

Rohse, Heide

## **Zwangsneurose und Adoleszenz - Der therapeutische Prozeß bei einer jugendlichen Patientin mit Zwangsneurose**

*Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 38 (1989) 7, S. 241-250*

urn:nbn:de:bsz-psydok-33554

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/)

## INHALT

### Erziehungsberatung

- Bittner, C./Göres, H. G./Götting, S./Hermann, J.:* Bewältigungsstrategien von Jugendlichen und ihre Bedeutung für die Beratung (Adolescents Problem Solving Strategies and their Significance for Counseling) . . . . . 126
- Ehrhardt, K. J.:* Sind Erziehungsberatungsstellen mittelschichtorientiert? Konsequenzen für die psychosoziale Planung (Are Child Guidance Clinics orientated along Middle-Class Standards?) . . . . . 329
- Gerlicher, K.:* 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

- Buchholz, M. B./Kolle, U.:* Familien in der Moderne – Anti-Familie – Familien? (Families Today – Anti-Family-Families?) . . . . . 42
- Gehring, T. M./Funk, U./Schneider, M.:* 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

- Aba, O./Hendrichs, A.:* 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
- Brinich, E. B./Drotar, D. D./Brinich, P. M.:* 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
- Bumby, A./Steinhausen, H.-C.:* Der Verlauf der Enuresis im Kindes- und Jugendalter (The Course of Enuresis in Childhood and Adolescence) . . . . . 2
- Ernst, H./Klosinski, G.:* 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
- Hüffner, U./Mayr, T.:* 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
- Kammerer, E.:* 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
- Mempel, S.:* Therapiemotivation bei Kindern: Ergebnisse einer empirischen Untersuchung (Children's Motivation for Treatment) . . . . . 146
- Petermann, F./Walter, H. J.:* Wirkungsanalyse eines Verhaltenstrainings mit sozial unsicheren, mehrfach be-

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

### Frühförderung

- Artnet, K./Barthlen-Weis, M./Offenberg, M.:* Intelligenzbeurteilung mit der Kaufman Assessment Battery for Children (K-ABC): Pilotstudie an einer Stichprobe sprachentwicklungsgestörter Kinder (Assessing Cognitive Development with the Kaufman Assessment Battery for Children (K-ABC): A Pilot Study with Speech- and Language-Disordered Children) . . . . . 299
- Kilian, H.:* Einige Anmerkungen zu Frühförderung und -theapie aus systematischer Sicht (Some Remarks on Early Education from a Systemic Point of View) . . . 277
- Krause, M. P.:* 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
- Pfeiffer, E. M.:* Bewältigung kindlicher Behinderung (Coping with a Handicapped Child) . . . . . 288
- Sarimski, K./Deschler, J.:* Grundlegende soziale Kompetenzen bei retardierten Kindern: Probleme der Förderung und Evaluation (Social Skills Training with Retarded Children: Treatment Issues and Evaluation) . . 293

### Praxisberichte

- Hürtner, A./Piske-Keyser, K.:* 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
- Hummel, P./Biege-Rosenkranz, G.:* Anorexia nervosa in der zweiten Generation? – Eine Fallstudie (Anorexia nervosa in the Second Generation? – A Case Study) . . 372
- Kilian, H.:* Eine systematische Betrachtung zur Hyperaktivität – Überlegungen und Fallbeispiele (Some Considerations about Hyperactivity form a Systemic Point of View) . . . . . 90
- Räder, K./Specht, F./Reister, M.:* 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
- Streeck-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.: „Fremdplatzierung“ 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>Kauter, 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>Kühler, 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 das 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
		<b>Editorial:</b> 276, 322	
		<b>Autoren der Hefte:</b> 25, 58, 101, 137, 178, 219, 266, 304, 346, 376	
		<b>Diskussion/Leserbriefe:</b> 58	
		<b>Tagungskalender:</b> 30, 64, 111, 141, 185, 229, 271, 315, 350, 382	
		<b>Mitteilungen:</b> 30, 65, 112, 142, 186, 231, 272, 316, 351, 382	

# Zwangsneurose und Adoleszenz

## Der therapeutische Prozeß bei einer jugendlichen Patientin mit Zwangsneurose

Von Heide Rohse

### Zusammenfassung

Im Rahmen der Übertragungsbeziehung wird die zentrale Angst der zwangsneurotischen Jugendlichen, für die aggressiven und sexuellen Wünsche verurteilt zu werden, entfaltet. Dabei wird gezeigt, wie die Integration der isolierten und verdrängten Triebrepräsentanzen und Selbstanteile durch die Annahme der Über-Ich-Übertragung ermöglicht wird. Als entscheidend in diesem Prozeß erweist sich die Sicherheit der Patienten in der Übertragungsbeziehung, den Therapeuten nicht zerstören oder verführen zu können. Als Folge der Integrationsleistung löst sich nicht nur die Zwangssymptomatik auf, sondern es tritt auch die eigentliche Entwicklungsaufgabe der Adoleszenz als Kampf um ein integriertes Selbst und um seine Werte in den Vordergrund.

### 1 Einleitung

Die Zwangsneurose kann heute im Rahmen der Psychoanalyse als ein gut bekanntes und erforschtes Krankheitsbild gelten. Die wesentlichen Erkenntnisse hinsichtlich ihrer Psychodynamik sind bereits von *Freud* dargestellt und von vielen nachfolgenden Psychoanalytikern bestätigt, erweitert und modifiziert worden (vgl. *Quint* 1971, *Schwidder* 1972). Scheint sie also für das Verständnis des zentralen Konflikts, der Abwehrstruktur sowie der spezifischen, eben zwanghaften Verarbeitung dieses

Konflikts keine Schwierigkeit mehr darzustellen, so gilt das nicht ebenso auch für ihre Therapie.

Der therapeutische Umgang mit Zwangskranken bereitet nach wie vor eher Schwierigkeiten, dies u.a. deshalb, weil durch die Art der verwandten Abwehrmechanismen wie Isolierung und Rationalisierung die Ebene der Gefühle, des gefühlhaften Erlebens nur schwer zu erreichen ist. Es besteht daher immer die Gefahr, daß der Konflikt wie seine Verarbeitung in der symptomatischen Kompromißbildung gewußt, verbalisiert und innerhalb der Kindheitsgeschichte rekonstruiert wird, jedoch ohne das Erleben der zentralen Gefühle, besonders der Angst und Aggression, die ihn konstellierte haben.

Soweit ich sehe, kann eine Therapie nur Erfolg haben, wenn es gelingt, innerhalb der Übertragungsbeziehung den Konflikt gefühlsmäßig erneut zu aktualisieren. Eben darin liegt aber auch die Schwierigkeit, denn der zwangsneurotische Patient verläßt den Schutz seiner Isolierung auch hier nur sehr schwer. Nicht nur der Handhabung von Übertragung und Widerstand kommt dabei besondere Bedeutung zu, sondern noch mehr der Fähigkeit, sie dem Patienten erlebbar zu machen. Sein Problem ist ja, verkürzt gesagt, das Zusammenbringen von Gefühl und sprachlich Gewußtem. Gerade in einer Therapieform wie der Psychoanalyse, in der die Sprache für die Darstellung der Gefühle eine so zentrale Rolle spielt, bietet sich dem Zwangskranken eine Möglichkeit, seine Abwehrstruktur der Isolierung und Rationalisierung unbemerkt zu wiederholen. Für ihn gilt, mehr als für jeden anderen, was

Schiller in seinem Epigramm „Sprache“ sagt: „*Spricht die Seele, so spricht, ach, schon die Seele nicht mehr*“<sup>1</sup>. Was immer Therapie sonst in anderen Zusammenhängen sein kann, für den Zwangskranken *muß* sie ein Erleben sein, das ihm den Zugang zu seinen Gefühlen wieder ermöglicht, vorzugsweise mittels der Gefühlskonflikte, die sich auf den Therapeuten als Übertragung konzentrieren. Mir hat sich dabei als ein gutes Mittel, die vorschnelle Übersetzung in Worte zu verhindern und das Bewußtwerden des gefühlhaften Erlebens an den Prozeß des Erkennens anzupassen, das Malen, das Gestalten und das Schreiben von märchenhaften Geschichten etc., kurz das Übersetzen in ein zunächst nichtsprachliches Medium, erwiesen. An einem solchen ‚Übergangsobjekt‘ können Stufen des emotionalen Bewußtwerdens von Gefühlen dargestellt werden. Darüber hinaus regen sie den kreativen, spielerischen Umgang mit Erlebnisinhalten an, der ja gerade Zwangskranken besonders fehlt. Das letztendliche Ziel, die unbewußten Gefühle, die „Seele“ wiederzufinden und ihr Ausdruck zu geben, verlangt vom Therapeuten, daß er den (auf ihn in der Übertragung sich beziehenden) Liebe-Haß-Konflikt annehmen kann, daß er weder durch die Aggression zu vernichten, noch durch die Liebe zu verführen, noch durch die (oft über die gesamte Therapie hindurch anhaltende) Über-Ich-Übertragung zu affizieren ist.

