

Bürgin, Dieter

Drum zwinge, wem ein Zwang gegeben?

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 47 (1998) 2, S. 66-80

urn:nbn:de:bsz-psydok-40458

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

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

Nutzungsbedingungen

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

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

Kontakt:

PsyDok

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

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

INHALT

Aus Klinik und Praxis / From Clinic and Practice

BLESKEN, K.W.: Der unerwünschte Vater: zur Psychodynamik der Beziehungsgestaltung nach Trennung und Scheidung (The Unwanted Father: On the Psychodynamics of Father-Child Relations after Separation and Divorce)	344
BONNEY, H.: Lösungswege in der ambulanten Kinder- und Jugendpsychiatrie – Studie zur klinischen Evaluation (Approaches to Outpatient Child and Adolescent Psychiatry – Study of Clinical Evaluation)	499
KIRSCH, C./RAHM, D.: Nicht therapierbar? – Bericht über ein Gruppentherapieprojekt mit psychosozial schwer beeinträchtigten Kindern (No Therapy Possible? A Group Therapy Model for Psychologically Disturbed and Socially Disadvantaged Children)	683
KOCH-MÖHR, R.: Computer in der Kinderpsychotherapie – Über den Einsatz von Computerspielen in der Erziehungsberatung (Computers in Child Psychotherapy – About the Application of Computer Games in Child Guidance)	416
MALLMANN, D./NEUBERT, E.O./STILLER, M.: Wegschicken, um weiterzukommen: die Kurzentlassung als eine Handlungsmöglichkeit stationärer Psychotherapie mit Jugendlichen (Send Away in Order to Advance: Short-time Dismissal as an Alternative Method of the Juvenile Stationary Psychotherapy)	331
MILLNER, M.M./FRANTHAL, W./STEINBAUER, M.: Zyklisches Erbrechen als Leitsymptom einer Regression (Cyclic Vomiting Syndrome as Cardinal Sign of a Regression)	406
ROEB, D.: Aspekte der Gruppentherapie mit sexuell mißbrauchten Kindern – Symbolische Verarbeitungsformen und die Gestaltung der Initialphase (Aspects of Group Therapy with Sexually Abused Children – Forms of Coping by Symbols and the Featuring of the Initial Phase)	426
WURST, E.: Das „auffällige“ Kind aus existenzanalytischer Sicht (The „Unbalanced“ Child in the Light of Existential Analysis)	511

Originalarbeiten / Originals

BECKER, K./PAULI-POTT, U./BECKMANN, D.: Trimenonkoliken als elterliche Klage in der pädiatrischen Praxis: Merkmale von Mutter und Kind (Infantile Colic as Maternal Reason of Consulting a Pediatrician: Characteristics of Mother and Child)	625
DE CHÂTEAU, P.: 30 Jahre später: Kinder, die im Alter von bis zu drei Jahren in einer Beratungsstelle vorgestellt wurden (A 30-Years Prospective Follow-Up Study in Child Guidance Clinics)	477
DIEBEL, A./FEIGE, C./GEDSCHOLD, J./GODDEMEIER, A./SCHULZE, F./WEBER, P.: Computergestütztes Aufmerksamkeits- und Konzentrationstraining bei gesunden Kindern (Computer Assisted Training of Attention and Concentration with Healthy Children)	641
EVERS, S.: Die Situation der Musiktherapie in der stationären Pädiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie (The Situation of Music Therapy in Pediatrics and in Child and Adolescent Psychiatry)	229
FINZER, P./HAFFNER, J./MÜLLER-KÜPPERS, M.: Zu Verlauf und Prognose der Anorexia nervosa: Katamnese von 41 Patienten (Outcome and Prognostic Factors of Anorexia Nervosa: Follow-up Study of 41 Patients)	302

GOLDBECK, L.: Die familiäre Bewältigung einer Krebserkrankung im Kindes- und Jugendalter. Möglichkeiten der standardisierten Erfassung mit Selbstbeurteilungsverfahren: Ergebnisse einer empirischen Vorstudie (Families Coping with Cancer during Childhood and Adolescence. Practicability of Standardized Self-assessment Methods: Results of a Pilot Study)	552
HAGER, W./HÜBNER, S.: Denkförderung und Strategieverhalten: vergleichende Evaluation zweier Denkförderprogramme (Cognitive Training and Thinking Strategies: a Comparative Evaluation)	277
KÄSSLER, P./BREME, K.: Evaluation eines Trainingsprogramms für ängstliche Kinder (Evaluation of a Group Therapy Program for Anxious Children)	657
KIESE-HIMMEL, C./HÖCH, J./LIEBECK, H.: Psychologische Messung taktil-kinästhetischer Wahrnehmung im frühen Kindesalter (Psychological Measurement of Tactile-Kinesthetic Perception in Early Childhood)	217
KRECH, M./PROBST, P.: Soziale Intelligenzdefizite bei autistischen Kindern und Jugendlichen – Subjektive Theorien von Angehörigen psychosozialer Gesundheitsberufe (Personal Theories of Deficient Social Intelligence of Autistic Persons in Health Care Professionals: an Exploratory Field Study)	574
LIMM, H./V. SUCHODOLETZ, W.: Belastungserleben von Müttern sprachentwicklungsgestörter Kinder (Stress of Mothers with Language Impaired Children)	541
MÖLLER-NEHRING, E./MOACH, A./CASTELL, R./WEIGEL, A./MEYER, M.: Zum Bedingungsgefüge der Störung des Sozialverhaltens bei Kindern und Jugendlichen einer Inanspruchnahmepopulation (Conditions of Conduct Disorders in a Clinic-referred Sample)	36
REISEL, B./FLOQUET, P./LEIXNERING, W.: Prozeß- und Ergebnisqualität in der stationären Behandlung: ein Beitrag zur Evaluation und Qualitätssicherung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Process and Outcome Quality in Inpatient-Care: a Contribution to Evaluation and Quality Assurance in Child and Adolescent Psychiatry)	705
SCHREDL, M./PALLMER, R.: Geschlechtsspezifische Unterschiede in Angstträumen von Schülerinnen und Schülern (Gender Differences in Anxiety Dreams of School-aged Children)	463
v. ASTER, M./MEIER, M./STEINHAUSEN, H.-C.: Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung im Kanton Zürich: Vergleich der Inanspruchnahme von Ambulanz, Tagesklinik und Station (Child and Adolescent Psychiatric Services in the Canton of Zurich: A Comparison of Outpatient, Day Clinic, and Inpatient Referral Populations)	668

Übersichtsarbeiten / Reviews

BIERMANN, G./BIERMANN, R.: Das Scenotestspiel im Wandel der Zeiten (The Sceno Game in the Course of Time)	186
BUDDEBERG-FISCHER, B.: Die Entwicklung familientherapeutischer Konzepte – Wechselwirkung zwischen Patienten- und Therapeutenfamilie (The Development of Family Therapy – Interrelationship Between the Patient's and the Therapist's Family)	174
BÜRGIN, D.: Drum zwinge, wem ein Zwang gegeben? (Should constrain, who is constrained?)	66
DOHERTY, W.J./MCDANIEL, S.H./HEPWORTH, J.: Medizinische Familientherapie bei Kindern mit chronischer Krankheit (Medical Family Therapy for Childhood Chronic Illness)	1
EGGERS, C.: Konversionssymptome im Kindes- und Jugendalter (Conversion Disorders in Childhood and Adolescence)	144

EGGERS, C.: Reizschutzmodell der Frühschizophrenie: ein integrativer ätiologischer und therapeutischer Ansatz (A Stimulus Barrier Model of Early Onset Schizophrenia: an Integrative Aetiological and Therapeutic Approach)	740
ESSAU, C.A./BASCHTA, M./KOGLIN, U./MEYER, L./PETERMANN, F.: Substanzmißbrauch und –abhängigkeit bei Jugendlichen (Substance Abuse and Dependence in Adolescents) . .	754
FONAGY, P./MORAN, G.S./TARGET, M.: Aggression und das psychische Selbst (Aggression and the Psychological Self)	125
HEEKERENS, H.-P.: Evaluation von Erziehungsberatung: Forschungsstand und Hinweise zu künftiger Forschung (Evaluation of Child Guidance: State of Research and Comments on Future Research)	589
HIRSCHBERG, W.: Probleme der Gefährlichkeitsprognose im jugendpsychiatrischen Gutachten (The Prediction of Violent Behavior in Forensic Adolescent Psychiatry)	314
HUNDSALZ, A.: Beratung, Psychotherapie oder Psychologische Beratung? Zum Profil therapeutischer Arbeit in der Erziehungsberatung (Counselling, Psychotherapy of Psychological Counselling? The Profile of Therapy in Educational Guidance)	157
KLEMENZ, B.: Kinderplandiagnostik (Plan Diagnosis with Children)	722
RESCH, F./SCHULTE-MARKWORT, M./BÜRGIN, D.: Operationalisierte psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter (Operationalized Psychodynamic Diagnostic in Children and Adolescents – a Contribution to Quality Management in Psychotherapy)	373
RÜTH, U.: Gutachterliche Probleme im Sorgerechtsentzugsverfahren nach §§ 1666, 1666a BGB im Spannungsfeld zwischen Kontrolle und helfender Funktion (Problems Concerning the Expert's Assessment of the Restriction of Parental Rights Particularly with Regards to Control or Assistance)	486
STECK, B.: Eltern-Kind-Beziehungsproblematik bei der Adoption (Parent-Child Relationship Problems in Adoption)	240
STREECK-FISCHER, A.: Zwangsstörungen im Kindes- und Jugendalter – neuere psychoanalytische Sichtweisen und Behandlungsansätze (Compulsive Disorders in Childhood and Adolescence – New Psychoanalytic Views and Treatment Approaches)	81
TREMPLE, V.: Zur Wechselwirkung von Rahmen und Inhalt bei der Behandlung dissozialer Kinder und Jugendlicher (Interaction of Frame and Content in the Treatment of Dissocial Children and Adolescents)	387
VAN DEN BERGH, P./KLOMP, M.: Erziehungspläne als Steuerungsinstrumente der Jugendhilfe in den Niederlanden (Educational Plans as Control Instruments in Youth Care in the Netherlands)	767
VAN DER KOLK, B.A.: Zur Psychologie und Psychobiologie von Kindheitstraumata (The Psychology and Psychobiology of Developmental Trauma)	19
WIESSE, J.: Zur Gegenübertragung in der psychoanalytischen Therapie von Kindern und Jugendlichen mit Zwängen (Countertransference in Dynamic Treatment of Children and Adolescents with Obsessive-Compulsive Disorders)	96

