

Streeck-Fischer, Annette

**Zwang, Ichorganisation und Behandlungsvorgehen - Zur
Behandlung eines Patienten mit chronifizierter Zwangssymptomatik**

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 38 (1989) 7, S. 237-241

urn:nbn:de:bsz-psydok-33544

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

Erziehungsberatung

<i>Bittner, C./Göres, H. G./Götting, S./Hermann, J.:</i> Bewältigungsstrategien von Jugendlichen und ihre Bedeutung für die Beratung (Adolescents Problem Solving Strategies and their Significance for Counseling)	126
<i>Ehrhardt, K. J.:</i> Sind Erziehungsberatungsstellen mittelschichtorientiert? Konsequenzen für die psychosoziale Planung (Are Child Guidance Clinics orientated along Middle-Class Standards?)	329
<i>Gerlicher, K.:</i> Prävention – erfolgversprechendes Ziel oder illusionäre Aufgabe für die institutionelle Erziehungs-, Jugend- und Familienberatung? (Prevention – Promising Goal or Illusory Task for the Child, Youth, and Family Counseling?)	53

Familientherapie

<i>Buchholz, M. B./Kolle, U.:</i> Familien in der Moderne – Anti-Familie – Familien? (Families Today – Anti-Family-Families?)	42
<i>Gehring, T. M./Funk, U./Schneider, M.:</i> Der Familiensystem-Test (FAST): Eine dreidimensionale Methode zur Analyse sozialer Beziehungsstrukturen (The Family System Test (FAST): A Three Dimensional Method to Analyze Social Relationships)	152

Forschungsergebnisse

<i>Aba, O./Hendrichs, A.:</i> Die stationäre Klientel einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Hessen (The In-Patients of a Psychiatric Hospital for Children and Adolescents in Hessen)	358
<i>Brinich, E. B./Drotar, D. D./Brinich, P. M.:</i> Die Bedeutung der Bindungssicherheit vom Kind zur Mutter für die psychische und physische Entwicklung von gedeihschwachen Kindern (The Relevance of Infant-Mother Attachment Security for the Psychological and Physical Development of Failure-to-thrive Children)	70
<i>Brumby, A./Steinhausen, H.-C.:</i> Der Verlauf der Enuresis im Kindes- und Jugendalter (The Course of Enuresis in Childhood and Adolescence)	2
<i>Ernst, H./Klosinski, G.:</i> Entwicklung und familiales Umfeld bei zwangsneurotischen Kindern und Jugendlichen: eine Retrospektiv- und Vergleichsstudie (Development of Personality and Family Dynamics of Children and Adolescents Suffering from Compulsive Neurosis)	256
<i>Hüffner, U./Mayr, T.:</i> Behinderte und von Behinderung bedrohte Kinder in bayerischen Regelkindergärten – erste Ergebnisse einer Umfrage (Handicapped Children in Bavarian Preschools/Kindergartens – First Results of a Representative Survey)	34
<i>Kammerer, E.:</i> Bewertung stationärer jugendpsychiatrischer Therapie – eine Gegenüberstellung der Urteile von Jugendlichen und Eltern (Parental and Juvenile Satisfaction with Psychiatric Inpatient Treatment – Opinions and Judgements in Contrast)	205
<i>Mempel, S.:</i> Therapiemotivation bei Kindern: Ergebnisse einer empirischen Untersuchung (Children's Motivation for Treatment)	146
<i>Petermann, F./Walter, H. J.:</i> Wirkungsanalyse eines Verhaltenstrainings mit sozial unsicheren, mehrfach be-	

einträchtigten Kindern (Effects of a Behavior Training with Social Incompetent Children with multiple Systems)	118
<i>Ruckgaber, K. H.:</i> Die Einrichtung von externer psychoanalytischer Supervision in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (How to institute External Psychoanalytical Supervision in an Child-Psychiatric-Clinic)	210
<i>Saile, H.:</i> Zur Erfassung des Temperaments bei Kindern (To Assess the Temperament of Infants)	6
<i>Wisniak, U. V./Posch, C./Kitzler, P.:</i> Erlebtes Erziehungsverhalten bei juvenilen Diabetikern in der Pubertät (Experienced Parental Rearing Behaviour of Juvenile Diabetic Children)	354
<i>Zimmermann, W.:</i> Interventionsorientierte Diagnostik der Aggressivität im Kindesalter (Intervention-oriented Diagnosis of Aggressive Social Behaviour in Childhood)	335

Frühförderung

<i>Artnner, K./Barthlen-Weis, M./Offenberg, M.:</i> Intelligenzbeurteilung mit der Kaufman Assessment Battery for Children (K-ABC): Pilotstudie an einer Stichprobe sprachentwicklungsgestörter Kinder (Assesing Cognitive Development with the Kaufman Assessment Battery for Children (K-ABC): A Pilot Study with Speech- and Language-Disordered Children)	299
<i>Kilian, H.:</i> Einige Anmerkungen zu Frühförderung und -theapie aus systematischer Sicht (Some Remarks on Early Education from a Systemic Point of View)	277
<i>Krause, M. P.:</i> Die „bessere Elternschaft“ – Erziehungshaltung von Müttern behinderter Kinder und deren Bewertung durch Fachleute (The „Better Parenthood“. Educational Attitudes in Mothers of Handicapped Children and their Evaluation by Experts)	283
<i>Pfeiffer, E. M.:</i> Bewältigung kindlicher Behinderung (Coping with a Handicapped Child)	288
<i>Sarimski, K./Deschler, J.:</i> Grundlegende soziale Kompetenzen bei retardierten Kindern: Probleme der Förderung und Evaluation (Social Skills Training with Retarded Children: Treatment Issues and Evaluation)	293

Praxisberichte

<i>Hürtner, A./Piske-Keyser, K.:</i> Das gemeinsame Muster physiologischer und beziehungs-dynamischer Prozesse bei einer langjährigen Enkopresis (The Common Patterns of Physiological and Dynamical Processes of a Chronic Encopresis)	171
<i>Hummel, P./Biege-Rosenkranz, G.:</i> Anorexia nervosa in der zweiten Generation? – Eine Fallstudie (Anorexia nervosa in the Second Generation? – A Case Study)	372
<i>Kilian, H.:</i> Eine systematische Betrachtung zur Hyperaktivität – Überlegungen und Fallbeispiele (Some Considerations about Hyperactivity form a Systemic Point of View)	90
<i>Räder, K./Specht, F./Reister, M.:</i> Anorexia nervosa und Down-Syndrom (Anorexia nervosa and Down's Syndrome)	343

Psychosomatik

- Hirsch, M.:* Körper und Nahrung als Objekte bei Anorexie und Bulimie (Own Body and Food as Representation of Objects in Anorexia and Bulimia) 78

Psychotherapie

- Günter, M./du Bois, R./Kleefeld, H.:* Das Problem rasch wechselnder Ich-Zustände in der stationären Langzeittherapie psychotischer Jugendlicher (The Problem of Rapidly Changing Ego-states in Long Term In-patient Treatment of Psychotic Adolescents) 250
- Herzka, S./Nil, V.:* Gemeinsame Strukturen der Psychotherapie und Bewegungstherapie (Analogies of Psychotherapy and Movement Therapy) 216
- Rohse, H.:* Zwangsneurose und Adoleszenz (Compulsive Neurosis and Adolescence) 241
- Streck-Fischer, A.:* Zwang, Ichorganisation und Behandlungsvorgehen (Compulsion, Organisation of Ego, and Approaches to Treatment) 236
- Süssenbacher, G.:* Die „Hornbärprinzessin“: Anorexie als gelebte Katachrese in der Tochter-Vater-Beziehung – ein Fallbericht (The „Hornbear-Princess“: Anorexia Nervosa as „performed“ Katachresis in Daughter-father Relationship) 164