In dem im folgenden dargestellten Therapieverlauf handelt es sich um eine jugendliche Patientin, die zu Beginn 16, zum Ende hin fast 19 Jahre alt ist. Im allgemeinen wird das Auftreten der Zwangsneurose in der Adoleszenz als prognostisch günstiger angesehen als im Erwachsenenalter (Benedetti 1978, S.97). Ich glaube, daß die Entwicklungskräfte dieses Lebensalters, die zur Ablösung von den Eltern, zum Streben nach Autonomie, zur Festigung der Identität und Beziehungsaufnahme zum anderen Geschlecht drängen, den Intentionen der Therapie sehr entgegenkommen (Berna-Glantz 1980). Blockierungen bei diesen Entwicklungsaufgaben werden um so leidvoller erfahren, je bestimmender sie für eine Lebensphase sind. Das Ich des Patienten verbündet sich deshalb mit diesen Zielen, *muß* sie erreichen, wenn Zukunft, die im Zeiterleben der Adoleszenz ja der Lebens- und Hoffnungsträger ist, verlockend und lohnend erscheinen soll.

Entspricht die Psychodynamik der hier dargestellten Zwangsneurose sowie die Technik des therapeutischen Vorgehens auch den bei den erwachsenen Patienten bekannten Tatsachen, so zeigt sich in den Thematisierungen deutlich, daß es sich nicht nur um die Therapie einer Zwangsneurose, sondern, mit ihr verschränkt, auch um das Erreichen der spezifischen Entwicklungsziele der Adoleszenz handelt. Ich nenne hier die wichtigsten (vgl. Blos 1973; A. Freud 1960):

Die Trennung von den Eltern und der damit verbundene Trauerprozeß, der, wie A. Freud betont hat, „an einen realen Objektverlust gemahnt“; damit zusammenhängend das Erleben der

Diskrepanz zwischen den realen Eltern und den inneren Bildern von ihnen. Beides kann zeitweise depressive Reaktionen auslösen, immer aber ist dieser Prozeß mit schmerzlicher Enttäuschung, Traurigkeit und Wut verbunden, bevor eine Versöhnung mit der Diskrepanz erreicht und auch Zugang zu den das Gute repräsentierenden Kräften gefunden werden kann, das die Eltern mitgegeben haben, also Objekte als gleichzeitig gute und böse integrierbar werden. Die Ablösung von den Eltern stellt vor die Aufgabe, nichtinzestuöse Liebesobjekte zu finden sowie sich der eigenen sexuellen Identität bewußt zu werden, d.h. das eigene Geschlecht in die eigene Selbstrepräsentanz endgültig aufzunehmen. In diesem Prozeß kann es zu erheblichen Irritationen kommen, müssen doch genitale Sexualität und Intimität für das Ich tolerierbar werden.

Zu Krisen kommt es, wenn die Ich-Integration versagt, das seelische und reale Getrenntsein von den Eltern sowie die Geschlechtsidentität in das Selbstgefühl nicht ausreichend aufgenommen werden können. Gelingt diese Integration des Selbstseins im Verlauf der Therapie, werden Themen, die die Entdeckung und Entwicklung der eigenen Interessen entscheidend betreffen, wichtig: die Gestaltung des Kontakts zu Gleichaltrigen, der jeweils ‚passenden‘ Lebensumstände, die Berufswahl, das Finden des eigenen Lebensraumes in der sozialen Umwelt.

Alle diese zur Adoleszenz gehörenden Themen erscheinen in der folgenden Therapie in der spezifischen Perspektive der Zwangsneurose, erhalten durch sie Brisanz, wie andererseits die Zwangsneurose durch sie ihren Entwicklungsschub und die Chance erhält, sich mit den ihnen innewohnenden Kräften zu verbinden, um die Neurose zu heilen und damit den Eintritt in die Zukunft des Erwachsenenlebens frei zu machen.

## 2 Darstellung des Therapieverlaufs

### 2.1 Bemerkungen zur Vorgeschichte

Bei Beginn der Therapie ist Beate 16 Jahre alt. Sie leidet unter der quälenden Angst, ihren jüngeren Bruder mit einem Messer zu erstechen, jemanden aus dem Fenster zu stoßen, ein Haus – besonders das Haus der Eltern – anzuzünden oder jemanden, der neben ihr auf der Straße geht, vom Gehsteig zu stoßen, allgemein: eine Katastrophe herbeizuführen. Sie hat oft tagelang Angst, lebt in der Unruhe, mit diesen Zwängen nicht fertig zu werden. Sie selbst hat ein deutliches Bewußtsein davon, fremdbestimmt zu sein, und ist erregt von dem Gedanken, wie leicht es wäre, jemanden vor ein Auto zu stoßen oder eine Mitschülerin in der Schule aus dem Fenster zu werfen. Der Beginn dieser Zwangsvorstellung, die sich zunächst auf den Bruder bezog, läßt sich etwa ab dem 12. Lebensjahr feststellen. Kennzeichnend für ihre Familiensituation sind heftige Streitszenen zwischen den Eltern, die sie von früher Kindheit an miterlebte. Der Vater selbst ist psychisch schwer krank und wurde daher arbeitsunfähig, schon mit etwa 40 Jahren. Die Mutter wurde in diesem Zusammenhang depressiv und zeitweilig tablettenabhängig. Sie lag tagelang im Bett, und die Patientin mußte sie pflegen. Sie hat von klein auf versucht, den Streit zwischen den Eltern zu schlichten und die Mutter vor dem Vater zu schützen. Beide Eltern benutzten sie als Vertraute und luden ihr das psychische Leid der Ehebeziehung auf. Durch diese Parentifizierung wurde Beate extrem in ihrer eigenen Entwicklung gehindert und richtete schon sehr früh ihr Leben so ein, daß sie den Eltern nicht noch Grund zur Sorge lieferte. Sie wurde daher rücksichtsvoll,

<sup>1</sup> Tabulae votivae (1797), in: F. Schiller: Sämtliche Werke. München 1960, Bd. I, S. 313.

fleißig, sehr gut in der Schule; Kontakte zu anderen Kindern waren kaum möglich, weil bei ihr zu Hause „*alles so anders war als bei anderen Kindern*“, und sie sich deshalb vor den anderen Kindern schämte. Der jüngere Bruder, der auf die Eltern und ihre Anforderungen nach Rücksichtnahme aggressiv reagierte, wurde aus der Familie schon als Kleinkind entfernt und den in der Nachbarschaft wohnenden Großeltern überlassen. Die Patientin bewunderte nun den jüngeren Bruder, weil er sich „*nichts von den Eltern gefallen ließ*“. Sie selbst aber glaubt, für die Eltern verantwortlich zu sein und verhindern zu müssen, daß der Vater die Mutter umbringt, oder daß sich die Mutter aus Verzweiflung das Leben nimmt. Zur auslösenden Situation etwa mit 12 Jahren gibt sie an, damals eine Geschichte von einem Werwolf gehört zu haben, dabei die Idee gehabt zu haben und auch die Angst, daß sie selbst wie der Werwolf unter dem Diktat einer fremden Macht stünde und von nun an tun müsse, was sie nicht wolle, und daß sie vielleicht ihr ganzes Leben darunter leiden müsse, jemand anderem etwas anzutun, was sie selbst nicht wolle. Auch sei ihr damals zuerst der Gedanke gekommen, daß bestimmte Zahlen eine übersinnliche Rolle spielen könnten. Zeitlich fällt der Ausbruch dieser Zwangsvorstellung zusammen mit der unerträglichen Streitsituation der Eltern, bei der Beate das Gefühl gehabt hat, „*es geht um alles, um Leben und Tod*“, und sie allein müsse sich zwischen die Eltern stellen, um eine Katastrophe zu verhindern. Zwar kommt der Vater in dieser Zeit in stationäre psychotherapeutische Behandlung, aber dadurch erfährt sie erst, daß ihr Vater ja nicht böse, sondern krank sei, und klagt sich nun ihres Ärgers auf ihn und auch auf die Mutter doppelt an, indem sie sich z. B. sagt, „*daß sie ja nichts dafür könnten*“. Sie nimmt die Eltern noch mehr in Schutz. Wenn andere Kinder sich gelegentlich über ihre Eltern beklagten, habe sie immer gefunden, daß ihre Eltern in Ordnung seien. Ihre Schuldgefühle wegen der aggressiven Impulse den Eltern gegenüber haben dann zu eben dem Konflikt geführt, zu dessen Lösung sie auf die anale Phase regrediert ist, mit den dafür typischen Abwehrstrukturen zur Beruhigung der schweren Angst und Aggression. Magisches Denken, Isolierung von Affekt und Vorstellung sowie Intellektualisierung in hohem Ausmaß stehen im Mittelpunkt ihrer Abwehr. Die in der Zwangsvorstellung, jemanden umbringen zu müssen, untergebrachte Aggression ist so ichfremd geworden und löst zu Beginn der Therapie starke Unruhe und Angst aus. Es ist wegen der Erkrankung beider Eltern nicht möglich, diese in die Therapie einzubeziehen. Sie unterstützen jedoch den Entschluß der Patientin zur Therapie.