Werkstattbericht / Brief Report

ROMBERG, A.: Die Elternarbeit einer kinderpsychiatrischen Station im Urteil der Eltern (Parents Judgement Concerning Family Work of a Child Psychiatric Ward)	773
---	-----

Buchbesprechungen

ASENDORPF, J.B.: Psychologie der Persönlichkeit	118
BAHR, R.: Schweigende Kinder verstehen. Kommunikation und Bewältigung bei elektivem Mutismus	530
BENZ, A.: Der Überlebenskünstler. Drei Inszenierungen zur Überwindung eines Traumas	697
BIEN, W. (Hg.): Familie an der Schwelle zum neuen Jahrtausend. Wandel und Entwicklung familiärer Lebensformen	361
BLANK-MATHIEU, M.: Jungen im Kindergarten	532
BOECK-SINGELMANN, C./EHLERS, B./HENSEL, T./KEMPER, F./MONDEN-ENGELHARDT, C. (Hg.): Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Bd. 2: Anwendung und Praxis	780
BÖNISCH, L./LENZ, K. (Hg.): Familien: Eine interdisziplinäre Einführung	366
BOOTHE, B./HEIGL-EVERS, A.: Psychoanalyse der frühen weiblichen Entwicklung	264
BRICKENKAMP, R.: Handbuch psychologischer und pädagogischer Tests	57
CIERPKA, M. (Hg.): Handbuch der Familiendiagnostik	53
CLAAR, A.: Was kostet die Welt? Wie Kinder lernen, mit Geld umzugehen	613
DU BOIS, R.: Junge Schizophrene zwischen Alltag und Klinik	448
DUDEL, J./MENZEL, R./SCHMIDT, R.F.: Neurowissenschaft. Vom Molekül zur Kognition	114
DURRANT, M.: Auf die Stärken kannst du bauen. Lösungsorientierte Arbeit in Heimen und anderen stationären Settings	527
EICKHOFF, F.W. (Hg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 36	206
EISENMANN, B.: Erzählen in der Therapie. Eine Untersuchung aus handlungstheoretischer und psychoanalytischer Perspektive	267
ELBING, U.: Nichts passiert aus heiterem Himmel – es sein denn, man kennt das Wetter nicht. Transaktionsanalyse, geistige Behinderung und sogenannte Verhaltensstörungen	533
FRANKE, U. (Hg.): Prävention von Kommunikationsstörungen	788
GAGE, N.L./BERLINER, D.C.: Pädagogische Psychologie	50
GEWERT, U.: Sexueller Mißbrauch an Mädchen aus der Sicht der Mütter. Eine Studie über Erleben und Bewältigung der Mütter betroffener Mädchen	270
GUTHKE, J.: Intelligenz im Test. Wege der psychologischen Intelligenzdiagnostik	614
HANTEL-QUITMANN, W.: Beziehungsweise Familie. Arbeits- und Lesebuch Familienpsychologie und Familientherapie; Bd. 1. Metamorphosen, Bd. 2: Grundlagen	790
HARTMANN, K.: Lebenswege nach Heimerziehung. Biographien sozialer Retardierung	526
HILWEG, W./ULLMANN, E. (Hg.): Kindheit und Trauma – Trennung, Mißbrauch, Krieg	786
HIRSCH, M.: Schuld und Schuldgefühl. Zur Psychoanalyse von Trauma und Introjekt	209
KÖPP, W./JACOBY, G.E. (Hg.): Beschädigte Weiblichkeit: Eßstörungen, Sexualität und sexueller Mißbrauch	269
KRAUTH, J.: Testkonstruktion und Testtheorie	54
KREBS, H./EGGERT SCHMID-NOERR, A. (Hg.): Lebensphase Adoleszenz. Junge Frauen und Männer verstehen	702
KUSCH, M./LAVOUIE, H./FLEISCHACK, G./BODE, U.: Stationäre psychologische Betreuung in der Pädiatrie	442
LEHMKUHL, G. (Hg.): Chronisch kranke Kinder und ihre Familien	443
LIENERT, G./RAATZ, U.: Testaufbau und Testanalyse	54
LINDEN, M./HAUTZINGER, M. (Hg.): Verhaltenstherapie	615
MANSEL, J. (Hg.): Glückliche Kindheit – schwierige Zeiten? Über die veränderten Bedingungen des Aufwachsens	364

MARKGRAF, J. (Hg.): Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Bd. 1: Grundlagen, Diagnostik, Verfahren, Rahmenbedingungen	618
MEERMANN, R./VANDEREYCKEN, W. (Hg.): Verhaltenstherapeutische Psychosomatik. Klinik, Praxis, Grundversorgung	620
MEYER, W.U./SCHÜTZWOHL, A./REISENEZEIN, R.: Einführung in die Emotionspsychologie, Bd. II: Evolutionspsychologische Emotionstheorien	205
MILZ, I.: Neuropsychologie für Pädagogen	114
MITCHELL, R.R./FRIEDMAN, H.S.: Konzepte und Anwendungen des Sandspiels	788
MÖNKES, F.J./KNOERS, A.M.P.: Lehrbuch der Entwicklungspsychologie	117
NEUENSCHWANDER, M.P.: Entwicklung und Identität im Jugendalter	448
NEUMANN, W./PETERS, B.: Als der Zahnarzt Zähne zeigte ... Humor, Kreativität und therapeutisches Theater in Psychotherapie, Beratung und Supervision	529
Österreichische Studiengesellschaft für Kinderpsychoanalyse (Hg.): Studien zur Kinderpsychoanalyse, Bd. XIII	208
OTTO, U. (Hg.): Aufwachsen in Armut. Erfahrungswelten und soziale Lagen von Kindern armer Familien	700
PETERMANN, F. (Hg.): Fallbuch der Klinischen Kinderpsychologie. Erklärungsansätze und Interventionsverfahren	784
PETERMANN, F. (Hg.): Kinderverhaltenstherapie – Grundlagen und Anwendungen	616
PETERMANN, U.: Entspannungstechniken für Kinder und Jugendliche. Ein Praxisbuch	617
PRONTELLI, A.: Vom Fetus zum Kind: Die Ursprünge des psychischen Lebens. Eine psychoanalytische Beobachtungsstudie	268
PLAUM, E.: Einführung in die Psychodiagnostik	56
PÖRTNER, M.: Ernstnehmen – Zutrauen – Verstehen. Personenzentrierte Haltung im Umgang mit geistig behinderten und pflegebedürftigen Menschen	49
RAUCHFLEISCH, U.: Alternative Familienformen. Eineltern, gleichgeschlechtliche Paare, Hausmänner	790
RECKERT, W.: Väterlichkeit und pädagogische Profession am Beispiel der Heimerziehung	524
REIMER, C./ECKERT, J./HAUTZINGER, M./WILKE, E.: Psychotherapie – Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen	116
REINELT, T./BOGYI, G./SCHUCH, B. (Hg.): Lehrbuch der Kinderpsychotherapie	781
REMSCHMIDT, H. (Hg.): Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter	782
RODEWIG, K. (Hg.): Der kranke Körper in der Psychotherapie	266
ROSSMANN, P.: Einführung in die Entwicklungspsychologie des Kindes- und Jugendalters	116
ROST, J.: Testtheorie, Testkonstruktion	54
SANDLER, J. (Hg.): Über Freuds „Die endliche und die unendliche Analyse“. Freud heute – Wendepunkte und Streitfragen, Bd. 1	698
SCHAD, U.: Verbale Gewalt bei Jugendlichen	446
SCHMITT, G.M./KAMMERER, E./HARMS, E. (Hg.): Kindheit und Jugend mit chronischer Erkrankung	441
SCHROEDER, J./HILLER-KETTERER, I./HÄCKER, W./KLEMM, M./BÖPPLER, E.: „Liebe Klasse, ich habe Krebs!“ Pädagogische Begleitung lebensbedrohlich erkrankter Kinder und Jugendlicher	528
SCHUMANN-HENGSTLER, R./TRAUTNER, H.M. (Hg.): Entwicklung im Jugendalter	444
SIGUSCH, V. (Hg.): Sexuelle Störungen und ihre Behandlung	696
SPECK, O.: System Heilpädagogik. Eine ökologisch reflexive Grundlegung	52
STROEBE, W./HEWSTONE, M./STEVENSON, G. (Hg.): Sozialpsychologie. Eine Einführung	204
THÖMA, H./KÄCHELE, H.: Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie, Bd. 1: Grundlagen	264

