klein (1924), A. Holder (1963), H. Müller-Pozzi (1980), H. Quint (1984), G. Bovenstein (1997), H. Lang (2003) stellvertretend für viele andere verwiesen. Auch dieser Leitlinienentwurf selbst ist das Ergebnis intensiver klinischer Diskussionen von Behandlungsfällen in Literatur und aus eigener Praxis der AutorInnen.

In einer Übersichtsarbeit kommt M. Dörr (2003) zu einer Gesamtauswertung von insgesamt 315 veröffentlichten Patienten (Erwachsene, Jugendliche, Kinder), deren Zwangsstörung durch psychoanalytische bzw. tiefenpsychologische Therapien behandelt wurden. Von 1965 an werden 63 Behandlungen von Kindern und Jugendlichen zwischen dem siebenten und dem 21. Lebensjahr dargestellt, wobei eindeutig die Altersgruppe der zehn- bis 15jährigen männlichen Jugendlichen in einem Verhältnis von 4:1 gegenüber dem weiblichen Jugendlichen überwiegt. In dieser Arbeit werden vier Patienten als geheilt beschrieben,

19 Patienten als deutlich gebessert, 32 als gebessert, sechs unverändert und zwei verschlechtert. In U. Knölkers Studie über Zwangssyndrome bei Klinikpatienten im Kindes- und Jugendalter (1987, S. 92ff) wurden sechs Patienten tiefenpsychologisch behandelt, von denen zwei weitgehend symptomfrei, drei mit wesentlich zurückgebildeter Zwangssymptomatik und befriedigender Belastbarkeit entlassen wurden, bei einem Patienten sei keine Besserung eingetreten. Auch A. Streeck-Fischer (1998) veröffentlichte eine Übersichtsarbeit, in der die stationäre Behandlung von insgesamt 17 Kindern und Jugendlichen mit zum Teil schweren Zwangssymptomen beschrieben wird.

P. Fonagy et al. (2002) verweisen auf eine eigene Studie, in der nach zweijähriger Behandlung nur noch bei 30% der Patienten mit Obsessive-Compulsive-Disorder (OCD) noch eine Krankheitssymptomatik diagnostizierbar war. Aus der deutlichen Besserung durch psychodynamische Therapien leitet er die Notwendigkeit für randomisierte Kontrollstudien ab, in denen

...schwierige Fälle, vielleicht besonders solche, die unter kürzeren Behandlungen sich nicht verbessert haben, mit einem fest umschriebenen psychodynamischen Ansatz behandelt werden sollen ... (S. 86).

Dieser Forderung möchten sich die AutorInnen dieser Arbeit anschließen.

6.2. Individuelle Behandlungsvoraussetzungen

Einschätzung von subjektivem Schweregrad und Leidensdruck werden stark davon abhängen, ob ein Kind oder ein Jugendlicher seine Symptome als ichsynton oder ichdyston erlebt. Im Rahmen der Erstgespräche erfolgt die für die Prognose bedeutsame Beurteilung von Therapiemotivation und intrapsychischen Ressourcen, z. B. ob »...eine unter Zwängen leidende Jugendliche ... ansatzweise eine innere Vorstellung von Problemlösung hat,« ob »...das Gefühl von Ausichtslosigkeit auch bei angebotener Hilfe überwiegt.« (OPD-KJ 2003, S. 165).

Eine Veränderungsmotivation kann sich jedoch auch bei anfangs fehlender Krankheitseinsicht im Laufe des therapeutischen Prozesses entwickeln. In diesen Fällen wird der Behandlungserfolg entscheidend davon abhängen, inwieweit familiäre Ressourcen zur Verfügung stehen. Hier wird es v. a. auf die Bereitschaft der Eltern ankommen, außerfamiliäre Unterstützung in Anspruch zu nehmen, auf ihre Fähigkeit, auf Interventionen des Therapeuten zu reagieren und mit ihm zusammen den Behandlungsrahmen zu halten.(vgl. OPD-KJ a. a. O., S. 159).