## 2.2 Der erste Therapieabschnitt

Fühlen der bislang unbewußten Wut; die zentrale Angst, daß Fühlen von Wut verboten ist, weil Wut ein die Eltern störendes Gefühl ist; die Angst, dann nicht gut zu sein, Selbstvorwürfe, Schuldgefühle aushalten zu müssen.

Zu Anfang handelt es sich eigentlich um eine Katastrophentherapie. Die Patientin lebt noch im Haus der Eltern, wo der schwer zwangsneurotische Vater das alltägliche Zusammensein nahezu unmöglich macht. Er kontrolliert z. B. dauernd jede Tür, ob sie abgeschlossen ist. In der Nacht gibt er keine Ruhe, weil er laut kontrolliert, Türen ab- und aufschließt und weil er jede vitale Regung der Patientin sofort verächtlich macht. Während des Winters, in dem keine Heizung in der Wohnung ange stellt werden kann, weil der Vater sie nicht repariert, ist sie dauernden Vorwürfen ausgesetzt, etwa dem, daß sie

es warm haben wolle, wo der Vater doch krank sei. Oder etwa, daß sie Besuch hatte und deshalb daran schuld sei, daß der Vater wichtige Briefe nicht erledigen konnte. Hinzu kommt die Verzweiflung der Mutter, die sich in dieser Situation umzubringen droht, dafür aber die Verantwortung Beate gibt. Wäre sie rücksichtsvoller dem Vater gegenüber, würde er nicht so toben und nicht so viel kontrollieren. Wäre sie nicht so verzweifelt, wäre sie gut, dann wäre die Familiensituation gerettet. Dazu kommt die dauernde Nähe des kleinen Bruders, der sich durch aggressive Regungen gegen die Eltern viel besser durchsetzen kann und damit die Versuchung ständig mobilisiert. Die Zwangsvorstellungen, ihn umzubringen, sind unerträglich. Die Unruhe und die Angst, den Bruder umzubringen und das Haus anzuzünden, erschöpfen Beate völlig.

Zunächst überlege ich, sie in stationäre Therapie zu überweisen, nur um sie aus der aktuellen Katastrophe herauszubekommen. Ich entscheide mich aber dagegen, weil sie eine positive Beziehung zu mir aufgebaut hat und auch ich sie gut annehmen kann. Diese Tatsachen sah ich zunächst als die wichtigeren an. Beate schützt in allen Erzählungen von ihrem Leiden Vater und Mutter vor ihrer Enttäuschung und Wut an ihnen, sie verteidigt sie mit dem Argument, sie wären doch krank, was soviel heißt wie entschuldigt. Sie bemüht sich trotz ihrer schweren Angst und Erschöpfung, die Gutgelaunte im Hause zu spielen, weil Mutter, wenn sie merkt, daß Beate traurig ist, sich daran schuldig fühlt und glaubt, es läge daran, daß sie, die Mutter, etwas falsch gemacht habe. Sie fängt dann an, sich zu verteidigen, während der Vater rational erklärt, sie habe doch gar keinen Grund, sich traurig oder wütend zu fühlen, oder indem er sie einfach übergeht. Sie selbst hat dann schwere Schuldgefühle wegen ihrer Angst und Trauer. Gleichzeitig hat sie das umfassende Gefühl, in der Welt bedroht zu sein, in einem Gefängnis eingesperrt zu sein und niemals mehr von den Eltern loszukommen. Ihre vitalen Regungen und Gefühle sind so bedrohlich, weil sie sie als aggressiv und zerstörerisch, als gegen die Eltern gerichtet empfindet.

Obwohl Beate alle diese Sachverhalte sprachlich geschickt und mit überdurchschnittlicher verbaler Fähigkeit darstellt, ist es doch schwierig für sie, in der Therapie ein Thema anzufangen, weil sie Angst hat, daß es ihr nicht möglich sein könnte, das Wichtigste zu finden, auch weil sie nicht im Vorhinein weiß, ob sie dieses Thema in der gegebenen Zeit zu Ende bringen kann. Sie hat auch Angst, den Überblick zu verlieren, ihre Gedanken nicht kontrollieren zu können, Angst, daß diese Gedanken eine nicht kontrollierbare Wirkung haben und sie dann festlegen. Dabei ist sozusagen die Grundangst in der Übertragungsbeziehung, die sich wie ein *cantus firmus* durch die gesamte Therapie zieht, bestimmt durch die Angst, von mir verurteilt zu werden für all das „Schlechte“ und „Schlimme“, was in ihren Gedanken lebendig ist. Besonders auffallend erscheint darüberhinaus, daß sie ihre Gedanken von denen des Vaters als nicht getrennt erlebt. „*Ich kann nicht mehr unterscheiden zwischen den Gedanken meines Vaters und meinen Gedanken, er redet und redet, ich*

*vergesse dann, was ich selbst gedacht habe.*“ Die Gedanken des Vaters sind eine absolute Festlegung. Dementsprechend muß sie ihre eigenen Gedanken in der Therapie sofort fallen lassen, wenn sie glaubt, daß ich anders denke und sie deshalb verurteile, denn: *„einer kann ja nur recht haben, und das sind immer die anderen.“* Sie selbst ist dann wie vernichtet, durchgestrichen. Bald entdeckt sie, daß immer dann, wenn das geschieht, dieses Sich-durchgestrichen-Fühlen, sich ihre Vorstellungen einstellen: sie müsse denjenigen mit einem Messer durchbohren, der sie durchstreicht; oder sie bekommt einfach das Gefühl, daß etwas Schlimmes passiert. Ihre optische Wahrnehmung intensiviert sich dann auf eine bedrohliche Art: *„Wenn die Sonne scheint, ist es viel zu hell, es ist alles unheimlich. Ich habe das Gefühl, daß man sich auf nichts verlassen kann. Außerirdische Wesen sind da, die nicht kontrollierbar sind, die mich bedrohen.“* In dieser bedrückenden Situation kann sie erstmals zunehmend Wut auf den Vater fühlen, obwohl sie gleichzeitig seine Macht und Stärke bewundert. Sie berichtet folgende Situation: Sie hat abends, als sie nach Hause kommt, ihre Haustürschlüssel verloren und klopft an die Tür. Der Vater steht hinter der Tür und freut sich, daß sie damit nun gestraft ist für ihre Vergeßlichkeit, und hilft ihr nicht, ins Haus zu kommen. Da spürt sie ihre Verzweiflung und ihre Wut deutlich, nimmt sie jedoch gleich wieder in Selbstvorwürfen zurück, aber sie entschließt sich dann doch, nur noch wenig nach Hause zu kommen und bei ihrem Freund in einem anderen Ort zu leben. Es beginnt eine Zeit des heimatlosen Streunens, manchmal schläft sie bei dem Freund, manchmal bei einer Freundin, wiederum in einem anderen Ort, dann wieder wird sie durch ihre Sehnsucht nach Hause getrieben und holt sich dort neue Enttäuschungen. Sie wirkt sehr verloren, herumgestoßen und erschöpft. Etwa 2 Monate dauert diese Situation an, dann kann sie die Möglichkeit ins Auge fassen, zu Hause auszuziehen. Vater ist dazu bereit, sie gehen zu lassen, aber nur deshalb, weil er sich schon jetzt hämisch freut, daß sie es doch nicht schaffen wird, ohne ihn in der Welt auszukommen. Die Mutter unterstützt zwar ihr Vorhaben, sie selbst aber hat ungeheure Angst, *„daß ich etwas Schlimmes tue, daß ich dann ein fremdes Haus anzünde, und das ist noch bedrückender, als das eigene Haus anzuzünden.“* Gleichzeitig überfällt sie ein solches Gefühl der Verlassenheit und des Alleinseins, auch der Ohnmacht, daß sie sich unheimlich anstrengt, andere Menschen zu gewinnen, die ihr helfen könnten, diesen Schritt, von zu Hause wegzukommen, mit zu unterstützen. Auch in der Therapie strengt sie sich sehr an, betont aber, dieses sei eine gute Anstrengung. Zunehmend fühlt sie auch diese ungeheure Anstrengung, die sie so erschöpft, und zunehmend fühlt sie auch stärker die Wut auf den kleinen Bruder und erinnert sich, daß sie bei seiner Geburt ihr Zimmer hergeben mußte und daß die Mutter immer gleich, nachdem sie abends von der Arbeit kam, zu ihm gegangen ist, um mit ihm zu spielen. Zuerst ist Beate auch mitgegangen, aber dann habe die Mutter sie für solche Spiele zu alt gefunden. Schon damals (vierjährig) sei sie in die Position gerutscht, die Probleme, die Mutter mit dem Vater hatte,

mit ihr zu besprechen, Trösterin für die Mutter sein zu sollen, ihr eine ratgebende Freundin sein zu müssen, damit aber die Mutter als Mutter verloren zu haben. Die Eifersucht und Wut, die sie damals fühlte, mußte sie unterdrücken, weil solche Gefühle die Mutter gestört hätten. *„Trauer und Wut störten die Mutter“,* sagt sie. Die Mutter habe damals gemeint: *„Sei du doch fröhlich, mach du mir nicht auch noch Kummer, wir haben es doch schon schwer genug.“* Immer deutlicher erkennt die Patientin nun den Zusammenhang zwischen dieser Wut, ihrer Enttäuschung, Verlassenheit, Eifersucht und ihren Zwangsgedanken.