Übersichten

- Berger, M.:* Klinische Erfahrungen mit späten Müttern und ihrem Wunschkind (Clinical Experiences with Late Mothers and their „Wished for“ Children) 16
- Blesken, K. W.:* Systemisch orientierte Supervision in der Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen (Systemically orientated Supervision of Psychotherapy with Children and Adolescents) 322
- Brack, U. B.:* Die Diagnose der mentalen Retardierung von Kindern im Spannungsfeld von Medizin, Psychologie und Pädagogik (The Diagnosis of mental Retardation in Children from a Medical, Psychological and Pedagogical Point of View) 83
- Frey, E.:* Über-Ich und Gewissen. Zum Unterschied der beiden Begriffe und seiner Bedeutung für die Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen (Superego or Conscience. On the Differentiation of both Terms and its Function for the Psychotherapy of Children and Adolescents) 363
- Rothaus, W.:* Die Auswirkungen systemischen Denkens auf das Menschenbild des Therapeuten und seine therapeutische Arbeit (The Consequences of Systemic Thinking on the Therapist's Idea of Man and his Therapeutic Work) 10
- Schlaginhausen, F./Felder, W.:* Sprachliche Form des Columbustests für Sehbehinderte (Langeveld Columbus Test: Adapted for the Testing of Visually Handicapped Children) 133
- Specht, F.:* „Fremdplazierung“ und Selbstbestimmung („Outside Placement“ and Self-Determination) 190
- Steinhausen, H. C.:* Zur Klassifikation und Epidemiologie „psychosomatischer“ Störungen im Kindes- und Jugendalter (On Classification and Epidemiology of „Psychosomatic Disorders“) 195

Tagungsberichte

- „Was heißt Aufarbeiten nationalsozialistischer Vergangenheit?“ – Bericht über die XXIII. Wissenschaftliche Jahrestagung der Bundeskonferenz für Erziehungsberatung e. V. 97
- Bericht über das VIII. Internationale Würzburger Symposium für Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters 100

- Bericht über die 21. wissenschaftliche Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie vom 8. bis 10. Mai 1989 in München 263

Buchbesprechungen

- Alvin, J.:* Musik und Musiktherapie für behinderte und autistische Kinder 308
- Arens, C./Dzikowski, S. (Hrsg.):* Autismus heute. Bd. 1: Aktuelle Entwicklungen in der Therapie autistischer Kinder 139
- Balint, M.:* Die Urformen der Liebe und die Technik der Psychoanalyse 107
- Beland, H. et al. (Hrsg.):* Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 22 222.
Berner Datenbuch der Pädiatrie. 3. vollst. bearb. u. ergänzte Aufl. 179
- Bierhoff, H. w./Montada, L. (Hrsg.):* Altruismus. Bedingungen der Hilfsbereitschaft 221
- Bodenheimer, A. R.:* Verstehen heißt antworten. Eine Deutungslehre aus Erkenntnissen der Psychotherapie 27
- Brakhoff, J. (Hrsg.):* Kinder von Suchtkranken. Situation, Prävention, Beratung und Therapie 102
- Bürgin, D. (Hrsg.):* Beziehungskrisen in der Adoleszenz 226
- Chasseguet-Smirgel, J.:* Kunst und schöpferische Persönlichkeit – Anwendung der Psychoanalyse auf den außertherapeutischen Bereich 269
- von Cube, F./Storch, V. (Hrsg.):* Umweltpädagogik – Ansätze, Analysen, Ausblicke 227
- Daly, R./Sand, E. A. (Eds.):* Psychological Treatment of mental illness 60
- Erning, G./Neumann, K./Reyer, J. (Hrsg.):* Geschichte des Kindergartens. Bd. 1: Entstehung und Entwicklung der öffentlichen Kleinkindererziehung in Deutschland von den Anfängen bis zur Gegenwart. Bd. 2: Institutionelle Aspekte, systematische Perspektiven, Entwicklungsverläufe 62
- Esser, U.:* Rogers und Adler. Überlegungen zur Abgrenzung und zur Integration 110
- Esser, U./Sander, K. (Hrsg.):* Personenzentrierte Gruppentherapie – therapeutischer Umgang mit der Person in der Gruppe 223
- Flammer, A.:* Entwicklungstheorien. Psychologische Theorien der menschlichen Entwicklung 379
- Flosdorf, P. (Hrsg.):* Theorie und Praxis stationärer Erziehungshilfe. Bd. 1: Konzepte in Heimen der Jugendhilfe; Bd. 2: Die Gestaltung des Lebensfeldes Heim 182
- Franke, U. (Hrsg.):* Aggressive und hyperaktive Kinder in der Therapie 140
- Freedman, A. M./Kaplan, H. I./Sadock, B. J./Peters, U. H. (Hrsg.):* Psychiatrie in Praxis und Klinik. Bd. 3: Neurosen, Bd. 4: Psychosomatische Störungen 179
- Fröhlich, A. D. (Hrsg.):* Kommunikation und Sprache körperbehinderter Kinder 380
- Gerlinghoff, M./Backmund, H./Mai, N.:* Magersucht. Auseinandersetzung mit einer Krankheit 139
- Graf-Nold, A.:* Der Fall Hermine Hug-Hellmuth. Eine Geschichte der frühen Kinder-Psychoanalyse 266
- Gruen, A.:* Der frühe Abschied. Eine Deutung des plötzlichen Kindstodes 305
- Haberkorn, R./Hagemann, U./Seehausen, H. (Hrsg.):* Kindergarten und soziale Dienste 182
- Heckerens, H. P.:* Die zweite Ehe – Wiederheirat nach Scheidung und Verwitwung 312
- Herzog-Bastian, B./Jacobi, V./Moser, P./Schewring, A.:* Straftaten Jugendlicher. Ursachen, Folgen, sozialpädagogische Maßnahmen 377
- Holle, B.:* Die motorische und perzeptuelle Entwicklung des Kindes 180
- Hooper, S. R./Willis, G.:* Learning Disability Subtyping 379