THOMASIU, R.: Familiendiagnostik bei Drogenabhängigkeit. Eine Querschnittstudie zur Detailanalyse von Familien mit opiatabhängigen Jungerwachsenen	534
TÖLLE, R.: Psychiatrie, einschließlich Psychotherapie	205
WARSCHBURGER, P.: Psychologie der atopischen Dermatitis im Kindes- und Jugendalter .	443
WILMER, I.: Sexueller Mißbrauch von Kindern. Empirische Grundlagen und kriminalpoli- tische Überlegungen	272
WURMSER, L.: Die verborgene Dimension. Psychodynamik des Drogenzwangs	785
ZINNECKER, J./SIEBEREISEN, R.K.: Kindheit in Deutschland. Aktueller Survey über Kinder und ihre Eltern	362
Editorial / Editorial	63
Autoren und Autorinnen /Authors	48, 105, 203, 263, 355, 440, 524, 607, 694, 779
Zeitschriftenübersicht / Current Articles	105, 356, 608
Tagungskalender / Calendar of Events	59, 121, 212, 273, 368, 451, 536, 622, 703, 793
Mitteilungen / Announcements	61, 123, 214, 371, 454, 540, 624, 704, 795

ÜBERSICHTSARBEITEN

Drum zwinge, wem ein Zwang gegeben?

Dieter Bürgin

Summary

Should constrain, who is constrained?

To force somebody means inflict pressure on him. Obsessive-compulsive behaviour (OCB) is a feature of relationships. In early infancy, repetitive biological functions rapidly become automatic psychic functions. Small children often try to relate to their surrounding in a constrained manner in order to re-establish their omnipotence. Play and transitional space are opposites of OCB. Anxiety and constraints show an inverse relation to each other. In many cases, OCB in infants and small children has no clinical relevance. OCB is characterised by a high intrapsychic persistence during the whole period of psychophysical development. Obsessive-compulsive diseases (OCD) may serve as defence against oedipal strivings or against psychotic functioning. It is addressed against the self, an inner object or a relevant person of the surrounding. OCD correspond to a relational illness. In this situation an involved person becomes rapidly involved in the constraint problem. To maintain an adequate form of relationship within such transference movements, a continuous "unchaining" is necessary. During transference, regressive anxieties and rages are expressed in a personalised form. Verbalised by the therapist, they become ready for transformation. The relationship may now open up to allow the inclusion of a third person.

Zusammenfassung

Jemanden zwingen bedeutet, auf ihn mit Gewalt einzuwirken. Zwang ist eine Beziehungsqualität. Biologisch-repetitive Abläufe stehen intrasubjektiv bald im Dienste von sich automatisierenden Funktionen. Kleinkinder versuchen oft, auf die Umgebung Zwang auszuüben, um ihre Omnipotenz wiederherzustellen. Spielerisches Verhalten und Übergangsraume sind Antipoden von Zwängen. Angst und Zwang verhalten sich umgekehrt proportional zueinander. Viele Zwänge in der Kleinkinderzeit sind klinisch unbedeutend. Grundsätzlich aber haben Zwangsphänomene eine hohe intrapsychische Persistenz. Zwangsstörungen in der Adoleszenz können der Abwehr ödipaler Konflikte oder auch eines psychotischen Geschehens dienen. Adressaten der Zwänge sind das Selbst, ein inneres Objekt oder eine bedeutungsvolle Person in der Außenwelt. Zwangskrankheiten entsprechen Beziehungskrankheiten (verinnerlichter oder nach außen um-

gesetzter Art). In der Übertragung bewirken sie beim Gegenüber rasch einen Einbezug in die Zwangsproblematik. Um einen adäquaten Beziehungskontakt bei einer Zwangsübertragung zu bewahren, bedarf es einer Art anhaltenden Entfesselungsaktes. In der Übertragung werden regressive Ängste und Wut personalisiert. Diese werden vom Therapeuten verbalisiert und damit transformierbar. So öffnet sich im günstigen Falle die Beziehung gegenüber „einem Dritten“.

Motto: „Ich will doch sehen, wer mich hält
 – wer mich zwingt – wer der Mensch ist,
 der einen Menschen zwingen kann“.
 (G.E. Lessing: Emilia Galotti)

1 Ethymologisch-sprachliche Aspekte

Das altgermanische Verb „dwingen“ oder „twingen“ bedeutet „*zusammendrücken oder einengen*“. Bildungen zu zwingen sind „Zwang“ und „zwängen“. Eine Verneinung des zweiten Partizips ist das adjektivisch verwendete „ungezwungen“, das seit dem 18. Jahrhundert in der Bedeutung „*einfach, natürlich*“ auftritt. Die Ableitung „zwingend“ besteht seit dem 16. Jahrhundert.

Das Substantiv „der Zwinger“ (mittelhochdeutsch *twingaere*) bedeutet *Bedränger, Zwingherr oder befestigter Raum zwischen Mauer und Graben oder von Mauern und Wachttürmen umschlossener Hof einer mittelalterlichen Burg*¹ oder ist eine Bezeichnung für einen *Käfig zur Haltung wilder Tiere*, kann aber auch eine *höfische Barockanlage* bezeichnen. Es ist als Begriff seit dem 15. Jahrhundert belegt. Das mittelhochdeutsche Verb „betwingen“ gleich bezwingen ist die Präfixbildung (Duden 1963; Knaurs 1982).

Ganz allgemein umfaßt der Terminus „Zwang“ eine zwingende Notwendigkeit, Pflicht oder ausgeübte Gewalt. Man spricht vom Zwang der Gesellschaft, der Mode, des Gesetzes. In der Umgangssprache ist Zwang etwa gleichbedeutend mit „Druck oder Belastung“ (ein äußerer oder innerer, ein sanfter oder ein moralischer Zwang). Jemand übt Zwang auf jemanden aus, zwingt ihn in die Knie; Aufforderungen lauten, seinen Gefühlen oder sich selbst (keinen) Zwang anzutun. Detaillierter läßt sich unterscheiden:

- Jemanden oder sich zu etwas zwingen: dies ist gleichbedeutend mit nötigen, etwas mit Gewalt veranlassen. (z.B. jemanden zu einem Geständnis, zum Sprechen, zur Umkehr, zum Rücktritt zwingen. Es zwingt dich niemand, dies oder das zu tun. Zum Glück, zum Arbeiten, zur Ruhe, zu einem Lächeln zwingen. Sich zu einschneidenden Maßnahmen gezwungen sehen. Zur Untätigkeit gezwungen sein. Ich will dich ja nicht zwingen, aber...)
- Etwas erwartet etwas: Die Gefährlichkeit, eine Situation zwingt z.B. zu etwas. Adjektivisch sprechen wir von einer zwingenden Notwendigkeit, zwingenden Gründen

¹ „Fronvogt, wie wird die Feste denn sich nennen, die wir da baun? Zwing Uri soll sie heißen“.
 (F. Schiller: Wilhelm Tell).

oder Schlüssen. Es wird gezwungen gelächelt. Substantivisch meint man mit „etwas Zwingendes“, etwas absolut Überzeugendes.

- Weiterhin kann man (mit Raumangabe) jemanden oder etwas zwingen, d. h. mit Gewalt an einen bestimmten Ort bringen, eine Person in einen engen Raum zwingen.
- Ebenso wird der Ausdruck „etwas zwingen“ auch synonym gebraucht mit etwas „schaffen oder bewältigen“.

2 Zwang und Beziehung

Zwingen ist ein Geschehen, das einen Ausgangs- (der, die oder das Zwingende) und einen 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. Sie entspricht einer Gewaltausübung von A auf B, mittels welcher Wünsche, Absichten, Anordnungen oder Befehle von A der Person B aufgenötigt werden („Und bist Du nicht willig, so brauch' ich Gewalt“). Wünsche, Bedürfnisse, Absichten und Begehren bedürfen – sei es, daß sie als Triebabkömmlinge (FREUD 1919, S. 251) oder als bewegende Motivationsstrukturen von nach außen gerichteten Selbstzuständen verstanden werden – zunehmend reichhaltigerer und differenzierterer Ich-Funktion, um sich dem Gegenüber verständlich kundzutun, sich zu realisieren und zu Befriedigungen zu führen. Ist die Intensität solcher Strebungen sehr hoch oder zeigen sich Schwierigkeiten der Realisierung in der Außenwelt, so werden Zwangsmechanismen als Rückkoppelungsverstärker zur Erhaltung der erwünschten Effekte eingesetzt. Solchen Abläufen ist auch bei der Entwicklung einer Zwangssymptomatik in späteren Entwicklungsjahren Rechnung zu tragen.