Es kommt, auf meine Einladung hin, etwa 3 Monate nach Therapiebeginn zu einem Elterngespräch, in dem Beate dem Vater zum ersten Mal offen ihre Enttäuschung an ihm und die Wut auf ihn entgegenschleudert. Sie sagt ihm: *„Du hast mich noch nie wahrgenommen, es war dir immer gleichgültig, wie es mir ging, du hast in mir nur ein Stück Holz für deine Ideale und deine moralischen Vorträge gesehen, du hattest deinen Spaß an meiner Qual, und ich habe das Gefühl, mich völlig zu erschöpfen, so als ob ich einen Berg bewege.“* Nach diesem Ausbruch geht es ihr deutlich besser. *„Ich konnte besser sagen, was ich selber will, und fühle, ich war immer mehr nicht zu Hause, die Vorstellungen, die Zwänge sind nicht mehr so absolut.“*

### 2.3 Den eigenen Willen entdecken und aussprechen

Die zentrale Angst dabei: etwas Schlimmes, etwas Katastrophales zu tun, total willkürlich zu sein und damit den anderen zu verlieren.

Beate entschließt sich nun, zu Hause auszuziehen und sucht eine neue Wohnung in einer nahegelegenen Stadt. Bei diesem Auszug ist ihr größter Wunsch, die Mutter möge verstehen, welche Trauer und welches Alleinsein in ihrem Gefühl jetzt vorherrschen; daß sie so früh, unter so bedrückenden Umständen heimatlos wird. Aber dieses Verständnis kann die Mutter nicht aufbringen, und eine weitere Enttäuschung an der Mutter ist zu ertragen. Die Mutter gibt ihr die Verantwortung, indem sie sagt: *„Du hast das doch selbst gewollt, du wolltest doch ausziehen, außerdem kannst du doch froh sein, daß du hier heraus bist, wo ich bleiben muß.“* Das Gegenteil von Verständnis für ihre Situation tritt also ein, sie muß wieder die Mutter trösten, weil die beim Vater bleiben muß. Zunehmend wird ihr auch deutlich, daß sie selbst niemals ein Gefühl haben durfte, das einfach da sein konnte, einfach angenommen wurde, weil es da war, sondern daß sie nur die Gefühle haben sollte, die den Eltern keine Schuldgefühle machten. *„Mutter kann es nicht ertragen, daß es mir schlecht geht, deshalb muß es mir gutgehen.“*

In der neuen Umgebung fühlt sie sich nun sehr allein und verlassen. Im Kontakt mit Gleichaltrigen in ihrer Wohngemeinschaft kommen die Zwangsvorstellungen in Konfliktsituationen nun wieder deutlich zum Ausbruch. Sie lokalisiert sie jetzt aber in der Situation und spürt deutlich, wann diese Vorstellungen besonders vehement werden, nämlich dann, wenn sie sich etwas wegnehmen



läßt, was sie eigentlich nicht hergeben wollte. Wenn sie sich zu etwas verpflichtet fühlt, was sie eigentlich nicht will, oder wenn sie sich gezwungen sieht, die Meinungen und Gedanken der anderen zu übernehmen und ihre eigenen fallen zu lassen, weil die anderen bessere Argumente haben. Sie lernt nun im Durcharbeiten, sich abzugrenzen und ihren Willen den anderen deutlich zu machen. Obwohl es ihr damit besser geht und sie sich innerhalb der WG Raum für ihr eigenes Leben schafft, entwickelt sie jedesmal große Angst davor, sich abzugrenzen; denn abgrenzen ist für sie gleichbedeutend damit, den anderen zu verlieren. Nur wenn sie sich ausliefert und gefügig ihnen gegenüber zeigt, kann sie sicher sein, geliebt zu werden. Es wird ihr hier deutlich, daß die Meinung des anderen zu übernehmen für sie heißt, ihn zu lieben, daß sie Liebe mit Gefügigkeit gleichsetzt. Sie ist sehr bedrückt über den darin geübten Selbstverlust. Auch ihren Willen auszusprechen und mitzuteilen, erlebt sie als stark willkürlich und hat entsprechende Angst davor. Diese Ängste schützen sie zunächst allerdings noch vor Verwahrlosung und Willkürhandlungen, die später im Verlauf der Therapie, als sich ihr Über-Ich zu ändern beginnt, eine zeitlang manifest werden.

#### 2.4 Den anderen Menschen Grenzen setzen, sich abgrenzen

Die zentrale Angst: die anderen kaputtzumachen, zu zerstören, sie damit zu töten.

Am Beispiel des Erlebens ihrer Sexualität – sie hat jetzt einen Freund – läßt sich ihre Angst vor Willkürhandlungen deutlich zeigen. Sie sagt:

*„Sexualität ist etwas Dunkles und etwas Helles, das Dunkle ist, daß es eine Kraft ist, die man nicht mit dem Verstand kontrollieren kann. Ich kann es nicht mit meinem Willen akzeptieren, daß ich nicht kontrollieren kann, was ich fühle. Ich will keine Sexualität, weil ich Angst habe. Es kommt mir gefährlich vor, wenn mein Verstand nicht mehr kontrollieren kann, daß ich mich nicht dagegen absichern kann, daß Sexualität unsicher ist.“*

Ihr großes Bedürfnis nach Absicherung und die Allgegenwart ihrer Über-Ich-Pathologie zeigt sich in folgendem deutlich:

*„Es gibt keinen Grund dafür, daß ich gestreichelt werden will, es muß besser gerechtfertigt werden, als daß es nur schön ist. Gerechtfertigt ist das, was moralisch ist und anderen Leuten hilft. Was schön ist und Spaß macht, finde ich schon als solches unnütz und gefährlich.“*

Sie hat große Angst, in diesem Zusammenhang etwas Schlechtes zu tun, *„was ich nicht mehr rückgängig machen kann, z. B. wenn ich schwanger werde und abtreiben muß, dann gezwungen bin zu töten, dann fühle ich mich zutiefst schlecht“*. In der Beziehung zu ihrem Freund erlebt sie nun die ersten Veränderungen und Erleichterungen, indem sie alle diese Ängste aushält und zu diesen Gefühlen auch ihm gegenüber steht:

*„Ich fühle mich nicht ganz so hilflos ihm gegenüber, und ich war sogar einmal richtig wütend auf ihn. Dabei wußte ich auch, wenn ich jetzt gehe, ist es kein schlechtes Gefühl. Toll war, daß ich mich nachher gut mit ihm verstanden habe, so als ob ich wirklich mit ihm*

*zusammensein will und nicht, weil ich mich gezwungen fühle, mit ihm zusammen zu sein. Ich hatte unheimlich gute Laune, zum ersten Mal war das Gefängnisgefühl weg. In dem Moment merkte ich, wenn ich irgendetwas tue, was ich nicht will, daß dann die Vorstellungen kommen.“*

Eine minimale Lebensbasis ohne totale Erschöpfung ist erreicht; Beate kann nun auch einige Situationen aus ihrer Kindheit erinnern, die für sie sehr schmerzlich waren.