<i>Iben, G.</i> (Hrsg.): Das Dialogische in der Heilpädagogik	313	der Heimerziehung: Ein empirischer Beitrag zum Problem der Indikation	105
<i>Innerhofer, P./Klicpera, C.</i> : Die Welt des frühkindlichen Autismus. Befunde, Analysen, Anstöße	138	<i>Pothmann, R.</i> (Hrsg.): Chronische Schmerzen im Kindesalter	348
<i>Institut für soziale Arbeit e. V.</i> (Hrsg.): Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie. Zwischen Konkurrenz und Kooperation	307	<i>van Quekelberghe, R.</i> : Anna – eine Lebenslaufanalyse	228
<i>Jäger, R. S.</i> (Hrsg.): Psychologische Diagnostik – Ein Lehrbuch	109	<i>Quindt, H.</i> : Die Zwangsneurose aus psychoanalytischer Sicht	102
<i>Kammerer, E.</i> : Kinderpsychiatrische Aspekte der schweren Hörschädigung	308	<i>Reinhard, H. G.</i> : Formen der Daseinsbewältigung psychisch gestörter Jugendlicher	380
<i>Kast, V.</i> : Familienkonflikte im Märchen	224	<i>Reiter, L./Brunner, E./Reiter-Theil, S.</i> (Hrsg.): Von der Familientherapie zur systematischen Perspektive	311
<i>Kautter, H./Klein, G./Laupheimer, W./Wiegand, H. S.</i> : Das Kind als Akteur seiner Entwicklung. Idee und Praxis der Selbstgestaltung in der Frühförderung entwicklungsverzögerter und entwicklungsgefährdeter Kinder	346	<i>Reiter-Theil, S.</i> : Autonomie und Gerechtigkeit. Das Beispiel der Familientherapie für die therapeutische Ethik	310
<i>Kisker, K. P./Lauter, H./Meyer, J. E./Müller, C./Strömgen, E.</i> (Hrsg.): Psychiatrie der Gegenwart; Bd. 7: Kinder- und Jugendpsychiatrie	306	<i>Remschmidt, H./Schmidt, M.</i> (Hrsg.): Kinder- und Jugendpsychiatrie in Klinik und Praxis. Bd. 1: Grundprobleme, Pathogenese, Diagnostik, Therapie	105
<i>Klockhaus, R./Trapp-Michel, A.</i> : Vandalistisches Verhalten Jugendlicher	378	<i>Remschmidt, H./Schmidt, M.</i> (Hrsg.): Alternative Behandlungsformen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie	220
<i>Klosinski, G.</i> (Hrsg.): Psychotherapeutische Zugänge zum Kind und Jugendlichen	305	<i>Rerrich, M. S.</i> : Balanceakt Familie. Zwischen alten Leitbildern und neuen Lebensformen	184
<i>Kratz, B.</i> : Freuds Ehrgeiz – seine Lehrer und Vorbilder	304	<i>Rijnaarts, J.</i> : Lots Töchter. Über den Vater-Tochter-Inzest	26
<i>Kübler, H. D./Kuntz, S./Melchers, C.</i> : Angst wegspielen. Mitspieltheater in der Medienerziehung	104	<i>Rosenberger, M.</i> (Hrsg.): Ratgeber gegen Aussonderung	183
<i>Kühne, H. H.</i> (Hrsg.): Berufsrecht für Psychologen	28	<i>Rudolf, G.</i> : Therapieschemata für die Psychiatrie	25
<i>Kutter, P.</i> : Moderne Psychoanalyse	270	<i>Schneider-Henn, K.</i> : Die hungrigen Töchter. Eßstörungen bei jungen Mädchen	25
<i>Lamnek, S.</i> : Qualitative Sozialforschung. Bd. 1: Methodologie	180	<i>Schuhmacher, D.</i> : Sprechen und Sehen	381
<i>Landenberger, G./Trost, R.</i> : Lebenserfahrungen im Erziehungsheim	313	<i>Schwob, P.</i> : Großeltern und Enkelkinder. Zur Familiendynamik der Generationsbeziehung	311
<i>Lempp, R.</i> (Hrsg.): Reifung und Ablösung. Das Generationenproblem und seine psychopathologischen Randformen	61	<i>Speck, O.</i> : System Heilpädagogik – eine ökologisch-reflexive Grundlegung	26
<i>Liedtke, R.</i> : Familiäre Sozialisation und psychosomatische Krankheit. Eine empirische Studie zum elterlichen Erziehungsstil bei psychosomatisch erkrankten Kindern	220	<i>Spiel, G.</i> : Hemisphärendominanz – Lateralität	347
<i>Lohaus, A.</i> : Datenerhebung in der Entwicklungspsychologie	309	<i>Spiel, W./Spiel, G.</i> : Kompendium der Kinder- und Jugendneuropsychiatrie	60
<i>McDougall, J.</i> : Theater der Seele – Illusion und Wahrheit auf der Bühne der Psychoanalyse	268	<i>Spring, J.</i> : Zu der Angst kommt die Scham. Die Geschichte einer sexuell mißbrauchten Tochter	225
<i>Merkens, L.</i> : Einführung in die historische Entwicklung der Behindertenpädagogik in Deutschland unter integrativen Aspekten	184	<i>Steiner, G.</i> : Lernen. 20 Szenarien aus dem Alltag	109
<i>Merkens, L.</i> : Aggressivität im Kindes- und Jugendalter	378	<i>Steller, M.</i> : Psychophysiologische Aussagebeurteilung. Wissenschaftliche Grundlagen und Anwendungsmöglichkeiten der „Lügendetektion“	103
<i>Merz, M.</i> : Schwangerschaftsabbruch und Beratung bei Jugendlichen – eine klinisch-tiefenpsychologische Untersuchung	225	<i>Stork, J.</i> (Hrsg.): Das menschliche Schicksal zwischen Individuation und Identifizierung. Ein Psychoanalytischer Versuch	268
<i>Moosmann, H.</i> : Der Kampf um die kindliche Imagination oder Annäherung an des Kind Jesu	61	<i>von Tetzchner, S./Siegel, L./Smith, L.</i> (Eds.): The Social and Cognitive Aspects of Normal and Atypical Language Development	380
<i>Müller-Hohagen, J.</i> : Verleugnet, verdrängt, verschwiegen – Die seelischen Auswirkungen der Nazizeit	228	<i>Thomasius, R.</i> : Lösungsmittelmißbrauch bei Kindern und Jugendlichen. Forschungsstand und praktische Hilfen	349
<i>Mutzek, W./Pallasch, W.</i> (Hrsg.): Integration von Schülern mit Verhaltensstörungen	181	<i>von Trad, P.</i> : Psychosocial Scenarios for Pediatrics	63
<i>Nissen, G.</i> (Hrsg.): Allgemeine Therapie psychischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter	307	<i>von Uslar, D.</i> : Sein und Deutung. Grundfragen der Psychologie	223
<i>Petermann, F.</i> (Hrsg.): Verhaltensgestörtenpädagogik	28	<i>Volpert, W.</i> : Zauberlehrlinge. Die gefährliche Liebe zum Computer	349
<i>Petermann, U.</i> : Sozialverhalten bei Grundschulern und Jugendlichen	221	<i>Walper, S.</i> : Familiäre Konsequenzen ökonomischer Deprivation	312
<i>Petermann, F./Petermann, U.</i> : Training mit aggressiven Kindern	110	<i>Watzlawick, P.</i> : Münchhausens Zopf oder Psychotherapie und „Wirklichkeit“	311
<i>Petermann, F./Noeker, M./Bochmann, F./Bode, U./Grabisch, B./Herlan-Criado, H.</i> : Beratung mit krebserkrankten Kindern: Konzeption und empirische Ergebnisse	178	<i>Weiss, T.</i> : Familientherapie ohne Familie	108
<i>Petri, H.</i> : Erziehungsgewalt – Zum Verhältnis von persönlicher und gesellschaftlicher Gewaltausübung in der Erziehung	377	<i>Welsch, U./Wiesner, M.</i> : Lou Andreas-Salome. Vom „Lebensurgrund“ zur Psychoanalyse	267
<i>Pikler, E.</i> : Laßt mir Zeit. Die selbständige Bewegungsentwicklung des Kindes bis zum freien Gehen	348	<i>Wendeler, J.</i> : Psychologie des Down Syndroms	140
<i>Planungsgruppe PETRA</i> : Analyse von Leistungsfeldern		<i>Witte, W.</i> : Einführung in die Rehabilitations-Psychologie	108
		<i>Zöller, D.</i> : Wenn ich mit euch reden könnte . . . Ein autistischer Junge beschreibt sein Leben	381
		Editorial: 276, 322	
		Autoren der Hefte: 25, 58, 101, 137, 178, 219, 266, 304, 346, 376	
		Diskussion/Leserbriefe: 58	
		Tagungskalender: 30, 64, 111, 141, 185, 229, 271, 315, 350, 382	
		Mitteilungen: 30, 65, 112, 142, 186, 231, 272, 316, 351, 382	