Prognostisch bedeutsam im Verlauf sind auch die Beziehungen bzw. die Wiederaufnahme der Beziehung des Patienten zu ihrer Peer-Group. Gleichaltrige

vertreten das Realitätsprinzip unmittelbarer und konfrontieren den Patienten mit den irrationalen Momenten seiner Zwangsrituale, sie helfen somit die Symptomatik im Sinne von Hilfs-Ich-Funktionen zu mildern. Ein altersangemessenes Umfeld ist der Ort größtmöglicher Autonomie-Entwicklung, der Ort, der wesentlich dazu beiträgt, dyadische Beziehungswünsche aufzugeben zu Gunsten von Mehrpersonenbeziehungen.

Es entspricht unserer Erfahrung, dass auch bei wirkungsvoller Therapie ein Teil unserer Patienten keine völlige Befreiung von ihren Zwangssymptomen erlebt. Dort, wo diese zur Stabilisierung eines fragilen Selbst beitragen, vermag die Behandlung der Grundstörung jedoch dazu beitragen, dass die Symptome den Patienten in seiner Entfaltung weniger einschränken.

Dort, wo in einem stabilen psychoanalytischen Arbeitsbündnis korrigierende Beziehungserfahrungen möglich werden, ist die Heilung von Zwangserkrankungen möglich, können blockierte Entwicklungsprozesse wieder in Gang kommen.

7. Literaturverzeichnis:

Abraham, K.: (1999): *Psychoanalytische Studien Bd. I. Versuch einer Entwicklungsgeschichte der Libido auf Grund der Psychoanalyse seelischer Störungen*. Gießen (Psychosozial-Verlag).

Amitai, M.: Die Zwangsneurose. *Psyche* 5/77.

Bion, W. R.: *Lernen durch Erfahrung*. Frankfurt a. M., 1992.

Bovensiepen, G.: Das innere Elternpaar und obtrusive Identifizierung mit dem Vater. (Aus der Behandlung eines zwangsneurotischen Jugendlichen). *AKJP*, Heft 94, XXVIII. Jahrgang 1997.

Bovensiepen, G.: Zwangsstörungen. In: H. Hopf et al. (Hrsg.): *Lehrbuch der Psychotherapie, Bd. 5. Psychoanalytische und tiefenpsychologische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie*, München (CIP-Medien), 2007.

Bürgin, D.: Drum zwingt, wenn ein Zwang gegeben? *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 2/98.

Brunnhuber, S.: Zur Psychopathologie, Psychodynamik und Differentialdiagnose des »Frühen Anankasmus« *Psyche* 1/01.

Dörr, M.: *Untersuchungen zum Therapieerfolg der psychoanalytischen und tiefenpsychologischen Therapie von Zwangsstörungen*. Medizinische Dissertation an der Universität Würzburg, 2003.

Dornes, M.: Über Mentalisierung, Affektregulierung und die Entwicklung des Selbst. *Forum Psychoanal.* 2004, 20.

Eggers, C. et al.: *Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters*. Springer-Verlag HD 2004.