Biologisch geregelte Mechanismen (Bedürfnisse, Triebe), die sich zur Lebenserhaltung durchsetzen müssen, dürften von der erlebenden Matrix (Selbstrepräsentanz) als erste Formen von Zwang erfahren werden. Sie werden schnell in Handlungen und Verhalten übergeführt (z. B. Weinen oder Schreien) und üben damit auf ein reales Gegenüber sofort Druck und Gewalt aus, d. h. sie veranlassen das Gegenüber z. B. zu Pflege- und Brutverhalten. Auch das erwachsene Gegenüber zwingt den Säugling (selbst bei bester Bemutterung oder Bevaterung) durch sein Verhalten zur Akzeptation bestimmter Dinge.

Wiederholungen bieten Gelegenheit zur Erfahrung von mehrfach gleichen Abläufen. Diese unterstützen die Bedeutsamkeit spezifischer Interaktionssequenzen und damit deren Festigung im Gedächtnis. Das zwanghafte Festhalten an ritualisierten Verhaltensabläufen im Kindesalter (z. B. Zu-Bett-geh-Rituale) ist nichts Pathologisches, sondern hat einen beruhigenden Charakter, da es – als intrapsychische Beziehungsfigur, die in der Außenwelt „nachgespielt“ wird – Bekanntes zur Verfügung stellt und die Voraussehbarkeit von Abläufen ermöglicht. Die repetitiv wiederkehrenden, drängenden, biologischen Mechanismen erfüllen Aufgaben beim Überleben eines Subjektes, werden aber sogleich auch Teile seiner interaktionellen, intersubjektiven Austauschvorgänge mit bedeutungsvollen anderen Personen. Solche Zwangsabläufe stehen intrasubjektiv bald im Dienste automatisierter Funktionen.

In der Entwicklungsphase des Kern- und des intersubjektiven Selbst (STERN 1992), d.h. etwa in der Mitte des ersten Lebensjahres, übt der Säugling seine sich entwickelnden Fähigkeiten zur Selbstregulation. Er macht gleichzeitig die Erfahrung, daß das Gegenüber mit dem, was es emotional, kognitiv und verhaltensmäßig in die Interaktion einbringt, aber auch an der Regulation seiner eigenen Innenvorgänge mitwirkt (z.B. in Form von beruhigendem Streicheln, anregender Stimulation oder der Erzeugung von ärgerlichen Frustrationsgefühlen durch unempathisches Verhalten). Interpersonal wird vom Säugling somit rasch die Erfahrung gemacht, daß es nicht nur selbstregulative Vorgänge gibt, sondern auch solche, bei denen das Gegenüber durch sein Tun oder Unterlassen das eigene Selbstempfinden mitreguliert. Im Traumerleben, einer Funktionsmodalität mit omnipotenter Macht des Subjektes auf die evozierte Szenerie, zeigt sich der Zerfall des Zwanges erst dort, wo die Traumarbeit scheitert und es zu mehr oder weniger angstvollem Erwachen kommt. Wenn im WINNICOTTschen Sinne das Subjekt sich in omnipotenter Weise, nämlich durch Selbstzuschreibung einer zwingenden Macht, die Illusion schafft, durch sein Begehren das Objekt genau dort erschaffen zu haben, wo ein Wunsch auf seine Erfüllung harrt und sich zufällig, bzw. durch die Zuwendung auf den Säugling, eine reale Person mit der erwünschten Funktion präsentiert, dann wird der Zwang wohl kaum wahrnehmbar, da er nur die innere Szenerie konfiguriert hat. Bei den Erfahrungen der Desillusion – oder vielmehr der zuvor ablaufenden Erfahrung des Auseinanderklaffens von Begehren und Befriedigung – versucht das Kleinkind, zwingend auf die Außenwelt einzuwirken, damit seine Omnipotenz restituiert werden kann. Die beim Scheitern solcher Versuche deutlich werdende Enttäuschungswut und -rage wird oft der Verstärkung zwanghafter Einwirkungen zugeleitet.

Primär „zwingende“ Faktoren sind die biologisch gegebenen, nach außen, auf die Erfüllung vitaler Grundbedürfnisse ausgerichteten Überlebensmuster und -strategien. Das Verhalten der primären Pflegepersonen (d.h. zumeist der Eltern) wirkt in der Interaktion auf diese Aktivitäten sozial modifizierend. Bei einer reinen Verwöhnungshaltung auf der einen Seite, unterwerfen sich die primären Pflegepersonen den Bedürfnisstrukturen des Säuglings oder Kleinkindes völlig, und es besteht für das Kind kein Stimulus zur Abgrenzung der Innenwelt von der Außenwelt. Rigide, zu brüske oder übermäßige Dominanz der Erwachsenen auf der anderen Seite, die den Funktionszustand des Säuglings nicht berücksichtigt, zwingt diesen zu extremen Verzichten, noch längst bevor seine bedürfnisorientierten Intentionen sich überhaupt entfalten konnten. Die BIONSchen Beta-Elemente des Säuglings werden in solchen Momenten nicht durch das „containment“ der Mutter in Alpha-Elemente umgewandelt. Beziehung bedeutet dann nur Kampf.

Ausreichend geeignete primäre Pflegepersonen befinden sich irgendwo im Zwischenbereich dieser beiden Pole. Sie erfüllen Grundbedürfnisse rasch und empathisch beim kleinen Säugling, ermöglichen ihm – durch ihr fusionäres zur Verfügungstehen, wie ein Teil seiner eigenen Person – die Illusion einer völlig mühelosen Befriedigung, ziehen sich sanft und allmählich von dieser Position zurück, bewirken dadurch eine Desillusionierung in klein dosierten Schritten, die dem Verarbeitungsvermögen ihres Kindes für Enttäuschungen angepaßt sind. Dadurch unterstützen sie zuerst die Ent-

wicklung der Fähigkeit zu warten und Befriedigung aufzuschieben. Später helfen sie durch eine solche interaktionale Behältnisfunktion, Gier, Neid, Eifersucht und Wut des Kindes zu mildern und durch ein affektives Teilen alles interaktional Gemeinsame zu amplifizieren.

Der Versuch, das Gegenüber zu zwingen, sich an einem spezifischen psychologischen Ort zu befinden, sich auf eine bestimmte Weise zu verhalten oder Spezifisches zu tun, wird zu einem Merkmal einer sich entwickelnden Beziehung. Zwang in einer Beziehung stellt eine Art Druck auf das Gegenüber dar und erzeugt Gegendruck, bzw. Gegenzwang. Die Erfahrung, Trennungen nicht verhindern zu können, d.h. die Wahrnehmung des Unvermögens, das erwachsene Gegenüber oftmals nicht wirklich zur Präsenz zwingen zu können, bewirkt Ohnmacht. Das Gewahrwerden einer Kapazität zur Verweigerung in der Trotzphase ist gleichbedeutend mit der Möglichkeit, sich dem realen oder phantasierten Zwang, der vom Gegenüber auszugehen scheint, nicht unbedingt unterwerfen zu müssen. Das Nein wird zum Antidot gegenüber dem Zwang, den das Gegenüber auszuüben scheint oder den es wirklich ausübt.

Bei der Entwicklung früher Beziehungen stellt sich stets die Frage, ob sich zwischen Subjekt und Objekt ein Übergangsraum Winnicott'scher Art ausbilden und zu einem Spiel- und Übungsraum werden kann. Dieser weist zwar nicht die Qualität einer Szenerie aus der Traumwelt auf, ist aber auch nicht durch das zwanghafte Einwirken eines Subjektes auf das andere gekennzeichnet, wie dies bei asymmetrischen Beziehungsformen zumeist der Fall ist. Er ermöglicht hingegen ein spielerisches Erproben gemeinsam geteilter Intentionen, Affekte, Handlungsabläufe und Kompromißbildungen. Auch wird er gleichsam zum Ort averbal andauernd neu ausgehandelter Vereinbarungen. Zwingen existiert dort höchstens in einer Als-ob-Form, als spielerische und stets wechselnden Rollenübernahme, die im Einverständnis mit dem Gegenüber zustandekommt. Zwang und interpersonaler Spielraum – analog vielleicht einer gewaltsamen Konfrontation und einem lustvollen Tanz – verhalten sich umgekehrt proportional zueinander. Angst und Zwang hingegen stehen in direkt proportionaler, gegenseitiger Abhängigkeit. Denn ein Verlust autonomer Funktionsmöglichkeiten, wie er bei Ausübung von Macht, Gewalt und Zwang auf Seiten des „Opfers“ stets zu beobachten ist, signalisiert sich dem Individuum mit Angstgefühlen. Viel Zwang heißt wenig oder gar kein Spielraum; viel Spielraum bedeutet praktisch ein Ausbleiben von Zwang.