Zwang, Ichorganisation und Behandlungsvorgehen

Zur Behandlung eines Patienten mit chronifizierter Zwangssymptomatik

Von Annette Streeck-Fischer

Zusammenfassung

Anhand einer Falldarstellung wird aufgezeigt, daß herkömmliche Verstehensansätze des als Zwangsstörung gekennzeichneten Krankheitsbildes unzureichend sind, wenn eine prästrukturelle Störung zugrunde liegt. Eine klassische analytische Behandlungstechnik ist in einem solchen Fall kontraindiziert. Stattdessen bietet sich ein auf die Ich-Struktur ausgerichtetes antwortendes analytisches Vorgehen an.

1 Einleitung

In der Psychoanalyse gilt es als selbstverständlich, daß das manifeste Symptombild psychischer Erkrankungen weder für deren diagnostische Beurteilung noch für das einzuschlagende therapeutische Vorgehen hinreichende Kriterien liefert. Insbesondere unter dem Einfluß ichpsychologisch orientierter Autoren (*Kohut, 1977; Kernberg, 1978; Blanck und Blanck, 1978; Fürstenau, 1977; Heigl-Evers und Heigl, 1983*) wurde der Blick dafür geschärft, daß Krankheitsbilder, die unter Umständen auf den ersten Blick denen der klassischen Neurosen gleichen, über einen psychischen Hintergrund verfügen können, der auf weitreichende vorneurotische Störungen verweist. Ein entscheidendes differentialdiagnostisches Kriterium ist hier das psychische Struktur- bzw. Entwicklungsniveau des jeweiligen Patienten geworden.

Kernberg (1978), der dies im Zusammenhang mit seiner Theorie von Borderline- und narzißtischen Persönlichkeitsstörungen diskutiert hat, hat aufgezeigt, daß z. B. hysterische oder phobische Symptombilder auch in ein niedrigeres Entwicklungsniveau eingelassen sein können und dann ein therapeutisches Vorgehen erfordern, das von der klassischen psychoanalytischen Behandlungstechnik abweicht.

Ist die Unterscheidung zwischen neurotischen Störungen, denen die Entwicklung ganzer, integrierter Selbst- und Objektbilder als strukturierende Elemente des „Normal-Ich“ (*Freud, 1937*) zugrunde liegt, und primitiveren Störungen, bei denen diese integrativen Entwicklungsschritte nicht erfolgt sind, auf der Ebene klinischer Theorie leicht nachvollziehbar, so fragt sich jedoch, ob deren praktisch-klinische Differenzierung ebenso selbstverständlich durchführbar ist.

Diese Problematik der praktisch-klinischen Unterscheidung von neurotischer und prästruktureller Pathologie soll im folgenden anhand eines Patienten mit einer schweren chronifizierten Zwangssymptomatik erörtert werden. Dabei sollen sowohl umschriebene diagnostisch-differentialdiagnostische Implikationen als auch einige therapeutisch-technische Fragen berücksichtigt werden. Therapeutische Aspekte, die sich aus der Spätadoleszenz des Patienten ergeben, werden im folgenden vernachlässigt.

2 Zwangsstörung versus Zwangskrankheit

Das Krankheitsbild der Zwangsstörung ist hinsichtlich des psychopathologischen Erscheinungsbildes und der zugrunde liegenden Psychodynamik im Rahmen der Strukturtheorie beschrieben und als Ausdruck von anal-sadistischen Triebansprüchen und starren Überich-Forderungen diskutiert worden (z. B. *Freud, 1909, 1913; Benedetti, 1978; Quint, 1971, 1982, 1988 u. a.*). Dieser diagnostische Bezugsrahmen erweist sich jedoch als unzureichend dann, wenn sich hinter dem zwangsstörischen Erscheinungsbild eine Störung des Ich-Selbst-Gefüges (*Quint, 1982, 1984, 1988; Benedetti 1978¹*) verbirgt.

Die Differentialdiagnose „Zwangsstörung versus Zwangskrankheit“ bei einer Ich-Selbst-Pathologie ist jedoch schwierig zu stellen, wird als Problem in der Literatur aber nur selten erörtert. Eine solche Unterscheidung zieht jedoch u. U. weitreichende therapeutische Konsequenzen nach sich. Der Wechsel von einem triebtheoretischen Bezugsrahmen hin zu einem selbst- und objektpsychologischen Begriffsrahmen (*Kernberg, 1978*) beinhaltet eine Veränderung, die sich nicht nur in der Verwendung von anderen Ordnungskriterien niederschlägt. Sie geht auch mit einer anderen Qualität der Therapeut-Patient-Beziehung einher, die hinsichtlich der diagnostischen Einstellung und des therapeutischen Umganges von seiten des Therapeuten Folgen hat.

Die klassische Triebtheorie der Neurosen geht vorderhand von einer stabilen Ich-Struktur aus, die von der

¹ *Benedetti* hat versucht, die Zwangsstörung von der Schizophrenie abzugrenzen, läßt aber andere Störungen des Ich-Selbstgefüges bei Zwangserkrankungen weitgehend unberücksichtigt.

technischen Konzeption her mit dem klassischen analytischen Setting verknüpft ist. Demgegenüber bietet die Selbst- und Objektpsychologie Erklärungen für verschiedene Ausprägungen einer mangelhaften Trennung von Selbst- und Objektbildern (psychotische, Borderline-, narzißtische Störungen), die sich im dyadischen Prozeß der Therapie darstellen.

Die diagnostische Fokussierung auf die Repräsentanzen des Selbst und der Objekte erfordert eine Wahrnehmungseinstellung, die von jener in der klassischen Psychoanalyse abweicht (vgl. *Blanck und Blanck, 1978; Fürstenau, 1978; Quint, 1984; Streeck-Fischer 1988*). *Fürstenau* kennzeichnet die gewohnte (an der klassischen Analyse orientierte) Wahrnehmungsdimension als diejenige, die von der Symptomatik und den Charakterwiderständen des Patienten auf unbewußte Zusammenhänge zurückschließt, die dem manifesten Verhalten zugrunde liegen. Während die zweite Dimension, die auf die Ich-Struktur des Patienten ausgerichtete Wahrnehmungsdimension, sich in der aktuellen Arzt-Patient-Interaktion niederschlägt und sich auf die Verlaufsstruktur dieser Interaktion ausrichtet (*Fürstenau, 1977, S. 199*). *Fürstenau* meint damit, daß die Wahrnehmung des Therapeuten ausgerichtet sein müsse auf die Art der strukturellen Ich-Störung, die nicht der Feststellung funktioneller Ich-Störungen auf dem Hintergrund eines normal strukturierten Ichs entspricht, sondern als eine Integrationsleistung klinischer Einzelwahrnehmungen anzusehen ist. Diese veränderte Einstellung hat vor allem im therapeutisch-technischen Vorgehen Konsequenzen. Technische Modifikationen sind erforderlich.

