

von der Marwitz, Theo

## **Zu Ätiologie, psychoanalytischer Diagnostik und Behandlung von Zwangserkrankungen bei Kindern und Jugendlichen**

*Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 57 (2008) 6, S. 468-485*

urn:nbn:de:bsz-psydok-48276

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](mailto:psydok@sulb.uni-saarland.de)

Internet: [psydok.sulb.uni-saarland.de/](http://psydok.sulb.uni-saarland.de/)

# Zu Ätiologie, psychoanalytischer Diagnostik und Behandlung von Zwangserkrankungen bei Kindern und Jugendlichen<sup>1</sup>

Theo von der Marwitz

## Summary

*Etiology, Psychoanalytical Diagnosis and Treatment of Obsessive-compulsive Disorder in Childhood and Adolescence*

An overview of the psychoanalytical and developmental psychological theories about the etiology of obsessive-compulsive disorder (OCD) is given, the most important steps of psychoanalytical diagnosis and the possibilities of psychodynamic treatment are described. The author stresses the importance of the various expressions of obsessive-compulsive symptoms in classical obsessional neurosis and earlier forms of anankastic disorder. He presents the specific therapeutic approaches to the different structural levels of OCD and puts special emphasis on the observation, that in the course of psychodynamic treatment during the process of working through an oscillation between different structural levels is possible.

*Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 57/2008, 468-485*

## Keywords

Obsessive compulsive disorder (OCD) – early anankasm – obsessional neurosis – anality – psychodynamic interventions in OCD

## Zusammenfassung

Es wird eine Übersicht über neuere psychoanalytische und entwicklungspsychologische Theorien zur Entstehung von Zwangserkrankungen in Kindheit und Jugendalter vorgelegt, die wichtigsten Schritte der psychoanalytischen Diagnostik dargestellt und die Möglichkeiten von psychodynamischer Behandlung aufgezeigt. Die Bedeutung unterschiedlicher Ausprägungsformen der Zwangssymptomatik bei der klassischen Zwangsneurose und den unterschiedlichen Erscheinungen des frühen Anankasmus werden herausgearbeitet und die spezifischen therapeutischen Herangehensweisen auf verschiedenen Strukturniveaus werden dargestellt. Dabei wird besonderes Gewicht gelegt auf die Beobachtung, dass im Verlauf einer psychodynamischen Behandlung im Prozess des Durcharbeitens ein Oszillieren zwischen den verschiedenen Strukturniveaus möglich ist.

---

<sup>1</sup> Der Artikel ist eine überarbeitete Fassung des Diskussionsentwurfs für eine Psychoanalytische Leitlinie „Zwangserkrankungen“ (s. Bechtler et al., 2007).

## Schlagwörter

Zwangserkrankung – früher Anankasmus – Zwangsneurose – Analtät – psychodynamische Interventionen bei Zwangserkrankungen

## 1 Vorbemerkung

Seit über 100 Jahren werden zwangskranke Patienten mit den Mitteln der Psychoanalyse (vgl. Freud 1909, 1917; Abraham 1924) erfolgreich behandelt. Die ersten Fallberichte über die Behandlung zwanghafter Kinder und Jugendlicher entstanden in den 20er Jahren des vergangenen Jahrhunderts (vgl. Klein 1924), seitdem liegen eine Fülle von Kasuistiken vor, die die Behandlung von Zwangsstörungen auf unterschiedlichen Strukturniveaus mit verschiedenen psychoanalytischen Behandlungsansätzen klinisch detailliert beschreiben. Bevor wir die neueren Behandlungsansätze detaillierter beschreiben, möchten wir einige Vorbemerkungen zu unserem ätiologischen Verständnis von Zwangserkrankung und deren wissenschaftlicher Fundierung machen.

## 2 Ätiologie von Zwängen

Schon in der Wortbedeutung, hergeleitet vom althochdeutschen *thwingan*, 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. (Nach Grimm, Deutsches Wörterbuch Bd. 32, S. 932f).