Geht man davon aus, daß Säuglinge gleich von Beginn ihres Lebens an im Stande sind, sich in ihren Beziehungen zu Erwachsenen in – zugegebenermaßen anfänglich recht primitiven – triadischen Beziehungsformen zu bewegen (BÜRGIN 1995), so sind die letzten in ihren kognitiven und emotionalen Teilen asymmetrisch und zerfallen rasch in wechselnde Zwei-plus-eins – Beziehungen², wobei die jeweilige dyadische Beziehung „besetzt“ und die dritte Person dadurch wie ausgeschlossen erscheint. Natürlich wechselt vielfach und nicht selten sehr schnell auch die rein körperliche Nähe und Distanz zwischen den drei Protagonisten. Stellt man sich die Triade schematisch als

² Setzen wir für den Säugling den Buchstaben A und für die beiden Eltern B und C, so ergeben sich drei Zweierbeziehungen, nämlich zwischen A und B, A und C und B und C.

Dreiecksfläche vor, so kippt das Dreieck mit einer Ecke rasch aus der Ursprungsebene ab. Für den Säugling bedeutet die Tatsache, das Geschehen zwischen B und C nicht in der gleichen Weise kontrollieren zu können wie zwischen ihm und B oder ihm und C, daß das, was sich zwischen B und C abspielt, einerseits zum Zentrum höchsten Interesses, aber zugleich auch zur Quelle von Angst, Ohnmacht, Eifersucht und des Gefühls, ausgeschlossen zu sein, wird. Erst wenn es dem Säugling – beginnend in der zweiten Hälfte des ersten Lebensjahres und verstärkt etwa in der Mitte des zweiten Lebensjahres – möglich geworden ist, B und C als ganze Einheiten und als Zentren eigener Bedürfnisse, Wünsche und Aktivitäten wie sich selbst zu erfahren, d.h. wenn er eine „theory of mind“ eines Gegenübers aufgebaut hat, die ihn zur weiteren Entwicklung befähigt, verändert sich die Qualität der triadischen Beziehungsform. Bereits aus den anfänglichen interaktionellen Erfahrungen haben sich in der Innenwelt repräsentierte, zunehmend differenzierte Beziehungsmuster gebildet, die im phantasmatischen Bereich unbewußt einer andauernden Umgestaltung unterliegen. Da Triaden relativ instabile Verbindungen darstellen, ergeben sich bald die Fragen: Wie groß ist das Vermögen eines Kindes, wenigstens über eine gewisse Zeit hinweg eine gut ausbalancierte triadische Interaktion (und damit auch eine innerlich wechselseitige Bezogenheit) aufrechtzuerhalten? Wie schnell kippt eine solche zu einer asymmetrischen Zwei-plus-eins – Beziehung ab? Mit welchen Aktivitäten wird sie aufrecht erhalten (beispielsweise um den Preis andauernder, automatisierter Entwertung des Gegenübers oder der Idealisierung des Dritten)? Und wie ausgeglichen ist üblicherweise das Verhältnis von phantasmatischen zu interaktionellen Besetzungs- und Beziehungsformen? Unter Angst, Frustration, heftigen Affekten, wie z.B. Eifersucht, oder in Krisensituationen, z. B. während adoleszenter Persönlichkeitsumgestaltungen, finden oft plötzliche Regressionen im Beziehungsgeschehen statt, mit einem Wegdriften aus ödipalen Triangulationen in regressiv-dyadische Formen und aus diesen wiederum in depressiv-narzisstische, autistische Rückzüge, mit welchen soziale Interaktionen und vor allem emotionale Beziehungen phobisch vermieden werden. Diese können schließlich in Isolation, Einengungen, Selbstbeschäftigung und zwanghaften Grübeleien über möglichst effiziente Vermeidungsstrategien enden. Entsprechende Zwangsgedanken, -handlungen oder -befürchtungen stellen das Individuum in ein Zentrum völlig ohnmächtiger Eigenmächtigkeit, aus welchem, einem Irrgarten gleich, aus eigenen Kräften vielfach kaum mehr ein Ausweg gefunden wird und die weitere psychische Entwicklung zur Stagnation kommt.

3 Klinische Aspekte

Die Häufigkeit anankastischer Störungen in der kinder- und jugendpsychiatrischen Inanspruchnahmepopulation beträgt im ambulanten Bereich ca. 0,2% und im stationären Bereich ca. 1% (PARRY-JONES 1991).

Die phänotypisch breit gefächerte Symptomatik (NISSEN 1995) beginnt langsam schleichend etwa im fünften und sechsten Lebensjahr; sie manifestiert sich in der Mehrzahl der Fälle allerdings erst in der Adoleszenz. Die ersten Kontakte finden meist

erst mehrere Jahre nach der Erstmanifestation statt. Zur Konsultation kommt es vor allem, wenn Rituale verunmöglicht oder übermäßig werden, starke Angst auftaucht, Depression manifest wird oder Hemmungen in den Vordergrund treten. Eine gewisse zwanghafte Ritualisierung von Handlungsabläufen gehört zur normalen Entwicklung. Solche Rituale halten aber nicht allzulange an. Sie sind Auswirkungen erster Strukturierungsversuche des Ichs. Anfänglich wie zufällig, reflexhaft, entwickeln sich Zwangssymptome zunehmend, unter Einbezug des Subjektes. Sie enden mit Manipulation und Kontrolle des Objektes. Rituale als Zwangssymptome der Normalität sind meist sehr banal und gehören gewissermaßen zum Leben. Sie dienen der Angstabwehr gegen verschiedenste Ängste. Rituale der frühen Kindheit (insbesondere im dritten Lebensjahr) erstrecken sich vor allem auf Übergangsprozesse, Nahrungsaufnahme und Ausscheidung. Später beziehen sie sich vor allem auf folgende Handlungsbereiche: Aufstehen, Toilette, Essen, Schularbeit, Zu-Bett-gehen. Sie haben oft Sauberkeit, Klarheit, Nicht-Kontaminierung (bzw. Bannung des Gegenteils) zum Ziel. Aber auch Sammeln, der Umgang mit Zahlen und mehr oder weniger symbolisierte motorische Entladungen (Tics) können dazu gehören, ebenso Hemmungen und Verbote (Denken, Fühlen, Berühren) (ROTHENBERGER 1995).

Es besteht eine hohe Komorbidität mit Angstsymptomen (70,4%), depressiven Symptomen (42,9%), psychosomatischen Krankheiten (38,1%) und Psychosen (42,8%). Bei 14% der Patienten sind auch Zwangssymptome bei den Eltern zu finden (KNÖLKER u. KLOSE 1987). Es kann somit von einer gewissen „familiären Heredität“ gesprochen werden. Die Kinder identifizieren sich mit den psychischen Strukturen ihrer Eltern. Die Häufigkeit von Zwangssymptomen bei den Eltern mag auch erklären, warum diese auf die Symptomatik oft jahrelang scheinbar nicht reagieren.

Bezüglich der Geschlechtsverteilung finden sich vor der Pubertät mehr Knaben als Mädchen, später ist das Verhältnis nahezu ausgeglichen. Die klassifikatorische Einordnung ist beim Vorschulkind schwierig. Hier gilt es, eine eigentliche Zwangssymptomatik von einfachen Ritualen, entsprechenden Anpassungsreaktionen und infantilen Neurosen abzugrenzen. Aus frühen Zwangssymptomen entwickeln sich oft anankastische Persönlichkeitsstörungen.

Generell gesehen sind Zwänge zu unterscheiden von Süchten (Alkohol, Drogen, Bulimie, Politoxikomanie, Nikotin; diese enthalten nicht so sehr einen Konflikt als vielmehr eine Beziehungsorganisation, die der direkten Spannungsabfuhr dient), Ritualen der frühen Kindheit (mit Übergangsobjekten) und von Stereotypen bei geistiger Behinderung.

Bezüglich der biologischen Grundlagen der Zwangsdynamik spielt die Wiederholung als zentrales Element jeglichen Lernens eine wesentliche Rolle. Sie dient der Selbstorganisation, Wahrnehmung oder Schaffung von Ordnung und ermöglicht es, bei regelhaften Abläufen Kausalzusammenhänge herzustellen und zu überprüfen. Sie lehnt sich an biologisch-rhythmische Vorgänge wie z.B. Hunger/Befriedigung, Lust/Unlust, Erscheinen/Verschwinden, Aufbau/Zerstörung, Außen-/Innen-Bezogenheit an. Aus ökonomischen Gründen wird sie bald automatisiert. Derartige innere Abläufe (biologisch-rhythmisierte Vorgänge wie z.B. Hunger, Schlaf oder Ausscheidung) wirken als zwingende innere Mächte, denen gegenüber das Individuum sich zumeist ohnmächtig

fühlt. Forderungen der Außenwelt (mit Einschränkung der Autonomie) wirken als äußere Zwänge und lösen vielfach nachfolgende Ohnmachtsgefühle aus.