Da bei Patienten mit strukturellen Ich-Störungen im therapeutischen Prozeß mit den Folgen einer mangelhaften Trennung von Selbst- und Objektbildern zu rechnen ist, kommt dem therapeutischen Handeln am ehesten die Aufgabe zu verschiedene primär-mütterliche Funktionen zu übernehmen (*Winnicott, 1974*). Indem der Therapeut im Behandlungsprozeß zumindest vorübergehend solche basalen Funktionen, die im weiteren noch genauer zu kennzeichnen sind, substituiert, schafft er Bedingungen eines „facilitating environment“ (*Winnicott, 1974*), die zu einer ausreichenden Stabilisierung des Ich-Selbst-Gefüges beitragen sollen. Dabei vollzieht sich gemäß der diagnostischen Einstellung ein Wechsel im Interventionsstil von mehr deutend-aufdeckender Qualität zu einer mehr sorgend-bewahrenden. *Heigl und Heigl-Evers* bezeichnen den Wechsel des therapeutisch-technischen Umganges als Verlassen des Prinzips „Deutung“ und Verwendung des Prinzips „Antwort“ (*Heigl-Evers und Heigl, 1983, S. 11*).

3 Fallbeispiel

3.1 Diagnostische Stolpersteine

Der bei Beginn der Behandlung 20jährige Patient H. (vgl. *Streeck-Fischer 1988*) lebte zurückgezogen und weltfremd zusammen mit seiner Großtante, deren Lebensin-

halt es war, den Patienten abgestimmt auf seine Belange zu versorgen. Neben seinem beruflichen Interesse, ordnend, theoretisch eindringend mit Hilfe von kybernetischen Modellen biologische Abläufe zu strukturieren, waren seine Tage gefüllt von einer seit 6 Jahren andauernden Zwangssymptomatik und von Tagträumereien, die vor allem sexuelle Phantasien und Größenvorstellungen zum Inhalt hatten. Zwangsbefürchtungen („Wenn ich meinen Kot nicht genau betrachte, verliere ich den Verstand“) steigerten sich zu sich ausweitenden Kontroll- und Vergewisserungszwängen und führten zu einem komplizierten System von Reinlichkeitsstufen, deren Einhaltung seinen Alltag beherrschten. Obwohl er in seiner Bewegungs- und Handlungsfreiheit dadurch erheblich eingeschränkt und angewiesen war auf die Versorgung durch seine Großtante, schien er wenig darunter zu leiden (vgl. *Quint, 1988, S. 25; Hoffmann und Hochapfel, 1984, S. 10*). Vielmehr litt er daran, daß er bisher keine Freundin hatte; mit zunehmenden Alter und beim Vergleich mit Gleichaltrigen fühlte er sich dadurch mehr und mehr mit eigener Unfähigkeit und Versagen konfrontiert, was ihn schließlich veranlaßte, sich in Behandlung zu begeben. Die von H. vage und diffus dargestellte Lebensgeschichte ließ vor Beginn der Behandlung keine Rückschlüsse auf die Qualität seiner Objektbeziehungen zu. Er begriff sich selbst als geschichtslos. Die zusammengetragenen Fakten fügten sich jedoch ausreichend in das Bild einer Zwangsneurose ein. Erst im Verlauf der Behandlung und im Zusammenhang mit einer veränderten diagnostischen Wahrnehmungseinstellung zeigte sich, daß die phänomenologisch einer Zwangsneurose gleichenden Erscheinungen anders zuzuordnen waren. Diese Schwierigkeit der differentialdiagnostischen Beurteilung sei anhand einiger Beispiele verdeutlicht: H. äußerte sich ausgesprochen verschleiernd und kaschierend, verhielt sich rumpelstilzchenhaft und trug so dazu bei, die diagnostische Beurteilung zu erschweren. Dieses Verhalten bewirkte, daß seine Lebensgeschichte und seine Beziehungen zu anderen Menschen im Unklaren blieben. Der Versuch, dieses Verhalten gemäß einer sinnverstehenden klassisch-analytischen Einstellung als regressiven Abwehr- und Schutzversuch gegenüber einem eindringenden, anal-sadistischen mütterlichen Objekt zu verstehen, erschien naheliegend. Erst im weiteren Verlauf konnte dieses Verhalten aus der Perspektive einer veränderten Wahrnehmungseinstellung als Ausdruck einer ichstrukturellen Problematik, als Hinweis auf eine zugrunde liegende diffuse innere Befindlichkeit erkannt werden (vgl. *Heigl-Evers et al. 1987*).

Erschienen die diversen Zwangsbefürchtungen und -handlungen bei inhaltlicher Betrachtung – etwa das häufige Überprüfen des Hosenreißverschlusses – als spezifischer Ausdruck eines Triebwehrkampfes von abgewehrten sexuell-exhibitionistischen oder – im anderen Kontext – aggressiven Triebimpulsen, so bekamen sie bei formaler Betrachtung der Sukzession des Mitteilungsverlaufes (*Morgenthaler, 1978*) die Bedeutung der Rettung der Autonomie, der Herstellung von Ich-Grenzen – gleichsam als Plombe zur Stabilisierung des Ich-Selbst-Gefü-

ges, in dem Sinne, wie *Morgenthaler* dies bei Perversionen beschrieben hat (vgl. *Streeck-Fischer* 1988).

Quint (1984, 1988) hat darauf hingewiesen, daß Zwangshandlungen als besondere Formen der Selbstreparation angesehen werden können. Er kennzeichnet die Bewegungperseveration als Vorform einer integrativ-synthetischen (*Nunberg*, 1975), organisierenden, die Selbstexistenz garantierenden Funktion des Ichs. In dem hier geschliderten Zusammenhang ist wichtig darüber hinaus hervorzuheben, daß solche Zwangshandlungen auch grenzziehende Funktionen im Sinne der Herstellung von Distanz bei Gefahr des Verlustes von Ich-Grenzen haben können. Wiesen die Zwangseinfälle, in denen vertraute Personen verstümmelt und zerstückelt wurden, den für die Zwangsneurose typischen Abwehrmechanismus der Affektisolierung als regressiver Abwehr- und Schutzvorgang gegen tabuierte Triebimpulse auf, erschien bei Betrachtung folgende Erklärung naheliegender: Da diese Einfälle – für die Zwangsneurose untypisch – ohne Schuld und Mitleidsreaktionen und ohne Auseinandersetzung mit Überich-Inhalten vorgebracht wurden, wurde diese Abwehr als Spaltungsvorgang von dissoziierten Affektzuständen angesehen, bezogen auf die Zwangseinfälle, als Abspaltung unintegrierter aggressiver und sexueller Impulse.