#### 2.5 Erinnern und Fühlen eines zentralen Kindheitstraumas, das im Zusammenhang mit der Zwangsvorstellung steht

*„Ich mußte mich immer vergewissern in meiner Kindheit, ob Mutter noch da ist. Ich habe mich oft bei ihr auf den Schoß gesetzt, damit Vater sie nicht totschießt. Mutter hat auch gesagt, Vater habe sie fast umgebracht, und ich habe das auch geglaubt. Ich hatte große Angst und große Macht. Ich konnte deshalb Mutter schützen – weil ich es konnte, mußte ich es auch.“*

Eine schmerzlich wiedererlebte Erinnerung zeigt die direkte Auslösung des Zwanges:

*„Mein einziges rettendes Stück, ein Handtuch mit zwei sich umarmenden Teddys, hat mein Vater ins Feuer gesteckt, weil es auf der Erde lag. Da dachte ich, ich muß das Haus anstecken, weil er das getan hat.“*

Auch die Frühstörungsanteile, die brüchige Objektkonstanz, kommen erstmals ins Gefühl:

*„Die ganze Kindheit über habe ich gedacht, Mutter läuft weg, löst sich in Luft auf, immer die Angst, wenn ich sie nicht sehen konnte, sie kommt nicht wieder und läßt mich allein beim Vater zurück. Die Einsamkeit, wenn ich krank war, dann hat Mutter gearbeitet, Vater hat nichts gemacht, im Gegenteil, er hat mich noch angeschrien, weil ich krank war. Krankheit und Schwäche, ich verbinde damit etwas Schlimmes. Heute fühle ich mich verpflichtet, auch dann noch zur Schule zu gehen, wenn ich krank bin, denn wenn ich nicht hingehere und mich nicht anstrengere, passiert eine Katastrophe.“*

Diese Kindheitserinnerungen und das erste Wieder-Fühlen-Können der frühen Schmerzen faßt sie zusammen: *„Ich hatte keine Eltern, obwohl sie lebendig sind, das macht mich wütend und traurig. Mein Verstand sagt, es gibt sie nicht mehr, vorbei.“* Gleichzeitig wird ihr aber bewußt, daß nun ihr Freund in die Rolle der Eltern gekommen ist: *„Er bestraft mich nun, wenn ich etwas tue, was ich will, und ich lasse mich einengen, damit ich Sicherheit habe. Ich fühle mich verantwortlich für ihn, ich fühle mich rechtlos, wenn er etwas haben will. Ich kann nicht glauben, daß ich auch Rechte habe.“* Dahinter steht das Gefühl, daß sie eigentlich ein schlechter, verurteilenswerter, deshalb rechtloser Mensch ist. Andere dagegen erlebt sie als grenzenlos in ihren egoistischen Wünschen an sie; sie selbst muß mühsam lernen, so aggressiv zu sein, daß sie Grenzen setzen kann – ein großes Risiko für sie, bei dem sie jedes Mal wagt, auch noch den einzigen Freund zu verlieren.

Etwa 9 Monate nach Beginn der Therapie hat sich ein beträchtlicher Wandel in ihrem Selbstgefühl vollzogen, wenngleich auch die Lösung der zugrundeliegenden Konflikte noch aussteht. Sie sagt:

„Ich kriege dafür, daß ich nun meine Bedürfnisse mehr durchsetze, ein Gefühl der Freiheit. Messer sind unbedeutend geworden. Ich bin frei, mir selbst meine Welt zu schaffen, ich habe das Gefühl, ich werde gesund. Eine gute Erfahrung, daß ich mal einen Moment leben kann.“

Etwas später ist es ihr möglich, mit ihrem Bruder allein in einem Zimmer zu spielen. Sie ist ganz überwältigt von der Tatsache, ihn nicht mehr töten zu wollen.

## 2.6 Das Erleben der ödipalen Bindung an den Vater

Zentrale Angst: dafür völlig verurteilt zu werden und ausgestoßen zu sein.

Zu Beginn dieser Phase äußert die Patientin:

„Ich brauche die Freiheit zu tun, wozu ich Lust habe, auch in der Beziehung zu meinem Freund. Vielleicht haben wir nur so solange zusammengepaßt, wie ich so war, wie ich früher war. Ich habe das Gefühl, aus einer Isolation ausgebrochen zu sein, ich möchte auf mehrere Menschen zugehen und mit denen auch sexuelle Erfahrungen machen.“

Sie läßt sich nun intensiver auf ihre Angst vor der Sexualität ein und erforscht, weshalb sie so widersprüchliche bedrängende, ja auch unheimliche Gefühle hat.

„Ich vermute, daß ich Angst vor Geschlechtsverkehr habe, weil ich eine unheimliche Wut auf männliche Geschlechtsteile habe, wie ich auch Wut auf meinen Bruder habe, das ist das gleiche Gefühl. Ich finde männliche Geschlechtsteile abstoßend und muß sie kaputtmachen. Ich fühlte mich immer durch Jungen bedroht, die hinter mir her waren.“

Während dieser Zeit liest sie eine Zeitungsüberschrift, die heißt: „Eine Schwester hat ihrem Bruder den Penis abgeschnitten.“ Dazu sagt sie dann: „ich hatte sofort die Angst, das ich das auch machen muß“. Mit ‚Penis‘ assoziiert sie:

„Brutalität, die macht einen hilflos, man verliert sich aus der Hand, man ist unterworfen; es hat einen Reiz, unterworfen zu sein. Instrument der Unterwerfung ist der Penis; durch das Stoßen kommt die Unterwerfung. Ich fühle die Gemeinsamkeit mit dem Stoßen des Messers.“

Das Unterworfenheitsgefühl ist Voraussetzung für sexuelle Erregung. Der Bezug zu ihren Kindheitserinnerungen stellt den Schlüssel zum Verständnis dieser Gefühle dar: „Ich mußte mich absolut unterwerfen, um mit meinem Vater etwas zusammen zu tun. Wenn ich das getan habe, durfte ich auch fröhlich sein. Ich wollte das Gefühl der Gemeinsamkeit mit ihm wiederhaben.“ Die ungeheure Enttäuschung an ihren Vater und die Sehnsucht nach ihm, die jetzt fühlbar wird, bedrängt sie immer mehr; außerdem entdeckt sie ihre Ähnlichkeit mit ihm.

„Wenn ich meinen Freund streichele, habe ich Macht über ihn, diese Machtsituation ist gefährlich. Ich muß mich zusammenreißen, die Leute nicht zu verletzen, über die ich Macht habe. Ich mache einen Bogen um solche Situationen. Ich bin genauso aggressiv gegen die Mächtigen wie gegen die Ohnmächtigen. Mutter war immer so, daß man reinschlagen konnte, aber bei Vater kamen diese Schläge nicht durch. Wenn ich meine Mutter verletzt habe, hat sie mich nicht beachtet, sie hat mich dann weggestoßen, sie wollte sich um-

bringen, und ich habe gedacht, sie will sich nicht mehr um mich kümmern, sie will mich wegstoßen. Wenn ich aber gut bin, dann kann ich sie retten – und so war ich verantwortlich und allmächtig. Ob meine Mutter sich das Leben nimmt oder nicht, jede Bewegung von mir kann unheimlich viel bewirken, entweder daß ich absolut ohnmächtig oder absolut mächtig bin. Sogar meine geliebten Plätze zum Spielen hat meine Mutter dafür verantwortlich gemacht, daß sie meinen Vater nicht verlassen hat. Ich habe Angst davor, so wie Jesus zu sein, Panik, so allmächtig zu sein, anderen helfen zu können und, weil ich es kann, es auch zu müssen.“

In diese Zeit der Auseinandersetzung mit den beängstigenden Allmachts- und Ohnmachtsgefühlen fällt ein Ereignis, das die therapeutische Beziehung zunächst verändert: Ich werde krank und falle eine Zeit lang aus. Diese Krankheit löst nun noch einmal das Gefühl der brüchigen Objektkonstanz aus, und sie erinnert sich, früher immer das Gefühl gehabt zu haben, wie in einer Wüste zu leben, wenn die Mutter nicht da war. Sie wartete dann auf sie und hatte das Gefühl von Erlöstsein, wenn sie kam, das Gefühl, daß es sie nicht mehr gibt, wenn sie nicht im Zimmer war. Daß sie es sich nicht mehr vorstellen konnte, daß es sie überhaupt gibt, war so entsetzlich und beängstigend, daß sie die starken Verlassenheitsängste, die durch meine Abwesenheit aktualisiert werden, kaum gefühlsmäßig aushalten kann. Sie sagt dann: „Als Sie krank waren, in dieser Zeit war alles sehr wackelig, aber es war nicht mehr das Gefühl von Wüste. Zuerst hatte ich auch das Gefühl, Sie sind weg, wie damals meine Mutter, aber als ich Kontakt haben konnte, wurde es etwas besser.“

Während dieser Krankheitszeit vergewissert sie sich durch Telephonanrufe und durch Briefe, daß ich noch lebe. Sie setzt sich auseinander mit dem Tod, mit meinem möglichen Tod, aber auch mit ihrem Tod und sagt, sie selbst könne noch nicht sterben, weil sie noch nicht alles getan habe, was andere von ihr verlangen würden. Als ich wieder gesund bin, ist die Übertragungsbeziehung verändert. Sie bekommt Angst, mich umbringen zu müssen, weil ich so schwach war, krank zu werden, und sie durch meine Schwäche verlassen habe. Diese Gefühle lösen nun in der Therapie eine gewisse Krise aus, weil sie erst wieder spüren muß, daß ich dieser vernichtenden Wut gewachsen bin und sie verstehe, aber nicht verurteile. Sie glaubt, mein Leben durch ihre Aggression zu bedrohen. Sie braucht dann immer wieder meine Zuwendung, Freundlichkeit und mein Verständnis dafür, daß ich nicht verlässlich war – so wie die Mutter –, als sie mich brauchte. Aus dieser Krise geht die Übertragungsbeziehung eher gestärkt hervor, und sie kann sich dann wieder ihrer Kindheit zuwenden.