Bei sozialen Gewohnheiten und Forderungen gibt es entweder Akzeptanz, Unterwerfung oder Auflehnung. Um die narzisstische Besetzung der labilen Balance zu stabilisieren, unternimmt das Kind den Versuch, Kontrolle über den anderen zu bekommen, so daß es nicht von ihm bestimmt wird. Magisches Denken korrigiert Ausnahmen in Richtung der Regel (damit nicht ist, was nicht sein darf).

Es bestehen gewisse altersabhängige Erscheinungsformen. Beim Kleinkind gibt es sehr viele Formen von Phobien, eine Art Negativform des Zwanges, der sich, wenn Konflikte externalisiert und dann vermieden werden, gar nicht etablieren muß. Oft ist es sehr schwierig abzugrenzen, welche Rituale bereits pathologisch sind und welche nicht. In der Latenz ist das Ich stärker, die Abwehr organisierter, aber es sind auch die gesellschaftlichen Forderungen deutlicher ausgebildet. Neben alten Polarisierungen treten, infolge der Über-Ich-Bildung, neue auf (gut/schlecht, sauber/schmutzig etc.). In diesem Entwicklungsabschnitt finden sich viele isolierte, d.h. wenig psychischen Platz beanspruchende, gut abgegrenzte, mit wenig Zwangsintensität versehene Gewohnheiten und Rituale. Möglicherweise handelt es sich um Verlängerungen von früheren Ritualen oder aber um Neubildungen. Auch treten jetzt das Sammeln und abergläubische Einstellungen dazu. Solche Zwangsideen und -handlungen werden von Schulkindern bewußt, aber versteckt, wie eine Art Privatreligion behandelt. Während beim Kleinkind vor allem Angst und Vermeidung im Vordergrund steht, kämpft das Latenzkind vor allem mit einem zwanghaften Ich gegen die Symptombildung. Oft wird hierzu der Denkfluß gehemmt und das Interesse auf etwas Spezifisches abgelenkt. In der Adoleszenz kommt es zu einem enormen Trieb Schub libidinöser und aggressiver Art, zu einer relativen Ich-Schwäche, und es treten nun die fast gleichen Symptome auf wie bei Erwachsenen. In verdünnter Form manifestieren sich Minizwänge in religiösen oder metaphysischen Skrupeln oder in kleinen Depersonalisationen wie dem *déjà vu*- oder dem *déjà vécu*-Erlebnis.

Zwangssymptome treten bei verschiedenen schweren Störungen der Kindheit, insbesondere auch bei den infantilen Psychosen auf. Sie sind dort Symptombildungen, die nicht ausreichen als Abwehr, aber nach ihrer Ausbildung wenig sozialen Spielraum lassen. Die eigentliche Zwangsneurose ist selten. Sie setzt ein verhältnismäßig reifes Ich voraus sowie massive Ängste, die sich zuerst in Form einer Zwangshysterie manifestieren können und dann zu einer Regression in der Trieborganisation auf frühe Fixierungspunkte (prägenitales, anal-sadistisch-narzißtisches Niveau) führen. Die bevorzugten Abwehren sind die Verleugnung, die Verdrängung, die Regression, die Reaktionsbildung (Gegenbesetzung, Verkehrung ins Gegenteil), die Generalisierung, die Isolierung, die Vernichtung, das magisch-ambivalente-animistische Denken mit seinen Symbolisierungen, heftige Zweifel, Unentschlossenheit, Intellektualisierung und die Rationalisierung. Die Zwangsneurose zeigt sich, vor allem vom Ende der Latenz ab, sehr in Komorbidität mit Phobien. Sie tritt bevorzugt in der Adoleszenz in Erscheinung und setzt sich ins Erwachsenenalter hinein fort. Ein Zwangscharakter hat sich dann etabliert, wenn spezifische Merkmale des Subjektes (z.B. eine übermäßige Genauigkeit, Pünktlichkeit, Ordnung, Sauberkeit oder Ängstlichkeit) Teil der Gesamt-

persönlichkeit geworden sind. Der Zwangscharakter hat eine große Stabilität. Falls es dennoch zur Dekompensation kommt, dann erfolgt eine solche in Richtung Depression, Panikattacke oder Psychose.

Bei der klinischen Beurteilung ist stets auf den Schweregrad, die zeitliche Dauer der Symptome, die Situationsabhängigkeit der Symptomatik und das Vorliegen einer Komorbidität mit Angstsyndromen, Phobien (Angst wird nach außen verlagert, beim Zwang wird sie auf Distanz gehalten), dem depressiven Syndrom, psychosomatischen Störungen, Tics/Gilles de la Tourette-Syndrom, antisozialem Verhalten, psychischen Traumata, organischen Störungen (MCD) oder frühkindlichen Psychosen zu achten. Oft ist schwer zu entscheiden, was im Vordergrund steht. Die Zwänge weisen von den genannten Symptomen die größte Persistenz auf. Auch der prämorbid Persönlichkeit kommt große Bedeutung zu die sich oft als übermäßig angepaßt, ruhig, ängstlich, zurückhaltend und gehemmt zeigt. In 50-75% der Fälle finden sich auslösende Ereignisse, z. B. in Form von sexuellen oder religiösen Erlebnissen, Krankheit, Trennung oder Tod. Die familiäre Struktur mit den intrafamilial bevorzugten Abwehren und dem entsprechenden Erziehungsstil ist ebenso stets zu beachten.

Bezüglich der Ätiopathogenese scheinen genetische Faktoren bei der Zwangsneurose stärker mitbeteiligt zu sein als bei anderen Neurosen. Sehr häufig finden sich tradierte, sozial hereditäre Familienneurosen. Somatische Faktoren, wie frühkindliche Hirnschädigung oder eine neurologische Entwicklungsasynchronie, sind zu berücksichtigen. In gewissen Fällen liegen auch Störungen der Serotoninübertragung vor, weshalb Substanzen, die die Serotoninwiederaufnahme hemmen, eine nicht geringe Wirksamkeit aufweisen. Auch der Erziehungsstil scheint eine gewisse Rolle zu spielen. Falsches Lernen im Sinne konditionierter Aktivitäten nach ängstigenden Erlebnissen und Erfahrungen ist manchmal auch zu beobachten. Schließlich kommt den frühkindlichen Konflikten und den entwicklungsungünstigen Lösungsansätzen und – abwehren vielfach eine sehr bedeutende Rolle zu.

Diagnostisch sind, neben der Abschätzung von sozialen, schulischen und beruflichen Beeinträchtigungen, die Zwangssyndrome abzugrenzen gegenüber überwertigen Ideen oder Wahnphänomenen. Es bedarf stets auch einer Prüfung des Realitätsbezugs und einer Abklärung entsprechender Komorbiditäten mit ihren möglichen Verflechtungen. Immer ist zu prüfen, ob das Zwangssyndrom der Abwehr einer Psychose dient oder ein regressives Phänomen bei potentiell höherem neurotischen Funktionsniveau darstellt (s. Abb. 1).

Die Prognose kann im allgemeinen selten als gut bezeichnet werden; oft ist nur eine Symptomreduktion möglich. Episodische Rückfälle mit On-off-Phänomenen der Symptomatik sind unter Belastung immer wieder zu beobachten. Es besteht eine große Neigung zur Persistenz. Je mehr sich ein anankastischer Charakter zeigt, desto ungewisser scheint der Ausgang der Krankheit zu sein. Grundsätzlich hat die Zwangskrankheit die schlechteste Prognose aller neurotischer Störungen. Prognostisch günstig ist die Fähigkeit, sich mit eigenen Affekten auseinanderzusetzen, eine gute Realitätskontrolle, das Fehlen prämorbid Auffälligkeiten, ein episodischer Verlauf, eine kurze Krankheitsdauer, geringe Komorbidität und ein frühzeitiger Therapiebeginn. Als prognostisch ungünstig gilt: eine große narzißtische Kränkbarkeit, eine Zwangsstruktur,

ausgeprägte prämorbid Persönlichkeitsstörungen, die Progredienz der Symptomatik, eine hohe familiäre Belastung oder eine längere Chronifizierung.