Die ichintegrative (Plomben-) Funktion, die solche, in Zwangsritualen sich äußernde Spaltungsvorgänge haben, kann hier als progressiver Abwehrvorgang angesehen werden (*Quint*, 1982, 1988). Es handelt sich dabei um eine Ich-Aktivität zur Vermeidung von Selbstfragmentierung. Der Abwehrvorgang der Spaltung² wird hier im engeren Sinne gefaßt: Er kennzeichnet das aktive Auseinanderhalten qualitativ unvereinbarer, konträrer Affekt-, Selbst- und Objektzustände (vgl. *Kernberg*, 1978, S. 49). Was hier in Gegenüberstellung verschiedener Betrachtungsweisen knapp zusammengefaßt erörtert wurde, war tatsächlich Ergebnis von Erkenntnissen, die sich im Verlauf der Behandlung erst allmählich und schrittweise einstellten, eine Entwicklung, die sich besonders in der unmittelbaren Patient-Therapeut-Beziehung manifestierte. Der Wandel der diagnostischen Einstellung führte im weiteren zu einem Wandel im technischen Umgang und zu einem qualitativ veränderten Beziehungsangebot von seiten des Therapeuten. Dieses veränderte Beziehungsangebot verlangte vom Therapeuten gegenüber dem Patienten aktiv bestimmte Anpassungsleistungen zu übernehmen.

3.2 Der Therapeut als neues Objekt

Unter der diagnostischen Prämisse, es handle sich um eine schwere chronifizierte Zwangsneurose, wurde das Verhalten von H. in den ersten 50 Stunden gemäß der klassisch-analytischen, deutenden Einstellung als hartnäckiger Widerstand interpretiert. Durch sein Abweichen in die Darstellung komplizierter biologisch-naturwissen-

schaftlicher Zusammenhänge schien H. Schutz vor einem als ein- und zudringlich erlebten mütterlichen Objekt zu finden. Indem er sich – seinen Größenphantasien folgend (z. B. Nobelpreisträger zu werden), phallisch-narzißtisch überlegen zeigte, erreichte er durch narzißtische Besetzung seines Selbst ausreichend Stabilität und verschaffte sich ausreichend Distanz zu dem als bedrohlich erlebten Objekt.

Gleichen Schutz schien er durch eine Art unverbindlicher Partykonversation zu finden, die – als Schutzversuch von der Therapeutin angesprochen – von ihm bald aufgegeben wurde und zur Preisgabe von Zwangsgedanken führte. Beginnend mit dem Einfall „mit einer Injektionsnadel in die Schuhe der Therapeutin hineinzupiksen“ folgten in den nächsten 30 Stunden Assoziationsketten voller archaisch-destruktiver Inhalte. Er erzählte anschaulich und ohne sichtbare affektive Beteiligung von zerfetzten Leichen, Verstümmelten und Gesichtslosen. Er verstümmelte die Therapeutin in der Phantasie an Armen, Beinen und im Gesicht. Er hatte den Einfall die Therapeutin zu würgen und stellte sich gleichzeitig vor, wie sie wohl ohne Pullover im BH aussehen würde.

Gemäß der klassisch-analytischen Wahrnehmungseinstellung, diese Einfälle als Ausdruck zugrunde liegender unbewußter anal-destruktiver und -sadistischer Triebreigungen anzusehen, wurde versucht, die vom Affekt und aus dem Zusammenhang isoliert erscheinenden Attacken mit Affektzuständen in Verbindung zu bringen und die Übertragung eines anal-eindringenden, destruktiven, unberechenbaren Objekts herauszuarbeiten (vgl. *Lang*, 1986).

Diese Versuche schienen H. jedoch eher zu verwirren. Als er von seiner Befürchtung sprach, wegen seiner Einfälle als Irrer eingestuft zu werden, wartete er auf eine direkte Antwort. Mit dem Hinweis der Therapeutin auf eine vernichtend urteilende Instanz in ihm selbst, konnte er nichts anfangen. Daß seine Fragen: „Bin ich verrückt? Wie krank bin ich eigentlich wirklich?“ nicht beantwortet wurden, erlebte er als Abweisung. Er bezeichnete die Therapeutin als Unperson (vgl. dazu auch *Streeck* und *Weidenhammer*, 1987).

Die Zwangssymptomatik nahm zu. Es fanden sich in der Folgezeit immer mehr Hinweise dafür, daß die im klassischen Sinne abstinente Haltung der Therapeutin („Spiegel-, Passivitäts-, Chirurgenhaltung“) H. überforderte. Es stellten sich Zweifel bei der Therapeutin ein, ob die bisherige diagnostische Beurteilung und das daraus folgende therapeutisch-technische Vorgehen der Herausarbeitung eines intersystemischen Konfliktes zwischen Es, Ich und Überich H. gerecht wurde. Vielmehr gab es Hinweise, daß das affektive Nichtreagieren, das Nichtantworten der Therapeutin bei H. die Gefahr der Selbstfragmentierung mit sich brachte. Die Erklärung lag nahe, die jetzt vermehrt berichteten Zwangshandlungen als Versuche von Reparation eines von Selbstauflösung bedrohten Ich-Selbst-Gefüges anzusehen. Das Vorenthalten von realen affektiven Antworten schien vorübergehende regressiv Wiederverschmelzungen von Selbst- und Objektimages auszulösen, was diffuse paranoide

² *Benedetti* u. a. gebrauchen den Begriff der Spaltung synonym mit Selbstfragmentierung.

Ängste zur Folge hatte. Die anal-sadistischen und destruktiven Attacken von H. schienen eine Art „Flucht-nach-vorne-Versuch“ zu sein, das von Fragmentierung bedrohte Selbst plombenhaft zu schützen. Die anal-destruktiven Attacken wurden heftiger. Sie äußerten sich in z.T. unflätigen Redewendungen („Verpiss dich, du dumme Sau“) und bekamen für die Therapeutin gelegentlich den Charakter einer realen Bedrohung.

Geleitet von den oben erwähnten Zweifeln vollzog sich in der Therapeutin ein Umdenkungsprozeß, der allmählich zu einer veränderten therapeutisch-technischen Einstellung führte. Dies sei anhand eines Stundenprotokolls deutlich gemacht:

H. mokiert sich über die Schreibtischlampe, durch die er sich geblendet fühlt. Die Therapeutin hat den Eindruck, daß es H. weniger um die blendende Lampe geht, als daß hier vielmehr ein Aufhänger für diverse Mißstände gefunden wurde. Die Therapeutin regt H. an, sich – ehe sie den Zustand verändern würde – mit der mißlichen Lage zu befassen. Nachdem H. sich kurz darauf einläßt, überfällt ihn maßlose Wut mit noch eben gebremster Raserei. Er überschüttet die Therapeutin mit Schimpfkanonaden, die zum Inhalt haben, daß ihm die Berechtigung seiner Kritik streitig gemacht werde, daß man ihn nicht gelten lasse. Dann will er mit geballten, trommelnden Fäusten und haßerfülltem Gesicht zeigen, womit zu rechnen sein wird, wenn man so mit ihm umgeht, um zu erreichen, daß die Noxe Licht abgestellt wird. Die Therapeutin fühlt sich real bedroht. Sie fürchtet, H. könne in seiner maßlosen Wut aufspringen und sie körperlich angreifen. Sie schließt, daß das Maß Bedrohung ihrer eigenen Person als Hinweis anzusehen ist für das Ausmaß der Ich-Gefährdung von H. H. scheint damit unerträgliche, weil desintegrierende innerpsychische Konflikte per projektiver Identifikation bei der Therapeutin zu deponieren und sich so selbst zu retten. Die Therapeutin entschließt sich H. zuzustimmen, daß sie ihn da wohl übergangen hätte, daß ihr nicht deutlich geworden sei, wie sehr er sich von der Lampe gestört fühle und ihm zu viel zugemutet habe (als Folge ihrer Empathiestörung).