Sie erinnert sich, bis zum 7. Lebensjahr im gemeinsamen Elternschlafzimmer geschlafen zu haben; die Vorstellung vom nächtlichen Zusammensein mit den Eltern führt zu weiteren bedrohlichen Erinnerungen, die sich vage auf das Beobachten des elterlichen Geschlechtsverkehrs beziehen. Sie sagt: „Ich habe Angst, daß ich für das Schlimme, das mit meinem Vater zusammenhängt, mit der Sexualität, das, was mir passiert ist, daß ich dafür für böse gehalten werde.“ Diese Erinnerung verdichtet sich zu Bildern. Sie phantasiert, daß ein schwarzes entsetzliches

Monstrum, das sie von hinten anfällt, oder eine schwarze unheimliche Katze, die ihr auflauert, um sie anzufallen, im Raum anwesend ist. Mit der zunehmenden Intensität solcher Phantasien entwickelt Beate Widerstände. Sie bekommt entzündete Augen, weil sie Angst hat, das Schreckliche könnte „hochkommen“, wenn sie mich ansieht, und meine Augen werden unheimlich, sie erscheinen ihr wie aus einer anderen Welt. Ein anderes Mal entwickelt sie ein Brennen in der Scheide und glaubt, eine Geschlechtskrankheit zu bekommen, „wenn das Schreckliche hochkommt“. Es ist ihr dauernd übel und sie muß erbrechen, „wie als Kind im Schlafzimmer meiner Eltern“. Sie phantasiert dabei, ihr Vater käme mit einem Riesenpenis auf sie zu: „Es tut sehr weh, ich war verletzt, ich habe mich so gewehrt, daß ich ihn fast umgebracht hätte, aber es waren auch Lustgefühle dabei.“ Dabei kämpft sie um den wirklichen Zugang zu ihren Kindheitserlebnissen. Die eigentliche Situation ist noch nicht erinnert. Sie sagt: „Ich finde es unheimlich wichtig, mich zu erinnern; wenn ich es könnte, wäre ich mir selbst nicht mehr so fremd, und es wäre alles geradegerückt in meinem Leben, ich wäre gesund.“

Ihre Hauptübertragungsangst in diesem Zusammenhang ist das Gefühl, von mir verurteilt zu werden. „Der Verurteilung wäre ich absolut ausgeliefert, da gibt es keine Verteidigung.“ Es geht zentral darum, ob ich stark genug bin, diese Wut und Schlechtigkeit, diese Verwerflichkeit anzunehmen, oder ob ich sie verurteile. In dem Kampf um das Erinnern und Wieder-Fühlen sage ich einmal, es gäbe möglicherweise Dinge in ihrer Kindheit, die so schlimm seien, daß sie nicht mehr daran erinnert werden möchte. Diese Intervention löst nun einen noch intensiveren Kampf aus, sie antwortet:

„Ich will mich aber erinnern an alles, ich bin sehr deprimiert, daß Sie das sagen, weil ich das Gefühl hätte, daß das ein Fluchtweg wäre und daß Sie nicht verstehen, daß es wichtig für mich ist, mich zu erinnern. Es nimmt mir allen Mut, aber ich merke, daß ich Mut haben kann, daß ich auch stark genug sein kann, fürchterliche Dinge ins Auge zu fassen. Ich will aber um mich kämpfen, zu all dem Ekel in mir stehen, zu den Todeswünschen, vielleicht falle ich immer noch in die Rolle derer, die sich dafür verstoßen fühlt, aber nun will ich mich nicht verstoßen lassen, ich will da sein. Dazu ist es mir wirklich zu wichtig, auch das Schlechte, das Böse als meins zu sehen, und fühle gut, daß es zu mir gehört.“

Der Kampf um die Integration der als böse und schlecht erlebten Selbstanteile bestimmt nun den weiteren Verlauf der Therapie ebenso wie der Kampf darum, die Angst auszuhalten, von mir verurteilt und für all das Schlechte nicht geliebt zu werden: „... wahnsinnige Angst vor Ihnen, das Urteil, Sie könnten alles sehen und mich dann umbringen. Sie können mich nicht lieben, wie ich bin, weil ich nicht alles kann. Es ist ein schlechter Teil in mir, der ist häßlich und falsch, und den können Sie auch nicht lieben.“

Diese jetzt dramatisch aktualisierte Angst, verurteilt zu werden, hat allerdings auch etwas Positives, denn sie ist ein Wächter darüber, daß sie nicht ganz böse wird. Sie signalisiert damit auch: „Nehmen Sie mir nicht diesen Schutz“. Meine Aufgabe besteht nun über lange Zeit darin, ihre Über-Ich-Übertragung anzunehmen und dabei verlässlich und gleichbleibend freundlich zugewandt zu

sein. Es geht dabei um ihre Erfahrung, daß ich gelassen bleibe und sie damit schütze, auch wohlwollend angesichts der schlimmen Gefühle, die jetzt hochkommen. Gleichzeitig braucht sie aber auch das Gefühl, daß ich sie nicht wirklich verstehe: „Denn wenn Sie mich verstehen würden, was Sie nicht tun, kämen Sie mir zu nahe, denn ich weiß, daß ich meine Sehnsucht nur durch dieses Bösesein schützen kann.“ In diesem Zusammenhang entdeckt sie andererseits auch erstmalig vieles an sich selbst, was sie nicht als verurteilenswert, sondern als liebenswert empfindet. „Es ist toll, meine Stimme zu hören, ich mag mein Gesicht, meine Hände, meine Stimme. Ich finde es schön, wenn Sie meinen Namen nennen.“ Diese Versuche der Selbstannahme über den Körper werden jedoch oft durch verzweifelte Erinnerungen an die Ablehnung durch die Eltern zunichte gemacht. „Ich habe das Gefühl, daß meine Eltern einmal das Urteil gefällt haben, ich darf nicht leben, und es ist so anstrengend, gegen dieses Urteil anzuleben.“ – „Ich lasse mich und meine Sexualität nicht leben, es ist, als ob ich alles vergifte.“

Es folgt in der Übertragung nun eine intensive Eifersucht auf andere Patienten: „Es stört mich so viel, z. B. als Sie ein anderes Mädchen herausbrachten, war ich unheimlich eifersüchtig auf sie, weil sie so aussah, und ich dachte, die haben Sie lieber als mich.“ Andererseits wehrt sie sich aber auch gegen die „Macht“, die ich über sie habe. Mein Urteil, das sie überall herauszuhören sucht, entscheidet gewissermaßen über Leben und Tod. „Wenn ich etwas erzähle und Sie bewerten es anders, z. B. als unwichtig, dann denke ich, daß ich schlimm bin, daß ich etwas gesagt habe, was ich nicht verraten durfte, und dafür werde ich bestraft.“ Sie kämpft aber beharrlich darum, daß ich besonders ihre düsteren Seiten anerkenne, und sie beginnt diese düsteren Seiten zu inszenieren, z. B. als äußeres Zeichen färbt sie sich die Haare schwarz. Zunehmend erinnert sie auch weitere Einzelheiten aus der ödipalen Beziehung zum Vater, die stark angstbesetzt sind.

„Weil ich in der Kindheit mit meinem Vater schlafen wollte, wurde ich bestraft. Ich konnte damals zwischen meiner Phantasie, es zu wollen und es zu tun, nicht unterscheiden. Phantasie war Realität. Ich hatte Wut auf meine Mutter, sie sollte tot sein. Sie soll tot sein. Doch meine Phantasie wurde Realität, sie wollte ja sterben, ich habe meine Mutter nie als von mir unabhängiges Wesen erlebt. Sie wollte tot sein, weil ich es so wollte, aber natürlich wollte ich sie nicht wirklich tot, ich liebte sie ja auch, brauchte sie ja auch, also durfte ich nicht mehr sein.“

Mit der vollen Erinnerung der besonders unselig konstellierte ödipalen Situation schwinden nun die eigentlichen Zwangssymptome vollends und es tritt eine partielle Verwahrlosung an ihre Stelle.

## 2.7 Verwahrlosungstendenzen und sexuelles Ausprobieren

Zentrale Angst: zu verschmelzen.