- Erdheim, M.: Das Eigene und das Fremde über ethnische Identität. *Psyche* 1992/46.
- Fonagy, P. et al. (2002): *What Works for Whom? A Critical Review of Treatments for Children and Adolescents*. London (Guilford Press), 2002.
- Fonagy, P. et al. (2004): *Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst*. Stuttgart (Klett-Cotta), 2004.
- Freud, A. (1966): *Psychoanalytische Theorien über Zwangsneurose, G.W. VI*, Frankfurt a. M. (Fischer-Verlag), 1987.
- Freud, S. (1894a): *Die Abwehr-Neuropsychosen G.W. I*.
- Freud, S. (1909): *Bemerkungen über einen Fall von Zwangsneurose G.W. VII*.
- Freud, S. (1917): *Über Triebumsetzungen, insbesondere der Analerotik G.W. X*.
- Gopnik, A. et al.: Forschergeist in Windeln: Wie Ihr Kind die Welt begreift. (Zit. n. M. Dornes Über Mentalisierung, Affektregulierung und die Entwicklung des Selbst. *Forum Psychoanal* 2004.
- Grimm, J. u. W.: *Deutsches Wörterbuch, Bd. 32*. München (dtv), 1984.
- Grunberger, B. (1971): *Vom Narzissmus zum Objekt*. Psychosozial-Verlag Gießen, 2001.
- Heimann, P. (1962): Bemerkungen zur analen Phase. *Psyche Bd. 16*, 1962.
- Holder, A.: *Psychoanalyse bei Kindern und Jugendlichen*. Stuttgart (Kohlhammer), 2002.
- Kernberg, O. (1984): *Schwere Persönlichkeitsstörungen*. Stuttgart (Klett-Cotta), 1992.
- Kernberg, P. et al.: *Persönlichkeitsstörungen bei Kindern und Jugendlichen*. Stuttgart (Klett-Cotta), 2001.
- Klein, M. (1924): Die Zwangsneurose eines sechsjährigen Mädchens. In: *Kinderanalyse 6. Jahrg. Heft 1*, 1998.
- Klitzing, K. v.: Wiederholung und Ritualisierung. *Psychotherapie im Dialog* 3/2003.
- Knölker, U. (1987): *Zwangssyndrome im Kindes- und Jugendalter*. Göttingen (Verlag für Medizinische Psychologie), 1987.
- Lang, H.: Zwang, Psychoanalytische Modellbildung und Behandlungsansätze. *Psychotherapie im Dialog* 3/2003.
- Laplanche, J., Pontalis, J. B. : Das Vokabular der Psychoanalyse »Anal-sadistische Stufe« Suhrkamp Verlag, Frankfurt a. M. 1998.
- Meares, R.: A Pathology of Privacy – Towards a New Theoretical Approach to Obsessive-Compulsive Disorder Contemporary. *Psychoanalysis*, 1994, 30: 83-100.
- Meltzer, D.: *Das Klastrum – eine Untersuchung klaustrophobischer Erscheinungen*. Tübingen, 2005.
- Müller-Pozzi, H.: Zur Handhabung der Übertragung von Jugendlichen, *Psyche* 34, 1980.
- OPD-KJ: (Hrsg. AK OPD-KJ): *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- u. Jugendalter*. Bern (Verlag H. Huber), 2003.
- Quint, H.: Der Zwang im Dienste der Selbsterhaltung. *Psyche* 8/84.
- Quint, H.: Die kontradepressive Funktion des Zwanges. *Forum Psychoanal.* (1987) 3.
- Schulte-Markwort, M. et al.: Zum Wert psychoanalytischer Theorien für das Verständnis von Zwangsstörungen. In: Knölker, U. (Hrsg.) *Zwangsstörungen im Kindes- und Jugendalter*. Aachen (Shaker Verlag), 1999.
- Senarclens, B. de: Zur Aktualität der Analytät bei Grenzfällen. *Zeitschrift für psychoanalytische Theorie und Praxis*, Jahrgang XIX 2004/1.

- Spitz, R.: *Vom Säugling zum Kleinkind*. Frankfurt a. M. 1967.
- Steiner, J.: *Orte des seelischen Rückzugs*. (1993), Stuttgart 1999.
- Stern, D.: *Die Lebenserfahrung des Säuglings*. Stuttgart (Klett-Cotta), 1992.
- Stern, D. et. al: Nichtdeutende Mechanismen in der psychoanalytischen Therapie. *Psyche* 9/10, 2002.
- Streeck-Fischer, A.: Zwangsstörungen im Kindes- und Jugendalter – neuere psychoanalytische Sichtweisen und Behandlungsansätze. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 2/1998.
- Winnicott, D. W.: (1952): Angst, gepaart mit Unsicherheit. In: *Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse*. Frankfurt a M. (Fischer), 1994 S. 130.
- Winnicott, D. W.: *Vom Spiel zur Kreativität*. (1971) Stuttgart (Klett-Cotta), 1985.