Wir möchten hier auf den bereits in der Sprache enthaltenen Beziehungsaspekt hinweisen. „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“ (Bürgin, 1998, S. 68).

Um die verwirrende Vielgestaltigkeit, das Rätselhafte von Zwangsphänomenen zu erfassen und einen Zugang zu den betroffenen Patienten zu finden, möchten wir verschiedene ätiologische Aspekte beleuchten:

### 2.1 Neurobiologische Aspekte

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 Serotonin-Stoffwechsel sowie bei anderen Neurotransmittern angenommen. Diese Befunde können erklären, was Zwangsstörungen im Gehirn bewirken, sie haben auch eine große Bedeutung für die Möglichkeit einer psychopharmakologischen Behandlung einzelner Formen von Zwängen. 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 wieder verändern kann“ (Lang, 2003, S. 254).

## 2.2 Entwicklungspsychologische Aspekte

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 (Bürgin, 1998) zwischen dem Kind und seinen unmittelbaren Bezugspersonen. Diese Wiederholungen lagern sich in präverbalen Vorformen des Gedächtnisses als Episoden ab, die, so Stern (1992), als generalisierte Repräsentationen von Interaktionen (RIG) 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 Fonagy, 2004, S. 173 ff; ab dem Alter von 3 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 dem 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 (Gopnik, 1999; zit. nach Dornes, 2004). An diesem Punkt wird die Beherrschung des „Nein“ gegenüber der bislang allmächtig erlebten Mutter zu einem machtvollen Organisator der kindlichen Entwicklung (Spitz, 1967).

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 signifikant 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).

Diese krisenhafte Passage bedarf der Sicherung durch Rituale, deren Sinn nicht mehr hinterfragt wird (Erdheim, 1992), 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. Brunnhuber, 2001) spricht für das Alter von anderthalb bis vier Jahren geradezu von einer Phase des „Zwangsprimates“, die nicht automatisch in einer Zwangsneurose mündet, sondern quasi physiologischen Charakter hat. Dazu leistet Fonagy mit seiner Äquivalenz-Modus-Theorie die kognitionspsychologische Begründung: Nach dem Äquivalenz-Modus erleben Kinder bis zum Alter von vier Jahren ihre Gedanken so, als ob sie die Realität unmittelbar abbildeten. Werden in früheren psychoanalytischen Konzepten die Allmacht und die

Überwertigkeit von Zwangsgedanken auf den Einfluss unbewusster Phantasien zurückgeführt, betrachtet Fonagys „... Äquivalenz-Modus-Theorie ... diese Überwertigkeit in gewissem Umfang als eine Eigenart des normalen kindlichen Denkens“ (nach Dornes, 2004, S. 184).

Auch nach von Klitzing (2003, S. 2) sind in der Kindheit „... Zwangsphänomene 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 Kipppunkt (Senarclens, 2004) zwischen dem Voranschreiten von Entwicklung und dem Rückfall in psychotische Desintegration.

## 2.3 Objektbeziehungstheoretische Aspekte

Unsere Darstellung der entwicklungspsychologischen Aspekte stellte bereits die Bedeutung von frühen Beziehungs- und Bindungserfahrungen bei der Herausbildung von obsessivem Denken und Verhalten dar. Zwänge können als der Versuch betrachtet werden, mit einem unlösbaren Autonomie-Abhängigkeits-Konflikt umzugehen: 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. 83f) bezeichnet die Zwangsstörung so auch als „Pathology of Privacy“, dem Patienten mit Zwangsstörung fehle gegenüber dem intrusiv erlebten Objekt ein sicherer Innenraum.

### 2.3.1 Strukturelle Betrachtungsweisen

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 Streeck-Fischer, 1998).

### 2.3.2 Zwang als „Ort des seelischen Rückzuges“

Postkleinianische Autoren haben mit ihren Arbeiten über pathologische Persönlichkeitsorganisation ebenfalls wichtige Beiträge zum Verständnis schwerer struktureller Zwangspathologien geleistet. Gegenüber der paranoid-schizoiden und der depressiven Position, zwischen denen ein ständiger Austausch, ähnlich einem chemischen Gleichgewichtszustand stattfindet, führte 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, 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 ff).