Die Mischung von Libido und Aggression ist noch nicht gelungen. Daher leben sadistische Phantasien wieder auf. Sie übernehmen die Regulierung der Abgrenzung und schützen vor totaler Verschmelzung. Sie nimmt sexuelle

Beziehungen sowohl zu einem Jungen als auch zu einem Mädchen auf. *„Ich möchte beides sein, eine Frau und ein Mann.“* In beiden Beziehungen hat sie aber große Angst: *„Ich habe dann nicht mehr das Gefühl, ihr oder ihm etwas Schönes geben zu können, sondern etwas Schlechtes. Darum geht es mir, daß ich das Gefühl los werde, was ich will, ist etwas Böses.“* Zunehmend kann sie Wut und Lust unterscheiden. Ihr Lebensgefühl hat sich völlig verändert. Sie sagt:

*„Es ist ein neuer Sommer und manchmal habe ich das Gefühl, ich sehe seit vielen, vielen Jahren zum ersten Male wieder die Bäume mit ihrer Blätterfülle und spüre den Sommerwind an meinem Körper. Ich rieche, daß es Sommer wird, ich sehe, daß es eine Welt gibt, die es lohnt zu lieben, die voll ist mit vertrauten herrlichen Sachen. Aber dann lasse ich mich manchmal wieder unterdrücken und verliere mich. Ich habe dann das Gefühl, daß jede Lust sofort niedergedrückt oder zur Schwäche gemacht wird und nur mit Stärke, Gewalt befriedigt werden darf. Eine sehr, sehr dunkle Stelle der Angst, der Wut, der Schreie, der Lähmung, des Doch-Sterben-Müssens. Ich trage alles wie schwere Steine mit mir herum, alle Angst, alle Scham, alle Verwicklungen, bei denen ich es nie schaffe, mich zu befreien.“*

In der Euphorie des neuen Lebensgefühls beginnt sie auch zu stehen. Dazu sagt sie:

*„Ich wollte schöne Kleider haben, weil ich meinen Körper schön finde, deshalb habe ich jetzt ein Kleid geklaut, das ist übel, als ob mir jetzt auch nichts mehr gehört. Früher habe ich nur Farben geklaut, als Rache dafür, weil die Welt mir so viele Farben vorenthalten hat.“*

Dieses Erlebnis macht die Frage nach den Werten in einer Gesellschaft – und nach ihren eigenen Werten – für sie aktuell und auch die Frage nach einer neuen Identität. Sie sagt: *„Da muß ich fragen, was zu mir gehört, was zu mir paßt, Wind, Bewegung, Leben, Wahrnehmung, aber Leben ist ja noch Versuchung.“* Daß dieses Erleben auch mit dem Abschied von der ödipalen Vaterbeziehung zu tun hat, wird ganz deutlich. Ihre eigenen Maßstäbe, ihren eigenen Wert zu finden, ihre eigenen Gefühle wiederzufinden, bedeutet ja eben, sich aus der Macht des Vaters zu lösen und sich von dem Bestimmtheit durch diese Beziehung zu trennen. Diese Trennung macht sie aber auch schutz- und maßstablos, weil die eigenen Werte ja noch nicht entwickelt sind. Sie selbst sagt:

*„Ich bin jetzt oft traurig, manchmal auch depressiv, weil ich mich schon von meinem Vater verabschiede, ich weiß nicht mehr, wie die Welt ist, mein Schutz ist weg, wenn das nicht mehr gilt, was mein Vater gesagt hat, er war ja in seinen Werten auch verlässlich. Diese Leere in mir ist nun traurig wegen des Abschiedes, er war wie eine magische Gestalt, ich habe ihn wahnsinnig geliebt, er war wie ein Zauberer. Wenn ich Abschied von meinem Vater nehmen muß, ist die Welt leer, auch sinnlos. Ich spüre diese tiefe Verbundenheit mit dem Vater, wenn ich ihn verliere, verliere ich auch mich, die Welt wird schrecklich, das Dunkle wird dunkler, das Helle heller. Die Vaterbeziehung war immer wie eine eiserne Ration in schlechten Zeiten.“*

## 2.8 Die Suche nach der eigenen Identität – das Entdecken zu ihr gehöriger Werte

Entdecken der Realität als von ihr, der Patientin, unabhängiger Wirklichkeit; die Frage: Wer bin ich in der freigewordenen

Welt? Angst: nicht perfekt zu sein, in der Realität Fehler zu machen, sich auszuliefern, lächerlich zu sein, ohne festgefügte vorgegebene Werte schutzlos zu sein.

Noch in der Trauer um den verlorenen Vater beginnt eine intensive Suche nach der eigenen Identität und nach den eigenen Werten, die dieser Identität und ihren Bedürfnissen entsprechen. Diese Werte sollen nun aus ihrem Gefühl für sich selbst entdeckt werden: *„Ich möchte eine neue Identität finden. Es ist aber auch traurig, die alte zu verlieren. Die neue Identität, da muß ich fragen, was zu mir gehört.“* Es geht nun auch im Erleben der sexuellen Beziehungen um ihre sehr ängstigenden Verschmelzungswünsche. Sie hat Angst vor unendlichem Fallen, wenn sie den Orgasmus zuließe. Die Angst vor Entgrenzung ist so vehement, weil die Nähewünsche noch nicht durch ein gleichzeitiges Sich-Abgrenzen-Können reguliert werden. Sie muß nun lernen, Abgrenzung und Verschmelzung mischen zu können. Erstmals erinnert sich die Patientin dabei auch an glückliche Kindheitsereignisse. Geborgenheit erlebte sie allerdings nicht bei den Eltern, sondern im Umgang mit der Natur und mit den Tieren. *„Das Bedrohliche und das Gute in der Kindheit sind zwei unverstandene Welten in mir. Ich erlebte einen tollen Vater und einen schlechten, von dem ich mich verfolgt fühlte, und erlebe nun, daß es ein und derselbe Mensch ist.“*

Mit der Integration des bedrohlichen Vaters in das Idealbild nimmt auch die Enttäuschung an Jungen ab, sie müssen nun nicht mehr dem Ideal entsprechen. *„Wegen des idealen Bildes konnte ich keinen anderen Jungen wahrnehmen, ich sah immer nur meinen Vater und war enttäuscht, daß der Junge nicht so war wie er.“* Nun erfährt sie sehr viel deutlicher die Realität anderer Menschen; sie entdeckt die Realität, die unabhängig von ihr da ist, die ‚Welt der Objekte‘: *„daß es Dinge gibt, die unabhängig von mir existieren und die unabhängig von mir eine Wirkung haben. Ich erlebe nicht mehr alles als Teil meiner selbst.“* Doch es ist anstrengend und verwirrend für sie, diese Realität zu entdecken und in ihr einen Platz zu finden, der ihr selbst entspricht.

## 2.9 Auseinandersetzung mit der Mutter und mit ihrem Frauenbild

Zentrale Angst: die eigene Identität als Frau nicht finden zu können.

In dem dargestellten Therapieverlauf wird die Mutter als bewegende innere Repräsentanz eigentlich ausgeblendet, und es stellte sich mir die Frage, ob nicht die dramatische Wiedererinnerung der ödipalen Vaterbeziehung auch der Abwehr der präödpalen Muttersehnsucht diene. Die Patientin setzt sich nun intensiv mit der Beziehung zu mir als einer Frau auseinander, sie entdeckt eigentlich zum ersten Mal, daß ich eine Frau bin, gleichzeitig beteuert sie, sie könne mich nicht als Frau sehen, und meint, ich sei ein Neutrum. Eine tiefe gefühlsmäßige Krise löst dann die Erkenntnis aus, daß dieses Gefühl sie vor der Nähe und der Liebe zu mir schützt. Sie erlebt eine intensive Trauer darüber, daß ich in Wirklichkeit

doch „keine Person“ bin, die in der Realität für sie da sein kann, daß ich in der Realität nicht erreichbar bin. Sie wiederholt und erlebt nun ihre präödpalen Gefühle der Mutter gegenüber, die sie ja auch als „gar nicht richtig da“ erlebt hat.

In dieser Zeit entdeckt sie ihre Freude an motorischen Tätigkeiten im Sport, die eigentlich von Männern ausgeübt werden, und ist auch davon irritiert. Sie flüchtet sich gewissermaßen dahin: „Weil ich doch nicht weiß, ob ich eine Frau sein darf.“ Das vordringliche Thema ist also jetzt die Frage nach ihrer Identität als Frau. Dabei besteht für sie die Gefahr der prägenitalen Verschmelzung mit mir, und sie nimmt im Augenblick wohl Zuflucht zu männlichen Identifikationen, weil sie mich dann ohne Verschmelzungsangst lieben kann. Sie sagt:

*„Ich fühle Ihnen gegenüber eine große Zuneigung und Wut. Sie sind einerseits mein Vater und andererseits eine Frau, der gegenüber ich gerne ein Mann wäre. Ich habe Angst, daß die Gefühle zu Ihnen ausbrechen könnten. Wenn Sie mein Vater sind, will ich Sie zerstören, denn dann sind Sie das Zwangssystem, das ich zerstören muß. Wenn Sie aber eine Frau sind, dann möchte ich ein Mann sein. Ich glaube aber, ich will nicht von meiner Beziehung zu Ihnen sprechen, weil sie das Wichtigste überhaupt ist.“*

Sie versucht, sich an mir zu orientieren, hat aber gleichzeitig Angst, so zu werden zu *müssen*, wie ich bin: „sonst lieben Sie mich nicht“. Sie erinnert sich, daß sie, sobald sie als Kind so war, wie sie selber war, ihre Mutter sie „männlich“ und „trampelig“ fand und deshalb uninteressant. Es fehlt ihr der Glaube daran, daß sie, wenn sie so ist, wie sie selber ist, geliebt wird und als Frau auch liebenswert ist. Noch hält sie an dem Bild der Mutter vom Frausein fest, das sie niemals erfüllen kann und eigentlich auch nicht erfüllen möchte. Aber um überhaupt etwas von der Mutter zu haben und mit ihr verbunden zu bleiben, muß sie zunächst an diesem Bild festhalten. Es folgt nun ein intensives Ringen um die eigene Art, um das Entdecken der eigenen Art, die so ganz verschieden ist von der Art ihrer Mutter, die sie noch als verbindlich empfindet. Sie möchte auch mit der Erfüllung des Auftrages, so zu werden, wie ihre Mutter ist, angenommen sein.