Es wurde jetzt immer mehr deutlich, daß H. überfordert war, wenn er in der von der Therapeutin bis dahin angeregten Weise arbeiten sollte, daß er nicht in der Lage war, vergleichbare Spannungen oder Spannungserhöhungen zu ertragen, die die analytische Technik bewirkte, weil sie ihn mit vernichtend erlebten Gefühlen von Ohnmacht und Hilflosigkeit konfrontierten. Diese Spannungen konnte er durch Zwangseinfälle oder durch heftige, z.T. agierte aggressive Attacken entgehen, denen eine Ich-Dekompensation zugrunde lag.

Um solche Ich-Dekompensationen zu vermeiden wurden Modifikationen eingeführt. Zunächst kamen der Therapeutin einige wichtige primäre Funktionen zu, die ein für die Ich-Struktur von H. abgestimmtes „facilitating environment“ (Winnicott, 1974) schafften. Dazu gehörte einmal die Funktion unerträgliche Zustände per Projektion aufzunehmen, H. damit zu entlasten, gleichzeitig aber nach einem Prozeß des Durcharbeitens in der Therapeutin diese H. in für seinen Ich-Zustand verträglicher Form zurückzugeben (projektive Identifikation, vgl. Kernberg, 1978, S. 77). Eine weitere Funktion bestand darin, H. mit seiner niedrigen Reizschwelle vor äußeren Reizen vorübergehend abzuschirmen, damit seine Arbeitsfähigkeit nicht beeinträchtigt wurde. Die damit

verbundenen vorübergehenden Anpassungsleistungen sollten eine die therapeutische Arbeit begünstigende Atmosphäre schaffen, wobei die Spannungstoleranz, das, was H. noch an Unlustspannung im Hinblick auf fruchtbare therapeutische Arbeit aushalten konnte, als Orientierungspunkt galt (vgl. Heigl-Evers und Heigl, 1983, S. 3; Streeck-Fischer 1986).

Die hier dargestellten Umorientierungen führten zu weitreichenden Veränderungen im Umgang mit H. Das äußere Setting wurde in einigen Punkten auf die Bedingungen von H. abgestellt. Etwa Nähe des Sessels, Licht einfall, Ruhe. Die Therapeutin trat als reale Person immer mehr in Erscheinung; insbesondere hinsichtlich ihrer Gefühlsreaktion gab sie sich mehr und mehr als reale, selektiv antwortende Person zu erkennen (Heigl und Heigl-Evers, 1983). Ein Beispiel dafür bietet eine spätere Stunde:

H. spricht davon einen im Haus kurz klaffenden Hund zu Tode trampeln zu wollen, bis ihm die Eingeweide raushängen. Der Hinweis, daß seine Reaktion auf den Hund vielleicht für das Ausmaß seines Sich-gestört-Fühlens spreche, übergeht er und fährt fort, sich damit zu beschäftigen, wie er die Therapeutin wohl umbringen würde. Den Einwand der Therapeutin, daß sie sich davor schützen würde, zerschlägt H., indem er sagt, wenn er wirklich wolle, hätte die Therapeutin keine Chance. Dann würde er z.B. aus dem Hinterhalt mit einer Schrotflinte schießen. Nachdem er feststellt, daß die Therapeutin nicht freundlich dreinschaue, das sei doch ihre Aufgabe, mokiert er sich und will anfangen, sie weiter zu attackieren. Die Therapeutin sagt daraufhin, daß sie beunruhigt sei von dem, was er, H., da sage und daß es ihr auch Angst mache. H. ist sichtlich überrascht von dieser Reaktion. Er gibt zu erkennen, daß es für ihn schier unvorstellbar ist, daß er bei anderen etwas anrühren könne. Er beendet die Stunde mit der Feststellung, daß er zu seinen Kindern – sollte er mal eine Familie haben – nicht sagen würde, wie er es früher erlebt hatte: Du brauchst keine Angst zu haben, sondern: Du kannst Angst haben.

Indem die Therapeutin sich hier als affektiv reagierendes, antwortendes Gegenüber darstellte, gab sie sich als von H. abgegrenztes äußeres Objekt zu erkennen und steuerte damit den Subjekt-Objekt-Konfusionen entgegen. Da H. infolge des Fehlens von Schuldgefühlen oder von Mitleid noch nicht über die Fähigkeit verfügte, den anderen als ein eigenes, abgegrenztes Objekt überhaupt wahrzunehmen, erschien es wichtig, durch affektives Reagieren Abgrenzungsfunktionen von seiten des Therapeuten zu übernehmen (Kernberg 1978, S. 210).

Die Wahrnehmung des anderen mit seiner affektiven Antwort galt ihm als eigene emotionale Orientierung und Erfahrung hinsichtlich der Wirksamkeit des eigenen Tuns und trug zur Verbesserung der Realitätsprüfung (Trennung zwischen innen und außen, Verbesserung der Affektwahrnehmung) bei. Indem sich die Therapeutin hier als neues sorgend-bewahrendes und emotionale Antworten vermittelndes Objekt anbot, ermöglichte sie H. die Herstellung stabiler Ich-Grenzen, deren Konstituierung als vorrangiger anzusehen war als die Entwicklung synthetisch-integrativer Funktionen. Darüber hinaus ermöglichte die Therapeutin ihm die Verinnerlichung realitätsangemessener Objektrepräsentanzen.

3.3 *Schlussfolgerung*

Wenn auch wenig Zweifel besteht, daß bei Patienten mit struktureller Ich-Pathologie die klassisch-analytische Einstellung (Spiegel-, Passivitäts-, Abstinenzhaltung; vgl. Thomä, 1981) kontraindiziert ist, so gibt es doch eine Reihe von Unklarheiten hinsichtlich des praktischen diagnostischen Umganges mit solchen Patienten. Entscheidet man sich für ein patientenzentriertes Vorgehen, dann lassen sich die hier auftretenden Fragen am ehesten am Einzelfall beantworten. Hinweise wie die Übernahme einer „holding function“, von „care taking“, von „primärer Mütterlichkeit“ (Winnicott, 1974), oder „liebvolle Präsenz“ können als Orientierungshilfen für den Therapeuten gelten. Letztlich werden aber bei jedem strukturell ich-gestörten Patienten seinem Objektbeziehungsniveau gemäß unterschiedliche basale Funktionen aktiv übernommen werden müssen.

Bei dem hier dargestellten Patienten zeigte sich, daß der ursprünglich eingeschlagene Weg einer klassisch-analytischen Technik zur Ich-Dekompensation führte. Eine Beibehaltung dieser Technik hätte möglicherweise zur Folge gehabt, daß auch die Therapeutin infolge komplementärer Identifikation in eine Gegenübertragungsregression hineingeraten wäre. Bei einer solchen Ich-Regression hätte die Therapeutin nicht mehr im Dienst eines weiterführenden therapeutischen Prozesses arbeiten können; vielmehr wäre das Ergebnis eine unheilvolle Verstrickung mit dem Patienten gewesen. Ein literarisches Beispiel für einen solchen negativ verlaufenden Prozeß ist m.E. im Buch „Blumen auf Granit“ (v. Drigalski, 1980) dargestellt worden. Hier fehlte die reale Antwort einer mütterliche Aspekte vertretenden Person, die Halt und Orientierung hätte geben können. „Wenn es darum geht, den Analysanden aus früheren traumatisierenden Beziehungsgeflechten zu lösen, ihm neue, angenehmere emotionale Erfahrungen zu ermöglichen, muß der Analytiker wirklich eine vorzuziehende Alternative zu früheren Personen sein; ein gutes Geschäft, ein Schnäpchen; liebevoller, zuverlässiger, toleranter, klüger, zur Identifikation einladender, empathisch begabter als pathogene frühere Gestalten“ (v. Drigalski, 1980, S.232).