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“ entschlossen zu verteidigen, „... es ist, als flüchteten sie sich in einen einsamen Unterschlupf ...“ (Green, zit. n. Senarclens, 2004, S. 17). 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 (vgl. Meltzer, 2005, „Leben im Clastrum“, S. 89 ff). Dieser bietet dann zwar einen begrenzten Schutz vor intrusiven Objekten, zugleich vermittelt er jedoch das Gefühl des Eingeschlossenen, des emotional Leblosen oder Maschinenhaften (Bovensiepen, 1997). Steiner (1993, S. 20 ff) 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“ (Steiner) 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.

Beide Konzepte stehen sich u. E. nur scheinbar unvereinbar gegenüber. Bei allem Wert, den eine genaue strukturelle Diagnostik zu Beginn und während eines Behandlungsverlaufes darstellt, sollte man doch gerade bei Kindern und Jugendlichen nie vergessen, dass es sich hierbei um Momentaufnahmen handelt. Die Möglichkeit des Oszillierens zwischen verschiedenen Positionen ist gerade dann gegeben, wenn durch eine Behandlung das Verlassen eines „Ortes des seelischen Rückzuges“ möglich wird. Dies soll in den nun folgenden Abschnitten zu Diagnostik und Therapie weiter ausgeführt werden.

### 3 Diagnostik<sup>2</sup>

Bei den ersten Begegnungen mit dem Zwangskranken und seiner Familie sind neben der Anamneseerhebung, die den gesamten Diagnostikprozess begleitet, das szenische Verstehen, das Spiel bzw. das Gespräch sowie die Reflektion von Übertragung und Gegenübertragung zentraler Bestandteil einer psychodynamischen Diagnostik. Wir wollen diese Punkte zusammen mit den dazu gehörigen Abwehrmechanismen auf den verschiedenen Strukturebenen darstellen.

#### 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“ ...,

---

<sup>2</sup> Zur Darstellung von Differentialdiagnose und Komorbidität bei Zwangserkrankungen sei auf die entsprechenden Lehrbücher verwiesen (z. B. Bovensiepen, 2007, S. 294 ff.).



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“ (Segal, zit. n. 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 Kräfte-messen um die Grenze des therapeutischen Raumes, um das Stundenende.

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“ (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 (Fonagy, 2004, S. 261 ff) 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.

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.

### 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.

Auf einem mittleren Strukturniveau erscheint der Zwang v. a. in seiner antidepressiven Funktion. 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. 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, „... einer Angst vor Selbstauflösung und Selbstverlust in progressiver Weise zu begegnen“ (Quint, 1987, S. 45).

### 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 können 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.

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 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) 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-synton. 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).

### 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 ungelöste innere Konflikt umgangen. In den *Gegenübertragungsgefühlen* wird der Therapeut von Empfindungen extremer Ohnmacht und Hilflosigkeit erfüllt.

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 enteelte, 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 Verän-

derungen versichert (Quint, 1984). 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 (Streeck-Fischer, 1998), auf einer strukturellen Betrachtungsebene gesehen sind diese Patienten zwischen niedriger Integration und Desintegration angesiedelt.

### 3.5 Schlussbemerkung

Diese Darstellung der unterschiedlichen Entfaltungsmöglichkeiten von Zwangserkrankungen soll 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.

## 4 Behandlung

### 4.1 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).

### 4.2 Zwangsstörung auf neurotischem Entwicklungsniveau

Im Behandlungsprozesses mit zwangsneurotischen Kindern und Jugendlichen soll ein Raum geschaffen werden, 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 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. Fonagy et al., 2004). Nach Meares (1994) 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 (2004) beschreibt diesen Modus des Denkens als den der psychischen Äquivalenz: 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 Zwangsneurotiker 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 anal-isiert.