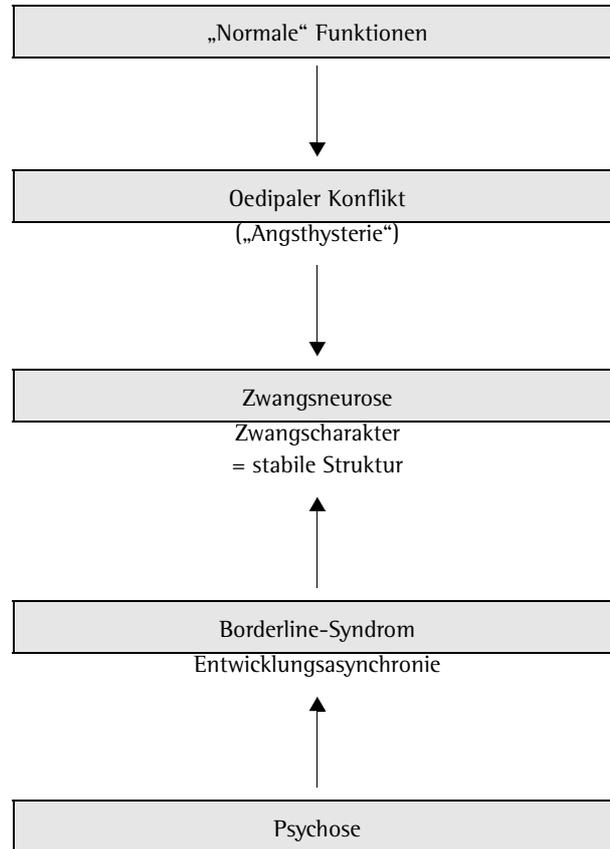


Abb. 1: Zwangskrankheiten zwischen Hysterie und Psychose

4 Psychodynamische Aspekte

Möglicherweise besteht ein hereditär-konstitutioneller Faktor darin, daß das Ich ein relatives Unvermögen zeigt, Angst zu ertragen. Unlösbare Konflikte – zuerst solche zwischen Individuum und Umwelt, später solche zwischen Es und Über-Ich – erzeugen Angst mit entsprechender Abwehr und Symptombildung, die die Konflikte Ich-dyston werden lassen. Das Individuum fühlt sich eingeschränkt im freien Ausdruck des Denkens, der Gefühle und des Handelns, es hat keine freie Wahl mehr. Neben der andauernden Widersprüchlichkeit kommt es zur Automatisierung von innerseelischen Abläufen. Das Subjekt akzeptiert nicht, es erleidet. Unlustvolle Affekte werden von den

zugehörigen Repräsentanzen isoliert, dissoziiert und auf andere Repräsentanzen verschoben. Gegenbesetzungen und Reaktionsbildungen werden bevorzugt gebraucht, ebenso die Hemmung sämtlicher psychischer Funktionen. Danach erfolgt eine Regression vom phallisch-genitalen Niveau auf eine anale, sadomasochistische, narzißtische Ebene (bei der Psychose eine Progression!). Es gibt stets etwas, was der Erkrankte sich vorwerfen kann (z.B. feindliche, sadistische, destruktive Impulse oder auch die sadistischen Anteile der primären Liebe). Verzögerung und Kontrolle zeigen sich in der Motorik, der Sprache, dem Denken (z.B. in der Ausbildung eines spezifischen Denkstils) und anderen körperlichen Funktionen. Das Denken selbst wird überbesetzt, der Akt des Denkens sexualisiert (Denken als erotischer Vorgang). Die Abwehr tritt meist gestaffelt ein, zuerst gegen den primären Konflikt, dann gegen die Wiederkehr des Abgewehrten. Störende Vorstellungen werden durch Ausbildung anderer, zur Not völlig irrationaler Phantasmen zu verscheuchen versucht. Auf Grund der sadistischen Impulse bestehen viele unbewußte Schuldgefühle.

Das Objekt der Zwänge ist entweder das Selbst, ein bedeutungsvoller anderer oder ein Substitut. Ziel der Zwangsimpulse ist es meist, das Objekt zu entwerten, zu erniedrigen, zu beschmutzen oder es sonst einer schlechten Behandlung zu unterwerfen. Da das Kleinkind kein Wissen über das Innere des eigenen Körpers oder die Auswirkungen von sadistischen Attacken auf den mütterlichen Körper hat, besteht bei ihm eine große Angst und der Wunsch, wissen zu wollen, der Versuch, die Angst zu meistern und eine Art Überinteresse an der äußeren Realität. Die Balance zwischen Geben und Nehmen ist gestört. Es kann ein reparativer Zwang zur Angstabwehr von unbewußten Schuldgefühlen auftauchen, mit dem Bedürfnis, mehr zu geben als genommen wurde. Um das schlecht behandelte Objekt aber nicht wirklich einer schlechten Behandlung zu unterziehen, wird es massiv kontrolliert. Dies zeigt sich auch in der Übertragung, bei welcher das Gegenüber rasch in das Zwangssystem einbezogen wird. Die Verhaltenstherapie kann von diesem Gesichtspunkt aus auch psychodynamisch verstanden werden: Der Therapeut als Realobjekt wehrt sich gegen das Einbezogen-Werden in das Zwangssystem, er grenzt sich ab, demonstriert seine Eigenständigkeit, anerbietet sich als Hilfs-Ich und reduziert so die Macht des magischen Denkens. Verhaltenstherapeutische Maßnahmen wirken auf diese Art und Weise antiregressiv.

Abbildung 2 gibt einen Einblick über die intrapsychische Dynamik bei Zwangskrankheiten.

5 Aspekte der psychoanalytischen Psychotherapie

Grundsätzlich stehen folgende Verfahren zur Verfügung: eine supportive, d.h. die Selbstrepräsentanz narzißtisch stützende, oder eine Konflikt- und Widerstand bearbeitende, psychoanalytische Psychotherapie des Individuums, eines Subsystems oder der ganzen Familie; die Verhaltenstherapie (z.B. mittels In-vivo-Exposition, Lernen am Modell, Reaktionsverhinderung, Persuasion, Aversion, Gedankenstop); die Eltern- und Familienarbeit; die Psychopharmakotherapie als Adjuvans (vor allem Serotonin-Wiederaufnahmehemmer oder Neuroleptika mit geringer neuroleptischer Potenz).

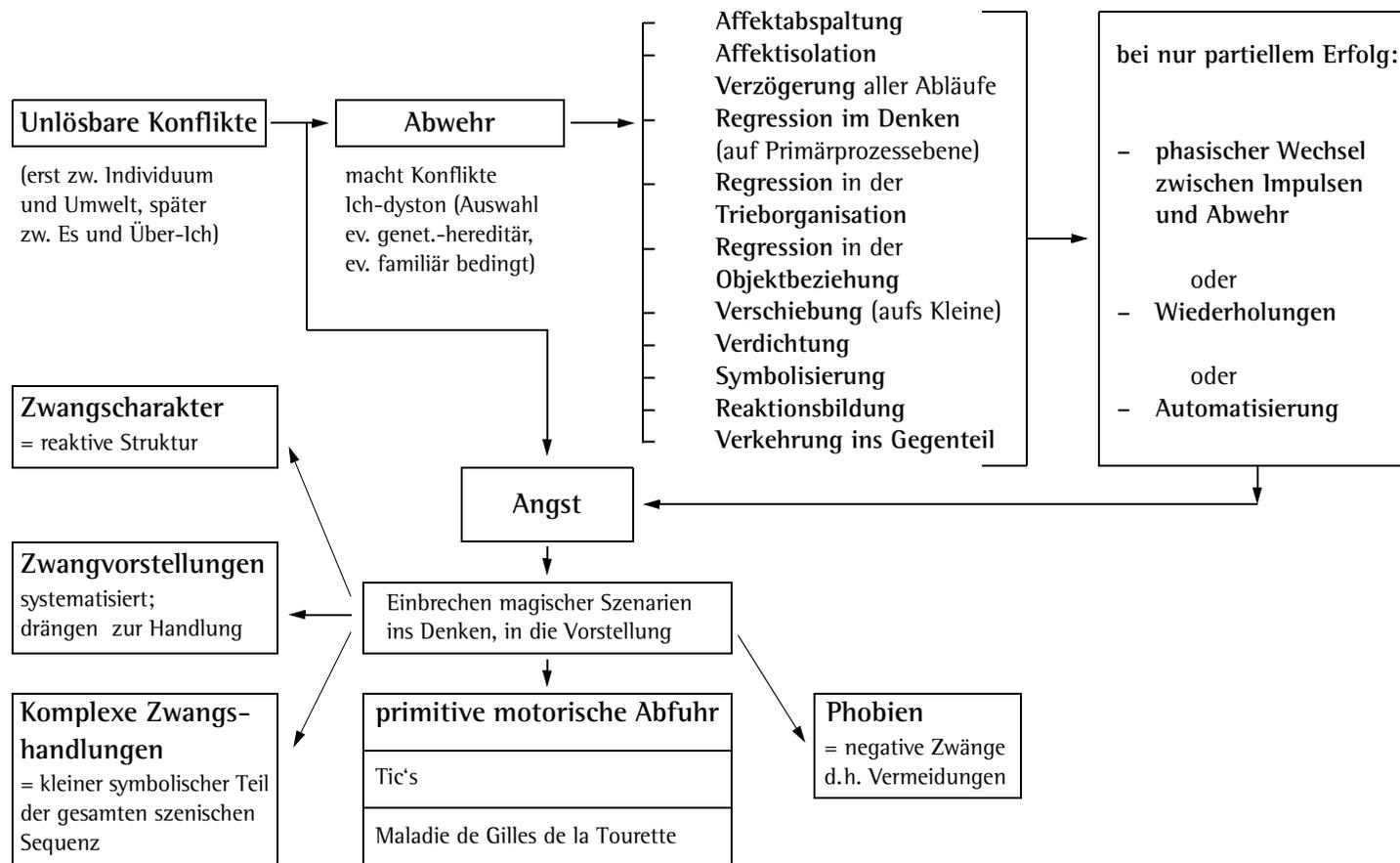


Abb.2: Schema der intrapsychischen Dynamik bei Zwangskrankheiten

Die Zwangskrankheit kann als Folge einer inneren „zwingenden“ Gewalt beschrieben werden. Sie ist eine Existenzform, die anzunehmen für das betroffene Subjekt unabdingbar erscheint. Eine Nichterfüllung der damit verbundenen Vorstellungen oder Verhaltensweisen zieht mehr oder weniger große Ängste nach sich. Das Subjekt fühlt sich gezwungen, auf eine bestimmte Art und Weise zu denken oder zu handeln, gegen die es sich gleichzeitig scheinbar auflehnt. Nicht immer aber fühlt sich das Subjekt uneins mit diesen Abläufen, die oft nicht Ich-dyston sind. Man spricht dann bei den persistierenden Formen von einer Zwangsstruktur, einem Zwangscharakter oder einer Zwangspersönlichkeit.