*„Ich möchte Geborgenheit haben, ich möchte von meiner Mutter angenommen sein. Wenn ich ihre Welt und ihre Werte übernehme, bin ich nicht allein, und wenn ich ihre Wünsche bezüglich meiner Art nicht erfülle, also nicht mit ihr übereinstimme, bin ich nicht geborgen und nicht angenommen. Meine Mutter hat mich behandelt, wie ich meinen Teddy als Kind behandelt habe. Ich war nie gegen sie, konnte mich nicht gegen sie wehren, weil sie einmal versprochen hat, nur mich zu lieben, wenn ich nichts gegen sie sage, so wie mein Teddy auch niemals etwas gegen mich gesagt hat. Ich konnte nichts gegen sie sagen, weil sie mich ja so liebte. Zu dem Teddy habe ich selbst gesagt: ‚Die anderen sind alle böse, nur du nicht und mit dir allein gehe ich weg von dem Bösen‘. Ich wollte meinen Bruder umbringen, weil der sich wehren konnte und ich mit dem Mord meine Mutter daran erinnern wollte, was sie mir versprochen hat, daß sie nur mich liebt.“*

In diese Zeit des Ringens um die eigene, von der Mutter sich unterscheidende Identität fällt auch der Abschied von der Therapie. Er belebt noch einmal die Zeit der mangelnden Objektkonstanz. Sie sagt dazu:

*„Ich kann nicht glauben, daß Sie mich lieben, wenn ich gesund bin, und ich denke, daß Sie nur aufmerksam sind, wenn ich krank bin. Wenn ich ganz normale Sachen tue und sage, dann finden Sie mich nicht interessant. Meine Angst zu leben hat damit zu tun, daß ich denke, wenn ich nur gut lebe, dann bin ich normal und Sie schicken mich dann weg. Aber die Trennung von Ihnen ist doch anders als die Trennung von den Eltern, gewissermaßen, sie waren nämlich nicht mehr da. Aber Sie bleiben auch da, wenn Sie nicht anwesend sind, innerlich bleibt das Erlebte.“*

Ich beende hier die Darstellung des therapeutischen Prozesses, obwohl die Phase des Abschieds und das Ringen um die eigene Identität als Frau noch einen Zeitraum von 9 Monaten in Anspruch nahm und sich schließlich mit dem Thema der Berufswahl und der Gestaltung einer festen Beziehung zu einem Freund verknüpfte. – Der eigentliche Prozeß aber, der die Auflösung der Zwangsneurose zum Inhalt hatte, war mit dem Eintreten in diese letzte Phase beendet; um seine Darstellung ging es mir.

### 3 Gedanken zum Heilungsprozeß

Natürlich ist es nicht möglich, alle Wirkungselemente, die zur Heilung geführt haben, ausfindig zu machen. Dazu ist letztlich die therapeutische Beziehung zu komplex und als einmalige Begegnung zweier Menschen nicht übertragbar auf andere therapeutische Beziehungen. Dennoch möchte ich einige Elemente hervorheben, von denen ich glaube, daß sie nicht nur in der dargestellten Therapie von Bedeutung waren, sondern allgemein für die Heilung der Zwangsneurose von Bedeutung sein können. Wie immer ist es nötig, den inneren Kontakt zu den isolierten, verdrängten Gefühlen des einstigen Kindes wiederherzustellen, die Amnesie aufzuheben, die sexuellen und aggressiven Wünsche und Ängste wiederzuerleben und so in das Bewußtsein einzufügen. Für den Patienten bedeutet dies, das eigentliche Leid und die Schmerzen der Kindheit erneut zu fühlen und im Rahmen einer Beziehung zu einem anderen Menschen darzustellen. Dies allein reicht aber noch nicht aus, obwohl die Patientin selbst meint: „Gesund bin ich geworden dadurch, daß ich es schaffte, meine wirklichen Gefühle zu fühlen.“ Entscheidend scheint mir außerdem zu sein, daß dieser Prozeß in einer Übertragungsbeziehung stattfindet, in der die zentrale Angst, mit diesen Gefühlen verurteilt zu werden, gleichzeitig die zentrale Hoffnung, doch noch mit ihnen angenommen und geliebt zu werden, weckt und über den gesamten Prozeß erhält. Letztlich entnimmt der Patient den Grund zu dieser Hoffnung wohl der Erfahrung, daß der Therapeut durch seine Aggression, seine „bösen“ Wünsche, nicht zu zerstören, nicht zu gefährden oder zu zwingen ist. Diese Sicherheit in der Beziehung scheint den entscheidenden Schritt, nämlich die Auflösung der Verurteilungsangst, also der Über-Ich-Pathologie, vorzubereiten und die Integration der „bösen“ Wünsche als Selbst-Anteile in die Identität einzuleiten. Die phantasierte Macht des „Bösen“, die als reale Macht erlebt wird (magische Stufe), ist nicht durch Deutung, Arbeit am Widerstand oder an der Über-Ich-

Pathologie *allein* integrierbar, hinzukommen muß eben die Erfahrung am Therapeuten, daß weder er selbst noch seine Zugewandtheit durch sie erschüttert wird. Erst dann glaubt der Patient wirklich, daß seine phantasierte Aggression nicht real zerstörend ist, und er kann daran denken, sie empathisch umzuwandeln in eine Kraft, die er zur Durchsetzung und Abgrenzung im Leben braucht.

Haben die Zwänge die Funktion gehabt, den Patienten vor dem „Böse-Sein“ zu schützen, so fällt zwar die Notwendigkeit dieses Schutzes weg, wenn das Böse seine Macht verloren hat und „erlöst“ ist; da aber seine Integration eine neue Identität herstellt, entsteht nun die Notwendigkeit, mit ihr in einer sozialen Welt, die noch unvertraut ist, Erfahrungen zu machen, daran zu lernen und zugehörige Werte zu entwickeln. Auch dieser Prozeß ist eine sensible Phase in der Therapie, wenngleich die Übertragungsbeziehung nun eine andere Qualität von Sicherheit bekommt. Sie besteht eher in der Sicherheit eines Rückbezuges zu einem guten Objekt, das in der Schutzlosigkeit des neuen Selbst- und Welterlebens als verlässlicher Hafen erfahren wird.

### Summary

*Compulsive Neurosis and Adolescence: The Therapeutic Process in the Case of a Young Female Patient with Compulsive Neurosis*

The central anxiety of the young woman patient with compulsive neurosis who fears condemnation for sexual and aggressive desires unfolds within the context of the transfer relationship. It is shown here that the integration

of the isolated and suppressed expressions of instinctual representatives and self-aspects is made possible through the acceptance of super-ego transfer. It is decisive for the process that the patient is sure that the therapist cannot be destroyed or seduced. The result of the achievement of integration is not only that the compulsive symptoms disappear but that the real task of adolescence as a struggle toward the integrated self and its own values comes to the fore.

### Literatur

*Benedetti, G.* (1978): Psychodynamik der Zwangsneurose. Darmstadt. – *Berna-Glantz, R.* (1980): Von der Adoleszenz zum Erwachsenenalter. *Psyche* 34, 431–448. – *Blos, P.* (1973): Adoleszenz. Stuttgart. – *Dührssen, A.* (1962): Psychogene Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter. Göttingen. – *Fenichel, O.* (1931): Hysterien und Zwangsneurosen. Wien. – *Hau, Th.* (1966): Die spezifischen Widerstände in der Behandlung einer Zwangsneurose. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse* 12. – *Freud, A.* (1960): Probleme der Pubertät. *Psyche* 14, 1–24. – *Quint, H.* (1971): Über die Zwangsneurose. Studie zur Psychodynamik des Charakters und der Symptomatik. Anmerkungen zur psychoanalytischen Behandlung. Göttingen. – *Schiller, F.* (1960): Sämtliche Werke, Bd. 1. München. – *Schwidder, W.* (1972): Klinik der Neurosen. In: *K. P. Kisker, J. E. Meyer u. E. Strömgen (Hrsg.):* Psychiatrie der Gegenwart. Bd. II/1. 2. Aufl., S. 410–419. – *Zauner, J.* (1975): Psychodynamische und psychoanalytische Aspekte der Adoleszenz. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*. 3, 41–54.

Anschr. d. Verf.: Heide Rohse, Analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, Am Menzelberg 7, 3400 Göttingen