### Therapeutische Ansätze

Amitai (1977) 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 realisiert, dass ihm nicht eine kritische, verbotende 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 standhält, 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“ (Stern, 2002, S. 996 f.).

## 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 konflikthaften Ambivalenzen von Liebe und Hass und von infantilem Abhängigkeitsbedürfnis und Autonomiestreben inszeniert werden und integriert werden können“ (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.

### 4.3 Behandlung von Zwangsstörungen auf mittlerem Strukturniveau

Trotz erheblich größerer Mentalisierungsdefizite ist auch bei diesen Patienten die Möglichkeit 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. 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 dessen 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) 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 bangen.

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

#### 4.4 Niedriges und präpsychotisches Strukturniveau

Bei der Arbeit mit gering integrierten und präpsychotischen Zwangskranken – zumeist handelt es sich hier um Jugendliche – ist ein niederfrequentes tiefenpsychologisch 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 behandlingstechnischen Grundsätzen verweisen wir auf Bovensiepen (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 entspr. Entwertungstendenzen, narzisstischen Wutausbrüchen und autoaggressiven 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.

#### 4.5 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“ (Nissen, zit. n. 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 Involviert sein 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. Eltern 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 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.

## 5 Prognostische Überlegungen

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 Aussichtslosigkeit auch bei angebotener Hilfe überwiegt“ (OPD-KJ, 2003, S. 165).

Eine Veränderungsmotivation kann sich auch bei anfangs fehlender Krankheitseinsicht im Laufe des therapeutischen Prozesses entwickeln. In diesen Fällen wird der Behandlungserfolg entscheidend von den verfügbaren familiären Ressourcen abhängen. 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 gemeinsam den Behandlungsrahmen zu halten (vgl. OPD-KJ, 2003).

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 seinen 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 Heilung von Zwangserkrankungen möglich, können blockierte Entwicklungsprozesse wieder in Gang kommen.

## Literatur

- Abraham, K. (1924/1999). *Psychoanalytische Studien Bd. I – Versuch einer Entwicklungsgeschichte der Libido auf Grund der Psychoanalyse seelischer Störungen* (S. 113-183). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Amitai, M. (1977). Die Zwangsneurose. *Psyche*, 31, 391-398.
- Bechtler, G., Hüls-Wissing, A., Marwitz, Th. v.d., Ripke, G., Rippe, B., Schmitt-Thatenhorst, R. (2007). Zwangserkrankungen – Diskussionsentwurf für eine psychoanalytische Leitlinie. *AKJP-Heft 134, XXXVIII*, 239-267.
- Bovensiepen, G. (1997). Das innere Elternpaar und obstrusive Identifizierung mit dem Vater. (Aus der Behandlung eines zwangsneurotischen Jugendlichen) *AKJP-Heft 94, XXVIII*, 187-210.
- Bovensiepen, G. (2007). Zwangsstörungen. In H. Hopf, E. Windaus (Hrsg.), *Lehrbuch der Psychotherapie, Bd. 5, Psychoanalytische und tiefenpsychologisch fundierte Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie* (S. 291-301). München: CIP-Medien.
- Bürgin, D. (1998). Drum zwingt, wem ein Zwang gegeben? *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 47, 66-80.
- Brunnhuber, S. (2001). Zur Psychopathologie, Psychodynamik und Differentialdiagnose des „Frühen Anankasmus“. *Psyche*, 55, 26-42.
- Dornes, M. (2004). Über Mentalisierung, Affektregulierung und die Entwicklung des Selbst. *Forum Psychoanal.*, 20, 175-199.
- Erdheim, M. (1992). Das Eigene und das Fremde. Über ethnische Identität. *Psyche*, 46, 730-744.
- Fonagy, P., Target, M., Cottrell, D., Phillips, J., Kurtz, Z. (2002). *What Works for Whom? A Critical Review of Treatments for Children and Adolescents*. London: Guilford.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., Target, M. (2004). *Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst*. Stuttgart: Klett-Cotta.