Der Zwang eines transgenerationalen Vermächtnisses, wie er z.B. in einem Orakelspruch zu Geltung kommt, macht den Helden eigentlich schuldlos, obwohl dieser sich trotzdem als schuldig empfindet (FREUD 1938, S. 119). Die retrograde Anerkennung der Unerläßlichkeit des Schicksals gehört zu den „Weisheiten“ des Alters.

Der typische Konflikt in dieser inneren sadomasochistischen Beziehungsform, die auch als ein Spannungsfeld zwischen dem Ich und einem grausamen Über-Ich oder zwischen der Selbst- und böartigen Objektrepräsentanzen beschrieben werden kann, manifestiert sich in Symptomen von Zwangsgedanken, zwanghaft ausgeführten, eigentlich unerwünschten Handlungen, Zweifeln und Skrupeln, Beschwörungsritualen sowie Hemmungen des Denkens und Handelns. Affekte werden verschoben, verkleinert, isoliert von ihren szenischen Inhalten. Handlungen werden ungeschehen gemacht, oder es finden Wiedergutmachungsaktionen statt, die den vermeintlich angerichteten Schaden beheben sollen. Die Ambivalenz ist lähmend und Regression oft unausweichlich. Die spezifischen Abwehraktivitäten des Subjektes scheinen sich, ähnlich wie auch andere defensive Abläufe, vor allem gegen die eigenen, vermeintlich omnipotenten, sadistisch-destruktiven Impulse zu richten. Die in den Kompromißbildungen vermehrt eingenommene masochistische Position enthält offensichtlich ein geringeres Potential an Schuld als die sadistische.

Welche psychotherapeutischen Konsequenzen haben solche Modellvorstellungen? Werden Form und Inhalt der therapeutischen Beziehung als Ort möglicher Veränderungen und damit eines psychotherapeutischen Prozesses angesehen, so geht es darum, die therapeutische Beziehung vom Therapeuten her so zu gestalten, daß die Zwangsphänomene im Laufe der unbewußt erfolgenden Übertragungsabläufe vom Patienten allmählich in die therapeutische Beziehung eingeschrieben werden können. Intrapsychische Beziehungs-, Erlebens- und Handlungskonfigurationen des Patienten, bzw. entsprechende Phantasmen oder Scripts, können auf diese Weise allmählich in das hic et nunc der realen therapeutischen Beziehung transskribiert werden. Sie werden damit im Außenraum aktualisiert und neu personalisiert, d.h. der Therapeut bekommt eine Rolle zugeschrieben, die er im Detail gar nicht kennt. Verbalisiert er die Diskrepanz dieser Position zu seiner eigentlichen Funktion, so verhilft er dem Patienten, Aspekte der Übertragung allmählich als Ich-dyston zu erleben und damit nach anderen Lösungsversuchen der zugrundeliegenden Konflikte zu suchen. Dies geht allerdings nur, wenn der Therapeut, in milder eigener Übertragung, den Patienten „besetzt“ behalten kann, ihn trotz – oder eventuell gerade wegen – seiner Konflikte weiterhin „mag“. Die Sorge des Therapeuten, einen Beziehungskontakt zu wahren, der nicht automatisch und unhin-

terfragt asymmetrisch wird und Züge eines ausnützenden Zwanges enthält, ermöglicht dem Patienten, nach der Verzerrung der Beziehung durch die Übertragung, stets von neuem die Restauration einer „balance of fairness“ zu erleben. Je nach der psychischen Grundstruktur des Patienten und dem Niveau seiner Regression werden sich seine Zwänge in sehr unterschiedlicher Form in der therapeutischen Beziehung manifestieren. Besteht eine starke Neigung zu projektiver Abspaltung, so zwingt der Patient im Spiel der Übertragungskräfte den Therapeuten, sich mit den abgespaltenen und projizierten Anteilen der entsprechenden Beziehungsrepräsentanzen zu identifizieren. Dieser Vorgang entspricht einer unbewußt und oft auch sehr subtil verlaufenden Nötigung des Gegenübers, hat – vom Patienten her gesehen – zugleich defensive wie auch – vom Prozeß her verstanden – kommunikative Aufgaben. Er stellt oft die einzige Möglichkeit dar, aus der verzweifelten und ausweglos erscheinenden Situation eines *circulus vitiosus* wieder herauszukommen. Das therapeutische Gegenüber wird, soll es seine therapeutische Funktion behalten, in die Position eines Begrenzers „gezwungen“, der die imaginäre Zerstörung übersteht, funktionsfähig bleibt, keine Fusion eingeht, sich nicht rächt, d.h. sich weder an aggressiven noch libidinösen Omnipotenzphantasmen des Patienten aktiv beteiligt und damit auch Übergangsräume aufrecht erhält. Der Therapeut wirkt bei den Patienten, die nicht eine Psychose abwehren, antiregressiv. Er schließt sich damit auch nicht den Eliminationsmechanismen bezüglich der dritten Person an, sondern bestärkt den Patienten in seinem Mut, triadische Beziehungskonfigurationen anzugehen und diese weder durch Spaltung noch durch regressive Elimination in reine Zwei-plus-eins-Formen umzuwandeln. Überdies ermöglicht er dem Patienten die Erfahrung, daß ein „liebender Kampf“ (JASPERS) zur Generierung eines Dritten beiträgt. All dies bedarf andauernder Sorgfalt und hat für Patient und Therapeut oft eine unterschiedliche Bedeutung. Regressive Ängste und die entsprechende Rage werden in vielen kleinen Schritten umformbar und in erträgliche Portionen von Wut und schließlich in kreatives Handeln umgewandelt. Letztes zeigt sich in einem zunehmenden Vermögen, gemeinsam geteilte interpersonelle Kompromisse auszuhandeln. Der Weg über „das Dritte“ führt zu „dem Dritten“. Auch zwanghafte Charakterzüge wie extreme Sparsamkeit, Genauigkeit und Überpünktlichkeit lassen sich so allmählich in Beharrlichkeit und Hartnäckigkeit umwandeln, die sich in den Dienst einer angemessenen Realisierung zentraler eigener Bedürfnisse des Patienten stellen lassen.

Literatur

- BÜRGIN, D. (1995): Prenatal representations and postnatal interactions of a threesome (mother, father, baby). In: BITZER, J./STAUBER, M. (Eds.): *Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, Bologna: Monduzi; S. 185-191.
- Duden: *Das Herkunftswörterbuch* Bd VII, Mannheim: Bibliographisches Institut, 1963.
- FREUD, S. (1919): *Das Unheimliche*, GW XII.
- FREUD, S. (1938): *Abriss der Psychoanalyse*, GW Bd. XVII.
- Knaurs: *Herkunftswörterbuch*, München: Lexikographisches Institut, 1982.
- KNÖLKER, U./KLOSE, I. (1987): *Langzeitkatamnesen von Kindern und Jugendlichen mit Zwangssymptomen*. In: NISSEN, G. (Hrsg.): *Prognose psychischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter*. Bern: Huber, S. 136-144.

NISSEN, G. (1995): Zwangserkrankungen im Kindes- und Jugendalter. In: NISSEN, G. (Hrsg.): Zwangserkrankungen. Bern: Huber, S. 108-118.

PARRY-JONES, W.L. (1991): Zwangserkrankungen, ihre Therapie und Prognose. In: NISSEN, G. (Hrsg.): Psychogene Psychosyndrome. Bern: Huber, S. 105-118.

ROTHENBERGER, A. (1995): Tics und Zwänge. In: NISSEN, G. (Hrsg.): Zwangserkrankungen im Kindes- und Jugendalters. Bern: Huber, S. 139-153.

STERN, D. (1992): Die Lebenserfahrung des Säuglings. Stuttgart: Klett-Cotta.

Anschrift des Verfassers: Prof. Dr. med. Dieter Bürgin, Kinder- und jugendpsychiatrische Universitätsklinik und -poliklinik, Schaffhauser Rheinweg 55, CH-4058 Basel.