Im Verlauf der Therapie des hier diskutierten Patienten war es wichtig, für ihn vorübergehend ausreichende homöostatische Bedingungen bereitzustellen. Die Herstellung einer verlässlichen Atmosphäre war Voraussetzung für die ausreichende Stabilisierung des Ich-Selbst-Gefüges des Patienten. Unerwartete Veränderungen bedeuteten Verlust von Ich-Autonomie und – damit einhergehend – Verlust von wichtigen Ich-Funktionen wie Impuls-, Affektkontrolle oder Realitätsprüfung. Erst die aktive Bereitstellung einer solchen Atmosphäre von seiten der Therapeutin ließen den Patienten allmählich ahnen, wie bedroht und mißachtet er sich bisher gefühlt hatte.

Eine weitere wichtige basale Funktion der Therapeutin war das Angebot einer realen affektiven Reaktion. Der Patient brauchte eine solche Antwort, da er durch diese in die Lage versetzt wurde zwischen Selbst und Objekt, sich und Umwelt Grenzen zu ziehen. Dies bedeutete, ein

Gefühl zu sich und der Wirksamkeit seines Tuns zu erlangen. Indem der Patient einer emotional antwortenden Therapeutin begegnete, konnte er sich selbst finden, damit eine Entwicklung nachholen, die er entbehrt hatte (A. Freud, 1968: „Wenn sie (die Mutter) gleichgültig bleibt ..., dann verlangsamt sich hier der Entwicklungsvorgang ...“).

3.4 *Ausblick*

Der Patient war auf dem Weg gewesen, ein stark einträchtigtes Sonderlingsleben zu führen. Im Verlauf der Therapie konnte er einige wichtige Entwicklungsschritte vollziehen: Er zieht es vor, alleine zu leben, um den Alltag in seinen beruflichen und privaten Bezügen selbst in die Hand nehmen zu können. Die Symptomatik ist weitgehend überwunden und tritt lediglich in Situationen auf, in denen noch die Gefahr von Subjekt-Objekt-Fusionen gegeben ist. Freundschaftliche Kontakte zu Kollegen, eine durch Berufswechsel veränderte freundlichere Arbeitsatmosphäre vermitteln ihm das Gefühl, beachtet und geachtet zu sein.

Im letzten Abschnitt der 400 Stunden umfassenden Therapie rücken mehr konfliktpathologische Inhalte in den Vordergrund. Anal-destruktive, -sadistische Überich-Inhalte kommen in der Übertragung zur Bearbeitung. Die ödipale Problematik, gefärbt von der basalen Störung der mangelnden Selbst-Objekt-Grenzen wird deutlich und der Bearbeitung zugänglich.

Summary

Compulsion, Organization of the Ego, and Approaches to Treatment

On the basis of a case study, it is shown that traditional approaches to understanding what have been labeled compulsive neuroses are insufficient if the illness is based on a prestructural disturbance. Classical treatment techniques are contraindicated in such a case, and an analytical approach oriented toward a response to the structure of the ego is appropriate in its place.

Literatur

- Benedetti, G. (1978): Psychodynamik der Zwangsneurose. Erträge und Forschung. Darmstadt: Wiss.Buchgesellschaft. – Blanck, G.; Blanck, R. (1978): Angewandte Ich-Psychologie. Stuttgart: Klett-Cotta. – Drigalski, v. D. (1980): Blumen auf Granit. Ullstein. – Freud, A. (1968): Wege und Irrwege der Kinderentwicklung. Stuttgart: Klett. – Freud, S. (1909): Fünfte Vorlesung über die Psychoanalyse. G.W.VIII. – Freud, S. (1937): Die endliche und die unendliche Analyse. G.W.XVI. – Fürstenau, P. (1977): Die beiden Dimensionen des psychoanalytischen Umganges mit strukturell ichgestörten Patienten. Psyche 31, 197ff. – Heigl-Evers, A.; Heigl, F. (1983): Das interaktionelle Prinzip in der Einzel- und Gruppentherapie. Zeitschr. Psychosom. Med. 29, 1ff. – Heigl-Evers, A.; Heigl, F.; Ibenhal, M. (1987): Zur Struk-

turdiagnose in der Psychotherapie. *Psychother. med. Psychol.* 37, 225 ff. – *Hoffmann, S. O.; Hochapfel, G.* (1984): Einführung in die Neurosenlehre und psychosomatische Medizin. Schattauer. – *Kernberg, O.* (1978): *Borderline-Störungen und pathologischer Narzißmus*. Frankfurt: Suhrkamp. – *Kohut, H.* (1973): *Narzißmus*. Frankfurt: Suhrkamp. – *Lang, H.* (1986): Zur Struktur und Therapie der Zwangsneurose. *Psyche* 40, 953 ff. – *Morgenthaler, F.* (1974): Die Stellung der Perversion in der Metapsychologie und Technik. *Psyche* 28, 1077 ff. – *Morgenthaler, F.* (1978): Technik. Zur Dialektik der psychoanalytischen Praxis. Frankfurt: Syndikat. – *Nunberg, H.* (1975): *Allgemeine Neurosenlehre*. Bern: Huber. – *Quint, H.* (1971): *Über die Zwangsneurose*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. – *Quint, H.* (1982): Psychotherapie bei Zwangsneurosen. In: *Helmchen, H.; Linden, M.; Rüger, U.* (Hrsg.): *Psychotherapie in der Psychiatrie*. Berlin. – *Quint, H.* (1984): Zwang im Dienst der Selbsterhaltung. *Psyche* 38, 717 ff. – *Quint, H.* (1988): Die Zwangsneurose aus psychoanalytischer Sicht. Berlin: Springer. – *Streeck, U.* (1983): Abwei-

chungen vom fiktiven Normal-Ich. Zum Dilemma der Diagnostik struktureller Ich-Störungen. *Zeitschr. Psychosom. Med.* 29, 334 ff. – *Streeck, U.; Weidenhammer, B.* (1987): Zum Redeverhalten des Analytikers im Übertragungsgeschehen. *Psyche* 41, 60 ff. – *Streeck-Fischer, A.*: Negative therapeutische Reaktionen und Gegenübertragungsgagieren. Einige behandlingstechnische Überlegungen am Beispiel einer jugenlichen Patientin mit Freß-Brech-Sucht. In: *Zauner, J.; Biermann, J.* (Hrsg.): *Klinische Psychosomatik*. München: Reinhardt. – *Streeck-Fischer, A.* (1988): Zwang und Persönlichkeitsorganisation. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 37, 366 ff. – *Thomä, H.* (1981): *Schriften zur Praxis der Psychoanalyse: Vom Spiegelnden zum aktiven Psychoanalytiker*. Frankfurt: Suhrkamp. – *Winnicott, D. W.* (1974): *Reifungsprozesse und fördernde Umwelt*. München: Kindler.

Anschr. d. Verf.: Dr. med. Annette Streeck-Fischer, Abt. f. Kinder und Jugendliche, Nds. Landeskrankenhaus Tiefenbrunn, 3405 Rosdorf 1.