- Freud, A. (1966/1987). Psychoanalytische Theorien über Zwangsneurose, G.W. VI (S. 1839-1857). Frankfurt a/M.: Fischer.
- Freud, S. (1909). Bemerkungen über einen Fall von Zwangsneurose, G.W. VII (S. 379-463). Frankfurt a/M.: Fischer.
- Freud, S. (1917). Über Triebumsetzungen, insbesondere der Analerotik, G.W. X (S. 401-410). Frankfurt a/M.: Fischer.
- Gopnik, A., Kuhl, P., Meltzoff, A. (1999/2000). Forschergeist in Windeln: Wie Ihr Kind die Welt begreift. Kreuzlingen: Ariston
- Grimm, J., Grimm, W. (1984). Deutsches Wörterbuch, Bd. 32. München: dtv.
- Grunberger, B. (1971/2001). Vom Narzissmus zum Objekt Gießen: Psychosozialverlag.
- Holder, A. (2002). Psychoanalyse bei Kindern und Jugendlichen. Stuttgart: Kohlhammer.
- Kernberg, O. (1984/1992). Schwere Persönlichkeitsstörungen. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Kernberg, P., Weiner, A., Bardenstein, K. (2001). Persönlichkeitsstörungen bei Kindern und Jugendlichen. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Klein, M. (1924/1998). Die Zwangsneurose eines sechsjährigen Mädchens. Kinderanalyse, 6, 3-27.
- Klitzing, K. v. (2003). Wiederholung und Ritualisierung Psychotherapie im Dialog, 4, 276-281.
- Lang, H. (2003). Zwang, Psychoanalytische Modellbildung und Behandlungsansätze, PiD, Psychotherapie im Dialog, 4, 250-258.
- Meares, R. (1994). A Pathology of Privacy – Towards a New Theoretical Approach to Obsessive-Compulsive Disorder. Contemporary Psychoanalysis, 30, 83-100.
- Meltzer, D. (2005). Das Klausrum – eine Untersuchung klastrophobischer Erscheinungen. Tübingen.
- OPD-KJ (Hrsg.) (2003). Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- u. Jugendalter. Bern: Huber.
- Quint, H. (1984). Der Zwang im Dienste der Selbsterhaltung. Psyche, 38, 717-737.
- Quint, H. (1987). Die kontradepressive Funktion des Zwanges. Forum Psychoanal, 3, 40-50.
- Schulte-Markwort, M. (1999). Zum Wert psychoanalytischer Theorien für das Verständnis von Zwangsstörungen. In U. Knölker (Hrsg.), Zwangsstörungen im Kindes- und Jugendalter (S. 25-37). Aachen: Shaker.
- Senarclens, B. de (2004). Zur Aktualität der Analität bei Grenzfällen. Zeitschrift für psychoanalytische Theorie und Praxis, 19, 13-45.
- Spitz, R. (1965/1996). Vom Säugling zum Kleinkind. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Steiner, J. (1999). Orte des seelischen Rückzugs. Stuttgart: Klett-Cotta
- Stern, D. (1992). Die Lebenserfahrung des Säuglings. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Stern, D., Sander, L.W., Nahum, J.P., Harrison, A. M., Lyons-Ruth, K., Morgan, A. C., Bruschweiler-Stern, N., Tronick, E. Z., (2002). Nichtdeutende Mechanismen in der psychoanalytischen Therapie. Psyche, 56, 974-1006.
- Streeck-Fischer, A. (1998). Zwangsstörungen im Kindes- und Jugendalter – neuere psychoanalytische Sichtweisen und Behandlungsansätze. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 47, 81-95.
- Winnicott, D.W. (1971/1985). Vom Spiel zur Kreativität. Stuttgart: Klett-Cotta, Stuttgart.

**Korrespondenzanschrift:** Dr. med. Theo von der Marwitz, Neustadtscontrescarpe 68, 28199 Bremen; E-Mail: th.marwitz@web.de